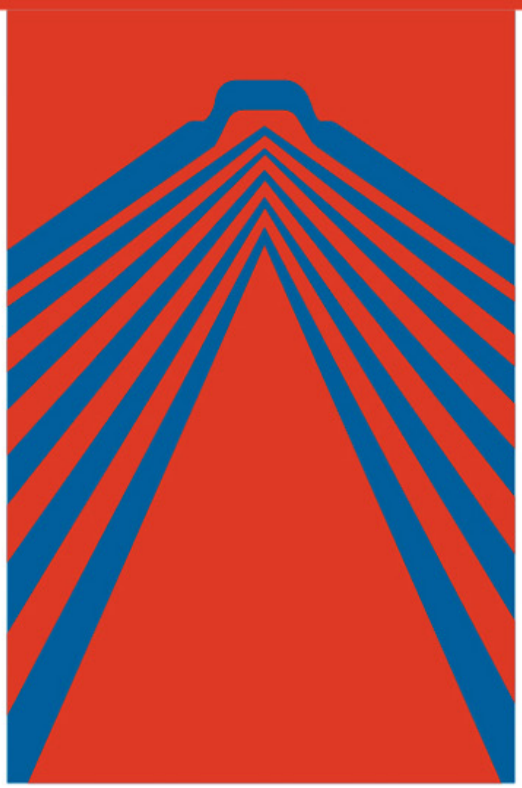


# Manual de conductas adictivas

## Teoría, evaluación y tratamiento

Roberto Secades-Villa • Gloria García-Fernández
Sergio Fernández Artamendi
(Coords.)

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

**Coordinadores**

**ROBERTO SECADES-VILLA**
CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

**GLORIA GARCÍA-FERNÁNDEZ**
PROFESORA CONTRATADA DOCTORA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

**SERGIO FERNÁNDEZ ARTAMENDI**
PROFESOR ADJUNTO DE LA UNIVERSIDAD LOYOLA ANDALUCÍA

# Manual de conductas adictivas

## Teoría, evaluación y tratamiento

EDICIONES PIRÁMIDE

# Relación de autores


Lourdes Aguilar
Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Universidad de Salamanca.

Gema Aonso-Diego
Universidad de Oviedo.

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela.

Mónica Bernaldo-de-Quirós
Universidad Complutense de Madrid.

Bárbara Buch
Universidad de Salamanca. Instituto de Biomedicina de Salamanca (IBSAL).

José Luis Carballo
Universidad Miguel Hernández.

Lorena Casete Fernández
Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga (ACLAD). La Coruña.

Ainhoa Coloma-Carmona
Universidad Miguel Hernández.

Francisco J. Estupiñá
Universidad Complutense de Madrid.

Ignacio Fernández-Arias
Universidad Complutense de Madrid.

Sergio Fernández-Artamendi
Universidad Loyola Andalucía.

Sara Fernández Guinea
Universidad Complutense de Madrid.

José Ramón Fernández-Hermida
Universidad de Oviedo.

M.ª José Fernández-Serrano
Universidad de Granada.

Marta Ferrer García
Universidad de Barcelona.

Gloria García-Fernández
Universidad de Oviedo.

Ángel García-Pérez
Universidad de León.

M.ª Rosario García Viedma
Universidad de Jaén.

Raquel Gómez de Heras
Universidad Complutense de Madrid.

Ana González-Menéndez
Universidad de Oviedo.

Alba González-Roz
Universidad de Oviedo.

José Gutiérrez Maldonado
Universidad de Barcelona.

Andrea Krotter
Universidad de Oviedo.

Francisco J. Labrador
Universidad Complutense de Madrid.

Marta Labrador
Universidad Complutense de Madrid.

Juan Miguel Llorente del Pozo
Servicio Vasco de Salud - Osakidetza. Vitoria.

Ana López-Durán
Universidad de Santiago de Compostela.

Carla López-Núñez
Universidad de Sevilla.

Víctor Martínez-Loredo
Universidad de Zaragoza.

María Moreno Padilla
Universidad de Jaén.

Laura Orío Ortiz
Universidad Complutense de Madrid.

Andrea Otero Cuevas
Universidad Complutense de Madrid.

Patricia Padilla
Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Universidad de Salamanca.

Irene Pericot-Valverde
Clemsom University. Estados Unidos.

Carlos Roncero
Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Universidad de Salamanca.

Emilio Sánchez Hervás
Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública. Valencia.

Iván Sánchez-Iglesias
Universidad Complutense de Madrid.

Roberto Secades-Villa
Universidad de Oviedo.

Marina Vallejo-Achón
Universidad Complutense de Madrid.

Antonio Verdejo-García
Monash University, Melbourne. Australia.

Sara Weidberg
Universidad de Oviedo.

# Índice


## Prólogo

### PARTE PRIMERA
### Fundamentos teóricos

## 1. En torno al concepto de adicción

1. Introducción
2. La era de las adicciones conductuales
3. ¿Qué características no son definitorias de una adicción?
4. Las características determinantes de las conductas adictivas
   - 4.1. Actividades reforzantes a corto plazo y perjudiciales a largo plazo
   - 4.2. Control por reforzadores inmediatos
   - 4.3. Abstinencia y tolerancia
5. Conclusiones. La adicción como conducta

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

## 2. Neurobiología de la adicción

1. Introducción
2. Los modelos animales en drogodependencias
3. Sustrato neural del comportamiento motivado
   - 3.1. Tipos de reforzadores
   - 3.2. Sistema de reforzamiento cerebral
   - 3.3. Fases del ciclo adictivo
4. Neuroadaptaciones en la adicción
   - 4.1. Cambios neuroplásticos
   - 4.2. Teorías neurobiológicas del trastorno por uso de sustancias

4.3. Neurobiología de las adicciones conductuales
5. Vulnerabilidad a la adicción y recaídas
5.1. Factores biológicos de vulnerabilidad a la adicción
5.2. Recaída en el consumo de drogas
6. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

## 3. Modelos teóricos de las conductas adictivas

1. Introducción
2. Modelo biomédico o de enfermedad
2.1. Principios y fundamentos científicos
2.2. Principales críticas
3. Modelos psicológicos
3.1. Modelos basados en el aprendizaje
4. El modelo biopsicosocial
5. El modelo de la economía conductual
5.1. La teoría de la patología del refuerzo
6. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

## 4. La recuperación natural de la adicción al alcohol y a otras drogas

1. Introducción
2. Antecedentes históricos del estudio de la recuperación natural en conductas adictivas
3. Evolución y estado actual de la recuperación natural en conductas adictivas
3.1. Estudios de prevalencia
3.2. Estudios realizados mediante reclutamiento mediático
4. Implicaciones de la recuperación natural
4.1. Modificación del concepto de recuperación
4.2. Mejora de los tratamientos existentes

4.3. Mejora del conocimiento de los trastornos adictivos
4.4. Estrategias de promoción del autocambio
5. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

## PARTE SEGUNDA
## Evaluación clínica

### 5. Pautas generales de la evaluación en conductas adictivas

1. Introducción
2. Peculiaridades de la evaluación clínica en conductas adictivas
3. La evaluación diagnóstica
4. El proceso de evaluación de las conductas adictivas
4.1. Estructura general del proceso de evaluación
4.2. La historia clínica en adicciones
4.3. Entrevista motivacional
4.4. Análisis funcional de la conducta
5. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

### 6. Evaluación psicológica mediante autoinformes

1. Introducción
2. Tipos de instrumentos de evaluación
3. La entrevista clínica
3.1. Áreas principales de evaluación de la entrevista clínica
3.2. La entrevista estructurada - ASI (Addiction Severity Index - Índice de gravedad de la adicción)
4. Evaluación de la adicción a drogas
4.1. Alcohol
4.2. Tabaco
4.3. Cannabis

4.4. Cocaína
4.5. Otros instrumentos transversales de screening
5. Evaluación de las adicciones conductuales
5.1. Adicción al juego con apuestas
5.2. Otras adicciones conductuales
6. Otras variables del proceso de evaluación
6.1. Motivación para el cambio
6.2. Prevención de recaídas
6.3. Otras variables cognitivas
6.4. Psicopatología asociada
6.5. Tareas conductuales y de demanda de sustancias
7. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

**7. Otras técnicas de evaluación**

1. Introducción
2. Técnicas de observación
2.1. Evaluación ecológica momentánea
2.2. Realidad virtual
2.3. Registros y autorregistros
2.4. Gráficos de progresos
3. Evaluación fisiológica
3.1. Evaluación del estado de salud y de la abstinencia
3.2. Pruebas bioquímicas
3.3. Evaluación psicofisiológica
4. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

**8. Evaluación de las conductas adictivas en adolescentes**

1. Introducción
2. Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en la adolescencia

3. Consideraciones previas a la intervención
3.1. Conductas adictivas y salud mental
3.2. Diferencias de sexo
3.3. Poblaciones vulnerables
4. Peculiaridades de la evaluación en jóvenes
5. El proceso de evaluación
6. Herramientas de evaluación
6.1. Las pruebas de laboratorio
6.2. Los informes de terceros
6.3. Autoinformes
6.4. Formulación clínica y plan de tratamiento
7. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

**9. Evaluación neuropsicológica**

1. Introducción
2. Consideraciones previas a la evaluación neuropsicológica
3. Dominios neuropsicológicos e instrumentos
3.1. Procesos cognitivos
3.2. Funciones ejecutivas
3.3. Procesos emocionales: percepción y experiencia emocional
4. Alteraciones neuropsicológicas asociadas al consumo de drogas
4.1. Cannabis
4.2. Psicoestimulantes: cocaína y metanfetaminas
4.3. MDMA (éxtasis)
4.4. Opiáceos
4.5. Alcohol
4.6. Drogas de síntesis: ketamina y GHB
5. Implicaciones clínicas de los hallazgos neuropsicológicos en adicciones
6. Conclusiones

Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

## PARTE TERCERA
## Tratamiento de la adicción a drogas

### 10. Tratamiento farmacológico

1. Introducción
2. Clasificación y uso clínico de los psicofármacos en adicciones
   2.1. Antidepresivos
   2.2. Eutimizantes o antiepilépticos
   2.3. Antipsicóticos
   2.4. Fármacos opiáceos
   2.5. Interdictores
   2.6. Psicoestimulantes
   2.7. Agonistas nicotínicos
   2.8. Ansiolíticos
   2.9. Otros fármacos
3. Evidencias de efectividad del uso combinado de psicofármacos y psicoterapia
   3.1. Adicción a la nicotina
   3.2. Adicción al alcohol
   3.3. Adicción a los opiáceos
   3.4. Adicción al cannabis
   3.5. Adicción a los psicoestimulantes
4. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

### 11. Intervenciones breves

1. Introducción
2. Tipos de intervención breve
   2.1. Intervención mínima

2.2. Intervención breve estándar
2.3. Intervención breve extendida
3. Modelos y programas de intervención breve
3.1. Los modelos FRAMES y 5 «A» de intervención breve
3.2. Programas basados en el modelo SBIRT
3.3. Técnicas empleadas en intervención breve
4. Evidencias de efectividad de las intervenciones breves
4.1. Alcohol
4.2. Tabaco
4.3. Cannabis y otras drogas ilegales
4.4. Psicofármacos y opioides de prescripción
5. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

**12. Técnicas de manejo de contingencias**

1. Introducción
2. Principios generales del manejo de contingencias
2.1. Selección de la conducta objetivo
2.2. Monitorización de la conducta objetivo
2.3. Inmediatez y magnitud del reforzador
2.4. Incremento del valor del reforzador
3. Evidencias de efectividad
4. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

**13. Tratamiento cognitivo-conductual**

1. Introducción
2. Fundamentación teórica
2.1. Prevención de recaídas
2.2. Modelos de cambio y autoeficacia
2.3. Motivación
3. Parámetros de tratamiento

3.1. Características generales
3.2. Objetivos
3.3. Estilo, formato y duración
3.4. Estrategias de intervención
3.5. Proceso de intervención
4. Evidencias de efectividad
5. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

**14. Terapias cognitivas**

1. Introducción
2. Terapia racional emotivo-conductual de Ellis
2.1. Aplicaciones de la terapia racional emotivo-conductual en drogodependencias
3. Terapia cognitiva de Beck
3.1. Aplicaciones de la terapia cognitiva en las drogodependencias
3.2. La terapia cognitiva en los trastornos de personalidad en adictos
4. Entrenamiento en inoculación de estrés
4.1. Aplicaciones del entrenamiento en inoculación de estrés en drogodependencias
5. Terapia de solución de problemas
5.1. Pasos de la terapia en solución de problemas
5.2. Aplicaciones de la terapia de solución de problemas en drogodependencias
6. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

**15. Técnicas de exposición a estímulos**

1. Introducción
2. Fundamentación teórica

3. Parámetros de la exposición
4. Evidencias de efectividad
4.1. Alcohol
4.2. Opiáceos
4.3. Cocaína
4.4. Tabaco
5. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

**16. Terapia familiar y de pareja**

1. Introducción
2. Terapia conductual de familia
2.1. Fundamentación teórica
2.2. Componentes del tratamiento
2.3. Evidencias de efectividad
3. Terapia conductual de pareja
3.1. Fundamentación teórica
3.2. Componentes del tratamiento
3.3. Evidencias de efectividad
4. Enfoque de reforzamiento comunitario y entrenamiento familiar
4.1. Fundamentación teórica
4.2. Componentes del tratamiento
4.3. Evidencias de efectividad
5. Tratamientos con familiares y otras personas significativas: Network Therapy
5.1. Fundamentación teórica
5.2. Componentes del tratamiento
5.3. Evidencias de efectividad
6. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

**17. Terapias contextuales**

1. Introducción
2. Terapia de aceptación y compromiso
   2.1. Fundamentación teórica
   2.2. Componentes de la terapia
   2.3. Evidencias de efectividad
3. Terapia de activación conductual
   3.1. Fundamentación teórica
   3.2. Componentes de la terapia
   3.3. Evidencias de efectividad
4. Terapia dialéctico conductual
   4.1. Fundamentación teórica
   4.2. Componentes de la terapia
   4.3. Evidencias de efectividad
5. Prevención de recaídas basada en mindfulness
   5.1. Fundamentación teórica
   5.2. Componentes de la terapia
   5.3. Evidencias de efectividad
6. Conclusiones

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

## 18. Intervención neuropsicológica

1. Introducción
2. Objetivos de los programas de intervención neuropsicológica
3. Intervención neuropsicológica de los procesos atencionales
4. Intervención neuropsicológica de las capacidades de aprendizaje y memoria
   4.1. Modificación del entorno
   4.2. Entrenamiento en estrategias para adquirir nuevos aprendizajes
   4.3. Entrenamiento en estrategias mnemotécnicas
   4.4. Entrenamiento en el manejo de ayudas externas
5. Intervención neuropsicológica de las funciones ejecutivas
   5.1. Resolución de problemas

5.2. Funciones ejecutivas y memoria de trabajo
5.3. Autorregulación conductual y emocional
5.4. Funciones metacognitivas
5.5. Programa de intervención global de las funciones ejecutivas
6. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

## PARTE CUARTA
## Tratamiento de las adicciones conductuales

**19. Intervención psicológica en problemas de juego con apuestas**

1. Introducción
2. Caracterización de los problemas de juego con apuestas
   2.1. El juego patológico en las clasificaciones diagnósticas
3. Factores de riesgo de los problemas de juego
4. Evaluación de los problemas de juego
   4.1. Áreas de evaluación
   4.2. Instrumentos de evaluación
5. Tratamiento de los problemas de juego
   5.1. Consideraciones previas al tratamiento
   5.2. Evidencias de efectividad
   5.3. Propuesta de un programa de tratamiento
6. Conclusiones

Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

**20. Intervención psicológica en problemas de abuso de videojuegos**

1. Introducción
2. El abuso de los videojuegos en las clasificaciones diagnósticas

3. Factores de riesgo del abuso de videojuegos
4. Evaluación del abuso de videojuegos
4.1. Instrumentos específicos para la evaluación del uso problemático
4.2. El Gamertest. Una propuesta de evaluación online
5. Tratamiento del abuso de videojuegos
5.1. Consideraciones previas al tratamiento
5.2. Evidencias de la efectividad
5.3. Propuesta de un programa de tratamiento
6. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

## PARTE QUINTA
## Grupos de población

**21. Tratamiento psicológico en adolescentes**

1. Introducción
2. Características generales de la intervención en conductas adictivas con adolescentes
3. Tratamientos psicológicos efectivos en conductas adictivas con adolescentes
3.1. La entrevista motivacional con adolescentes
3.2. Terapia cognitivo-conductual
3.3. Aproximación de reforzamiento comunitario para adolescentes
3.4. Manejo de contingencias
3.5. Modelos ecológicos basados en la familia
3.6. Tratamientos para dejar de fumar
3.7. Nuevas intervenciones
4. Conclusiones
Lecturas recomendadas
Referencias bibliográficas

## 22. Intervención psicológica en personas con adicciones y trastorno mental

1. Introducción
2. Importancia de la asociación entre consumo de sustancias y psicopatología
3. Comorbilidad. trastorno primario y secundario
4. Modelos explicativos de la asociación entre consumo de drogas y psicopatología
5. Evaluación de la psicopatología asociada
6. Modelos de tratamiento de la comorbilidad en adicciones
7. Tratamiento psicológico de la comorbilidad en adicciones
8. Conclusiones

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

## Créditos

# Prólogo
# Situando las adicciones más allá de la enfermedad

Las adicciones son uno de los temas y problemas más desafiantes tanto en términos científicos como profesionales, y en particular para las profesiones sanitarias. Siendo un campo interdisciplinar, la psicología es fundamental en las adicciones. Todo empieza por una adecuada conceptualización. No hay nada más científico que una buena teoría, ni nada más práctico que una buena conceptualización del problema.

Es hora de conceptualizar las adicciones como conductas adictivas. No se trata a estas alturas de suprimir el término, sino de repensarlo. Aunque legítimo, el concepto de adicción está cargado de preconcepciones que lastran un mejor entendimiento del fenómeno adictivo. Por lo pronto, es un concepto oscuro y abstracto que parece subsistir como algo en sí mismo que tuvieran las personas. Más específicamente, sugiere una enfermedad, como de hecho se utiliza. Sin embargo, la noción de enfermedad asume más de lo que hay (supuestas causas orgánicas, cronicidad) y deja de lado lo que siempre hay: un comportamiento con una determinada dinámica. Consiste en un comportamiento paradójico en la medida en que termina por ser autodestructivo, como si uno se comportara contra sí mismo a largo plazo.

La psicología ha logrado especificar la particular dinámica paradójica de las conductas adictivas sobre la base de complejos procesos de reforzamiento a corto y largo plazo, dicho de la manera más simplificada. Así, el concepto de conducta adictiva resitúa las adicciones en el contexto de la persona y sus circunstancias, circuitos y mecanismos neuronales de la recompensa incluidos, sin

hipostasiarlos. Sabiendo que las conductas son actividades de los organismos (*La conducta de los organismos,* recordando el clásico de Skinner) o, para el caso, de las personas, la noción de conducta adictiva resitúa la adicción todavía más específicamente en la perspectiva de las decisiones y de los hábitos, tanto como decir la voluntad y la responsabilidad, por más que los hábitos estén constriñendo las decisiones. Todo abordaje conceptual y aplicado de la conducta adictiva que se precie no puede pasar por alto la voluntad y la responsabilidad de las personas. Lo contrario supondría permanecer entregado a la enfermedad y al paternalismo, una de cuyas consecuencias es la cronicidad conforme a una suerte de profecía autocumplida.

En la perspectiva de la persona con sus decisiones y hábitos, voluntad y responsabilidad, las conductas adictivas se entienden como una *situación* dentro de la que está la persona, no una enfermedad que tiene dentro de sí. La noción de situación describe un circuito experiencial-comportamental que incluye los aspectos neurobiológicos implicados (sin hipostasiarlos, como decía), así como ambientales donde tienen lugar las decisiones, los hábitos y los posibles cambios. La historia de aprendizaje, de acuerdo con las circunstancias personales y el contexto social cultural, explica la situación (circuito, bucle) en la que la persona ha entrado. Un análisis funcional especifica los aspectos relevantes en cada caso. El concepto de situación supone una alternativa al concepto de enfermedad, aplicable a las conductas adictivas, las cuales ofrecen a su vez un ejemplo paradigmático del propio concepto de situación (Lewis, 2015; Pérez-Álvarez, 2021, p. 368).

Lejos de ser entonces la adicción una enfermedad, viene a ser en realidad su contraejemplo, como situación consistente en un circuito de retroalimentación conductual: un bucle. La situación concreta dentro de la que está un consumidor no deja de formar parte de un contexto social y cultural más amplio, con sus particulares ambientes, subculturas y Zeitgeist o espíritu de la época. Así, cada época tiene su droga preferida, e incluso la misma droga puede

tener distintos usos y experiencias a lo largo del tiempo, como por ejemplo la MDMA o éxtasis (García-Montes et al., 2021). Los circuitos de consumo según los ambientes y las épocas son más determinantes que los circuitos neuronales a la hora de entender las experiencias, usos y abusos de las sustancias, como muestran esos «experimentos naturales» dados por el espíritu de la época.

Las adicciones, como conductas adictivas, no son enfermedades, pero tampoco «vicios» por el hecho de incluir las decisiones y la voluntad, como falsamente se utiliza el concepto de enfermedad para eximir la responsabilidad (tanto en sentido moral como de posibilidad de respuesta) de las personas, puesto que si la tuvieran serían «viciosos». El enfoque de las conductas adictivas supone capacidad para decidir y actuar en orden a superar los propios hábitos. La cuestión está en saber manejar la voluntad y la responsabilidad como comportamientos de acuerdo con la ciencia de la conducta. El tratamiento psicológico de las conductas adictivas consiste básicamente en ayudar a las personas a poner en juego sus decisiones a fin de sobreponerse a los hábitos que limitan sus vidas, desarrollando hábitos alternativos acordes con valores elegidos y formas de vida saludables. Se trata de un gran desafío tanto personal del consumidor, como científico-técnico del profesional.

El prototipo de las adicciones viene dado por la adicción a sustancias. Pero las adicciones incluyen igualmente las adicciones comportamentales (videojuegos, tragaperras, apuestas), reveladoras a su vez del papel central de la conducta en la conducta adictiva a sustancias. Las adicciones conductuales parece que estuvieran diseñadas de acuerdo con los principios conductuales, y de hecho lo están (Schüll, 2014), de modo que vienen a poner de relieve el papel esencial de la conducta tanto en las adicciones (conductuales y a sustancias) como naturalmente en su tratamiento.

El presente manual da cumplida cuenta de todo lo concerniente a la debida conceptualización, evaluación y tratamiento de las conductas adictivas, incluidas las adicciones comportamentales.

Está coordinado por reconocidos autores de distintas universidades de España, como también lo son los autores de los veintidós capítulos, procedentes de más de diez universidades y centros hospitalarios nacionales e internacionales. El manual está llamado a ser una referencia académica y profesional para la formación de grado y de posgrado. En tiempos del PowerPoint, de los apuntes y de Wikipedia, los manuales son incluso más necesarios. Profesores, profesionales y estudiantes deben felicitarse por disponer de un manual como este.

MARINO PÉREZ ÁLVAREZ
Academia de Psicología de España

---

## REFERENCIAS

García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., Sánchez-Moya, M. Á. et al. (2021). Ecstasy (MDMA): A rebellion coherent with the system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 38*(1), 89-102.

Lewis, M. (2015). *The Biology of Desire: Why addiction is not a disease*. PublicAffairs.

Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y Pseudociencia en Psicología y Psiquiatría: más allá de la corriente principal*. Alianza.

Schüll, N. D. (2014). *Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas*. Princeton University Press.

---

# PARTE PRIMERA
# Fundamentos teóricos

# 1

# En torno al concepto de adicción

ROBERTO SECADES-VILLA,
ALBA GONZÁLEZ-ROZ
Y JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ-HERMIDA

## 1. INTRODUCCIÓN

Todos los campos científicos desarrollan un conjunto propio de términos que a menudo cambian con el tiempo, al igual que los modelos que los explican. La existencia de este vocabulario compartido es esencial para la comunicación científica y requiere que los términos se definan de forma explícita y coherente, con el fin de asegurar su utilidad, la identificación precisa y una misma interpretación de lo que los conceptos representan. Si los significados de los términos principales en un campo científico no son claros y consistentes, la comunicación efectiva no es posible. Este principio ha sido y sigue siendo demandado en el ámbito de las conductas adictivas (Glantz, 2013) y, así, persisten problemas de terminología con respecto a algunos de los más fundamentales términos relacionados con los problemas de uso de sustancias y la adicción, empezando incluso por este último término. La conceptualización de la adicción tiene implicaciones muy importantes no solo para la forma en que las personas en general perciben este tipo de conductas y en la formación de las hipótesis u objetivos de investigación, sino también para el diseño de las estrategias de prevención y de los programas de tratamiento de tales comportamientos.

Los orígenes históricos del término adicción son muy antiguos, y a lo largo de los años dicho concepto ha tenido usos muy ambiguos y dispares, careciendo de una definición científica universalmente aceptada, hasta tal punto que el término ha sido evitado parcialmente, eliminándolo de los manuales diagnósticos y sustituyéndolo por otros términos como abuso y dependencia (Rosenthal y Faris, 2019), hasta la publicación de la quinta edición del DSM en el año 2013 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). En este sistema diagnóstico, los conceptos de abuso y dependencia decaen como eje central del diagnóstico de los llamados trastornos adictivos, pero la idea de adicción sigue siendo ambigua. De hecho, la adicción figura como adjetivo, aunque no como sustantivo, etiquetando un conjunto de trastornos como adictivos, sin que en ningún momento se aclare inequívocamente qué es la adicción. Solo se señala que los comportamientos adictivos activan los sistemas de recompensa cerebrales, sin más precisión, lo que resulta claramente insuficiente, dado que es conocido que hay otros comportamientos no señalados como adictivos, ligados al deseo, que también activan los circuitos de recompensa (Lewis, 2015).

La mayoría de los autores están de acuerdo en situar el origen del concepto moderno de adicción en las primeras décadas del siglo XIX, en particular en los trabajos de los médicos Benjamin Rush en Estados Unidos y Thomas Trotter en Inglaterra, que describieron el alcoholismo como una enfermedad física, y no solo como un mal del carácter (Olsen, 2022; Rosenthal y Faris, 2019). Con anterioridad, desde finales del siglo XVI hasta el siglo XIX, el término «adicto» era generalmente utilizado con un significado de tipo moral y/o criminal, y las personas que tenían un uso de drogas excesivo y problemático eran calificadas como pecadores o moralmente débiles, o bien como criminales (Westermeyer, 2013).

*El Oxford English Dictionary* atribuye al *Journal of the American Medical Association,* en su número del 8 de febrero de 1913, el primer uso del término con el significado específico de dependencia

(Secades-Villa et al., 2021). En concreto, se refiere a un consumo continuado y compulsivo de una droga, acompañado de un estado de abstinencia si se abandona su uso.

En sus orígenes, el concepto científico de adicción estaba conectado al consumo de alcohol y al uso de los narcóticos, especialmente en Estados Unidos. Aunque los fenómenos del «deseo» *(craving)* y la abstinencia habían sido observados durante los siglos anteriores en los opiáceos, estos nunca habían sido catalogados como sustancias que producían un tipo especial de dependencia o enfermedad.

La preocupación de la medicina por los problemas derivados del uso de drogas y la emergencia del concepto de adicción tuvo un ímpetu importante con el incremento del uso de la jeringuilla hipodérmica, que permitía una rápida administración del narcótico. El mismo Kraepelin, en su *Introducción a la Clínica Psiquiátrica* (Kraepelin, 1905/1988), llamó la atención sobre la responsabilidad de los médicos en la expansión de la adicción y sobre la extensión del trastorno entre los profesionales de la medicina.

La adicción a la morfina, entendida como una enfermedad, fue descrita por primera vez en 1877 por el médico alemán Eduard Levinstein (Berridge y Edwards, 1981). Su obra *Die Morphiumsucht* fue traducida al inglés al año siguiente, alcanzando su noción de morfinismo una rápida aceptación. En su descripción de «un caso de morfinismo», Levinstein utiliza una serie de conceptos, como dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia, que con el tiempo se han ido generalizando y han traspasado los límites de la farmacología y la medicina.

En 1924, el farmacólogo Louis Lewin publicó *Phantastica,* compendio de todos sus trabajos de farmacología y antropología, un texto de gran difusión que pronto se consideró la «Biblia» de las drogas. En esta obra, Lewin facilitó una de las primeras clasificaciones de las drogas, según sus efectos o propiedades farmacológicas.

El uso del término adicción se fue expandiendo con los cambios sociales que iban teniendo lugar en Estados Unidos y Europa en esta época, cambios que también modificaron la concepción que hasta entonces existía de los narcóticos y del alcohol. Los opiáceos pasaron de ser vistos como un fármaco de gran utilidad a un problema social y, finalmente, como la causa de un síndrome médico específico. Solo entonces la palabra adicción empezó a ser empleada con el significado actual.

Con el paso de los años algunos clínicos fueron ampliando el uso del término a otras sustancias, primero a sustancias analgésicas o sedativas y, más tarde, a otros estimulantes (incluyendo el café y el tabaco).

En general, el nuevo concepto de «adicción» estaba muy ligado al concepto de «embriaguez» y era, más o menos, un híbrido que incorporaba teorías médicas e ideas morales ligadas a los movimientos pro-abstemia de la época. La evolución del concepto de adicción aplicado a los narcóticos (y en particular a la heroína), al alcohol y a otras drogas supuso un largo proceso de medicalización del uso y abuso de drogas, problema que, en momentos anteriores, se había considerado de índole moral o espiritual (Foucault, 1973; Szasz, 1961/1982).

En parte, el emergente modelo médico estuvo, durante bastantes años, en correspondencia con los movimientos a favor de la prohibición. Esta alianza tuvo un nuevo empuje con la aparición de Alcohólicos Anónimos y el renovado interés de la medicina por este problema, a partir de los años treinta del siglo xx (después de la prohibición en Estados Unidos).

Los trabajos de E. Morton Jellinek en la década de los treinta del siglo xx sentaron definitivamente las bases del estudio científico del alcoholismo. Jellinek describió las características de los individuos que acudían a los centros de Alcohólicos Anónimos y estableció cuatro tipos de alcoholismo: alfa, beta, gamma y delta. Sus ideas fueron recogidas en el libro publicado en 1942, *Adicción al alcohol y alcoholismo crónico,* y fueron recogidas en 1952 por la OMS, que

introdujo el concepto de dependencia alcohólica y tipificó el alcoholismo sintomático y la adicción al alcohol. La *American Psychiatric Association* (APA) también incluyó, en 1952, el concepto de adicción al alcohol en el DSM-I.

Posteriormente, la descripción del *síndrome de dependencia al alcohol* (SDA) presentado por Edwards y Gross (1976) resultó un hito fundamental. Estos autores consideraban que la dependencia al alcohol se desarrollaba a lo largo de un continuum de gravedad, y que habría que diferenciar la dependencia de los problemas relacionados con el consumo. La dependencia sería, pues, un fenómeno bio-psico-social de adaptación a la sustancia. Existiría un fenómeno de neuroadaptación caracterizado por la presencia de tolerancia y síndrome de abstinencia, mientras que los otros problemas relacionados con el uso del alcohol dependerían más de factores sociales, siendo menos graves en culturas permisivas o con escasos niveles de exigencia sociolaboral, que en sociedades con menor permisividad y tolerancia a estos problemas.

Los planteamientos de Edwards y Gross sobre el síndrome de dependencia fueron incorporados por la OMS a la CIE-9 y años más tarde a la tercera edición de la clasificación de trastornos mentales de la APA (DSM-III).

Como se puede observar, la evolución del concepto de adicción ha estado ligada, básicamente, al uso de drogas. No obstante, el uso de este concepto asociado a otras conductas es, también, lejano. La conceptualización del juego patológico como dependencia no es algo nuevo. En 1887, el psiquiatra Albrecht Erlenmeyer (Rodríguez-Martos, 1990) ponía al mismo nivel la morfinomanía, el alcoholismo y el juego con apuestas, y en la primera monografía sobre *Schut* (manía) publicada por Gabriel y Katzman en 1936 (Rodríguez-Martos, 1990) las dependencias no ligadas al uso de sustancias (que ellos denominaron dependencias de actividades) fueron subsumidas en el concepto superior de dependencia-manía.

En 1924, Stekel mencionaba diversas formas de manía, como la dipsomanía, narcotomanía, cleptomanía o piromanía, que, junto con

el consumo de algunas drogas, suponían unas actividades en las cuales las personas se involucraban, a pesar del daño físico o social y de las recomendaciones de otras personas (Orford, 1985).

Poco a poco, algunos clínicos e investigadores se fueron posicionando hacia un concepto más extendido de la adicción. No obstante, hasta la década de los setenta del siglo pasado el punto de vista mayoritario sobre la conducta adictiva era más bien restringido, de tal manera que esta etiqueta se utilizaba, fundamentalmente, para referirse a la dependencia del alcohol y de los opiáceos, sobre todo, por la capacidad evidente de estas sustancias para generar tolerancia y síntomas de abstinencia. Al mismo tiempo, la investigación estaba muy fragmentada, y cada sustancia era estudiada de forma aislada. Los factores biológicos, psicológicos y sociales se consideraban muy importantes en la etiología de las dependencias, pero todavía existían pocos intentos por integrar estos componentes en un modelo único de adicción.

## 2. LA ERA DE LAS ADICCIONES CONDUCTUALES

Fue durante la década de los ochenta del pasado siglo cuando empezó a emerger con fuerza un punto de vista más amplio y genérico de las adicciones. Con la progresiva aceptación de la existencia de conductas patológicas que producían dependencia sin la intervención de sustancias químicas, se revitalizó el término de adicción, dándole una aceptación más amplia mediante la aparición del contexto de «conductas adictivas». Se empezaron a describir determinados procesos que eran comunes a un amplio rango de conductas adictivas. Aunque los *objetos* de la adicción eran diferentes, el *proceso* de la adicción era comparable.

La publicación en 1985 de los textos de Stanton Peele, *The meaning of addiction* (Peele, 1985/1998), y de Jin Orford, *Excessive appetites: A psychological view of addictions* (Peele, 1985/1998), en Estados Unidos e Inglaterra respectivamente, supuso un hito

sustancial en el desarrollo de esta conceptualización de las conductas adictivas.

Según esta argumentación, no solo las drogas pueden producir dependencia, sino que determinadas conductas, en principio inofensivas, e incluso saludables, como practicar deporte o trabajar, pueden terminar igualmente en una adicción y «enganchar» al sujeto como si de una droga se tratara. Se señala que se pueden hacer usos anormales de conductas normales, en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de tiempo/dinero invertido y, en último término, del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas (Echeburúa, 1999).

En general, se hace referencia a comportamientos que tienden a describirse como descontrolados, impulsivos o excesivos. Partiendo de esta idea, a lo largo de los años 80 y 90 del siglo pasado surgieron muchas definiciones de este concepto, como las propuestas por Pomerleau y Pomerleau (1987), Marlatt et al. (1988), Donovan (1988), Gossop (1989) o Walters (1999). Lo destacable es que todas ellas hacen referencia a un concepto amplio de adicción. A pesar de las diferencias específicas, se tiende a subrayar el hecho de que comparten aspectos comunes que posibilitan situarlas dentro de un marco global. El punto de discusión es definir la naturaleza de las conductas que pueden ser consideradas potencialmente adictivas. En concreto, la dificultad se sitúa en la extensión o los límites del concepto, que iría desde un fenómeno unidimensional, restringido prácticamente al abuso de sustancias psicoactivas, hasta una concepción multidimensional donde cabrían una serie indefinida de conductas adictivas. En el primer caso, la característica definitoria del consumo de sustancias psicoactivas y su capacidad de crear adicción es su efecto farmacológico y la adaptación neuronal que conduce al individuo a seguir consumiendo. A pesar de que se reconoce cierta analogía, el juego patológico y el resto de las denominadas adicciones conductuales serían un fenómeno distinto al de las drogodependencias. Ello supondría abrir una puerta

a otros problemas humanos de dependencia, que terminarían engullendo la identidad y desdibujando el problema de las drogas, dentro del fenómeno tan poco concreto de la tendencia humana a la evasión. Solo una sustancia endógena puede precipitar ciertas moléculas que compiten por los receptores cerebrales. Así, el concepto de dependencia o adicción iría ligado necesariamente a unas acciones farmacológicas determinadas producidas por unas sustancias químicas y a la presencia de tolerancia y del síndrome de abstinencia (Hyman, 1994; Milkman y Sunderwirth, 1987; Stepney, 1996).

Desde una visión menos restringida, la adicción se entendería como un determinado tipo de relación entre un individuo y una sustancia, objeto o actividad. En palabras de Peele (1985/1998): «Las personas son adictas a las experiencias». Una relación de carácter funcional que, de hecho, podría llegar a establecerse con una variedad indefinida de objetos o sustancias, de modo que cualquier conducta podría ser potencialmente adictiva. Las diferencias esenciales vendrían dadas por el «objeto» de los comportamientos considerados adictivos. Así, en unos casos el objeto lo constituiría una determinada sustancia y en otros se concretaría en un comportamiento. Lo importante sería el patrón excesivo de conducta, más que el objeto al que va dirigido esta conducta. Este proceso adictivo es comparable en diferentes objetos de adicción. Esto es, la capacidad para inducir dependencia, tolerancia, *craving* y síntomas de abstinencia no es solo inherente a las drogas (Donovan, 1988). El factor característico de las «adicciones conductuales» (comportamentales o psicológicas) es que consisten en secuencias repetitivas de conductas que son desadaptativas (Bradley, 1990). Las conductas adictivas que tendrían mayor prevalencia en nuestra sociedad serían el abuso de drogas, el juego patológico y el comer de forma excesiva. Sin embargo, en la literatura científica se siguen incluyendo nuevas conductas adictivas, como, por ejemplo: la práctica de cultos religiosos o sectas, el ejercicio físico, la adicción al sexo, las

compras incontroladas, la adicción al trabajo o laboro-dependencia, al bronceado, al tango argentino o las denominadas «adicciones tecnológicas», es decir, el uso de videojuegos, ver la televisión, internet o las líneas telefónicas eróticas *(party-line)*. No obstante, aunque hipotéticamente sería posible ser adicto a casi cualquier cosa, esto no significaría igualar todos los objetos eventualmente posibles de la adicción (Griffiths, 2005). Muchas personas se vuelven adictas al alcohol, pero muy pocas al brócoli o a la jardinería, por ejemplo.

Como se ha mencionado al principio, este punto de vista ha sido bendecido en las últimas versiones del DSM y de la CIE, en las que se incluye el juego con apuestas, en el caso del DSM (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) y también el uso de videojuegos, en el caso de la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Para Marks (1990), todas las dependencias presentan algunas características comunes: urgencia repetida a comprometerse en una conducta que se sabe contra-productiva, incremento de la tensión hasta que es completada, descenso rápido de la tensión cuando se ejecuta la conducta, retorno gradual al estado de urgencia, síndrome externo específico y probablemente interno, condicionamiento de segundo orden del deseo a señales externas e internas y estrategias similares de prevención de recaídas por medio de control estimular y exposición. Este autor considera que hay muchas similitudes entre las adicciones y otras rutinas normales repetitivas, como hacer deporte o estar con los amigos. La diferencia fundamental es que estas actividades no son, por lo general, desadaptativas. Otra diferencia hace referencia al grado en que estas sustancias o actividades pueden ser sustituidas. Mientras que las conductas adictivas se convierten en la principal y única fuente de reforzamiento para el individuo, las rutinas o actividades (no adictivas) representan una fuente más de reforzamiento, fácilmente sustituible por otras adaptativas.

De acuerdo con Peele (1985/1998), el criterio para establecer si un individuo es adicto se debe centrar en el daño que causa esta

conducta en él, la limitación de otras fuentes de gratificación, la percepción por parte del sujeto de que la implicación en esta conducta es esencial para su funcionamiento y el daño en el ámbito social, físico y psicológico. La combinación de estos criterios elimina de la consideración de conductas adictivas «a actividades triviales, como lavarse el pelo, y a las actividades que son funcionalmente necesarias para la existencia pero que, por lo general, no interfieren en la vida, como respirar o beber agua» (Peele, 1985/1998).

Dentro de estas perspectivas fenomenológico-descriptivas, la teoría de los componentes de la adicción también busca señalar las características esenciales de la adicción (Griffiths, 1996, 2005; Griffiths, 2019). Esos componentes serían: saliencia (prominencia), modificación del estado de ánimo, tolerancia, abstinencia, conflicto y recaída. Para este autor, en concordancia con Peele, la adicción siempre produce consecuencias negativas para la persona que la tiene, y debe diferenciarse del entusiasmo excesivo (Griffiths, 2019).

En definitiva, el concepto genérico de la adicción subraya las similitudes que comparten estas conductas, siendo la drogodependencia el prototipo de la adicción.

No obstante, a pesar de la consideración de los aspectos comunes a todas las conductas adictivas, los factores diferenciadores asociados a los objetos específicos de la adicción son relevantes a la hora de explicar, evaluar y tratar a un sujeto con un problema adictivo particular. Así, Donovan (1988) llama a evitar el «mito de la uniformidad», según el cual todas las adicciones son equivalentes. Existirían características particulares que distinguen unas adicciones de otras. Los factores fisiológicos y psicológicos tienen un peso relativo y un desarrollo temporal diferente en el desarrollo y mantenimiento de las diferentes adicciones. De la misma manera, existen diferencias en las situaciones de riesgo precipitantes de la recaída. La capacidad para generar los procesos de tolerancia y los estados de abstinencia también varían dependiendo del trastorno. Por ejemplo, los jugadores patológicos presentan ciertos sesgos o distorsiones cognitivas muy

característicos que no se dan en la adicción a drogas, como la ilusión de control sobre el azar, la predicción de resultados, la atribución flexible, la focalización de la atención sobre las ganancias, minimizando las pérdidas, o la llamada falacia del jugador, según la cual un suceso aleatorio (por ejemplo, la probabilidad de que salga el rojo en la ruleta) tendrá más probabilidades de suceder si no ha ocurrido en un lapso de tiempo y menos probabilidades si ha ocurrido en un cierto período (Labrador, 2010).

## 3. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS NO SON DEFINITORIAS DE UNA ADICCIÓN?

Una forma de conceptualizar una enfermedad o un trastorno es tratar de identificar una o varias características definitorias, o quizá el aspecto más destacado y único de esa condición (Strain, 2022). Puede ocurrir que, con cierta frecuencia, se den otras características asociadas o periféricas que no son ni necesarias ni suficientes para definir esa condición. Antes de entrar a considerar los componentes indispensables de la adicción, es importante llamar la atención sobre aquellos elementos que, por ser epifenómenos, es decir, secundarios, no son esenciales para definir el concepto de adicción.

En primer lugar, no puede aceptarse la asunción implícita que se hace en el DSM-5, en el sentido de que la idea vertebradora del concepto de trastorno adictivo o adicción es un determinado tipo de actividad cerebral. El concepto de adicción no se puede reducir a eventos neuroquímicos que ocurren en el cerebro y, en todo caso, no se conoce una desviación mensurable de la norma biológica que la explique. De hecho, muchas drogas no producen dependencia física o la producen en muy baja intensidad. Desde un punto de vista científico, resulta obvio afirmar que tanto la conducta normal como patológica tienen un sustrato biológico. Hay pruebas claras de que las drogas pueden modificar determinadas áreas del cerebro implicadas en la motivación, el aprendizaje y la memoria (véase el capítulo 2 de este manual), pero esas modificaciones son

indistinguibles de las que pueden encontrarse también en otros comportamientos apetitivos intensos, que no son considerados patológicos ni adictivos, como sucede con el enamoramiento (Lewis, 2015). Resulta evidente que los cambios conductuales deben tener un correlato en el funcionamiento y la estructura cerebral, de la misma forma que sucede con la adquisición de cualquier buen o mal hábito (Fernández-Hermida, 2018). Todas las formas de aprendizaje (y también muchos tipos de medicación psiquiátrica) producen cambios en el cerebro; por tanto, el hecho de que se encuentren cambios cerebrales correlacionados con patrones de búsqueda y uso de drogas no es, por sí mismo, evidencia de que estos cambios sean patológicos (Pickard, 2022). Además, con respecto a las supuestas diferencias cerebrales entre adictos y no adictos, no solo son, en general, inespecíficas con respecto a la adicción, sino también correlacionales y no causales. Más aún, es una verdad de Perogrullo en la filosofía de la medicina que «diferencia» no es lo mismo que «enfermedad»; aspecto este fundamental, por ejemplo, en las teorías de la discapacidad como formas de diversidad (Pickard, 2022).

Por otra parte, cuando se dice que la adicción tiene una base biológica, debe entenderse que se está afirmando que la causa necesaria y suficiente es el mal funcionamiento del cerebro. Sin embargo, este «mal funcionamiento» cerebral se infiere a partir de la evaluación de la conducta dentro del modelo de «enfermedad cerebral», ya que no existe ningún tipo de biomarcador molecular, neuroconductual o neurológico que sea útil para el diagnóstico o evaluación de la adicción (Volkow et al., 2015). Es más, se ha observado que los déficits asociados a la adicción tienden a revertir con la abstinencia, lo que implica que el cerebro no queda irreversiblemente dañado por las sustancias (Bartsch et al., 2007). Tampoco hay ningún hallazgo que permita predecir a partir de pruebas genéticas quién es o será adicto en el futuro (Becoña, 2018). De acuerdo con Baker (1988): «La adicción ocurre en el *mundo externo,* no en el *mundo interno*. La adición ocurre en el

ambiente, no en el hígado, los genes o las sinapsis». Ciertamente, las drogas ejercen efectos sobre el hígado o el cerebro y, por supuesto, los sistemas fisiológicos deben ser comprendidos de cara a conocer de forma rigurosa los procesos adictivos, pero «un individuo elige tomar drogas en el mundo» (Baker, 1988). La probabilidad de que una persona consuma una droga o llegue a desarrollar una adicción está relacionada con la disponibilidad de la sustancia, la influencia de sus amigos, las relaciones con la pareja o la variedad y riqueza de alternativas al consumo. En definitiva, el contexto social es determinante en el desarrollo o no de una adicción (Gifford y Humphreys, 2007).

Una consecuencia lógica de la negativa a la reducción biológica de la adicción es que no hay fundamento para afirmar que las adicciones son mejor diagnosticadas y tratadas por los médicos. Este hecho queda de manifiesto si nos atenemos a los informes y a las guías de tratamiento promovidas desde ya hace algunos años por entidades tan importantes como las Asociaciones de Psicología y Psiquiatría Americanas, el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) de Gran Bretaña o el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) norteamericano. Así, por ejemplo, entre los denominados «principios sobre el tratamiento efectivo», el NIDA destaca que las terapias psicológicas son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la adicción, mientras que el tratamiento farmacológico es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con terapias conductuales (National Institute on Drug Abuse, 1999). Es necesario prestar atención al hecho de que, mientras los tratamientos farmacológicos son beneficiosos con determinados pacientes, las terapias psicológicas son esenciales en cualquier programa de tratamiento integral, con lo que se está reconociendo el papel central de dichos tratamientos en la intervención terapéutica. Así, existe un importante soporte científico que avala la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. La terapia de conducta cuenta con tratamientos

empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción, como lo demuestran multitud de ensayos clínicos y de metaanálisis. Las técnicas operantes (manejo de contingencias) y las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades), y las distintas combinaciones entre ellas, se muestran como los componentes críticos de estos programas (Secades-Villa et al., 2021).

En segundo lugar, la cronicidad no es una característica definitoria de las adicciones (véase el capítulo 4 de este manual). El concepto de adicción no implica que la persona adicta nunca sea capaz de abandonar la conducta en cuestión. Los millones de ex-adictos a múltiples sustancias y actividades no demuestran que estas no sean potencialmente adictivas, sino que confirman que la conducta adictiva no es una enfermedad crónica (por más que se empeñen los defensores a ultranza del modelo médico tradicional). Esta consideración de la adicción como un trastorno crónico y permanente entiende las recuperaciones como períodos aislados que irán seguidos inevitablemente de nuevas y dramáticas recaídas. Además, la irreversibilidad de las conductas adictivas no puede conciliarse con otro fenómeno bien conocido en el campo de la adicción, como el de la recuperación natural (Carballo et al., 2007).

Experimentos naturales, como el uso y abandono «espontáneo» de opiáceos por parte de los veteranos de Vietnam (Robins et al., 2010) o los datos proporcionados por encuestas epidemiológicas que dan cuenta de un curso clínico con remisión del consumo con el paso del tiempo (Blanco et al., 2013; Heyman, 2013; Lopez-Quintero et al., 2011), apoyan el hecho de que ni las altas dosis ni la prolongada exposición a las drogas, por sí mismas, permiten predecir la persistencia en el tiempo del comportamiento adictivo.

Los resultados de los tratamientos, en los que son frecuentes las recaídas, también apuntan en contra de la irreversibilidad. Cuando los tratamientos son intensos y extensos, es decir, que se busca cambiar las condiciones en las que se desenvuelve la vida de la persona, modificando la escala de valores que la condiciona, los

resultados indican altas tasas de éxito, que pueden llegar a cerca del 90 por 100 en seguimientos a largo plazo (Fernández-Hermida et al., 2002).

Por último, las investigaciones que abordan la adicción como una enfermedad tienen mucha mayor probabilidad de conseguir financiación para su trabajo, minimizando así el volumen y el impacto de los hallazgos discrepantes (Lewis, 2017).

En resumen, las conductas adictivas no siempre se cronifican, pudiendo modificarse, controlarse o extinguirse, y los tratamientos tienen tasas de éxito variable a medio y largo plazo. De ninguna manera esas conductas son inalterables, al menos en la misma forma en la que lo son las que se derivan de ciertos trastornos cerebrales como la demencia, el parkinson o cualquier otra, que si no se tratan tienden a empeorar (Fernández-Hermida, 2018).

En tercer lugar, el concepto de adicción no implica que esta sea la consecuencia necesaria de la exposición a una sustancia o actividad determinada; solo una cierta proporción de personas expuestas a una droga desarrollarán un comportamiento problemático o una conducta adictiva (Strain, 2022). La exposición es un elemento necesario, pero no tiene por qué ser suficiente en muchos casos. El objeto de la adicción no es la causa del patrón adictivo de conducta. Si el simple uso de drogas fuera necesario y suficiente para causar la adicción, entonces la conducta adictiva surgiría cada vez que estuviera presente el uso de una droga. El inicio del uso de una sustancia, así como el progreso hacia la dependencia, estaría determinado por multitud de factores individuales y por el contexto.

Por otra parte, si la entrada no se explica solo por el contacto material con el objeto adictivo, la salida de la adicción es un acto «voluntario», entendido como una conducta operante regulada por fenómenos antecedentes y consecuentes muy diversos, y con una variabilidad de las respuestas de salida bastante amplia. Es cierto que muchas enfermedades pueden depender para su adquisición y mantenimiento de la conducta voluntaria, que somete al organismo

a condiciones a las que no puede adaptarse y llevan a la disfunción y a la enfermedad. Pero el cese o terminación de la anomalía biológica no puede directamente llevarse a cabo por un acto de voluntad, que implique, por ejemplo, un cambio drástico en el contexto en el que se desenvuelve la persona. Una decisión voluntaria que, pongamos por caso, afecte al estilo de vida, solo puede incidir «de forma mediada o indirecta» en el funcionamiento de las células del páncreas, la presión sanguínea o la tasa de deterioro neuronal característico de la demencia. En este sentido, es posible pensar en una curación involuntaria de estos padecimientos si hubiese «cura» médica para esos trastornos. No es ese el caso de la adicción, ya que lo que permite superar la dependencia de una sustancia es un acto voluntario de abandono de la sustancia o de la propia conducta adictiva. Ese acto de voluntad tendrá más o menos éxito dependiendo de las condiciones contextuales y psicológicas que lo dificulten o favorezcan, pero resulta imprescindible si se quiere abandonar la conducta adictiva. A este respecto, en aquellos casos en los que se ha analizado la relevancia del tratamiento obligatorio y no voluntario, sus resultados son inciertos (Werb et al., 2016) y, en todo caso, su utilidad no vendría dada porque se crea que el tratamiento cura la enfermedad, sino más bien porque se espera que se modifiquen las condiciones existentes, de forma que se facilite la adopción de la decisión de abandono. Nadie puede abandonar directa y voluntariamente la hipertensión, los altos niveles de glucosa en sangre o el deterioro de las células neuronales característico del alzheimer, dado que no son conductas operantes, como la adicción (Fernández-Hermida, 2018).

En cuarto lugar, la consideración de la adicción como una conducta estereotipada queda alejada de la realidad clínica actual. No estamos frente a conductas que tengan un rango de variabilidad bajo, y que sean insensibles al contexto. La conducta adictiva conforma un conjunto complejo, flexible y sensible al contexto, y muchas veces altamente planificado de búsqueda del objeto del deseo, de modos de consumo y de estrategias para evitar las

consecuencias negativas que se derivan de su uso (Fernández-Hermida, 2018). Raro es el caso de la persona que solo consume una sustancia; lo más habitual es encontrarse con personas que consumen diversos tipos de drogas, tanto legales como ilegales, incluso utilizando vías de consumo diferentes para la misma sustancia. No hay adicciones, sino personas que presentan una adicción.

Por último, la adicción no es un trastorno compulsivo, aunque con frecuencia se emplee la expresión «conducta compulsiva». Las compulsiones son conductas repetitivas mantenidas por la evitación de estados de ansiedad o malestar. La conducta obsesiva-compulsiva es involuntaria, mientras que la conducta adictiva supone una elección y la persona vive la conducta como placentera, al menos inicialmente. Es decir, las conductas compulsivas son egodistónicas (con resistencia por parte del sujeto), mientras que las conductas adictivas son egosintónicas (al menos en algunas de sus fases).

## 4. LAS CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Como ya se ha apuntado anteriormente, y sucede en la caracterización de las conductas psicopatológicas, estamos ante un tipo de concepto principalmente de carácter fenomenológico-descriptivo, de tipo prototípico, que presenta diferentes rasgos, ninguno de ellos, por sí solo, suficiente para definir lo que es una adicción. Las conductas que se califican como adictivas lo son porque comparten ciertas características comunes con los procesos implicados y los resultados obtenidos como consecuencia del uso de determinadas sustancias psicoactivas, como los opiáceos.

Algunos de los autores, que han recopilado dichas características, se han señalado anteriormente. Uno de los más citados es Griffiths (1996, 2005, 2019), que los agrupa en el modelo de los componentes esenciales de la adicción.

Otros enfoques se centran en los mecanismos implicados en la adicción, sea farmacológica o conductual, destacando algunos elementos necesarios para que se desarrolle el hábito adictivo, desde la perspectiva del aprendizaje o de la economía conductual.

A continuación, se describen las características que consideramos necesarias para la definición de un comportamiento adictivo.

## 4.1. Actividades reforzantes a corto plazo y perjudiciales a largo plazo

Las actividades adictivas tienen un alto componente apetitivo, pudiendo convertirse en actividades, según Griffiths (2005), que dominan la vida y pensamiento de las personas. El componente de búsqueda de recompensas es central en la noción de la adicción (Potenza et al., 2013), pero su repercusión está modelada por el tipo de sustancia o actividad y por las condiciones de acceso. Por ejemplo, la búsqueda de «heroína» viene modulada por efectos farmacológicos y legales más graves que la búsqueda de tabaco. Todas las drogas de abuso comparten la capacidad de modificar el estado de ánimo, es decir, de producir en los sujetos efectos que se describen como placenteros o eufóricos. La experiencia subjetiva puede ser excitante o tranquilizadora y, además, la misma droga o actividad de elección puede tener la capacidad de provocar efectos diferentes en el estado de ánimo, dependiendo del momento o de la situación (Griffiths, 2005). Las drogas son potentes reforzadores y, por tanto, el consumo de drogas es, básicamente una conducta operante mantenida por reforzamiento positivo o negativo. Así, estos hábitos, que pueden comenzar siendo adaptativos en cuanto a su funcionalidad, como recursos de afrontamiento, pueden convertirse a largo plazo en hábitos desadaptativos, con repercusiones perjudiciales para la persona con adicción o para los demás. Si estos hábitos no supusieran la presencia o el riesgo para el individuo de sufrir consecuencias negativas, no cabría tildarlas como

adictivos (Griffiths, 2019). También es frecuente que el hábito genere conflicto entre la persona con adicción y aquellos que le rodean (Griffiths, 2005), comprometiendo sus relaciones familiares, laborales y sociales. En gran medida, estas consecuencias negativas (enfermedad, problemas sociales, económicos, etc.) se presentan demoradas en el tiempo. La persistencia en el mantenimiento de la actividad (la alta demanda), a pesar del riesgo y/o de la presencia de estas consecuencias aversivas, es lo que convierte las conductas adictivas en irracionales, anormales, patológicas o descontroladas.

## 4.2. Control por reforzadores inmediatos

Desde que en 1960 la pérdida de control fue definida por Jellinek como la incapacidad para controlar la cantidad de alcohol que se consume en una misma ocasión una vez que se ha empezado a beber, este concepto ha sido siempre mencionado como uno de los síntomas claves de las conductas adictivas. Desde entonces, se han hecho muchos intentos de entender científicamente la pérdida de control.

En el lenguaje ordinario (y también en el científico), cuando decimos que una persona es adicta a una sustancia o actividad es porque entendemos que esa persona ha fracasado en sus intentos de abandonar esa actividad, o al menos reducirla de forma significativa. La esencia de la adicción es, pues, la supuesta dificultad o el fallo demostrado en el intento de abandono o control.

El término *compulsión* también ha sido siempre una parte integral del fenómeno de la adicción. Ambos términos se utilizarían para describir el mismo fenómeno. Esto es, la compulsión implica una pérdida de control, una incapacidad para resistir el *craving,* es decir, el deseo intenso de consumir una sustancia. El *craving* puede surgir para escapar de estados aversivos (reducir el malestar) o para incrementar los estados agradables (Skinner y Aubin, 2010). El *craving* vendría a ser la forma que adquiere la hiperreflexibidad

como papel causal (patógeno) de las conductas adictivas (Pérez-Álvarez, 2021a).

Desde un punto de vista conductual, la pérdida de control es un fenómeno que se explica si se consideran dos de los parámetros más importantes del reforzamiento positivo: la magnitud del reforzador y, sobre todo, la demora del reforzamiento.

El concepto de magnitud del reforzador incluye dos propiedades diferentes: la cantidad y la cualidad. En términos generales, el aprendizaje instrumental está relacionado positivamente con la magnitud del reforzamiento. La demora del reforzamiento en el condicionamiento instrumental es un parámetro equivalente al intervalo EC-EI en el condicionamiento clásico. En ambos casos, al aumentar la demora disminuye la ejecución. El análisis más operativo del fenómeno de la pérdida de control y del efecto de la demora del reforzador sobre la conducta lo ofrece la Economía Conductual (Acuff et al., 2022) (véase el capítulo 3 de este manual). Desde este punto de vista, la pérdida de control se deriva del hecho de que el efecto de un reforzador sobre una conducta está modulado, en parte, por la demora de aparición de tal reforzador. Esto es, el valor subjetivo de una recompensa demorada es menor en comparación con el valor subjetivo de una recompensa inmediata. La pérdida de control en las personas con adicción se definiría como la elección de una recompensa menor, pero inmediata, frente a una recompensa de mayor magnitud demorada en el tiempo. Los resultados de varias investigaciones conductuales parecen demostrar que los reforzadores demorados se deprecian de acuerdo a una función hiperbólica. El *descuento hiperbólico* es un término que se refiere a la devaluación de una recompensa proporcionalmente a su demora. Esta función vendría descrita con la siguiente ecuación, desarrollada por Mazur (1990):

$$V = A/(1 + kD)$$

En la ecuación, *V* es el valor actual descontado de un reforzador, *A* es la importancia objetiva de la recompensa demorada, *k* es una constante proporcional derivada empíricamente del grado del descuento demorado (tasa de deprecio) y *D* es la duración de la demora.

Esta fórmula hiperbólica muestra que el valor de dos reforzadores es una función del tiempo de la obtención de los mismos. Cuando dos reforzadores (el cercano de menor valor y el lejano de mayor valor) están distantes en el tiempo, la elección que el sujeto hace se califica como «autocontrol» o «racional», si es consistente con la magnitud objetiva del reforzador (por ejemplo, «quiero estar bien con mi familia y no consumir drogas»). Pero cuando el reforzador de menor valor está más inmediatamente disponible, se invierte la preferencia, resultando una elección que puede ser descrita como «impulsiva», «irracional» e inconsistente con la magnitud objetiva de los reforzadores (por ejemplo, perder importantes reforzadores a largo plazo, por obtener los efectos del consumo de drogas ahora) (Bickel et al., 1998). Así, el descuento por demora (DD) se ha propuesto como un marcador conductual de la adicción y, potencialmente, de otros trastornos similares. La adicción se caracterizaría entonces por la devaluación del valor de los reforzadores futuros en favor de la gratificación inmediata (MacKillop et al., 2011). La evidencia acumulada ha demostrado que el DD predice el inicio del consumo de drogas, ayuda a identificar a las personas con problemas de adicción frente a los controles, refleja la cantidad de sustancias utilizadas, está relacionado con la comorbilidad con otros trastornos, se relaciona con la gravedad de la dependencia y predice los resultados de los tratamientos (Bickel et al., 2014).

El consumo de drogas (las conductas adictivas) no estaría fuera de control, sino que sería una conducta operante aprendida y controlada por los efectos reforzantes inmediatos o, lo que es lo mismo, no controlada (o controlada inadecuadamente) por otros reforzadores menos inmediatos. Así, el término «incontrolable» para

referirse a la dependencia de drogas no sería del todo correcto. Más propio sería hablar de desórdenes de la atracción (Bigelow et al., 1998) o de trastornos de elección (Strain, 2022). La adicción podría verse entonces como un déficit en la toma de decisiones (Redish et al., 2008). Esta concepción de la adicción apela a la existencia de dos sistemas subyacentes en la toma de decisiones: un sistema de planificación, dirigido a objetivos, que sopesa las consecuencias de las acciones y las posibilidades futuras, y un sistema de hábitos, en el que el comportamiento es impulsado por asociaciones simples de estímulo-respuesta. El sistema de planificación es flexible, mientras que el sistema de hábitos es rígido. Las personas generalmente comienzan a usar drogas movidas por el sistema de planificación, pero, con el uso habitual, el sistema de hábito pasa a ser el dominante, convirtiéndose en una adicción. La adicción representaría el dominio extremo del hábito sobre el comportamiento dirigido a un objetivo (Kinley et al., 2022).

Frente a la concepción de la adicción como enfermedad, el énfasis en la experiencia subjetiva de la pérdida de control así entendida no sitúa el problema enteramente dentro del individuo, pero, al mismo tiempo, tampoco impide atribuir alguna responsabilidad del desarrollo de la adicción a ese individuo.

### 4.3. Abstinencia y tolerancia

La abstinencia se refiere, según Griffiths (2005), a los sentimientos o estados físicos desagradables que se experimentan cuando una actividad particular deja de ser realizada o disminuye en frecuencia o intensidad. Los efectos pueden ser psicológicos (malestar, cambio de humor, irritabilidad, etc.) o físicos (respuesta de estrés, dolor, alteraciones perceptivas, etc.). Hay evidencia de que en las adicciones a sustancias y en las adicciones conductuales este es un efecto conocido, aunque se manifiesta con diferente intensidad.

La tolerancia se refiere a la disminución de la respuesta fisiológica a la misma cantidad de droga, o a la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico. Aunque la dependencia física y la tolerancia son dos fenómenos muy relacionados, para que se desarrolle tolerancia no es necesario que haya dependencia física. La tolerancia es la consecuencia de la estimulación repetida de una droga y de las señales ambientales que están presentes en el momento de la administración de la misma. El desarrollo de la tolerancia celular está directamente relacionado con el intervalo crítico entre dosis, definido como el intervalo de tiempo más corto que debe transcurrir antes de la repetición de la dosis que producirá el mismo efecto que la dosis anterior (Goldstein, 1995). Con cualquier intervalo más corto se creará tolerancia, de modo que las dosis sucesivas tendrán que aumentarse para obtener el efecto anterior. La tolerancia es diferente para cada droga y también varía entre los consumidores. Los narcóticos representan un extremo: parece que virtualmente no tienen techo de tolerancia. Las personas que presentan una adicción a la nicotina, en contraste, rara vez fuman más de tres paquetes de cigarrillos al día. La tolerancia está bien establecida en las adicciones a sustancias psicoactivas y existe también una creciente evidencia en el campo de las adicciones conductuales. Por ejemplo, en los juegos de azar la tolerancia puede implicar pasar cada vez más tiempo jugando, o que el jugador tenga que aumentar gradualmente la magnitud de la apuesta para experimentar un efecto modificador del estado de ánimo que inicialmente se obtenía con una apuesta mucho más pequeña (Griffiths, 2005).

## 5. CONCLUSIONES. LA ADICCIÓN COMO CONDUCTA

La conducta adictiva es una conducta sujeta a las leyes bioconductuales que rigen cualquier comportamiento (Gil Roales-Nieto, 1996). Las adicciones no son enfermedades crónicas del cerebro, sino hábitos que se reafirman y fortalecen cada vez que se

realizan, en una suerte de proceso autoperpetuador (Lewis, 2015). El uso de drogas reduce la disponibilidad de otras alternativas, lo que provoca a su vez una menor sensibilidad a los efectos reforzantes de esas alternativas, incrementando así la probabilidad de uso de drogas. Este circuito se hace cada vez más estrecho y el deseo más imperioso (Pérez-Álvarez, 2021b). Los cambios cerebrales no son la causa de las adicciones sino, en realidad, su consecuencia (Lewis, 2015). La consideración de estas como desviadas, anormales, enfermizas o autodestructivas tiene que ver con los usos sociales y, en especial, con la alta demanda, a pesar del riesgo de consecuencias negativas asociadas. Las adicciones comportamentales son adicciones porque comparten ciertos elementos que se dan en la dependencia a las sustancias químicas. La importancia o el peso relativo de los elementos mencionados como necesarios (reforzamiento a corto plazo, consecuencias aversivas a largo plazo, control por reforzadores inmediatos —pérdida de control—, y abstinencia y tolerancia) varía dependiendo del sujeto, del contexto y del objeto de la adicción. No obstante, a pesar de los aspectos comunes de las conductas adictivas, es importante tener en cuenta los factores diferenciadores a la hora de explicar, evaluar y tratar un problema particular. Por ejemplo, el hecho de que esté presente la autoadministración de una sustancia confiere a la adicción a las drogas unas características no tan evidentes en otro tipo de adicciones, como, por ejemplo, el proceso de desintoxicación.

La conducta adictiva es una conducta voluntaria controlada por las consecuencias inmediatas. Las dudas sobre las características voluntarias de la conducta adictiva se sustentan en su carácter frecuentemente autodestructivo, que lleva a la persona con adicción, en muchos casos, a su marginación o muerte, en su supuesta naturaleza compulsiva motivada por la alta demanda, la urgencia de consumo *(craving)* y la aparente falta de influencia del contexto en el cambio. Sin embargo, la conducta voluntaria puede ser claramente autodestructiva, y persistir en el empeño a pesar de lo que nos diga

la experiencia, los demás o lo que deseemos aparentemente. Una conducta es compulsiva o irrefrenable si es completamente independiente del valor funcional para el individuo y, por tanto, del contexto. Pero la conducta adictiva no tiene estas características, ya que su explicación viene dada precisamente por las consecuencias derivadas de la misma, sobre todo por las consecuencias inmediatas.

El análisis de la adicción como una forma de conducta y, en particular, como un trastorno de elección (Bickel y Athamneh, 2020; Bickel et al., 2020), ofrece no solo un modelo acertado y parsimonioso para explicar el origen y el mantenimiento de las conductas adictivas, sino que, además, proporciona un soporte teórico consistente para exponer y comprender las terapias psicológicas que han demostrado mayor eficacia en el tratamiento de este tipo de trastornos.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Bickel, W. K., Koffarnus, M. N., Moody, L. y Wilson, A. G. (2014). The behavioral- and neuro-economic process of temporal discounting: A candidate behavioral marker of addiction. *Neuropharmacology, 76 Pt B,* 518-527.

Heather, N., Field, M., Moss, A. C. y Satel, S. (eds.) (2022). *Evaluating the brain disease model of addiction*. Routledge.

Lewis, M. (2015). *The biology of desire. why addiction is not a disease*. Public Affairs Books.

Olsen, Y. (2022). What is addiction? History, terminology, and core concepts. *Medical Clinics, 106*(1), 1-12.


---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Acuff, S. F., Tucker, J. A., Vuchinich, R. E. y Murphy, J. G. (2022). Addiction is not (only) in the brain. Molar behavioral economic models of etiology and cessation of harmful substance use. En N. Heather, M. Field, A. C. Moss y S. Satel (eds.), *Evaluating the Brain Disease Model of Addiction* (pp. 459-474). Routledge.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Asociación Americana de Psiquiatría.

Baker, T. B. (1988). Models of addiction: Introduction to the special issue. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 115-117.

Bartsch, A. J., Homola, G., Biller, A., Smith, S. M., Weijers, H. G., Wiesbeck, G. A. … y Bendszus, M. (2007). Manifestations of early brain recovery associated with abstinence from alcoholism. *Brain, 130* (Pt 1), 36-47.

Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema, 30*(3), 270-275.

Berridge, V. y Edwards, G. (1981). *Opium and the people: Opiate use in nineteenth-century England*. St. Martin's.

Bickel, W. K. y Athamneh, L. N. (2020). A Reinforcer Pathology perspective on relapse. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior, 113*(1), 48-56.

Bickel, W. K., Athamneh, L. N., Snider, S. E., Craft, W. H., DeHart, W. B., Kaplan, B. A. y Basso, J. C. (2020). Reinforcer Pathology: Implications for substance abuse intervention. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 47,* 139-162.

Bickel, W. K., Koffarnus, M. N., Moody, L. y Wilson, A. G. (2014). The behavioral- and neuro-economic process of temporal discounting: A candidate behavioral marker of addiction. *Neuropharmacology, 76 Pt B,* 518-527.

Bickel, W. K., Madden, G. J. y Petry, N. M. (1998). The price of change: The behavioral economics of drug dependence. *Behavior Therapy, 39,* 545-565.

Bigelow, G. E., Brooner, R. K. y Silverman, K. (1998). Competing motivations: drug reinforcement vs. non-drug reinforcement. *Journal of Psychopharmacology, 12*(1), 8-14.

Blanco, C., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Labrador-Mendez, M., Wang, S. y Schwartz, R. (2013). Probability and predictors of remission from life-time prescription drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research, 47*(1), 42-49.

Bradley, B. P. (1990). Bahavioural addictions: Common features and treatment implications. *British Journal of Addiction, 85,* 1417-1419.

Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Sobell, L. C., Dum, M. y García-Rodríguez, O. (2007). Natural recovery from alcohol and drug problems: A methological review of the literature from 1999 through 2005. En H. Klingemann y L. Sobell (eds.), *Promoting self-change from problem substance use: Practical implications for policy, prevention, and treatment* (pp. 87-101). Springer Verlag.

Donovan, D. M. (1988). Assessment of addictive behaviors: Implications of an emerging biopsychosocial model. En D. M. Donovan y G. A. Marlatt (eds.), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 3-48). The Guilford Press.

Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Desclée de Brouwer.

Edwards, G. y Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal, 1,* 1058-1061.

Fernández-Hermida, J. R. (2018). La naturaleza e importancia del concepto de adicción. En Academia de Psicología de España (ed.), *Psicología para un mundo sostenible* (vol. II, pp. 219-236). Pirámide.

Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Fernández-Ludena, J. J. y Marina-González, P. A. (2002). Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: A long-term follow-up study. *European Addiction Research, 8*(1), 22-29.

Foucault, M. (1973). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. Random House.
Gifford, E. y Humphreys, K. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction, 102*(3), 352-361.
Gil Roales-Nieto, J. (1996). *Psicología de las Adicciones*. Némesis.
Glantz, M.-D. (2013). The terminology of addictive behavior. En P. M. Miller (ed.), *Principles of addiction. Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders* (vol. 1, pp. 13-22). Academic Press.
Goldstein, A. (1995). *Adicción*. Ediciones en Neurociencias.
Gossop, M. (1989). *Relapse and addictive behaviour*. Tavistock/Routledge.
Griffiths, M. D. (1996). Nicotine, tobacco and addiction. *Nature, 384,* 18.
Griffiths, M. D. (2005). A «components» model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use, 10*(4), 191-197.
Griffiths, M. D. (2019). The evolution of the «components model of addiction» and the need for a confirmatory approach in conceptualizing behavioral addictions. *Neurological Sciences, 32,* 179-184.
Heyman, G. M. (2013). Quitting drugs: Quantitative and qualitative features. *Annual Review of Clinical Psychology, 9,* 29-59.
Hyman, S. E. (1994). Why does the brain prefer opium to broccoli? *Harvard Review of Psychiatry, 2,* 43-46.
Kinley, I., Amlung, M. y Becker, S. (2022). Pathologies of precision: A Bayesian account of goals, habits, and episodic foresight in addiction. *Brain and Cognition, 158,* 105843.
Kraepelin, E. (1905/1988). *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Nieva.
Labrador, F. J. (2010). Sesgos cognitivos de los jugadores patológicos: Implicaciones terapéuticas. En E. Echeburúa, E. Becoña, F. J. Labrador y Fundación GAUDIUM (eds.), *El juego patológico. Avances en la clíinica y en el tratamiento*. Pirámide.
Lewis, M. (2015). *The biology of desire. why addiction is not a disease*. Public Affairs Books.
Lewis, M. (2017). Addiction and the brain: Development, not disease. *Neuroethics, 10,* 7-18.
Lopez-Quintero, C., Hasin, D. S., de Los Cobos, J. P., Pines, A., Wang, S., Grant, B. F. y Blanco, C. (2011). Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addiction, 106*(3), 657-669.
MacKillop, J., Amlung, M. T., Few, L. R., Ray, L. A., Sweet, L. H. y Munafo, M. R. (2011). Delayed reward discounting and addictive behavior: A meta-analysis. *Psychopharmacology, 216*(3), 305-321.
Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addictions, 85,* 1389-1394.
Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M. y Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology, 39,* 223-252.
Mazur, J. E. (1990). *Learning and behavior*. Prentice-Hall.
Milkman, H. B. y Sunderwirth, S. G. (1987). *Craving for Ecstasy: The consciousness & chemistry of scape*. Lexington Books.
National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of drug addiction treatment*. Department of Health and Human Services.
Olsen, Y. (2022). What is addiction? History, terminology, and core concepts. *Medical Clinics, 106*(1), 1-12.

Orford, J. (1985). *Excesive appetites: A psychological view of addictions*. John Wiley & Sons.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-11)*.

Peele, S. (1985/1998). *The meaning of addiction. An unconventional view*. Jossey-Bass Publishers.

Pérez-Álvarez, M. (2021a). Estructura y funcionamiento de la psicoterapia. En E. Fonseca Pedrero (ed.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 677-712). Pirámide.

Pérez-Álvarez, M. (2021b). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*. Alianza Editorial.

Pickard, H. (2022). Is addiction a brain disease? A plea for agnosticism and heterogeneity. *Psychopharmacology, 239,* 993-1007.

Pomerleau, C. F. y Pomerleau, C. S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues, 111,* 111-131.

Potenza, M. N., Balodis, I. M., Franco, C. A., Bullock, S., Xu, J., Chung, T. y Grant, J. E. (2013). Neurobiological considerations in understanding behavioral treatments for pathological gambling. *Psychology of Addictve Bevaviors, 27*(2), 380-392.

Redish, A. D., Jensen, S. y Johnson, A. (2008). A unified framework for addiction: Vulnerabilities in the decision process. *Behavioral and Brain Sciences, 31*(4), 415-437.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Hesselbrock, M. y Wish, E. (2010). Vietnam veterans three years after Vietnam: How our study changed our view of heroin. *American Journal of Addictions, 19*(3), 203-211.

Rodríguez-Martos, A. (1990). *El alcohólico que juega y el jugador que bebe: dos caras de una misma moneda*. Paper presentado en las XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Madrid.

Rosenthal, R. J. y Faris, S. B. (2019). The etymology and early history of ‘addiction’. *Addiction Research and Theory, 27*(5), 437-449.

Secades-Villa, R., González-Roz, A., Weidberg, S. y García-Fernández, G. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos debidos al consumo de sustancias. En E. Fonseca (ed.), *Manual de tratamientos psicológicos* (pp. 529-552). Pirámide.

Skinner, M. D. y Aubin, H. J. (2010). Craving’s place in addiction theory: Contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 34,* 606-623.

Stepney, R. (1996). The concept of addiction: Its use and abuse in the media and science. *Human Psychopharmacology, 11,* 15-20.

Strain, E. C. (2022). The defining characteristic of substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 1*(230), 109-207.

Szasz, T. S. (1961/1982). *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu.

Volkow, N. D., Koob, G. y Baler, R. (2015). Biomarkers in substance use disorders. *ACS Chemical Neuroscience, 6*(4), 522-525.

Walters, G. D. (1999). *The addiction concept. Working hypothesis or self-fulfilling prophesy?* Allyn & Bacon.

Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A. y Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *International Journal of Drug Policy, 28,* 1-9.

Westermeyer, J. (2013). Historical understandings of addiction. En P. M. Miller (ed.), *Principles of addiction. Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders* (vol. 1, pp. 3-12). Academic Press.

# 2

# Neurobiología de la adicción

RAQUEL GÓMEZ DE HERAS
Y LAURA ORÍO ORTIZ

## 1. INTRODUCCIÓN

La adicción podría considerarse un polígono complejo formado por muchas caras, ángulos y aristas que determinan su naturaleza y complican su comprensión. Algunas de estas caras del polígono están relacionadas con el propio trastorno por uso de sustancias (TUS) que recoge el Manual Diagnóstico DSM-5. Quizá sea este el contexto más común y el que ha sido más ampliamente investigado desde una perspectiva científica. De manera general, las llamadas «drogas de abuso» tienen la característica común de ser sustancias químicas psicoactivas; esto es, que actúan sobre el sistema nervioso central (SNC) y, aunque difieren en sus mecanismos de acción, todas ellas comparten la activación de algunos núcleos específicos del cerebro, generando cambios más o menos permanentes en su funcionamiento. De ahí que entender cómo estas sustancias pueden interferir en nuestra actividad neural sea más sencillo. Pero ¿qué ocurre con otras caras del polígono? En los últimos años, cada vez más nos enfrentamos al fenómeno de las posibles adicciones sin sustancia. En la actualidad, el DSM-5 (APA, 2013) reconoce el juego patológico o ludopatía como un trastorno adictivo, que se englobaría dentro de las llamadas adicciones comportamentales o adicciones sin sustancia. Además del juego con apuestas y del uso de videojuegos, incluido en la CIE-11 (OMS, 2018), existen otras conductas que podrían ser potencialmente

adictivas, como la adicción al sexo, a la comida, a las compras, a Internet o al móvil. En un principio, puede sorprender que ciertos comportamientos, y no sustancias químicas concretas, puedan también modificar la actividad de algunos circuitos del cerebro, pero parecen existir evidencias de que esto también es posible.

En los últimos años, el estudio de las adicciones desde un punto de vista neurocientífico está generando un número muy elevado de publicaciones científicas, resultando una tarea complicada dar un sentido coherente a toda la información y a las diversas teorías propuestas a partir de esta. Las drogas de abuso originan modificaciones neuroanatómicas y funcionales más o menos persistentes en regiones cerebrales que participan en la recompensa cerebral, la toma de decisiones, la motivación, el aprendizaje y la memoria, favoreciendo la transición a la dependencia y trasformando la estructura y función del cerebro, provocando que algunas personas puedan ser más vulnerables a la recaída. Sin embargo, no hay que perder de vista la influencia de los factores psicosociales y ambientales, de tal manera que el modelo integrado biopsicosocial es el que mejor puede explicar lo que ocurre durante el proceso adictivo.

## 2. LOS MODELOS ANIMALES EN DROGODEPENDENCIAS

La utilización de animales de experimentación, así como el avance en las técnicas de neuroimagen, han sido y son cruciales para la comprensión de la neurobiología de la adicción. Gran parte de los avances recientes en la comprensión de los mecanismos subyacentes a las distintas fases del ciclo adictivo se han derivado del estudio de modelos animales de adicción a drogas específicas, tales como los opiáceos, los psicoestimulantes o el alcohol.

La justificación del empleo de modelos animales está basada en un planteamiento filogenético. Los mecanismos neurales responsables de la emoción y de la conducta habrían sido diseñados a través de la selección natural para maximizar la

adaptación de los organismos. Así, en animales tan sencillos como la mosca de la fruta encontramos la mayoría de los neurotransmisores y moléculas que intervienen en la liberación sináptica y la recaptación, de los receptores, así como los principales mecanismos de transducción de señales que participarían en las funciones neurales de los vertebrados.

Cabe destacar que no existe un modelo de adicción que sirva para mimetizar todos los complejos procesos del ciclo adictivo, pero sí existen modelos para estudiar aspectos concretos de cada etapa. Por ejemplo, y como se verá más adelante, mediante modelos animales se puede estudiar la preferencia o el poder adictivo de una droga, su potencial para producir efectos negativos en la abstinencia o inducir la recaída, o bien la compulsión o pérdida de control sobre el consumo voluntario de una droga, un aspecto crucial en la adicción.

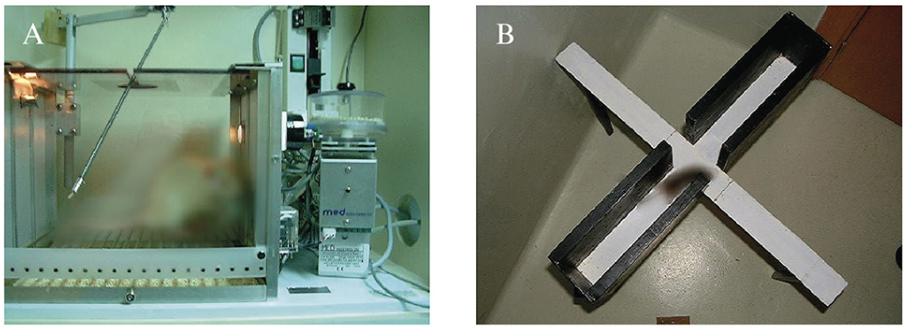
Los primeros modelos animales de adicción que se desarrollaron eran muy sencillos, y sirvieron para conocer aspectos muy concretos del mecanismo de acción de cada droga. A lo largo de los últimos años, los modelos animales han evolucionado de manera notable para poder dar explicación a aspectos muy concretos de la adicción, y esto ha supuesto también un desarrollo importante de la conceptualización neurobiológica de la adicción como tal, a través de diversas teorías neurobiológicas, como se verá en el siguiente apartado.

Así, durante la década de los 50 del pasado siglo, los experimentos basados en la técnica de la autoestimulación intracraneal en ratas de Olds y Milner (1954) mostraron cómo los animales que tenían colocados unos electrodos en unas zonas concretas del cerebro presionaban repetidamente una palanca que activaba dichos electrodos, lo que debía proporcionarles una gran sensación placentera, ya que ignoraban otras prioridades vitales y se pasaban la mayor parte del tiempo autoestimulándose. Estos experimentos de interacción directa con los circuitos anatómicos consiguieron un mapeo de lo que se denomina el circuito del

refuerzo y, en especial, la descripción de la actividad del haz prosencefálico medial y de las vías dopaminérgicas mesocorticolímbicas.

Posteriormente se desarrollaron modelos de autoadministración de drogas, de manera que los roedores y los primates no humanos eran capaces de presionar voluntariamente y de forma repetida una palanca para obtener inyecciones intravenosas de morfina o cocaína, es decir, se autoadministraban voluntariamente la droga. Mediante el modelo de autoadministración de drogas, con todas sus variantes, podemos medir las propiedades reforzantes de una sustancia adictiva.

Los estímulos ambientales, por ejemplo los visuales u olfativos, pueden asociarse a las propiedades reforzadoras de las drogas, mediante condicionamiento clásico, convirtiéndolos en reforzadores secundarios. Estos reforzadores secundarios tienen un papel fundamental en el mantenimiento de la adicción y las recaídas. Así, las propiedades reforzantes de una droga también pueden medirse experimentalmente mediante preferencia de lugar condicionada, que consiste en medir el tiempo que el animal elige pasar libremente en un determinado compartimento —sensorialmente diferenciado de otros— y que ha sido previamente asociado a la inyección de la droga. Y este mismo paradigma puede usarse a la inversa, para medir las propiedades aversivas que una droga produce durante la abstinencia (véase figura 2.1).




La caja de autoadministración de drogas (A) sirve para cuantificar la motivación del animal por conseguir la sustancia de abuso. Se pueden además introducir claves visuales o auditivas que anuncien la presencia de la sustancia y puedan condicionarse a su consumo. El laberinto en cruz elevado (B) es un test que mide la ansiedad que puede generar el consumo de una sustancia, y especialmente la que se produce cuando cesa ese consumo y se desencadena un síndrome de abstinencia.

Figura 2.1.—Modelos animales para el estudio neurobiológico de las adicciones.

En los últimos años se han desarrollado modelos mucho más sofisticados para estudiar la transición a la adicción. Si antes se comparaban animales que se autoadministraban una droga frente a animales libres de consumo, ahora se comparan animales que consumen una droga voluntariamente, pero diferenciando entre los que tienen control sobre la cantidad consumida y aquellos que disparan su autoadministración de forma incontrolada, mimetizando un estado de compulsión característico de la adicción. Son los llamados modelos de autoadministración *en escalada,* que se consiguen variando las condiciones y el tiempo de acceso a la sustancia, y que servirían para comprender las diferencias entre alguien que consume una droga, pero no es adicto, y alguien que se hace dependiente de la sustancia.

Un buen modelo animal para estudiar las adicciones, al igual que para cualquier otro trastorno, debe cumplir tener validez de concepto y validez predictiva, es decir, debe tener una equivalencia funcional con la patología que se pretende estudiar en humanos, tener poder explicativo y servir para hacer predicciones más o menos ajustadas sobre la patología en seres humanos.

## 3. SUSTRATO NEURAL DEL COMPORTAMIENTO MOTIVADO

Los mayores avances que se han realizado respecto al mecanismo por el que las drogas interactúan con el SNC son tres: el descubrimiento del sistema reforzador cerebral, la descripción anatomofuncional de los neurocircuitos de la adicción y la biología molecular de las dianas que median el proceso adictivo.

Cada vez que aparece un estímulo que nos resulta apetitivo, esto es, que nos potencia la sensación de placer o de bienestar, todas las conductas que rodean a la aparición de dicho estimulo tenderán a ser más frecuentes, provocando, por tanto, respuestas de acercamiento. A este fenómeno se le denomina reforzamiento, y a los estímulos que lo provocan reforzadores. Sabemos, por los principios del condicionamiento operante, que la inmediatez en la obtención de los refuerzos es crucial para el aprendizaje y para que la respuesta se mantenga. Este mismo fenómeno se aplica a las drogas de abuso, es decir, son reforzadores de la conducta; las drogas más adictivas serán aquellas que tengan efectos más rápidos. Los sustratos neurobiológicos de los efectos reforzantes de las drogas de abuso han sido ampliamente identificados tanto en el lugar de acción inicial como en los circuitos neurales involucrados a largo plazo.

## 3.1. Tipos de reforzadores

Los reforzadores naturales son estímulos y respuestas que, filogenéticamente, han contribuido al mantenimiento de las conductas relevantes para las especies, como la alimentación, el aprendizaje y la reproducción. Las drogas actúan usurpando e imitando el mismo mecanismo que utilizan los reforzadores naturales. Por este motivo se las puede considerar reforzadores artificiales, al igual que lo es la estimulación eléctrica cerebral. Existiría una diferencia fundamental entre las recompensas naturales y las drogas de abuso. Las recompensas naturales producen, una vez consumidas, un efecto de saciedad que lleva al cese de su contacto, mientras que las drogas de abuso no

producirían este efecto y, por ese motivo, pueden consumirse sin un límite claro que sea capaz de frenar el propio sistema.

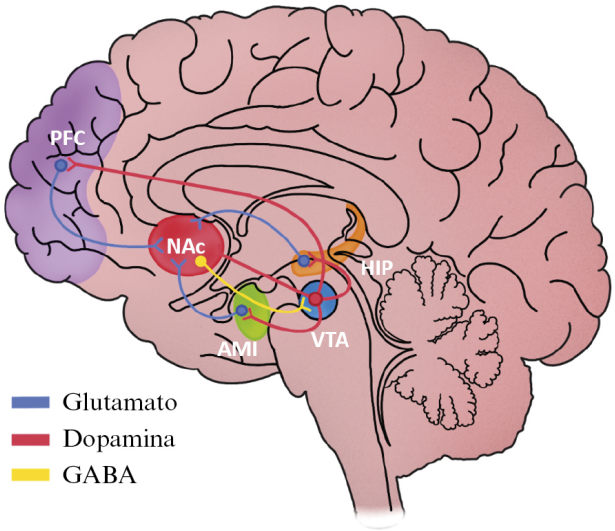
Los reforzadores, tanto naturales como artificiales, provocan un claro efecto sobre los sistemas cerebrales que median el reforzamiento cerebral, incluyendo la liberación y disponibilidad de dopamina (DA), que es el neurotransmisor clásicamente vinculado con el refuerzo. Para que el fenómeno de reforzamiento ocurra, es necesario que el SNC tenga la posibilidad de ser modificable, que permita una plasticidad en la creación de nuevas conexiones que asocien estímulos y respuestas. El contacto con los reforzadores artificiales puede establecer conexiones tan fuertes que los comportamientos se van a mantener en el tiempo, a pesar de las consecuencias negativas que se deriven de ellos, provocando que los refuerzos naturales, que antes eran placenteros, dejen de serlo. Estos factores definen, en gran medida, los trastornos adictivos.

## 3.2. Sistema de reforzamiento cerebral

El consumo de drogas se produce, en un principio, porque todas las sustancias de abuso actúan como reforzadores sobre el sistema cerebral de motivación y recompensa, produciendo determinados efectos gratificantes. Los comportamientos motivados, al ser necesarios para la supervivencia, implican muchas y diversas áreas cerebrales, desde las más primitivas hasta las más complejas como las cortezas cerebrales.

Está ampliamente aceptado que la base para explicar de una manera neurobiológica la ocurrencia del reforzamiento positivo es el sistema ascendente mesocorticolímbico. Este sistema está formado por un conjunto de neuronas principalmente dopaminérgicas y también gabaérgicas, que tienen sus somas situados en el área tegmental ventral (ATV) y que proyectan hacia el núcleo accumbens (NAc) y, en el caso de las dopaminérgicas, hacia la amígdala y el hipocampo, formando la vía mesolímbica. Desde el NAc, interneuronas gabaérgicas proyectan de nuevo hacia el ATV, como

control inhibitorio de la vía. Las proyecciones dopaminérgicas desde el ATV también se dirigen hacia la corteza prefrontal (CPF), formando la vía mesocortical. Ambas vías, mesolímibica y mesocortical, se complementan, y su función conjunta se integra en el término mesocorticolímbico. Desde la CPF, la amígdala y el hipocampo existen importantes conexiones de neuronas glutamatérgicas que proyectan hacia el NAc, cerrando una compleja vía de comunicación en este circuito, que tendrá gran relevancia para explicar partes del proceso adictivo. Así, en el sistema de refuerzo, los neurotransmisores que toman mayor relevancia y que van a verse alterados durante el proceso de reforzamiento serían la DA, el GABA y el glutamato, aunque no exclusivamente, ya que otros mediadores hedónicos, como los endocannabioides y los opioides, también participan en los entresijos de estas vías (véase figura 2.2).




Principales estructuras que conforman el circuito de refuerzo: área tegmental ventral (ATV), núcleo accumbens (NAc), corteza prefrontal (CPF), amígdala (AMI) e hipocampo (HIP). Las vías dopaminérgicas mesolímbica y mesocortical están representadas en gris oscuro. La principal conexión inhibitoria del GABA en el circuito se representa en color gris claro, y las proyecciones de glutamato están representadas en negro.

Figura 2.2.—El circuito de refuerzo.

Se ha observado que todas las sustancias de abuso aumentan en grandes cantidades la DA extracelular en el haz ATV-NAc, haciendo que disminuya el umbral de recompensa y generando una sensación hedónica y gratificante. Este proceso es el mismo que siguen otras conductas adaptativas, como el sexo y comer. Sin embargo, mientras que estos reforzadores naturales presentan ese efecto saciante que provoca una disminución de la DA liberada, las drogas no muestran dicho efecto.

Cada droga de abuso, atendiendo a su estructura química, produce la liberación de DA en el sistema de recompensa, mediante un mecanismo diferente. En el ATV hay neuronas dopaminérgicas que proyectan sus axones hacia el NAc, dentro del sistema de refuerzo. En el proceso normal de comunicación sináptica, la DA se libera al espacio sináptico y se une a receptores dopaminérgicos ubicados en neuronas adyacentes. Una vez liberada, la DA puede ser recaptada y reciclada por la neurona transmisora a través de una proteína específica llamada transportador de DA. Hay drogas, como los psicoestimulantes, que aumentan la liberación de DA a través de mecanismos directos. Por ejemplo, la cocaína se adhiere al transportador de DA y bloquea su proceso normal de reciclaje, lo que hace que aumenten los niveles de este neurotransmisor en la sinapsis. Otros psicoestimulantes, como las anfetaminas, utilizan también este mecanismo de bloqueo del transportador, pero además producen la liberación directa de la DA acumulada en las vesículas de la neurona, lo que resulta en una gran acumulación de este neurotransmisor en el espacio sináptico. Otras drogas de abuso utilizan mecanismos indirectos y más complejos para producir la liberación de DA en el NAc. Por ejemplo, la heroína tiene como diana los receptores opiáceos μ, que inhiben las neuronas gabaérgicas en el sistema de refuerzo, que son un sistema de contención a la liberación de DA, por lo que el resultado (inhibición de la inhibición) también es la liberación de DA. Algunas drogas de abuso tienen mecanismos de acción indirectos y muy complejos, como es el caso del alcohol, que es capaz de actuar al mismo

tiempo sobre sistemas de regulación de la DA como son el GABA y el glutamato, y además activa las vías endorfínicas del sistema de refuerzo y el sistema endocannabinoide.

Es importante señalar que la activación del sistema de refuerzo en sí no es sinónimo de adicción; de hecho, todos los días activamos nuestro sistema de refuerzo con una conducta o un alimento. Sin embargo, la falta de saciedad de este sistema ante las drogas produce un exceso de DA extracelular y señalización dopaminérgica que, unido a la repetición del consumo, generaría paulatinamente procesos de neuroadaptación, que afectan también a otros sistemas de neurotransmisión y que se tratarán en el apartado tercero de este capítulo.

No hay que perder de vista que el consumo de drogas no solo se explica por el aumento de DA producido por las sustancias en la conexión ATV-NAC. Por ejemplo, el incremento de este neurotransmisor en otras estructuras como la CPF y las conexiones glutamatérgicas de esta zona y de estructuras límbicas hacia el NAc, también tiene un papel importante en la adicción, ya que regula procesos de aprendizaje asociativo en el que la exposición repetida a una sustancia y a los estímulos ambientales que la preceden puede dar lugar a que las neuronas dopaminérgicas dejen de disparar directamente con la presencia de la sustancia y comiencen a hacerlo ante las claves contextuales que predicen (anticipan) dicha recompensa.

## 3.3. Fases del ciclo adictivo

Los avances de la investigación en el campo de la neurobiología de la adicción han permitido avanzar en la complejidad de conexiones que se ponen en marcha con el desarrollo de una adicción, además de la importancia descrita del sistema de reforzamiento cerebral, y han dado lugar al llamado modelo del ciclo adictivo y a una de las teorías neurobiológicas de la adicción (Koob y Volkow, 2016). El modelo está basado en las premisas de la

impulsividad y compulsión, que darían lugar a tres etapas del ciclo adictivo: atracón/intoxicación, abstinencia/afecto negativo y preocupación/anticipación. De estas tres etapas, la impulsividad está ligada fundamentalmente a la primera, mientras que la compulsión se relaciona en mayor medida con las últimas etapas.

La etapa de atracón/intoxicación hace referencia al contacto en sí mismo con las sustancias, que desencadena la actividad de las neuronas dopaminérgicas que se asocian con el sistema de recompensa, coincidiendo con la etapa en que se perciben los efectos positivos del consumo (euforia, desinhibición, etc.). Los cambios producidos por las sustancias de abuso son fácilmente reversibles, una vez que la sustancia es eliminada del organismo y tras el conocido síndrome de abstinencia. Sin embargo, el consumo reiterado produce neuroadaptaciones que dan lugar a largo plazo a una baja motivación, mayor reactividad hacia el estrés, ansiedad, disforia, etc., que caracterizan la segunda etapa del modelo. Esta exposición repetida a las drogas hace que queden comprometidos los sistemas dopaminérgicos de la vía mesolímbica, produciéndose un descenso de la motivación y un aumento del umbral de recompensa. Este proceso neuroadaptativo conlleva la pérdida del interés por lo cotidiano y una mayor dificultad para conseguir los efectos euforizantes de las drogas. Así, se genera la necesidad de aumentar la cantidad de sustancia que se consume (tolerancia), para lograr, de esta forma, obtener los efectos gratificantes que se obtenían al principio del consumo. El estado emocional generado y las claves contextuales asociadas al consumo propician el paso a la tercera etapa, en la que cobra una importancia crucial el estado de ansia por consumir para sentir estados de placer. En este momento el comportamiento es impulsivo, es decir, con una tendencia a actuar de forma rápida sin una adecuada evaluación interna de los estímulos. Se comienza de nuevo el ciclo de consumo, agravándose los cambios neuroplásticos que subyacen a cada fase.

Estas etapas del ciclo adictivo se pueden perpetuar y agravar, convirtiéndose en intoxicaciones repetidas, con el fin de aliviar un

estado de malestar interno provocado por los consumos previos (y no para la búsqueda de placer como tal); abstinencia profunda, con un fuerte componente emocional negativo; y estado de *craving* intenso, que lleva a consumir de nuevo para intentar aliviar un fuerte malestar interno, siendo una de las causas responsables de las recaídas. El deseo imperioso de consumir la droga para aliviar el estado de tensión interna conlleva una incapacidad de inhibición de respuestas no apropiadas, es decir, de inhibir la conducta, y se vuelve muy difícil de abordar con cualquier otro reforzador que no sea la propia droga.

## 4. NEUROADAPTACIONES EN LA ADICCIÓN

La mayor parte de evidencia científica acerca de la neurobiología de la adicción se ha desarrollado con las drogas más conocidas (alcohol, cocaína, heroína o nicotina) y no tanto con otras drogas de potencial adictivo no demostrado o mucho más limitado, como las drogas disociativas o psicodélicas (el LSD, la psilocibina, la ayahuasca, la ketamina, etc.). Por otra parte, la información neurobiológica acerca de las adicciones comportamentales está todavía muy poco desarrollada, en comparación con la abundante producción científica acerca de las drogas de abuso más conocidas.

### 4.1. Cambios neuroplásticos

Los cambios en los circuitos del cerebro provocados por el uso ocasional, esporádico o social de una sustancia son puntuales y reversibles, no siendo considerados de gravedad a no ser que las cantidades consumidas sean muy elevadas. Estos cambios supondrían principalmente la afectación del circuito de refuerzo y la liberación de neurotransmisores como la DA. Tras unas horas, dependiendo de la droga, la vía de administración y la dosis, el cerebro sería capaz de recuperar la normalidad (homeostasis).

En términos neurobiológicos, la fase de abuso (entendido como uso nocivo o perjudicial tanto para la salud física como psicológica, que puede ser persistente o esporádico), es muy importante, ya que es el momento en que comienzan a producirse cambios neuroplásticos más o menos perdurables y pueden consolidarse de forma duradera, hasta llegar a un punto de difícil retorno a la homeostasis.

Dependiendo de la droga, la dosis y otros factores, los cambios específicos que se producen en el cerebro tras el consumo pueden variar. De forma general se puede decir que las sustancias psicoactivas tienen el potencial de modificar elementos fundamentales de la neurona y sus conexiones. Por ejemplo, pueden afectar a la expresión del ADN y factores de transcripción, pueden alterar el número de espinas dendríticas de las neuronas o el número y funcionalidad de los receptores, así como la liberación de ciertos neurotransmisores, etc., alterando la comunicación neuronal.

A nivel macroscópico, las drogas pueden producir profundos cambios en los sustratos neuronales de la gratificación y el placer, el control inhibitorio, las memorias contextuales, los procesos emocionales y otros circuitos relacionados, por ejemplo, con el estrés, la interocepción o la formación de hábitos.

Dos de los procesos neuroplásticos más relacionados con las adaptaciones que tienen lugar durante el TUS son la tolerancia y sensibilización.

La *tolerancia* se define como la disminución en el efecto producido por una droga, que se produce gradualmente por su uso repetido. A nivel neurobiológico, la tolerancia es una adaptación neuroplástica: el organismo pone en marcha mecanismos internos para eliminar la droga; por ejemplo, aumenta el número de moléculas (enzimas) encargadas de eliminar la sustancia, de manera que en la siguiente toma la sustancia se eliminaría más rápidamente del organismo, con el consiguiente descenso de los efectos deseados.

La *sensibilización* sería el efecto opuesto, ya que hace referencia a las neuroadaptaciones que hacen que algunos efectos de una droga se intensifiquen tras el uso repetido, debido al aumento en el número o sensibilidad de algunos receptores neuronales o neurotransmisores. Tolerancia y sensibilización no son fenómenos excluyentes entre sí, de manera que una droga puede producir tolerancia a unos efectos y sensibilización a otros, lo que da idea de la complejidad del proceso adictivo.

Por último, el síndrome de abstinencia tiene que ver con los mecanismos compensatorios para recuperar la homeostasis tras el cese del consumo. Así, una droga que produce euforia (p. ej., los psicoestimulantes) por la rápida liberación de neurotransmisores como DA, serotonina o noradrenalina, producirá anhedonia durante la fase de abstinencia, un estado amotivacional caracterizado por la pérdida de interés por actividades placenteras, debido a una caída en los niveles de dichos neurotransmisores.

En resumen, el abuso de sustancias psicoactivas provoca el comienzo de la instauración de complicados procesos de neuroadaptación biológica, que podrían consolidarse durante la etapa de dependencia. De esta forma, las drogas irrumpen en los sistemas biológicos, como es el sistema de refuerzo, que han evolucionado para guiar y dirigir el comportamiento hacia estímulos cruciales para la supervivencia. Pero la adicción tiene una naturaleza multidimensional, y las neuroadaptaciones que se producen van más allá del sistema de refuerzo, alterando sistemas biológicos involucrados no solo en el refuerzo y la motivación, sino también en el aprendizaje y la memoria, la planificación y el control, la reactividad a estrés o el sistema de formación de hábitos.

## 4.2. Teorías neurobiológicas del trastorno por uso de sustancias

La comprensión sobre los aspectos neurobiológicos subyacentes a las adicciones se ha ido redefiniendo y completando a través de

diversas teorías neurobiológicas. El interés científico inicial se centró en comprender cómo una molécula química de características determinadas impactaba en dianas específicas en el cerebro. Se observó que estas dianas eran moduladoras del sistema de refuerzo, y que cada sustancia, debido a su estructura química, tenía un mecanismo específico para producir esta alteración del sistema de refuerzo. Hoy sabemos que, al igual que una sustancia química es capaz de alterar la estructura y función del cerebro, otras conductas adictivas sin sustancia pueden modificar también el sistema de refuerzo.

Además del GABA, el glutamato o los péptidos opioides, el neurotransmisor más estudiado respecto al circuito de refuerzo ha sido la DA, Así, la llamada *teoría dopaminérgica de la adicción* (Wise, 2008) centra el foco de acción de las drogas en la liberación de DA en el NAc, estructura central del sistema de refuerzo. Todas las drogas de abuso producen la liberación de DA en este núcleo cerebral, aunque lo hacen por mecanismos diferentes. Algunos ejemplos de mecanismos de acción de las principales drogas de abuso en la liberación de DA en el circuito de refuerzo se han explicado en el apartado 3.2 de este capítulo.

Sea cual sea el mecanismo de acción específico de cada droga en el sistema de refuerzo, todas ellas son capaces de intensificar de manera artificial el funcionamiento del sistema biológico de reforzamiento, produciendo conductas de acercamiento hacia la sustancia. Los cambios en la liberación de DA, al alza tras el consumo de la droga, pero a la baja cuando cesa el consumo o durante la abstinencia, provocan mecanismos de neuroadaptación en este sistema tras el consumo continuado. Estos cambios traen consecuencias de desequilibrio entre los receptores dopaminérgicos D1 y D2, en áreas como la corteza prefrontal o el estriado. Por ejemplo, la estimulación repetida de receptores D1, provocada por el uso de estimulantes, produce cambios neurocelulares que afectan al sistema de señalización intracelular de dicho receptor, provocando respuestas relacionadas con la sensibilización motora. Otro ejemplo

es la reducción drástica en la funcionalidad de los receptores D2 por la exposición crónica a drogas, lo que podría tener que ver con el aumento en la sensación de placer percibido tras el consumo y con la vulnerabilidad biológica a la adicción, como se explicará en el apartado siguiente.

El predominio de la actividad D1 favorece un estado inhibitorio en el que solo los estímulos más fuertes son capaces de generar motivación. En estas condiciones, solo la droga y los estímulos asociados a la droga (y no los reforzadores naturales) son suficientemente fuertes para provocar la liberación de DA necesaria para activar la CPF. Para la vida cotidiana del sujeto, estímulos que a otras personas no adictas les resultan motivadores y reforzantes, como cenar con amigos, bailar, ir al cine o ver una película, dejan de serlo.

En primera instancia se pensó que la liberación de DA en el sistema de refuerzo era proporcional a la cantidad de placer percibida por el consumidor. Sin embargo, existen mediadores hedónicos que participan en este circuito, como los péptidos opioides, el GABA o incluso los endocannabinoides, que tendrían un papel fundamental en la percepción de placer. La DA (junto con otros neurotransmisores como el glutamato) parece tener un papel mucho más importante en la formación de asociaciones predictivas de refuerzo y en la anticipación al refuerzo en sí. Así, la teoría de *sensibilización o prominencia a incentivos* (Berridge y Robinson, 2016) propone que este neurotransmisor media la motivación por la búsqueda del refuerzo, mediante la atribución de prominencia a los estímulos asociados al consumo de la droga. Es decir, la DA estaría más relacionada con el comportamiento de búsqueda, disparado por la exposición a estímulos asociados a la droga.

El sistema de refuerzo podría entenderse como un sistema asociado al placer (comúnmente llamado *liking*), donde se produce aprendizaje asociativo (predicción de refuerzo por estímulos asociados a la droga) y el deseo por consumir *(wanting),* es decir, la motivación por buscar la sustancia tras traducir la predicción del

refuerzo. Esta teoría de prominencia a incentivos explica cómo se producen neuroadaptaciones entre estos componentes del sistema de refuerzo, de manera que un adicto sufre tolerancia hacia el *liking,* es decir, cada vez siente menos placer derivado del consumo recurrente de la droga, pero sensibilización hacia el *wanting* (se incrementa gradualmente su motivación por el consumo). Eso es, el adicto cada vez quiere más droga, ya que tiene disparados los sistemas biológicos que le llevan a repetir el consumo, a la vez que siente menos placer tras el consumo, debido a la tolerancia, lo que redunda en un mayor consumo.

Aunque estas teorías dan explicación a fenómenos muy importantes del ciclo adictivo, lo cierto es que uno de los mayores inconvenientes que presentan es que no son capaces de explicar la pérdida de control del comportamiento del adicto, que lleva a la toma compulsiva de la droga. La *teoría de los procesos oponentes* (Koob y Le Moal, 2001), también llamada *teoría de la desregulación homeostática* o del *lado oscuro de la adicción,* sostiene que el motor que lleva al adicto al consumo compulsivo de una droga es la emergencia de un estado emocional negativo durante la abstinencia. Según esta teoría, la adicción se compondría de tres fases: preocupación/anticipación, consumos/intoxicaciones y abstinencia/emociones negativas. El valor reforzador y la sensibilización incentiva podrían jugar un papel importante en la fase inicial de adquisición de la adicción. Durante la segunda fase, de atracones e intoxicaciones agudas, se produciría la regulación a la baja del circuito de la recompensa, con un aumento del umbral para la recompensa cerebral, que sería el equivalente a la fase de mantenimiento de la adicción. En la tercera fase, de abstinencia y emociones negativas, se produciría una mayor escalada del *craving* y del consumo, que explicarían la toma compulsiva. Es decir, esta teoría sostiene que el refuerzo positivo es el que explica las fases de uso y abuso de una droga, mientras que la fase de dependencia (equivalente al TUS severo) se explica mejor mediante fenómenos de refuerzo negativo.

A nivel neurobiológico, este hecho se explica mediante la emergencia de los sistemas que se han venido a llamar «sistemas antirrefuerzo», un conjunto de neurotransmisores y péptidos relacionados con estados emocionales negativos y aversivos, cuyo mayor proponente es el factor liberador de corticotropina (CRF), molécula muy conocida por su participación en el estrés. Este sistema de péptidos y neutrotransmisores (CRF, dinorfina, noradrenalina, vasopresina, etc.) se liberaría en una zona diferente, pero conectada al sistema de refuerzo, que es la llamada amígdala extendida. La amígdala extendida comprende principalmente el núcleo central de la amígdala (donde se libera el CRF durante la abstinencia a drogas), el núcleo del lecho de la estría terminal y una parte del núcleo accumbens conectada con el sistema límbico, el shell del NAc. Todas estas neuroadaptaciones profundas llevan al cerebro a pasar de un estado homeostático (de equilibrio interno) a un estado alostático en el adicto, que se refiere al intento continuo del cerebro de mantener el equilibrio a través de profundos cambios neurobiológicos.

Finalmente, una de las teorías que más interés han suscitado en los últimos años es la *teoría de control de impulsos y generación de hábitos* (Everitt y Robbins, 2013). De acuerdo con esta teoría, la emergencia de un comportamiento de hábito compulsivo surge de profundas neuroadaptaciones en las zonas que controlan la conducta, que van desplazándose gradualmente hacia zonas del estriado dorsal, encargadas de la formación de hábitos, junto con la inhibición de mecanismos inhibitorios de la conducta gobernados por la corteza frontal. La conducta de consumo de drogas de abuso es, en sus fases iniciales, una acción instrumental, motivada y dirigida a un claro objetivo: la obtención de placer, bienestar y euforia proporcionados por la droga. Esta actividad, que tendría un control consciente controlado por la CPF, se iría transfiriendo progresivamente, a medida que avanza el consumo, a núcleos subcorticales, que controlan la conducta de una manera automatizada.

Con el tiempo y la repetición, las acciones instrumentales inicialmente dirigidas a un objetivo se transforman en habituales, y acaban por transformarse en una conducta automática o un hábito de conducta, como montar en bicicleta o tocar el piano. Si la conducta de consumo de droga se explica en sus momentos iniciales mediante un comportamiento impulsivo, en la fase final del consumo, cuando la adicción ya está consolidada, se explica por un consumo de tipo compulsivo, con un claro componente motor. En el estriado se van produciendo estas neuroadaptaciones durante el consumo crónico de sustancias. El NAc media los efectos motivacionales del consumo de drogas al inicio en el proceso adictivo, esencialmente a través de la liberación de DA, como se ha explicado. Sin embargo, con el consumo crónico los efectos dopaminérgicos de las sustancias adictivas se extienden desde el NAc (situado en la región ventral del estriado) hacia las regiones dorsales del estriado dorsal (caudado y putamen), generando hábitos comportamentales y conductas compulsivas.

Muy relacionada con esta última se encuentra la *teoría de la homeostasis del glutamato* (Kalivas, 2009). La adicción está relacionada con cambios neuroplásticos en los circuitos corticoestriatales que juegan un papel importantísimo en los comportamientos adaptativos. Esta teoría sostiene que una desregulación del glutamato cerebral induce cambios neuroplásticos en circuitos corticoestriatales que impiden a la CPF ejercer su control sobre el NAc, perdiéndose así el «freno» cortical sobre el comportamiento y originando una incapacidad para el control de impulsos, dando lugar a la toma compulsiva de la sustancia adictiva, como se ha explicado en el apartado 3.3. Estos cambios neuroplásticos en la homeostasis del glutamato son de larga duración y podrían ser responsables asimismo de cambios permanentes en los procesos de memoria y aprendizaje, que en condiciones normales permiten modificar nuestro comportamiento en respuesta al entorno y generar comportamientos adaptativos.

Es decir, a medida que el ciclo de la adicción avanza, el circuito motor (ganglios basales) adquiere mayor importancia y el comportamiento se va automatizando, de manera que apenas requiere control consciente y se activa por la aparición de condiciones ambientales en que se aprendió. Esto explicaría por qué una de las intervenciones neuropsicológicas más utilizadas hoy en día en adicciones consiste en deshacer ese programa motor a través de poner plena consciencia en lo que se hace. También farmacológicamente puede potenciarse este proceso mediante la modificación de las conexiones de glutamato desde la PFC hacia los ganglios basales, con el fin de prevenir las recaídas y la toma compulsiva.

En definitiva, todas estas teorías tratan de explicar, cada una con un foco diferente, el amplio abanico de neuroadaptaciones que se producen durante el proceso adictivo. Estas neuroadaptaciones afectan, en primer lugar, al sistema mesolímbico y al neurotransmisor DA, pero después se extienden al sistema mesocortical y a otras áreas cerebrales, como la amígdala extendida o el estriado dorsal, afectando también a otros neurotransmisores. El resultado es que todos estos cambios neurobiológicos afectan a la estructura y función del cerebro, en procesos tan importantes como el control de impulsos, la gratificación, la toma de decisiones, el aprendizaje y la memoria, la planificación, etc., de manera que se produce un cambio de fenotipo en el cerebro de un adicto.

## 4.3. Neurobiología de las adicciones conductuales

Los avances en la investigación del sustrato neurobiológico de la adicción se han realizado fundamentalmente vinculados con el uso de sustancias, pero cada vez existe mayor evidencia científica del papel de estos mecanismos en las adicciones conductuales, como el juego patológico.

Así, se ha estudiado la implicación de numerosos sistemas de neurotransmisión (serotoninérgico, dopaminérgico, noradrenérgico,

etc.) y, en particular, de la DA, implicada en el aprendizaje, la motivación, la saliencia y el procesamiento de ganancias/pérdidas, así como de la serotonina (5-HT), implicada en la inhibición del comportamiento.

La actividad dopaminérgica del NAc ha sido el centro de estudio de diversos modelos de desarrollo de circuitos motivacionales relacionados con el juego patológico. Estos estudios sugieren que la DA producida en el estriado ventral mientras se juega con juegos de ordenador, es comparable a la inducida por psicoestimulantes, como las anfetaminas y el metilfenidato (Yau y Potenza, 2015). Esta disfunción dopaminérgica se relaciona con la actividad de los mismos receptores dopaminérgicos en ambos trastornos. Además, en las adicciones conductuales podría también producirse una menor actividad en la CPF, ligada a un descenso en los receptores estriatales D2 y una desregulación en los mecanismos de estrés, lo que concuerda con la pérdida del control que se produce en cualquier tipo de adicción.

## 5. VULNERABILIDAD A LA ADICCIÓN Y RECAÍDAS

### 5.1. Factores biológicos de vulnerabilidad a la adicción

Las investigaciones preclínicas en animales y los estudios de neuroimagen en humanos sugieren que existen factores biológicos que hacen a unos individuos más susceptibles que a otros a los efectos de las drogas de abuso. Se han identificado más de cuatrocientos genes diferentes que potencialmente podrían participar en la vulnerabilidad a la adicción, algunos de ellos responsables de la codificación de proteínas para receptores de DA, GABA, receptores opioides o enzimas de degradación de alcohol, por ejemplo. La adicción es un comportamiento muy complejo y, por tanto, parece razonable que esté mediada por una gran cantidad de genes que hagan difícil su operativización y de los que se desconoce todavía cómo interaccionan entre sí y con el ambiente.

Asimismo, podrían existir genes protectores y otros que sensibilicen al proceso adictivo. En este sentido, estudios realizados en gemelos monocigóticos han permitido estimar que entre el 40 y el 60 por 100 de la vulnerabilidad al abuso de drogas es atribuible a factores genéticos (Uhl y Grow, 2004). No obstante, además de los posibles factores biológicos de vulnerabilidad, los factores psicológicos y sociales son determinantes para desarrollar una adicción.

Algunos estudios parecen señalar además que la vulnerabilidad genética podría desarrollarse a sustancias específicas. Por ejemplo, variaciones en los genes que codifican las enzimas que metabolizan el alcohol a acetaldehído parecerían reducir el riesgo de alcoholismo en la población asiática. Sin embargo, lo más probable es que las alteraciones de origen genético situasen la disfunción a un nivel más general, que abarcase diferentes sustancias (Reich et al., 1998; Wang et al., 2019). De hecho, lo que probablemente se herede sea una variación en la base neurobiológica central de la adicción o de las vías que median la recompensa, el control comportamental, la obsesión, la tendencia a la compulsión, o la respuesta a la ansiedad o al estrés.

Variaciones en el funcionamiento del sistema dopaminérgico o de la respuesta al estrés serían candidatas clave para explicar esta vulnerabilidad general a la adicción. En el primer caso, se ha comprobado que personas adictas a distintas drogas de abuso, como la cocaína, el alcohol o la heroína, manifiestan una disminución de la densidad del receptor dopaminérgico D2 en el estriado (Volkow et al., 2002). Este hecho vendría determinado por la presencia de determinadas variantes de la zona del cromosoma 9 que codifica la expresión del receptor D2. La disminución en la cantidad y/o función de receptores D2 persiste en los pacientes adictos, incluso después de varios meses de abstinencia. Algunos autores han propuesto que esta alteración pudiera preceder a la adicción, es decir, estar presente incluso antes de que se desarrolle la adicción (Koob y Le Moal, 2006). Se cree que esta disminución en

la densidad de estos receptores dopaminérgicos implica una hipofuncionalidad en este sistema que, desde la vertiente emocional, condicionaría un estado de malestar que podría inducir al consumo. Es decir, determinados individuos, después de las primeras experiencias esporádicas con la droga, estarían muy predispuestos a repetir el consumo, ya que la experiencia de placer y bienestar proporcionadas por la droga serían muy superiores a los que se experimentarían sin estas alteraciones en los receptores dopaminérgicos. De este modo, un fenotipo vulnerable al consumo de drogas, inherente y/o adquirido durante la experiencia vital, implicaría un reemplazamiento de los umbrales de recompensa. Es interesante señalar que esta hipofuncionalidad de receptores D2 se ha visto también en adicciones comportamentales, como en el abuso de Internet y en el juego patológico, relacionándose con la impulsividad (Yau y Potenza, 2015).

En relación con la respuesta al estrés, en modelos animales de selección genética que generan cepas de roedores preferentes al consumo de alcohol, se ha observado que existe una disfunción innata en el funcionamiento del factor liberador de corticotropina (CRF), importante mediador de la respuesta de estrés que estaría relacionado con una mayor propensión al consumo de alcohol (Richter et al., 2000).

Aunque aún quede mucho por conocer sobre los componentes genéticos que pueden estar implicados en la vulnerabilidad a la adicción, no hay que olvidar el papel de los factores ambientales. Algunos eventos o experiencias poco adaptativas, como el estrés prenatal, la separación temprana de la madre o abusos psíquicos o sexuales, entre otros, pueden poner en marcha mecanismos de programación capaces de inducir una sobreactivación duradera en el sistema dopaminérgico mesolímbico o mesoestriatal, en respuesta a ciertos estímulos (Forgie y Stewart, 1993; Le Moal, 2009; Volkow et al., 2012). Un factor común a estos factores ambientales, y probablemente el más estudiado con relación a la determinación de la vulnerabilidad a la adicción, es precisamente la

respuesta al estrés. El estrés consiste en una reacción adaptativa del organismo, que lo prepara para afrontar una situación de peligro y que vendría acompañada por una serie de cambios neuroendocrinos, como la liberación de glucocorticoides y catecolaminas (Ajonijebu et al., 2017; Chrousos y Gold, 1992: Koob et al., 2010). Existiría una fuerte relación entre estrés y adicción, y ambos fenómenos se interconectarían a distintos niveles. Por ejemplo, la exposición a estímulos estresantes sería capaz de desencadenar la recaída a la conducta adictiva y viceversa. El estrés temprano, el estrés psicosocial en la etapa adulta o los sucesos vitales adversos también tendrían la capacidad de modificar de forma permanente tanto el sistema de respuesta al estrés como el sistema dopaminérgico mesolímbico (Sinha, 2008).

Por otra parte, numerosos estudios han concluido que la activación de la vía mesolímbica, por la presencia de estímulos reforzadores naturales muy apetitivos (p. ej., potentes edulcorantes) o por drogas como el alcohol, la nicotina o incluso los cannabinoides, podría influir en el funcionamiento del sistema de estrés, volviéndolo más sensible al estrés mismo y más reactivo a la exposición a drogas de abuso (Sarnyai et al., 2001).

Por último, la exposición a factores ambientales puede provocar la regulación de la expresión génica, y ser este un mecanismo que podría mediar las adaptaciones cerebrales a largo plazo que darían sustento a la adicción. Investigaciones recientes indican que los mecanismos epigenéticos son capaces de ejercer influencia duradera sobre la expresión génica sin llegar a modificar el código (Browne et al., 2020).

Aunque tales cambios se han descrito ya para el alcohol, las anfetaminas y la cocaína, los mejor caracterizados son los de esta última sustancia. Por ejemplo, el consumo de cocaína reduce los niveles de metilación de histonas en el NAc, y se ha probado que estos efectos son esenciales para el desarrollo de la neuroplasticidad asociada al consumo de esta sustancia (Sadri-Vakili, 2015).

## 5.2. Recaída en el consumo de drogas

Uno de los grandes problemas de la adicción es el importante riesgo de sufrir una recaída una vez que se ha conseguido mantener la abstinencia, incluso tras largos períodos de tiempo. La reexposición a la droga, la reaparición del contexto relacionado con el consumo o los estímulos que se condicionaron a este, así como el estrés percibido, son tres factores que inducen la recaída tanto en animales como en humanos.

En el primer caso, debido a la sensibilización del cerebro a los efectos reforzadores de la droga, una única dosis de la sustancia adictiva puede modificar los circuitos dopaminérgicos y reiniciar el consumo. En último término se trata de la reactivación de una conducta extinguida, que se reinstaura con gran rapidez.

El sustrato neurobiológico de las recaídas por reaparición del contexto o estímulos condicionados parece situarse en la amígdala y sus conexiones glutamatérgicas hacia ATV y CPF, regulando la actividad dopaminérgica del circuito mesolímbico. Así, la recaída podría estar relacionada con la incapacidad de estructuras límbicas para procesar estímulos ambientales negativos asociados a la droga, siendo el comportamiento dominado tanto por las estrategias de búsqueda de droga previamente aprendidas como por el papel del circuito motor, desencadenando hábitos conductuales (Lamb et al., 2016).

Por último, las recaídas por estrés parecen implicar al CRF y a los glucocorticoides como responsables del reinicio de la búsqueda de droga. Los glucocorticoides liberados en situaciones de estrés pueden regular directamente las neuronas dopaminérgicas del circuito de refuerzo, induciendo la recaída, y además tienen receptores en el hipocampo, de manera que pueden mediar las memorias contextuales fundamentales para el establecimiento de recaídas por contexto (Koob, 2010).

Una de las alteraciones que se han propuesto como más persistente inducida por las drogas de abuso, probablemente a

consecuencia de la activación dopaminérgica, es la expresión de formas estables de la proteína ΔFosB. Esta proteína regula la expresión de genes específicos en el circuito de refuerzo y participa en alteraciones del comportamiento inducidas por la exposición repetida a drogas de abuso, tales como la sensibilización y la impulsividad (Nestler, 2004).

Otro cambio adaptativo inducido por las drogas de abuso sería el incremento en la expresión del factor neurotrófico derivado de cerebro (*brain-derived neurotrophic factor* o BDNF). El BDNF promueve la formación de espinas dendríticas, y se ha observado que existen cambios estructurales duraderos en las dendritas y espinas dendríticas de neuronas del NAc y la CPF tras la exposición crónica a las drogas de abuso más conocidas. La reorganización de las conexiones sinápticas tras la exposición a drogas podría producir cambios en los mecanismos motivacionales y contribuir al desencadenamiento de la recaída (Quintero, 2013).

En resumen, el abuso continuado de drogas modifica las redes neuronales de forma gradual, de manera que el cerebro se transforma, apareciendo ciertas adaptaciones que serán las responsables de incrementar la vulnerabilidad a la recaída.

## 6. CONCLUSIONES

La adicción es un proceso complejo en el que intervienen numerosas variables. En ocasiones es difícilmente distinguible de otros trastornos psicopatológicos que se le asemejan, a pesar de la especificidad de los criterios diagnósticos.

Cada vez más la evidencia científica nos demuestra que las adicciones no son exclusivamente a sustancias, sino que muchos comportamientos pueden dar lugar a un proceso adictivo.

Los modelos animales en la adicción han sido, y continúan siendo, una magnífica herramienta para poder conocer en profundidad el proceso neurobiológico de la adicción. Gracias a estos modelos se han podido establecer las estructuras y sistemas

de neurotransmisión que subyacen al propio funcionamiento del sistema neuroendocrino durante el proceso adictivo. Así, las adicciones, ya sean con o sin sustancia, son debidas a la usurpación por parte de determinados reforzadores del sistema cerebral implicado en la obtención de recompensas.

Existen diversas teorías neurobiológicas explicativas del proceso de adicción, pero la mayoría de ellas coinciden en que las adicciones están caracterizadas por el desarrollo de un estado alostático con significativas neuroadaptaciones en diferentes regiones cerebrales, que incluyen áreas del cerebro basal, sistema límbico y corteza prefrontal. Algunas de estas neuroadaptaciones pueden ser relativamente persistentes y cronificar, en cierto modo, la patología.

Por último, existen evidencias neurocientíficas que muestran que ante una adicción hay factores biológicos de protección y de vulnerabilidad que pueden condicionar el desarrollo de esta adicción y que también ayudan a explicar el fenómeno de las recaídas.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Berridge, K. C. y Robinson, T. E. (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *American psychologist, 71*(8), 670-679.

Koob, G. F. (2008). A role for brain stress systems in addiction. *Neuron, 59,* 11-34.

Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience, 8*(11), 1445-1449.

Volkow, N. D. y Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell, 162* (4),712-725.

Volkow, N. D., Koob, G. F. y McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England Journal of Medicine, 374*(4), 363-371.


---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Ajonijebu, D. C., Abboussi, O., Russell, V. A., Mabandla, M. V. y Daniels, W. M. U. (2017). Epigenetics: a link between addiction and social environment. *Cellular and Molecular Life*

*Sciences, 74*(15), 2735-2747.
Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Autor.
Berridge, T. E. y Robinson, T. E. (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *The American Psychologist, 71*(8), 670-679.
Browne, C. J., Godino, A., Salery, M. y Nestler, E. J. (2020). Epigenetic Mechanisms of Opioid Addiction. *Biology Psychiatry, 1,* 87(1), 22.
Chrousos, G. P. y Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis *JAMA 4, 267*(9), 1244-1252.
Everitt, B. J. y Robbins, T. W. (2013). From the ventral to the dorsal striatum: Devolving views of their roles in drug addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 37*(9A), 1946-1954
Forgie, M. L. y Stewart, J. (1993). Sex differences in amphetamine-induced locomotor activity in adult rats: role of testosterone exposure in the neonatal period. *Pharmacology Biochemistry and Behaviour, 46*(3), 637-645.
Kalivas, P. W. (2009). The glutamate homeostasis hypothesis of addiction. *Nature Review Neuroscience, 10,* 561-572.
Koob, G. F. (2010). The role of CRF and CRF-related peptides in the dark side of addiction. *Brain Research, 16,* 1314, 3-14.
Koob, G. F. y Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology, 24*(2), 97-129.
Koob, G. F. y Le Moal, M. (2006). *Neurobiology of addiction*. Elsevier.
Koob, G. F. y Schulkin, J. (2019). Addiction and stress: An allostatic view. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 106,* 245-262.
Koob, G. F. y Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry, 3*(8), 760-773.
Lamb, R. J., Schindler, C. V. y Pinkston, J. W. (2016). Conditioned stimuli's role in relapse: preclinical research on Pavlovian-Instrumental-Transfer. *Psychopharmacology (Berl), 233*(10), 1933-1944.
Le Moal, M. (2009). Drug abuse: vulnerability and transition to addiction. *Pharmacopsychiatry, 42*(1), S42-55.
Nestler, E. J. (2004). Molecular mechanisms of drug addiction. *Neuropharmacology, 47*(1), 24-32.
Olds, J. y 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,* 419-427.
Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (CIE-11). Disponible en https://icd.who.int/browse11/l-m/en.
Quintero, G. C. (2013). Role of nucleus accumbens glutamatergic plasticity in drug addiction. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 9,* 1499-1512.
Reich, T., Edenberg, H. J., Goate, A., Williams, J. T., Rice, J. P., Van Eerdewegh, P., Foroud, T., Hesselbrock, V., Schuckit, M. A., Bucholz, K., Porjesz, B., Li, T. K., Conneally, P. M., Nurnberger, J. I., Tischfield, J. A., Crowe, R. R., Cloninger, C. R., Wu, W., Shears, S., Carr, K., Crose, C., Willig, C., B. et al. (1998). Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. *American Journal of Medical Genetics, 81*(3), 207-215.

Richter, R. M., Zorrilla, E. P., Basso, A. M., Koob, G. F. y Weiss, F. (2000). Altered amygdalar CRF release and increased anxiety-like behavior in Sardinian alcohol-preferring rats: a microdialysis and behavioral study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24*(12), 1765-1772.

Sadri-Vakili, G. (2015). Cocaine triggers epigenetic alterations in the corticostriatal circuit. *Brain Research, 2, 1628* (Pt A), 50-59.

Sarnyai, Z., Shaham, Y. y Heinrichs, S. C. (2001). The role of corticotropin-releasing factor in drug addiction. *Pharmacological Research, 53*(2), 209-243.

Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Ann N Y Acad Sci, 1141,* 105-130.

Uhl, G. R. y Grow, R. W. (2004). The burden of complex genetics in brain disorders. *Archives of General Psychiatry, 61*(3), 223-229.

Volkow, N. D., Fowler, J. S. y Wang, G. J. (2002). Role of dopamine in drug reinforcement and addiction in humans: results from imaging studies. *Behavioural Pharmacology, 13*(5-6), 355-366.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S. y Tomasi, D. (2012). Addiction circuitry in the human brain. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology, 52,* 321-336.

Wang, S. C., Chen, Y. C., Lee, C. H. y Cheng, C. M. (2019). Opioid Addiction, Genetic Susceptibility, and Medical Treatments: A Review. *International Journal of Molecular Sciences, 2*(17), 4294.

Wise, R. A. (2002). Brain Reward Circuitry: Insights from Unsensed Incentives. *Neuron, 36,* 229-240.

Wise, R. A. (2008). Dopamine and reward: the anhedonia hypothesis 30 years on. *Neurotoxicity Research, 14*(2-3), 169-183.

Yau, Y. H. C. y Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. *Harvard Review of Psychiatry, 23*(2), 134-146.

# 3

# Modelos teóricos de las conductas adictivas

ALBA GONZÁLEZ-ROZ
Y ROBERTO SECADES-VILLA

## 1. INTRODUCCIÓN

Durante gran parte del siglo XX, los modelos teóricos de la adicción se han debatido entre el modelo moral y el de enfermedad (Pickard et al., 2015). El primero atribuye el problema adictivo a un fallo en la «moralidad» y «voluntad» de la persona, y se entiende que, dado que esta es responsable de su inicio, debe también ocuparse de su recuperación (Heyman, 2009). El segundo considera la conducta adictiva como una enfermedad o alteración neurobiológica, tanto en su función como en su estructura, eliminando así cualquier responsabilidad del individuo sobre el desarrollo y control de la adicción (Leshner, 1997). Este último modelo ha facilitado la aparición de explicaciones simplistas del trastorno adictivo con sentencias como «las drogas secuestran el cerebro del consumidor» o «el trastorno es una enfermedad crónica y recurrente del cerebro» (Heilig et al., 2021; Satel y Lilienfeld, 2014). En la actualidad, las limitaciones y problemas de un modelo constreñido a un único factor o variable han sido superadas por la propuesta del modelo biopsicosocial (Engel, 1980), un modelo holístico e integrador que reconoce la influencia de la biología (p. ej., heredabilidad), las variables psicológicas (p. ej., procesos de reforzamiento) y sociales (p. ej., influencia de iguales) en el desarrollo de la adicción.

Disponer de modelos teóricos adecuados que expliquen la naturaleza y los determinantes responsables de la adicción tiene importantes implicaciones para el desarrollo de intervenciones de prevención y de tratamiento efectivas (Secades-Villa et al., 2007). Una visión comprehensiva de la adicción permite comprender por qué algunas personas desarrollan una adicción, mientras que otras son capaces de controlar el uso de drogas y abandonarlas, incluso sin recibir tratamiento.

El presente capítulo expone los principales modelos teóricos de las conductas adictivas, sus principios y fundamentos científicos. Atendiendo a la naturaleza del trastorno adictivo se distinguen tres modelos fundamentales: modelo biológico (biomédico o de enfermedad), sociológico y psicológico (Shafiee et al., 2019). Sin embargo, la translación del modelo biopsicosocial al campo de las conductas adictivas ha posibilitado la combinación de diversas formulaciones o marcos teóricos. Por último, se presenta una conceptualización relativamente novedosa de la adicción, conocida como la teoría de la patología del refuerzo, que se enmarca en los modelos de la economía conductual más recientes, que incorporan los conocimientos y metodología de estudio de la economía, la psicología contextual y la psicología cognitiva para la comprensión del comportamiento humano.

## 2. MODELO BIOMÉDICO O DE ENFERMEDAD

El modelo biomédico entiende la adicción como una enfermedad del cerebro, progresiva y recidivante (crónica) (Courtwright, 2010). Hace ya 25 años del manifiesto del director del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIDA) acerca de la naturaleza biológica de la adicción (Leshner, 1997). Entre otras razones, el modelo de enfermedad cerebral se proponía como un medio eficaz para combatir el estigma (Pickard, 2022). Poco después, en el año 2000, se apoyaba la idea de que la adicción podría asimilarse a otras enfermedades físicas, como la diabetes, el asma y la

hipertensión (McLellan et al., 2000). Se concluía en ese momento que las adicciones debían ser evaluadas y tratadas al mismo nivel que estas enfermedades, sugiriendo el tratamiento médico como el de elección. A este modelo debe atribuirse el reconocimiento de la necesidad de brindar atención sanitaria a los usuarios de drogas y la facilitación de la accesibilidad a los tratamientos (Blume et al., 2013).

## 2.1. Principios y fundamentos científicos

El modelo biomédico sostiene que los trastornos del comportamiento, entre los que se encuentran las adicciones, son enfermedades cerebrales causadas por una desregulación en los neurotransmisores, con alteraciones en la estructura y función cerebrales (Deacon, 2013). Los principios del modelo se exponen en la tabla 3.1. El modelo pone énfasis en los factores genéticos y neurobiológicos y en la dependencia física, asumiendo una predisposición de tipo biológica para el inicio y mantenimiento de la adicción (Blume et al., 2013; MacKillop y Ray, 2018). Se entiende además que la implicación repetida en la conducta adictiva produce un cambio a nivel cerebral, que implica, entre otros, cambios en los procesos de recompensa (mayor sensibilidad a los efectos reforzantes de la conducta adictiva y la desensibilización a los efectos de otras recompensas distintas al objeto adictivo), la reactividad al estrés y al afecto negativo (Volkow et al., 2016). Además, estos cambios conllevan un importante riesgo para la recaída (Volkow y Boyle, 2018). Las implicaciones para el tratamiento son claras, de «reparación» de las alteraciones neurobiológicas (Satel y Lilienfeld, 2014).

TABLA 3.1
*Fundamentos del modelo biomédico*

— Localización anatómica y estructural de las alteraciones cerebrales subyacentes a la adicción.
— Interés por la identificación de marcadores neurobiológicos de la adicción.
— Desarrollo de agentes farmacológicos con función preventiva y curativa.

## 2.2. Principales críticas

Los defensores del modelo biomédico argumentan que la perspectiva neurocientífica de la adicción permite reconsiderar la causa del trastorno y superar la atribución a la responsabilidad individual propia de los modelos morales (Heilig et al., 2021). Distintos estudios con gemelos, de adopción y prospectivos de familia, han evidenciado que las personas con historia familiar de adicciones son más propensas a desarrollarlas. Sin embargo, también han mostrado que el contexto resulta determinante en su manifestación (Agrawal y Lynskey, 2008; Kendler et al., 2015).

Los célebres experimentos conocidos como el parque de las ratas (Alexander et al., 1978) y de los veteranos de Vietnam (Helzer, 2010) permiten concluir que el contexto es muy relevante, ya que es responsable de una buena parte de los problemas relacionados con las adicciones. De lo anterior se deriva la idea de que los factores biológicos ni son suficientes ni necesarios para explicar los fenómenos adictivos. Esta tesis ha sido la principal objeción de algunos críticos al modelo médico y, en su respuesta, los desarrollos más recientes de este modelo han incorporado otros elementos a la ecuación. En su texto publicado en la Revista Americana de Psiquiatría, Volkow y Boyle (2018) reconocen que el riesgo de la adicción se relaciona con factores biológicos (p. ej., genéticos, epigenéticos) y ambientales (sociales, culturales, estrés, trauma y exposición a reforzadores alternativos). Queda entonces de manifiesto que las aproximaciones contemporáneas del modelo de enfermedad reconocen la influencia de dimensiones sociales, psicológicas y conductuales (Heilig et al., 2021), aunque estas se encuentren relegadas a un segundo plano. El tratamiento de

elección sigue siendo el farmacológico, y el tratamiento psicológico se utiliza como coadyuvante.

Uno de los movimientos recientes con mayor impacto en la comunidad científica en el ámbito de las adicciones fue el impulsado por Derek Heim (Heim, 2014), el cual recogió 94 firmas de investigadores y académicos de todo el mundo para suscribir un manifiesto en contra del modelo biomédico. El mismo ha sido publicado en la prestigiosa revista *Nature*.

La idea subyacente a todas las críticas expuestas es el excesivo reduccionismo de los modelos biomédicos que contribuye en última instancia a menospreciar otras variables centrales, como los pensamientos, las emociones y otras conductas de las personas con problemas de adicción. Así, el modelo de enfermedad, tal y como está formulado, es «simple, sesgado, reduccionista, no se basa en los datos científicos existentes sobre la adicción ni en el modelo biopsicosocial y, además, no vale para los intereses de las personas con problemas de adicción» (Becoña, 2018). La visión de que la adicción es inevitable, por su predeterminismo genético, crea un estado de indefensión aprendida, y esta aproximación compromete los intentos de cambio (Wilbanks, 1989). Otra de las principales limitaciones de estos modelos se relaciona con la imposibilidad de explicar el conocido fenómeno de la autorrecuperación o recuperación espontánea observado en distintas drogas (Fernández-Hermida et al., 2007), ni los excelentes resultados observados en los tratamientos conductuales basados en el uso de incentivos, que ponen de manifiesto que las conductas adictivas son altamente sensibles a los cambios en sus consecuencias (contexto) (De Walque, 2020).

## 3. MODELOS PSICOLÓGICOS

Los modelos psicológicos han sido desarrollados principalmente a partir de la investigación básica con animales y han contribuido al desarrollo de diversas teorías explicativas de la adicción (Kuhn et

al., 2019). Estos modelos comparten la idea de que las conductas adictivas pueden entenderse como comportamientos aprendidos y permiten explicar por qué una persona usa una droga ante estados emocionales positivos o negativos, por qué se mantiene en la misma a pesar de las consecuencias negativas que se derivan, y cómo las influencias familiares o modelos sociales relevantes pueden ejercer algún papel en el mantenimiento de esta conducta.

## 3.1. Modelos basados en el aprendizaje

Estos modelos se apoyan en la teoría del aprendizaje y ofrecen una serie de principios que explican la adicción (hábito) y sirven de guía para la planificación del tratamiento. Se caracterizan por tener una metodología propia, basada en el análisis funcional de la conducta, consistente en el análisis de los antecedentes, las variables del organismo, la conducta y los consecuentes (procesos de reforzamiento positivo y negativo) (Becoña, 2016). Dentro de estos modelos se sitúan los paradigmas de condicionamiento clásico, operante y las teorías del aprendizaje social (Wanigaratne, 2006).

### 3.1.1. *Condicionamiento clásico*

El condicionamiento clásico, también conocido como respondiente o pavloviano, permite explicar los procesos iniciales de adquisición de las adicciones. Además, ha ofrecido también una explicación pertinente de la reactividad (tolerancia conductual y *craving*) a claves o estímulos relevantes (contexto de consumo, parafernalia, pensamientos, emociones) relacionados con las conductas de consumo (Tiffany, 1995).

Cada repetición de la administración de la droga o consumo refleja una operación de condicionamiento clásico. En su traslación al fenómeno de las adicciones, este paradigma sigue los mismos

principios que los postulados inicialmente por Pavlov (1849-1936) en los experimentos realizados con animales y, por tanto, los conceptos de estímulo incondicionado (EI), estímulo neutro (EN) y respuesta condicionada (RC) juegan igualmente un papel importante en la explicación del fenómeno adictivo y los procesos de recuperación (abstinencia y recaída).

Distintos estudios de investigación básica han mostrado que las personas que se exponen a estímulos relevantes para el consumo o realización de la conducta adictiva, incluso tras un período prolongado de abstinencia, con frecuencia incrementan el deseo de consumo, producen cambios en su respuesta (de tipo automática) y, en algunos casos, alteraciones en la conducta de búsqueda de drogas; es lo que se conoce como *síndrome de abstinencia condicionada* (Eriksen y Götestam, 1984; Siegel, 1983). Este fenómeno fue descrito inicialmente por Wikler (1948) y se ha demostrado en distintos estudios experimentales realizados con humanos y animales (Eriksen y Götestam, 1984; Schnur, 1992; Teasdale, 1973). El proceso a través del cual se desarrolla la abstinencia condicionada es el siguiente. En su inicio, la droga (p. ej., naloxona) que actúa como EI produce una serie de efectos psicoactivos (RI) sobre la persona. En personas con un trastorno adictivo, tras la interrupción del consumo es esperable que se presenten una serie de manifestaciones psicofisiológicas propias de la abstinencia. Tras múltiples ocasiones de consumo, un estímulo (p. ej., tono y sonido) que se hubiera presentado al mismo tiempo que la conducta de consumo podría adquirir la propiedad de elicitar una respuesta que se traduce en la expresión de bostezos, lagrimeo y rinorrea, incluso sin la presentación de la naloxona; es lo que se conoce como respuesta condicionada (EC) (O'Brien et al., 1975).

Desde el condicionamiento clásico se ha descrito también el fenómeno de la *tolerancia condicionada* (Graña Gómez y Carrobles, 1991). Vayamos a un caso particular donde se ilustra este fenómeno. El joven que se inicia en el consumo de alcohol mediante la práctica conocida como el botellón puede consumir alcohol por

primera vez (EI) en un contexto particular (p. ej., una plaza o casa) (EN). La autoadministración del alcohol (EI) produce una respuesta compensatoria (homeostática) de signo contrario al uso de dicha sustancia (RI) (Poulos y Cappell, 1991). Esta respuesta tiene la función de neutralizar la alteración conductual y fisiológica propia de la droga, y por tanto disminuye sus efectos psicoactivos, favoreciendo de esta forma el desarrollo de la tolerancia. Tras exposiciones repetidas, el contexto físico adquirirá propiedades reforzantes de tipo condicionado (EC) y facilitará una respuesta contradireccional a los efectos de la droga (RC) (véase figura 3.1). Los procesos de condicionamiento clásico permitirían explicar en parte por qué los efectos de una droga, en este caso el alcohol, disminuyen tras administraciones sucesivas.

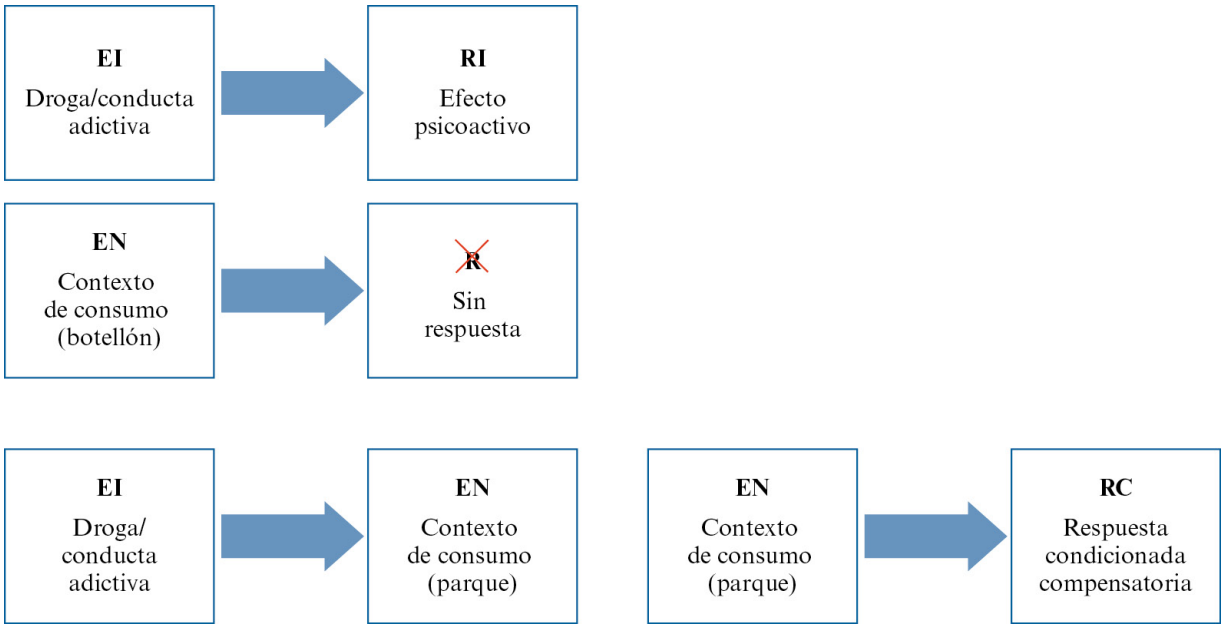



Figura 3.1.—Ejemplo del papel del condicionamiento clásico en la explicación de la tolerancia condicionada.

### 3.1.2. *Condicionamiento operante*

Desde el condicionamiento operante (Skinner, 1998) se entiende que el reforzador (el objeto adictivo) actúa de la misma manera que

lo hacen otros reforzadores naturales, como la comida o el sexo (Wanigaratne, 2006). Cada conducta de consumo fortalece la probabilidad de que dicho comportamiento sea repetido, y se explica por las consecuencias (positivas y negativas) que siguen a la conducta (De Wit y Phan, 2010; Eissenberg, 2004; May et al., 2020). Mientras que en las fases iniciales o de experimentación los consecuentes que mantienen la conducta son fundamentalmente de tipo positivo (p. ej., euforia, aumento del afecto positivo), tras un uso continuado los procesos de reforzamiento que priman son de tipo negativo (Baker et al., 2004). Es entonces cuando la motivación principal del usuario es la eliminación de la sintomatología negativa de abstinencia y se fortalece la probabilidad de que se repita la conducta de búsqueda y consumo. Un ejemplo de estos procesos de reforzamiento en el caso del tabaquismo se observa en la figura 3.2.

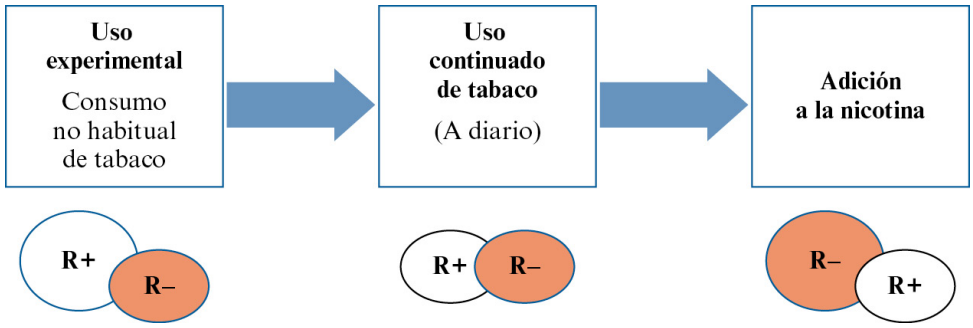



Figura 3.2.—Procesos de reforzamiento implicados en el desarrollo de la adicción a la nicotina.

Los consumidores de tabaco refieren efectos positivos, como el golpe de garganta, el aumento del afecto positivo o la mejora en otras funciones cognitivas, como por ejemplo la concentración. Tras el uso continuado, la motivación fundamental es la eliminación del *craving* u otros síntomas de la abstinencia (bajo estado de ánimo, irritabilidad o ansiedad), por lo que el proceso de reforzamiento que opera es esencialmente de tipo negativo, aunque también se describen procesos de reforzamiento positivo, como los mencionados con anterioridad.

### 3.1.3. *Teoría cognitiva del aprendizaje social*

Las teorías del aprendizaje social (Bandura, 1969) introducen el concepto de los procesos cognitivos para comprender las conductas adictivas. La anticipación, la planificación, las expectativas, las atribuciones, la autoeficacia y la toma de decisiones participan en los procesos adictivos, tanto en las fases iniciales de experimentación como en las relacionadas con su desarrollo (Smith, 2021). El papel del reforzamiento no es ignorado y se reconoce la influencia del aprendizaje respondiente y operante a la hora de explicar el desarrollo de la adicción. La conducta es adquirida inicialmente por modelado, refuerzo social, efectos anticipatorios (expectativas de reforzamiento), experiencia directa con los efectos y dependencia física.

Monti y cols. (1988) han realizado una revisión exhaustiva de la aplicación de esta teoría a los procesos de recaída en el consumo de alcohol. Se entiende que las situaciones de alto riesgo para la recaída ocurren en un contexto inter e intrapersonal, donde distintas variables (cognitivas y conductuales) juegan un papel importante y, en última instancia, harán más probable la recaída. Entre este tipo de respuestas se encuentran: 1) las expectativas (creencias sobre los efectos reforzantes del alcohol y creencias sobre la eficacia del afrontamiento); 2) habilidades de afrontamiento (cognitivas y conductuales); 3) las reacciones aprendidas por condicionamiento clásico (p. ej., *craving*).

## 4. EL MODELO BIOPSICOSOCIAL

La primera descripción del modelo biopsicosocial la realiza Engel en 1977, en su trabajo seminal «The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine», publicado en la revista *Science*. La aproximación biopsicosocial del fenómeno adictivo se considera el marco de referencia para la comprensión y tratamiento de las conductas adictivas, independientemente del objeto adictivo. Este

modelo supera la visión reduccionista del modelo médico y representa actualmente la conceptualización más popular y aceptada de las adicciones.

Basado en la teoría de sistemas y en una organización jerárquica del organismo, Engel propone un sistema complejo, dinámico e interactivo entre distintos determinantes (biológicos, psicológicos y sociales) de los trastornos del comportamiento que se sitúan en un contexto (macrosocial) donde coexisten unas normas sociales, políticas, condiciones socioeconómicas y culturales particulares.

Las investigaciones más recientes se ocupan de examinar los determinantes de la adicción desde una perspectiva biopsicosocial. El marco multinivel del desarrollo *(Multilevel developmental framework)* (Shafiee et al., 2019) incorpora los principios del modelo biopsicosocial y muestra cómo la vulnerabilidad a la adicción es acumulativa e interactiva, de modo que puede ser el resultado de múltiples factores de riesgo individuales (p. ej., impulsividad, habilidades sociales), ambientales (p. ej., regulación del acceso a las drogas) o sociales (p. ej., nivel socioeconómico).

A pesar de su amplia aceptación, también se han criticado algunos aspectos, argumentando que su adopción puede llevar a un eclecticismo injustificado y a una predominancia de uno de los factores bio-psico-sociales en particular (Monasterio Astobiza, 2021). También se ha criticado la falta de especificidad en la descripción del mecanismo o proceso por el que los denominados factores psicosociales ejercen su influencia en los neurobiológicos, y la influencia que estos últimos ejercen sobre los psicológicos (Hunt, 2014).

## 5. EL MODELO DE LA ECONOMÍA CONDUCTUAL

En las últimas décadas la aplicación de los principios y herramientas de investigación de la economía a la comprensión de los fenómenos adictivos ha cobrado un gran interés (Strulik, 2018; Suranovic et al., 1999; Vuchinich y Heather, 2003).

En la ciencia económica, la ratio coste-beneficio juega un papel esencial en la explicación de las decisiones de los consumidores, y bajo este supuesto, los modelos económicos neoclásicos definen a los seres humanos como tomadores de decisiones «imperfectos» que, con frecuencia, adoptan malas decisiones, con posibles importantes consecuencias negativas para ellos mismos y su entorno social (Chaloupka et al., 2003).

Los modelos económicos actuales han incorporado los conocimientos y la metodología de la psicología para el estudio del fenómeno adictivo. La confluencia de los principios de la economía y los propios de la ciencia conductual se ha configurado en lo que se conoce hoy como economía conductual (EC), una disciplina cuyo antecedente más próximo puede situarse en la teoría de la elección conductual (Vuchinich y Tucker, 1988). El objetivo fundamental de la EC es comprender y explicar cómo los factores psicológicos, sociales y cognitivos, afectan a las decisiones de los individuos

La EC se ocupa del estudio de la etiología y el desarrollo de la adicción, incluyendo las fases de mantenimiento, recaída y recuperación (Bickel et al., 2014). Emplea la metodología del análisis conductual y los modelos de la demanda del consumidor descritos en la microeconomía. La EC se interesa especialmente en explicar por qué las personas se involucran en una conducta adictiva y aparentemente irracional, a pesar de las múltiples consecuencias negativas que se derivan. Según la EC, la conducta de consumo se encuentra en estrecha relación con la ratio coste/beneficio de la disponibilidad de otros reforzadores, entendiendo que la preferencia por la conducta adictiva dependerá de las limitaciones en el acceso a la misma (González-Roz et al., 2020). Además, la decisión de consumo vendrá también determinada por los beneficios que pueden ocurrir a otros niveles, como el social, emocional, el relacionado con la salud, el económico, académico o laboral. Otros conceptos relevantes hacen referencia a la demanda (conducta de búsqueda y consumo), el precio de la droga (p. ej., el tiempo, el coste económico o el esfuerzo

personal para acceder a la droga) y el coste de oportunidad, relativo a la pérdida de reforzadores como consecuencia del consumo de drogas.

En resumen, la EC describe cómo las personas tendrán mayor probabilidad de consumir drogas si el precio de la droga y la dificultad de acceso a la misma son bajos. Sirva de ejemplo el caso del alcohol. Incluso ante una ley claramente definida, según la cual la compra de alcohol está limitada a la mayoría de edad (restricción a su acceso), los menores de edad pueden acceder fácilmente al alcohol en locales de ocio nocturno, incluso en supermercados o establecimientos abiertos 24 horas (alta accesibilidad), donde el precio del alcohol es significativamente bajo y donde, además, en muchas ocasiones no se solicita la identificación personal para su consumo.

## 5.1. La teoría de la patología del refuerzo

La teoría de la patología del refuerzo (PR) (Bickel et al., 2014; Bickel et al., 2020) es un marco de trabajo que ofrece una visión comprehensiva de las conductas adictivas. Se sustenta en los modelos de la EC, y aunque su evaluación empírica se ha realizado de forma más extensa para el caso de las conductas adictivas con sustancia (Acuff et al., 2021; Correia et al., 2010; McIntyre-Wood et al., 2021; Strickland et al., 2020; Zvorsky et al., 2019), también se han examinado sus evidencias de validez para otras conductas, incluyendo el juego de apuestas (Weinstock et al., 2016) y el uso excesivo de videojuegos (Acuff et al., 2021). La PR permite predecir el consumo de sustancias y explicar por qué las personas mantienen una conducta adictiva, incluso cuando se derivan importantes consecuencias negativas para la salud (física y psicológica), económicas (p. ej., laborales) y sociales (problemas familiares, procesos judiciales).

Desde la teoría de la PR se entiende que los costes y beneficios no son los únicos determinantes de la adicción, y que para su

explicación resultan centrales dos procesos: la toma de decisiones impulsiva o descuento por demora (DD) y el reforzamiento derivado del uso de drogas (demanda) (Bickel et al., 2020). A su vez, la demanda y el DD pueden verse influidos por otros elementos de tipo emocional y contextual, incluyendo la disponibilidad de otros reforzadores (con efectos complementarios o sustitutivos) que fortalecen los procesos descritos y el desarrollo de psicopatología (Acuff et al., 2018; Farris et al., 2017). Las relaciones de sustitución permiten categorizar y cuantificar cómo la demanda de una droga es sustituida por otra, cuando los costes para consumirla se incrementan. Este es el caso de los estudios que muestran que incrementar el coste del tabaco pueden conducir a un aumento de la demanda del alcohol (McLellan et al., 2012), o que la disponibilidad de una alternativa legal al consumo de cannabis produce una disminución de la demanda del cannabis ilegal (Amlung et al., 2019b).

Este modelo se encuentra en continuo desarrollo, de modo que otros conceptos ya se han sometido a evaluación empírica, como por ejemplo la pérdida de la aversión (Novemsky y Kahneman, 2005), un concepto tomado de la teoría económica prospectiva que describe el sesgo por el que las personas muestran una preferencia por evitar una pérdida, en mayor medida que ganar algo. Hasta el momento son pocas las evaluaciones empíricas realizadas. El estudio de Strickland et al. (2017), realizado en una muestra de 38 personas consumidoras de cocaína, mostró un nivel similar de sensibilidad a las pérdidas y ganancias, que podría relacionarse con la escasa valoración de los costes que implica el uso de drogas. Un estudio publicado por Thraikill et al. (2022), realizado en fumadores, evidenció menores niveles de aversión a perdidas en fumadores en comparación con personas que nunca habían fumado a lo largo de su vida. Además, esta variable permitió predecir el consumo de alcohol y otras drogas, sugiriendo que la aversión a las pérdidas podría ser un factor protector para las conductas adictivas.

En cualquier caso, los dos elementos constitutivos de la PR, la demanda y el DD, han sido sometidos a una evaluación empírica extensa (González-Roz et al., 2020) y, dada su relevancia y desarrollo teórico, se expondrán en los siguientes apartados.

### 5.1.1. *Demanda hipotética de drogas*

El concepto de demanda (consumo) se ha aplicado en mayor medida a las adicciones con sustancia, pero también existen trabajos que examinan esta variable en el contexto de las conductas adictivas sin sustancia (p. ej., ocasiones de juego) (Weinstock et al., 2016). La demanda es la cantidad de reforzador (droga) que se adquiere, siendo dependiente de su precio. Representa un indicador del reforzamiento asociado al consumo, de tal manera que cuanto menor sea el coste de la droga (entendido este como las restricciones económicas y físicas), más probable será su consumo.

La demanda se puede evaluar mediante tareas hipotéticas de compra que permiten recoger información del usuario acerca de la cantidad deseada de droga (todo ello en un contexto lo más parecido a la situación real de consumo) a distintos precios incrementales. Además, ofrecen una comprensión multidimensional de la motivación al consumo mediante la inclusión de distintos indicadores o variables que pueden ser representados de forma gráfica en una curva de la demanda (véase figura 3.3).

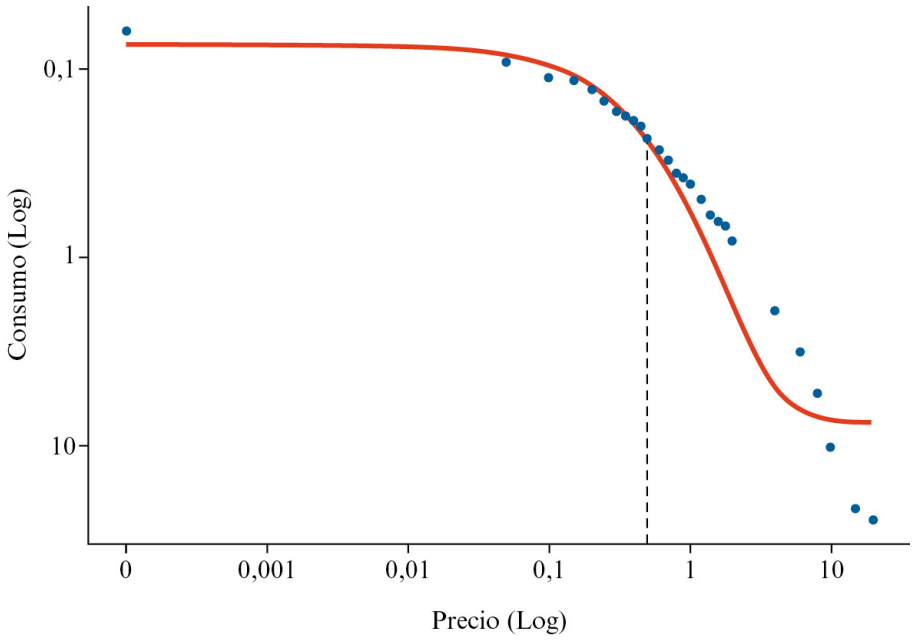



Figura 3.3.—Curva hipotética de la demanda. Ejemplo prototípico en consumidores de cannabis.

En la tabla 3.2 se resumen las características principales de las tareas de compra. Estas han sido extensamente descritas en la literatura y proporcionan enormes ventajas para la evaluación de las conductas adictivas (González-Roz et al., 2020). Entre ellas están: su bajo coste, las garantías éticas al no requerir necesariamente la exposición de la persona al consumo de la droga, y la posibilidad de predecir los resultados en el tratamiento (García-Pérez et al., 2021; MacKillop et al., 2016).

### 5.1.2. *Descuento por demora*

El DD o toma de decisiones impulsiva describe la preferencia por reforzadores inmediatos (de escaso valor objetivo, como el uso de drogas) en detrimento de los demorados en el tiempo (pero de mayor valor objetivo). El DD hace referencia a la pérdida del valor de un reforzador a medida que transcurre el tiempo (Odum, 2011). La toma de decisiones es especialmente importante para comprender el inicio, mantenimiento y recaída en la adicción. Es

relevante resaltar su valor transdiagnóstico, que sugiere su implicación en otros problemas de salud más allá de la propia adicción, como por ejemplo la depresión, la conducción de riesgo, la ausencia de utilización de protector solar o la implicación en conductas sexuales de riesgo (Amlung et al., 2019; Daugherty y Brase, 2010; Hahn et al., 2019).

Un mayor DD será el responsable de que una persona decida implicarse en la conducta adictiva a pesar de los enormes costes económicos derivados y también de las consecuencias judiciales (embargos) y personales (separación o problemas relacionales y familiares). Si el reforzador (droga o cualquier objeto adictivo) se encuentra disponible relativamente pronto, y el reforzador (de mayor valor objetivo, como la salud o una relación positiva o de calidad) más tarde, entonces la elección puede ser descrita como impulsiva (selección del reforzador inmediato) o autocontrolada (selección del reforzador demorado). Lo anterior significa que la persona tiende a empeñarse en actividades que producen efectos inmediatos, precisamente por la percepción subjetiva de un elevado valor reforzante.

TABLA 3.2

*Descripción de las tareas hipotéticas de compra. Ejemplificación de una tarea de demanda hipotética de tabaco*

| | |
|---|---|
| *Instrucciones* | **TAREA DE COMPRA DE CIGARRILLOS**<br>Imagina un día normal para ti. Para cada uno de los precios que aparecen abajo, escribe cuántos **cigarrillos individuales** (no paquetes de cigarrillos) comprarías. Por favor, contesta de la forma más honesta posible.<br><br>*Asume lo siguiente:*<br><br>— Tus ingresos y ahorros son los que tienes normalmente. No tienes dinero infinito. Los cigarrillos son de tu marca favorita.<br>— No hay otra forma de conseguir cigarrillos o nicotina. Si no compras ninguno, no fumas ese día. Tampoco hay puros o pipas para fumar.<br>— Si compras cigarrillos, debes fumarlos **TODOS** el mismo día. Los cigarrillos no se pueden guardar o regalar. |

| | |
|---|---|
| | — Tus ganas o deseo de fumar son similares a cómo te sientes hoy.<br>Items de respuesta: 19. Rango de precios: 0-10 €. |
| **Indicadores** | |
| *Punto de ruptura* (breakpoint) | Precio (coste) al que la demanda es 0. |
| *Omax* | Máximo nivel (cantidad) de consumo. |
| *Pmax* | Precio (coste) asociado al Omax. |
| *Intensidad* | Demanda sin restricción (contextual y económica). |
| *Elasticidad* | Sensibilidad de la demanda a incrementos en el precio (coste). |

## 6. CONCLUSIONES

La adicción es un fenómeno lo suficientemente complejo como para poder ser explicado desde un único modelo teórico. La adopción de una única teoría o modelo explicativo supone una visión reduccionista, y el modelo biopsicosocial representa una de las explicaciones más comprehensivas y aceptadas del fenómeno adictivo. Comprender cómo distintos factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales interaccionan con el contexto para influir en las conductas adictivas, es fundamental para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento eficaces. Del contenido expuesto es posible extraer una serie de conclusiones con importantes implicaciones para la evaluación, la prevención y el tratamiento de las adicciones.

Distintos factores biológicos, psicológicos y sociales permiten explicar las distintas fases de la adicción, desde el inicio o experimentación hasta la recaída (OEDT, 2019). Los factores de tipo contextual, que ocurren a nivel macro (p. ej., bajos recursos socioeconómicos, bajo sentimiento de pertenencia a la comunidad) y micro-individual (p. ej., presencia de iguales consumidores, falta

de supervisión parental), junto a los de tipo individual (p. ej., impulsividad), comportan un mayor riesgo para el inicio o experimentación. En cambio, el uso continuado dependerá de la interacción entre factores de riesgo medioambientales de tipo macro y micro individuales, de las características psicológicas de los individuos y de las propiedades y efectos psicofarmacológicos derivados de la implicación en las conductas adictivas, sus consecuentes (efectos reforzantes de tipo positivo y negativo) y las consecuencias inmediatas sobre la salud física y mental de sus usuarios.

La conceptualización más aceptada del fenómeno adictivo es multidimensional y de tipo biopsicosocial. Se ha superado la visión reduccionista de la adicción y desterrado la idea de que las adicciones son enfermedades cerebrales crónicas y recidivantes, al menos a nivel empírico.

Los modelos conductuales (condicionamiento clásico y operante) permiten explicar el desarrollo de las adicciones y comprender la recaída como procesos condicionados a contextos, personas, situaciones personales y experiencias emocionales. Los procesos de reforzamiento positivo (como el aumento del afecto positivo) y negativo (p. ej., la eliminación de la sintomatología de abstinencia) participan en las fases iniciales de consumo (experimentación), mantenimiento y abandono.

Por último, desde la EC, la teoría de la PR ha proporcionado una conceptualización novedosa y útil de las conductas adictivas. Los procesos psicológicos de demanda y DD ayudan a explicar la experimentación, el mantenimiento, el abandono y la recaída. Al mismo tiempo, esta teoría sirve de soporte para desarrollar estrategias de evaluación y tratamiento innovadoras y efectivas.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS

Becoña, E. (2018). ¿Modelo de enfermedad cerebral o biopsicosocial en adicciones? Recordando el estudio de veteranos de Vietnam. *Psicothema, 30*(3), 270-275.
González-Roz, A., Secades-Villa, R., Martínez-Loredo, V. y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Aportaciones de la economía conductual a la evaluación, la prevención y el tratamiento psicológico de las adicciones. *Papeles del Psicólogo, 41*(2), 91-98.
MacKillop, J., Kenna, G. A., Leggio, L. y Ray, L. A. (2018). *Integrating psychological and pharmacological treatments for addictive disorders. An evidence-based guide*. Routledge.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuff, S. F., Soltis, K. E., Dennhardt, A. A., Berlin, K. S. y Murphy, J. G. (2018). Evaluating behavioral economic models of heavy drinking among college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 42*(7), 1304-1314.
Acuff, S. F., Stoops, W. W. y Strickland, J. C. (2021). Behavioral economics and the aggregate versus proximal impact of sociality on heavy drinking. *Drug and Alcohol Dependence, 220,* 108523.
Agrawal, A. y Lynskey, M. T. (2008). Are there genetic influences on addiction: Evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction, 103*(7), 1069-1081.
Alexander, B. K., Coambs, R. B. y Hadaway, P. F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology, 58*(2), 175-179.
Amlung, M., Marsden, E., Holshausen, K., Morris, V., Patel, H., Vedelago, L., Naish, K. R., Reed, D. D. y McCabe, R. E. (2019). Delay discounting as a transdiagnostic process in psychiatric disorders: a meta-analysis. *JAMA psychiatry, 76*(11), 1176-1186.
Amlung, M., Reed, D. D., Morris, V., Aston, E. R., Metrik, J. y MacKillop, J. (2019). Price elasticity of illegal versus legal cannabis: A behavioral economic substitutability analysis. *Addiction, 114*(1), 112-118.
Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R. y Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review, 111*(1), 33-51.
Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification.* Holt, Rinehart y Winston.
Becoña, E. (2016). Alcoholismo. En M. A. Vallejo Pareja (coord.), *Manual de Terapia de Conducta, Tomo II* (83-159). Dykinson - Psicología.
Becoña, E. (2018). Brain disease of biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema, 30*(3), 270-275.
Bickel, W. K., Athamneh, L. N., Snider, S. E., Craft, W. H., DeHart, W. B., Kaplan, B. A. y Basso, J. C. (2020). Reinforcer Pathology: Implications for substance abuse intervention. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 47,* 139-162.
Bickel, W. K., Johnson, M. W., Koffarnus, M. N., MacKillop, J. y Murphy, J. G. (2014). The behavioral economics of substance use disorders: Reinforcement pathologies and their repair. *Annual Review of Clinical Psychology, 10,* 641-677.
Blume, A. W., Rudisill, D. M., Hendricks, S. y Santoya, N. (2013). Disease model. En P. M. Miller (ed.), *Principles of Addiction: Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders, Volume 1.* Elsevier.

Chaloupka, F. J., Emery, S. y Liang, L. (2003). Evolving models of addictive behavior: From neoclassical to behavioral economics. En R. E. Vuchinich y N. Heather (eds.), *Choice, behavioural economics and addiction* (pp. 71-94). Pergamon/Elsevier Science Inc.

Correia, C. J., Murphy, J. G., Irons, J. G. y Vasi, A. E. (2010). The behavioral economics of substance use: Research on the relationship between substance use and alternative reinforcers. *Journal of Behavioral Health and Medicine, 1*(3), 216-237.

Courtwright, D. T. (2010). The NIDA brain disease paradigm: history, resistance and spinoffs. *BioSocieties, 5,* 137-147.

Daugherty, J. R. y Brase, G. L. (2010). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual Differences, 48,* 202-207.

Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review, 33*(7), 846-861.

De Walque, D. (2020). The use of financial incentives to prevent unhealthy behaviors: A review. *Social Science & Medicine (1982), 261,* 113236.

De Wit, H. y Phan, L. (2010). Positive reinforcement theories of drug use. En J. D. Kassel (ed.), *Substance abuse and emotion* (pp. 43-60). American Psychological Association.

Eissenberg, T. (2004). Measuring the emergence of tobacco dependence: The contribution of negative reinforcement models. *Addiction, 99,* 5-29.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136.

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry, 137*(5), 535-544.

Eriksen, L. y Götestam, K. G. (1984). Conditioned abstinence in alcoholics: A controlled experiment. *The International Journal of the Addictions, 19*(3), 287-294.

Farris, S. G., Aston, E. R., Zvolensky, M. J., Abrantes, A. M. y Metrik, J. (2017). Psychopathology and tobacco demand. *Drug and Alcohol Dependence, 177,* 59-66.

Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Secades-Villa, R. y García-Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo, 28*(1), 2-10.

García-Pérez, Á., Aonso-Diego, G., Weidberg, S., González-Roz, A. y Secades-Villa, R. (2021). Reinforcer pathology predicts relapse in smokers. *Psychology of Addictive Behaviors.* Advance online publication.

González-Roz, A., Secades-Villa, R., Martínez-Loredo, V. y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Aportaciones de la economía conductual a la evaluación, la prevención y el tratamiento psicológico de las adicciones. *Papeles del Psicólogo, 41*(2), 91-98.

Graña Gómez, J. y Carrobles, J. A. (1991). Condicionamiento clásico en la adicción. *Psicothema, 3,* 87-96.

Hahn, H., Kalnitsky, S., Haines, N., Thamotharan, S., Beauchaine, T. P. y Ahn, W. Y. (2019). Delay discounting of protected sex: Relationship type and sexual orientation influence sexual risk behavior. *Archives of Sexual Behavior, 48*(7), 2089-2102.

Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L. y Vanderschuren, L. (2021). Addiction as a brain disease revised: Why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology, 46*(10), 1715-1723.

Heim, D. (2014). Addiction: not just brain malfunction. *Nature, 507*(7490), 40.

Helzer, J. E. (2010). Significance of the Robins et al. Vietnam veterans study. *American Journal of Addiction, 19,* 218-221.

Heyman, G. M. (2009). *Addiction: A disorder of choice.* Harvard University Press.
Hunt, A. (2014). Expanding the biopsychosocial model: The active reinforcement model of addiction. *Graduate Student Journal of Psychology, 15,* 57-69.
Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K. y Sundquist, J. (2015). The causes of parent-offspring transmission of drug abuse: A Swedish population-based study. *Psychological Medicine, 45*(1), 87-95.
Kuhn, B. N., Kalivas, P. W. y Bobadilla, A. C. (2019). Understanding addiction using animal models. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 13,* 262.
Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science, 278*(5335), 45-47.
MacKillop, J., Murphy, C. M., Martin, R. A., Stojek, M., Tidey, J. W., Colby, S. M. y Rohsenow, D. J. (2016). Predictive validity of a cigarette purchase task in a randomized controlled trial of contingent vouchers for smoking in individuals with substance use disorders. *Nicotine & Tobacco Research, 18*(5), 531-537.
MacKillop, J. y Ray, L. A. (2018). The etiology of addiction. A contemporary biopsychosocial approach. En J. MacKillop, G. A. Kenna, L. Leggio y L. A. Ray (eds.), *Integrating psychological and pharmacological treatments for addictive disorders*: *An evidence-based guide* (pp. 32-53). Routledge.
May, A. C., Aupperle, R. L. y Stewart, J. L. (2020). Dark times: The role of negative reinforcement in methamphetamine addiction. *Frontiers in Psychiatry, 11,* 114.
McIntyre-Wood, C., Minhas, M., Balodis, I., Murphy, J. G. y MacKillop, J. (2021). A reinforcer pathology approach to cannabis misuse: Evaluation of independent and interactive roles of cannabis demand and delay discounting in a sample of community adults. *Experimental and Clinical Psychopharmacology.* Advance online publication.
McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. y Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA, 284*(13), 1689-1695.
McLellan, D. L., Hodgkin, D., Fagan, P., Reif, S. y Horgan, C. M. (2012). Unintended consequences of cigarette price changes for alcohol drinking behaviors across age groups: evidence from pooled cross sections. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 7,* 28.
Monasterio Astobiza, A. (2021). Hacia un modelo situado de la adicción. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología, 16,* 1-16.
Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Abrams, D. B. y Binkoff, J. A. (1988). Social learning approaches to alcohol relapse: selected illustrations and implications. En B. A. Ray (ed.), *Learning factors in substance abuse* (pp. 141-160).
Novemsky, N. y Kahneman, D. (2005). The boundaries of loss aversion. *Journal of Marketing Research, 42*(2), 119-128.
O'Brien, C. P., O'Brien, T. J., Mintz, J. y Brady, J. P. (1975). Conditioning of narcotic abstinence symptoms in human subjects. *Drug and Alcohol Dependence, 1*(2), 115-123.
Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [OEDT] (2019). Currículum de prevención europeo: un manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia (Universitat de les Illes Balears, trad. Rementeria O, rev.). Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2020.
Odum, A. L. (2011). Delay discounting: I'm a k, you're a k. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 96*(3), 427-439.

Pickard, H. (2022). Is addiction a brain disease? A plea for agnosticism and heterogeneity. *Psychopharmacology, 239,* 993-1007.
Pickard, H., Ahmed, S. H. y Foddy, B. (2015). Alternative models of addiction. *Frontiers in Psychiatry, 6,* 20.
Poulos, C. X. y Cappell, H. (1991). Homeostatic theory of drug tolerance: a general model of physiological adaptation. *Psychological Review, 98*(3), 390-408.
Ray, B. A. (ed.) (1988). *Learning factors in substance abuse*. U. S. Department of Health and Human Services.
Satel, S. y Lilienfeld, S. O. (2014). Addiction and the brain-disease fallacy. *Frontiers in Psychiatry, 141,* 1-11.
Schnur, P. (1992). Conditioned morphine withdrawal in the hamster. *Psychopharmacology, 107*(4), 517-522.
Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo, 28*(1), 29-40.
Shafiee, S. A., Razaghi, E. y Vedadhir, A. A. (2019). Multi-level approach to theories of addiction: A critical review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences,* e88881.
Siegel, S. (1983). Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence. En R. Smart (ed.), *Research advances in alcohol and drug problems,Volume 7* (pp. 207-246). Springer.
Skinner, B. F. (1998). The experimental analysis of operant behavior: A history. En R. W. Rieber y K. Salzinger (eds.), *Psychology: Theoretical-historical perspectives* (pp. 289-299). American Psychological Association.
Smith, M. A. (2021). Social learning and addiction. *Behavioural Brain Research, 398,* 112954.
Strickland, J. C., Beckmann, J. S., Rush, C. R. y Stoops, W. W. (2017). A pilot study of loss aversion for drug and non-drug commodities in cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence, 180,* 223-226.
Strickland, J. C., Campbell, E. M., Lile, J. A. y Stoops, W. W. (2020). Utilizing the commodity purchase task to evaluate behavioral economic demand for illicit substances: a review and meta-analysis. *Addiction, 115*(3), 393-406.
Strulik, H. (2018). Smoking kills: An economic theory of addiction, health deficit accumulation, and longevity. *Journal of Health Economics, 62,* 1-12.
Suranovic, S. M., Goldfarb, R. S. y Leonard, T. C. (1999). An economic theory of cigarette addiction. *Journal of Health Economics, 18*(1), 1-29.
Teasdale, J. D. (1973). Conditioned abstinence in narcotic addicts. *The International Journal of the Addictions, 8*(2), 273-292.
Thrailkill, E. A., DeSarno, M. y Higgins, S. T. (2022). Loss aversion and risk for cigarette smoking and other substance use. *Drug and Alcohol Dependence, 232,* 109307.
Tiffany, S. T. (1995). Potential functions of classical conditioning in drug addiction. En D. C. Drummond, S. T. Tiffany, S. Glautier y B. Remington (eds.), *Addictive behaviour: Cue exposure theory and practice* (pp. 47-71). John Wiley & Sons.
Volkow, N. D. y Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction: Relevance to prevention and treatment. *The American Journal of Psychiatry, 175,* 729-740.
Volkow, N. D., Koob, G. F. y McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England Journal of Medicine, 374*(4), 363-371.

Vuchinich, R. E. y Heather, N. (eds.) (2003). *Choice, behavioural economics and addiction*. Perfamon.

Vuchinich, R. E. y Tucker, J. A. (1988). Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 181-195.

Wanigaratne, S. (2006). Psychology of addiction. *Psychiatry, 5*(12), 455-460.

Weinstock, J., Mulhauser, K., Oremus, E. G. y D'Agostino, A. R. (2016). Demand for gambling: Development and assessment of a gambling purchase task. *International Gambling Studies, 16,* 316-327.

Wikler, A. (1948). Recent progress in research on the neurophysiological basis of morphine addiction. *American Journal of Psychiatry, 105,* 329-338.

Wilbanks, W. (1989). The danger in viewing addicts as victims: A critique of the disease model of addiction. *Criminal Justice Policy Review, 3*(4), 407-422.

Zvorsky, I., Nighbor, T. D., Kurti, A. N., DeSarno, M., Naudé, G., Reed, D. D. y Higgins, S. T. (2019). Sensitivity of hypothetical purchase task indices when studying substance use: A systematic literature review. *Preventive Medicine, 128,* 105789.

# 4

# La recuperación natural de la adicción al alcohol y a otras drogas

JOSÉ LUIS CARBALLO
Y JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ-HERMIDA

## 1. INTRODUCCIÓN

La recuperación natural (RN) hace referencia a la mejoría que se da en determinados trastornos psicopatológicos a pesar de la ausencia de cualquier tipo de tratamiento formal. Se trata de un fenómeno muy estudiado que ha generado gran polémica en el estudio de los trastornos psicopatológicos y su recuperación.

Los primeros intentos de dar contenido a la noción de «recuperación espontánea» *(spontaneous remission)* surgen probablemente de los estudios realizados por Landis (1938), relacionados con las mejorías en las personas con trastornos mentales. Poco después, Denker (1946) también estudiaría el tema en pacientes que se quejaban de incapacidades debidas a la neurosis. En ambos estudios se encontró que la tasa de remisión espontánea entre los pacientes neuróticos era de dos tercios.

La recuperación espontánea era utilizada en sus principios como una manera de comparar métodos terapéuticos y determinar cuán eficientes podían ser, y no tanto como un fenómeno particular que mereciera un estudio exhaustivo independiente. Si una forma de terapia era realmente efectiva debería evidenciar mejorías mucho mayores que aquellas que podrían darse en casos donde no existiera tratamiento alguno. En los estudios de Eysenck sobre la eficacia de los tratamientos se mostró que dos tercios de los

pacientes se recuperaban o mejoraban a los dos años del inicio del trastorno, con independencia de que fueran tratados con psicoterapia o no (Eysenck, 1952).

Las conclusiones de Eysenck han sido ampliamente discutidas y criticadas (Pérez, 1981). A pesar de las debilidades metodológicas que pudieran tener estos trabajos originales, durante mucho tiempo fueron los únicos datos sobre el fenómeno de la recuperación espontánea en comparación con los efectos de la psicoterapia, de tal manera que las recopilaciones de Eysenck permitieron hacerse una idea de la dimensión que puede alcanzar la recuperación espontánea.

A lo largo de este capítulo se conceptualizará el fenómeno de RN o *autocambio* en el ámbito de las conductas adictivas, atendiendo a dos objetivos fundamentalmente:

1. Analizar la prevalencia, los procesos y determinantes implicados en la RN de las conductas adictivas basándose en la evidencia empírica.
2. Señalar las implicaciones que el estudio de la RN o autocambio posee sobre el campo de las adicciones.

## 2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ESTUDIO DE LA RECUPERACIÓN NATURAL EN CONDUCTAS ADICTIVAS

Las primeras investigaciones en las que se estudió el fenómeno de la remisión espontánea en conductas adictivas, fundamentalmente de la heroína y el alcohol, surgen en los años 50, cuando el modelo biomédico de enfermedad como explicación de las conductas adictivas comienza a ser el predominante. Este modelo biomédico tradicional tiene gran relevancia aún hoy en día en el campo de las adicciones, a pesar de que existen otros modelos que critican, basándose en la evidencia, la utilidad de este (Becoña, 2016). Esto se aprecia tanto en el concepto de enfermedad crónica del cerebro de carácter recidivante (Volkow et

al., 2016) como en su evaluación y diagnóstico, mediante la CIE y el DSM fundamentadas en este modelo.

Algunos investigadores han señalado como principales características del modelo biomédico el hecho de que no es posible la recuperación sin tratamiento, que no es posible la curación total, debido a que una posible recaída siempre estará presente en la vida del sujeto, y la imposibilidad de ningún tipo consumo moderado o autocontrolado, proponiéndose como única alternativa la abstinencia total (Férnandez-Hermida et al., 2007). Ante este modelo, que parece haberse establecido como dogma, algunos autores defienden la necesidad de establecer nuevas teorías y modelos que expliquen mejor la complejidad multicausal de las adicciones, así como su tratamiento y prevención (Heather et al., 2018).

Uno de los grandes argumentos que ha emergido es el de la investigación en el campo de la RN de las adicciones. Muchos investigadores coinciden en señalar a Charles Winick como el primero en hablar del fenómeno de RN o autocambio (Klingemann et al., 2001). A principios de los 60, este autor publicó los datos de una investigación en la que observó que dos tercios de personas que se definían como consumidores regulares de heroína entre 1953 y 1954 no referían consumo a finales de 1959. La mayoría de estos casos no habían solicitado ningún tipo de ayuda terapéutica en ese período de tiempo. De ahí que este autor afirmase, aunque con ciertas reservas, que habían abandonado el consumo de heroína sin acudir a tratamiento (Winick, 1962).

Winick especulaba con que estas se debían a un proceso madurativo. La mayoría de estos exconsumidores de heroína tenían edades comprendidas entre los 30 y los 40 años. Winick pensaba que la explicación se encontraba en un ciclo de vida natural de la adicción a la heroína que respondía al cambio de responsabilidades y emociones que se producen en el paso de la adolescencia a la edad adulta.

Le Drew encontró un fenómeno similar en el caso del alcohol. Este autor observó que entre un 1 y un 33 por 100 de los bebedores

problemáticos abandonaban su consumo antes de los 50, sin ayuda profesional (Le Drew, 1968). Al igual que Winick, adoptó como explicación el concepto de maduración (el cambio de responsabilidades, el cambio de presiones sociales, de actividades, la propia edad, etc.).

En los años 70 del siglo xx surgen los estudios quizá más conocidos sobre la RN, en los que se evaluó a soldados que habían combatido en la guerra de Vietnam. El objetivo era estimar el consumo de heroína durante la guerra y la asistencia a tratamiento para este problema a su regreso a Estados Unidos. Casi la mitad de los hombres había consumido heroína en su estancia en Vietnam, y un 20 por 100 había tenido problemas de dependencia. Sin embargo, menos de un 20 por 100 volvieron a consumir heroína en Estados Unidos durante los tres años posteriores a su regreso (Robins, 1974; Robins et al., 1974).

Robins et al. (2010), a raíz de las investigaciones previas, indicaron que la adicción a la heroína no es un trastorno unitario e intratable, sino más bien una condición compleja y transitoria donde influían múltiples factores que también determinaban la recuperación.

A pesar de que estas investigaciones adolecen de ciertas limitaciones metodológicas, constituyen una evidencia muy fuerte de la existencia de este tipo de recuperación, que ha supuesto un fuerte golpe contra la noción de la adicción como una enfermedad progresiva e irreversible (Klingemann et al., 2001). Además, han marcado el inicio de un fenómeno que ha dado lugar a un gran número de investigaciones y publicaciones en el campo de los trastornos de abuso y dependencia de sustancias (Sobell et al., 2000).

## 3. EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DE LA RECUPERACIÓN NATURAL EN CONDUCTAS ADICTIVAS

El estudio de la RN ha sido un tema que ha suscitado gran interés en las últimas décadas, y el análisis de este fenómeno ha sido un objetivo constante para diferentes tipos de investigaciones. Los estudios sobre RN de las conductas adictivas se han llevado a cabo básicamente utilizando dos métodos: encuestas a población general y reclutamiento mediático. Con el primer método se pretende analizar la prevalencia o frecuencia con la que se produce este fenómeno entre los recuperados de las distintas adicciones, mientras que con el segundo se pretenden estudiar los procesos y determinantes de este tipo de recuperación.

## 3.1. Estudios de prevalencia

Algunos de los estudios más relevantes a nivel histórico en este campo han tratado de establecer cuál es la prevalencia de la RN entre los que dejan o reducen el consumo de alcohol y otras sustancias. La conclusión principal que se ha extraído de ellos es que la RN es la principal vía de recuperación entre los adictos al alcohol y a otras sustancias (Cunningham, 1999; Dawson et al., 2005; Hasin y Grant, 1995; Sobell et al., 1996). Las investigaciones posteriores han llegado a esta misma conclusión, encontrándose que la RN continúa siendo la principal vía de cambio (Fan et al., 2019; Kelly et al., 2017).

Este tipo de trabajos se han servido de la utilización de encuestas a población general, que les han permitido estimar porcentajes de RN entre sujetos que, habiendo tenido problemas adictivos en el pasado, no los referían en el momento de la evaluación. A continuación se describirán las investigaciones más relevantes llevadas a cabo en torno al alcohol y a las drogas ilegales.

### 3.1.1. *Alcohol*

Hasin y Grant (1995) llevaron a cabo uno de los primeros trabajos centrados en la investigación sobre la prevalencia de la RN en alcohol. Utilizaron los datos extraídos de un estudio sobre salud nacional (National Health Interview Study) llevado a cabo varios años antes en Estados Unidos.

El 19 por 100 de los entrevistados, un total de 43.809, eran exconsumidores de alcohol. La mayoría de ellos habían abusado del alcohol. Tan solo el 17 por 100 de estos exconsumidores habían acudido a Alcohólicos Anónimos o solicitado algún tipo de ayuda terapéutica. La gran mayoría referían haber cambiado sus hábitos de consumo de alcohol sin ayuda.

El objetivo del estudio de Sobell et al. (1996) era determinar la prevalencia de la recuperación de los problemas con el alcohol con y sin tratamiento, evaluando además si la recuperación incluía abstinencia o consumo moderado. Se utilizaron los datos de dos encuestas llevadas a cabo en población general de Canadá. Una de ellas de ámbito nacional (*n* = 10.796) y otra local, en Ontario (*n* = 1.001).

En la muestra de la encuesta a nivel nacional, el 22,5 por 100 de los sujetos acudieron a tratamiento, mientras que el 77,5 por 100 no recibieron tratamiento. En el caso de la encuesta de Ontario, el 22,3 por 100 acudió a tratamiento, frente al 77,7 por 100 que no lo hizo. De los abstemios en la encuesta nacional, el 34,3 por 100 acudió a tratamiento frente al 65,7 por 100 que no acudió. En la encuesta de Ontario el 44 por 100 sí acudió, frente al 56 por 100 que no lo hizo. Entre los consumidores moderados, tan solo el 3,3 por 100 en la encuesta nacional, y el 9,4 por 100 en la de Ontario, solicitaron tratamiento. El 96,7 por 100 y el 90,6 por 100 restantes, respectivamente, no solicitaron ayuda terapéutica.

En esta línea, Dawson et al. (2005) encontraron también que los sujetos que mantenían la abstinencia del alcohol a largo plazo acudían en mayor medida a tratamiento que los que mantenían un consumo moderado. De los 4.422 sujetos que habían cumplido los criterios de DSM de dependencia de alcohol en el pasado, 1.486

mantenían un consumo de bajo riesgo y 1.710 eran abstinentes. Entre los sujetos que mantenían un consumo de alcohol de bajo riesgo, la vía más frecuente de recuperación era la RN, con tasas cercanas al 80 por 100, mientras que entre los abstinentes las tasas de este tipo de recuperación eran cercanas al 50 por 100.

Años más tarde, y continuando con esta línea de trabajo, Fan et al. (2019) encontraron resultados similares a los de Dawson y sus colaboradores. En este caso se incluyó como novedad el uso del DSM-5 y el concepto de remisión con consumo de alto riesgo y de bajo riesgo. Sus resultados indicaron que entre quienes se habían recuperado, la RN (72 por 100 vs. 28 por 100) había sido la vía más frecuente, y el consumo de bajo riesgo era el más prevalente entre los no tratados. La abstinencia era más común entre aquellas personas que habían acudido a tratamiento.

En esta misma línea, Kelly et al. (2017, 2018), utilizando la *Natural Recovery Survey,* llegaron a más de 25.000 personas en Estados Unidos que referían haber tenido problemas de consumo de alcohol u otras drogas en el pasado y no tenerlos actualmente. Estos investigadores encontraron que el 63 por 100 de los que se recuperaban de sus problemas con el alcohol lo hacían sin acudir a ningún tipo de tratamiento o grupo de autoayuda.

Dentro de las drogas legales, no se ha de olvidar por otro lado que los porcentajes de autocambio entre los que abandonan la adicción al tabaco también son muy altos, situándose por encima del 80 por 100 de los casos (Prochaska et al., 1994; Prochaska y DiClemente, 1983), aunque no son objeto de este capítulo.

### 3.1.2. *Drogas ilegales*

Los estudios de prevalencia, y en general de RN en drogas ilegales, son escasos (Carballo et al., 2007), aunque hay un interés creciente en analizar la RN en el cannabis (Kelly et al., 2018). Uno de los estudios más relevantes sobre prevalencia de autocambio en drogas ilegales fue el de Cunningham (1999). En esta investigación

se evaluaron los resultados obtenidos en la *«Canadian Alcohol and Drug Survey»,* encontrando que, entre los que decían no haber consumido en el último año, eran muy pocos los que habían utilizado algún servicio terapéutico o de ayuda para lograrlo.

En el caso de los consumidores habituales de marihuana, solo el 16 por 100 había solicitado algún tipo de tratamiento, entre los consumidores de LSD el 14,1 por 100, y entre los de cocaína y crack el 16 por 100. En los casos de consumo de «speed» y heroína, los porcentajes de consumidores que habían acudido a tratamiento fueron mayores, un 20,4 por 100 y un 34,5 por 100 respectivamente. Al resto de consumidores que no habían solicitado ayuda profesional y que no referían problemas con las sustancias en el último año se les consideró como recuperados sin ayuda.

Por su parte, Kelly et al. (2018), utilizando datos de la *Natural Recovery Survey,* encontraron que el 66 por 100 de los que habían dejado de consumir cannabis lo habían hecho sin ayuda, y un 50 por 100 entre los antiguos consumidores de otras drogas ilegales. Aunque son porcentajes más bajos que el estudio de Cunningham, siguen mostrando que la RN es la vía de recuperación más frecuente.

### 3.2. Estudios realizados mediante reclutamiento mediático

A diferencia de los trabajos anteriores, que investigaban la prevalencia del fenómeno de la RN en conductas adictivas, la gran mayoría de los trabajos llevados a cabo con la metodología de reclutamiento mediático se han centrado en el estudio de los procesos y determinantes que intervienen en la RN en este tipo de trastornos. Estas investigaciones han tratado de analizar cuáles son las características sociodemográficas de estos sujetos, cuál es su perfil adictivo previo, y cuáles son las razones y motivaciones que impulsan el cambio y qué factores lo mantienen. Al ser personas que no solicitan ayuda, estos participantes son difíciles de localizar, por lo que se suelen utilizar varios métodos de reclutamiento

(Carballo et al., 2009), siendo la fundamental los anuncios en prensa escrita (noticias, entrevistas, anuncios por palabras, etc.), seguida del procedimiento de «bola de nieve». En estudios más recientes, se ha añadido la vía *online* (folletos *online,* anuncios en redes sociales, *banners* de publicidad, etc.) (Chen et al., 2020; Chen y Gueta, 2020). También se valen de las encuestas realizadas previamente para reclutar participantes que hubiesen participado en estas.

Muchas de estas investigaciones han utilizado varios grupos de recuperados con el fin de estudiar la RN en un espectro más amplio. A pesar de que el mayor porcentaje de estudios han incluido solo autocambiadores de alcohol o drogas ilegales, cada vez son más los trabajos que tratan de realizar comparaciones con los sujetos tratados y entre los propios autocambiadores en función del país de pertenencia y de la sustancia de consumo.

### 3.2.1. *Estudios con muestras de autocambiadores*

La mayoría de las investigaciones clásicas que se han llevado a cabo para estudiar los procesos y determinantes que influyen en la RN se han centrado en los autocambiadores del alcohol (Carballo et al., 2007). Sin embargo, el crecimiento reciente del consumo de otras sustancias, como la cocaína y el cannabis, ha provocado un aumento de trabajos sobre la RN de otras sustancias, especialmente en el caso del cannabis (Kelly et al., 2018; Stea et al., 2015).

En el caso de la RN del alcohol se han estudiado muchos tipos de factores con el fin de entender mejor este fenómeno. Uno de los posibles determinantes de la RN es la edad, no tanto como factor causal, sino como modulador de otros determinantes que influyen en el autocambio. Así, se aprecia un descenso significativo del consumo excesivo de alcohol y otras sustancias en adultos jóvenes a partir de la segunda mitad de los 20 hasta los 40 años (Lee y Sher, 2018). El cambio puede tener que ver con el hecho de asumir nuevas responsabilidades debido al paso a la vida adulta/familiar

(Lee y Sher, 2018), aunque, esto por sí solo, no parece ser causa suficiente de la recuperación (Klingemann, 2001). En los casos en los que los problemas con el alcohol se inician a edades tardías, el autocambio parece ser la vía de recuperación más utilizada, ya que las consecuencias del consumo no suelen ser tan graves como en aquellos que empiezan a tener problemas a edades más tempranas (Klingemann et al., 2001). En cuanto al sexo, es un hecho conocido que los hombres consumen más, presentan trastornos más graves y están más presentes en los tratamientos (Gilbert et al., 2019; Greenfield et al., 2010). Sin embargo, cuando se controlan estas variables, se observa que las mujeres suelen percibir sus problemas como menos graves y, por tanto, creen tener menor necesidad de acudir a tratamiento, razones que aparecen con frecuencia en los estudios de autocambiadores (Tucker et al., 2020).

La abstinencia es el tipo de recuperación más frecuente entre los autocambiadores, pero el consumo moderado o de bajo riesgo se sitúa por encima del 40 por 100 de los casos (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000). Este es un dato muy importante, ya que, como se ha dicho anteriormente, el modelo biomédico imperante niega la posibilidad de consumos menores en la recuperación. King y Tucker (2000) analizaron el proceso de recuperación en términos de abstinencia y consumo moderado. Estos autores encontraron que, entre las personas que se mantenían con un consumo moderado, unos habían pasado anteriormente por un período de abstinencia total frente a otros que habían reducido su consumo gradualmente. El camino hacia la moderación es variable, mientras que la abstinencia total suele ser de iniciación abrupta (King y Tucker, 2000). En esta misma línea, se ha visto también que patrones de problemas adictivos menos graves indican una mayor probabilidad de realizar consumos moderados en la recuperación (Tucker, Cheong et al., 2020b).

En el caso del cannabis, entre los factores que más influyen en el mantenimiento de la abstinencia están las estrategias conductuales, como la evitación de situaciones de tentación, los cambios en el

estilo de vida y el desarrollo de nuevos intereses más allá del consumo (Ellingstad et al., 2006; Stea et al., 2015). Entre las razones que refieren los consumidores de cannabis para no solicitar tratamiento están la creencia de que no necesitan tratamiento y el deseo de recuperarse por sí mismos (Ellingstad et al., 2006; Stea et al., 2015). Ellingstad et al. (2006) sugieren que los determinantes implicados en el inicio y mantenimiento de la recuperación sin ayuda difieren de otras sustancias ilegales y legales. Por ejemplo, los problemas de salud son una de las principales razones por las que consumidores de alcohol y tabaco cambian sus hábitos, mientras que esto no ocurre en el caso del cannabis.

Toneatto et al. (1999) estudiaron los factores que influyen en la RN en sujetos adictos a la cocaína. Para ello compararon a un grupo de sujetos que dejaron de consumir por sí mismos con personas que estaban consumiendo. Ambos grupos eran similares en patrones de consumo de cocaína, historia psiquiátrica, uso de otras sustancias y consecuencias negativas del uso tanto psicológicas como psiquiátricas (Toneatto et al., 1999). La evaluación cognitiva de pros y contras era un aspecto fundamental a la hora de iniciar la recuperación.

En las revisiones clásicas sobre el fenómeno de la RN, Sobell et al. (2000) y Carballo et al. (2007) se recogieron las razones para el cambio, los factores que influyen en el mantenimiento de la recuperación y las razones para no acudir a tratamiento más referidas por participantes en los distintos estudios de RN. Estos aspectos han centrado gran parte de los esfuerzos de los investigadores de la RN, por su importancia a la hora de analizar cuáles son los determinantes que motivan y mantienen el cambio.

En cuanto a las razones para el abandono o reducción del consumo (figura 4.1), se ha encontrado que tanto los problemas de salud (p. ej., alteraciones hepáticas) como los problemas económicos juegan un papel central en la puesta en marcha del cambio. A estas dos razones les siguen los efectos negativos del propio consumo (p. ej., la pérdida del control), los problemas

familiares (p. ej., rupturas con la pareja), los problemas de relación con otras personas significativas (p. ej., amigos), los problemas sociales (p. ej., pérdida de amigos), los problemas legales (p. ej., multas de tráfico), las razones religiosas y los problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo).

Los factores de mantenimiento que más parecen influir (figura 4.2) son los cambios en el apoyo social, en el apoyo de un familiar u otras personas significativas, la evitación de situaciones donde previamente consumía (p. ej., no acudir a los bares), la religiosidad (p. ej., acudir más a la iglesia), el desarrollo de intereses que no impliquen el consumo de sustancias (p. ej., ir al gimnasio), los cambios en el autocontrol y en la voluntad, y sucesos positivos que ocurren en sus vidas posteriores al consumo (p. ej., se ven mejor a sí mismos). Otros factores que aparecen en estas revisiones, pero que no son tan frecuentes como los anteriores, son los cambios en el trabajo, las mejoras en problemas de salud, las mejoras económicas y los cambios en el estilo de vida previo al abandono del consumo.

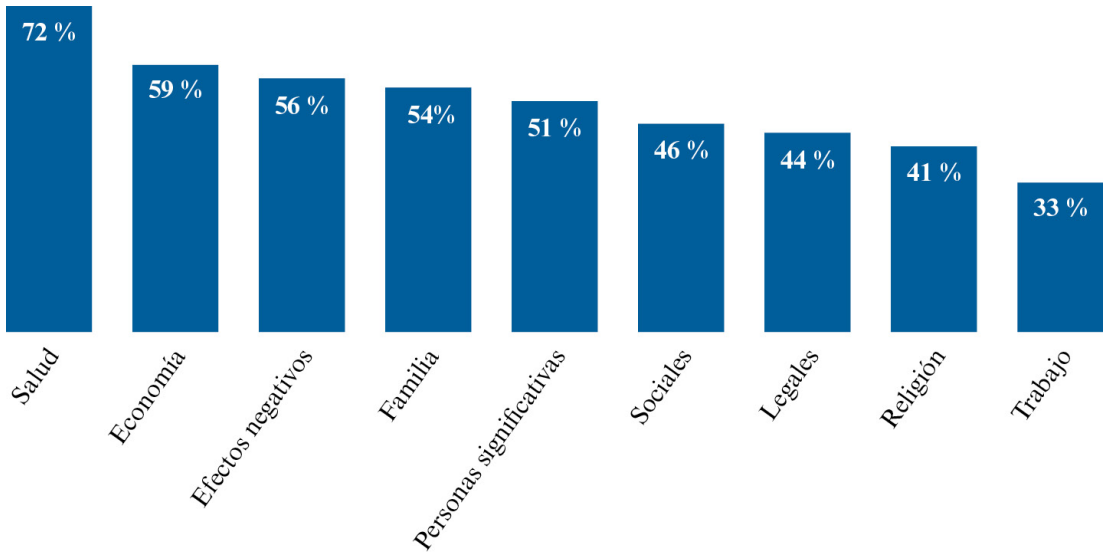



Figura 4.1.—Razones para el cambio más frecuentes en la literatura.

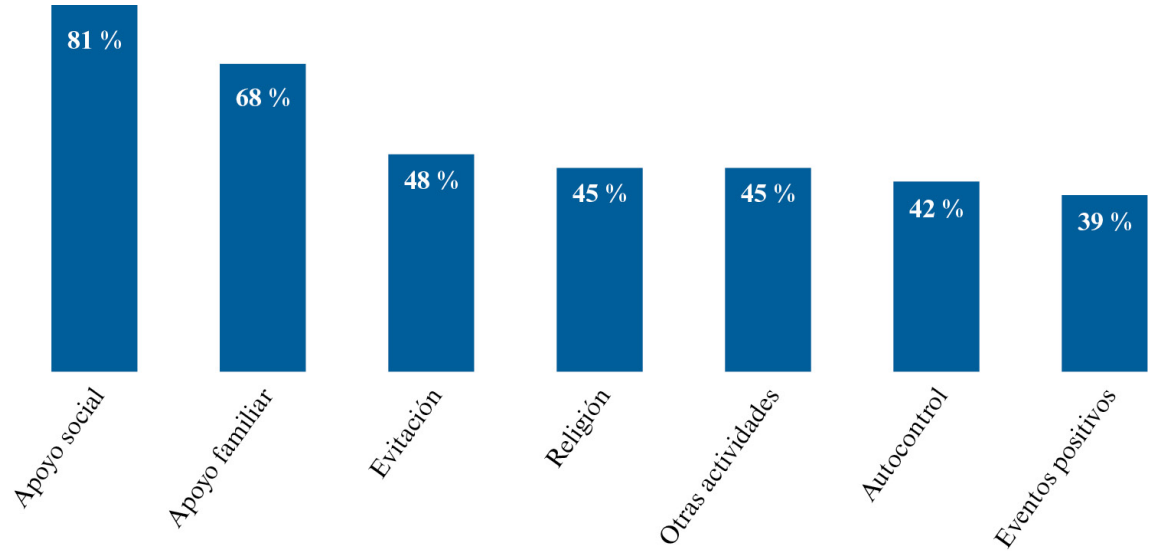



Figura 4.2.—Factores para el mantenimiento de la recuperación.

Por último, las razones para no solicitar ayuda que más se reflejan en los estudios de RN son (figura 4.3): la posible estigmatización, las concernientes a considerar el tratamiento inapropiado o no creer que se necesita ayuda para ese problema, las creencias o experiencias negativas relacionadas con tratamientos, no querer compartir sus problemas con otros, los costes económicos y la vergüenza.

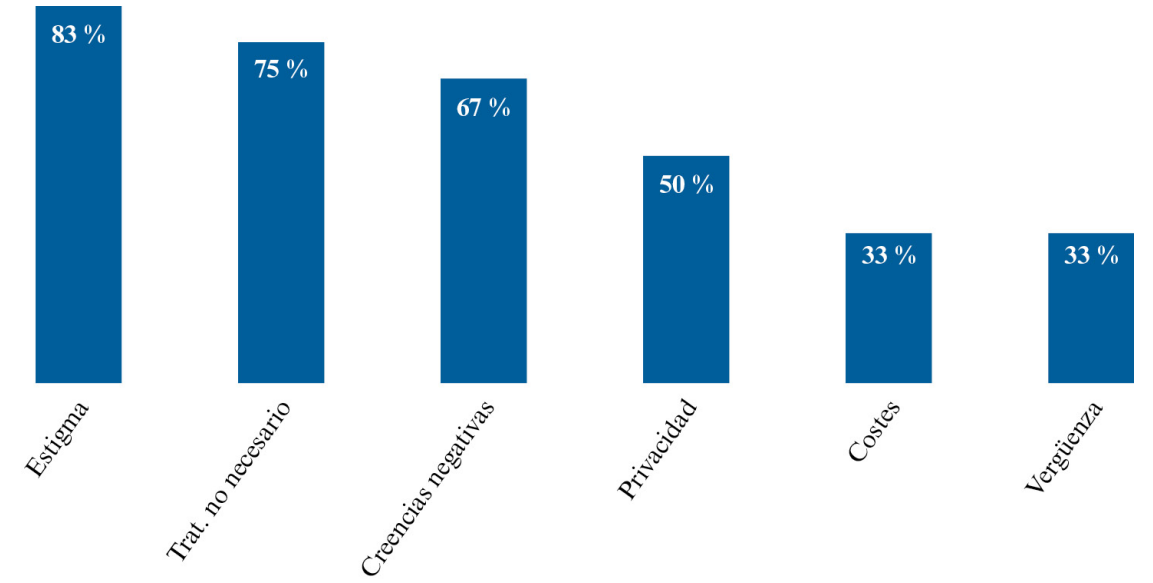


Figura 4.3.—Razones para no solicitar ayuda formal.

### 3.2.2. *Comparaciones entre tratados y no tratados*

Son muchos los trabajos que han pretendido dar explicación al fenómeno de la RN en alcohol a través del estudio comparativo de personas que, habiendo tenido problemas con el alcohol en alguna etapa de su vida, en el momento de los estudios mantenían abstinencia o un consumo moderado. Se ha intentado evaluar qué aspectos definen a las personas que se recuperan por sí mismas, comparándolas también con aquellos que solicitan ayuda terapéutica.

En la mayoría de los casos se ha encontrado una relación directamente proporcional entre la gravedad de los trastornos adictivos, los problemas causados por estos y la asistencia o no a tratamiento (Kelly et al., 2018; Tucker, Chadler et al., 2020). Las personas con mayores problemas generados por la adicción (p. ej., mayor comorbilidad psicopatológica) tienen mayor probabilidad de acudir a tratamiento (Bischof et al., 2002; Cunningham et al., 2000; Dawson et al., 2005; Rumpf et al., 2000), mientras que los sujetos con problemas menos graves podrían estar más predispuestos a la RN. Muchos de estos trabajos muestran que el porcentaje de dependientes entre los que acuden a tratamiento es mayor que entre los que se recuperan sin ayuda (Carballo et al., 2008). Además, el consumo previo de la sustancia es también mayor en cantidad y duración, y la presencia de problemas médicos y psicopatológicos es sensiblemente superior (Kelly et al., 2017), así como la presencia de historia de otras adicciones y el abuso en la infancia (Chen et al., 2020).

Pero no se ha de olvidar que aspectos como el funcionamiento social (Fiorentine y Hillhouse, 2001), el capital social (buenas redes sociales, recursos para mantenerlas, estabilidad) (Granfield y Cloud, 1996, 2001) y otros aspectos del entorno social del sujeto, como el estatus socioeconómico y el estado laboral, influyen en la gravedad

del problema (Granfield y Cloud, 2001; Humphreys et al., 1997). Los niveles altos de conexión social son más comunes entre los que no solicitan tratamiento que entre los que acuden (Elms et al., 2018) y, además, las mejoras en el apoyo social y los cambios en el estilo de vida de las relaciones sociales se han visto con un factor de mantenimiento de la recuperación que está más presente entre los que no acuden a tratamiento (Gueta et al., 2021). En cualquier caso, el apoyo y la presión familiar se ha mostrado como un elemento muy influyente, tanto entre los tratados como entre los que se recuperan por sí mismos (Bischof et al., 2002).

Por otra parte, Chen y Gueta (2020) señalan diferencias en el afrontamiento del estrés entre tratados y autocambiadores. Incluyen en sus trabajos el concepto de sentimiento de coherencia, que parece estar más presente entre los que no van a tratamiento. Se trata de un rasgo de personalidad, implicado en el afrontamiento del estrés y en la promoción de conductas saludables, que se compone de tres dimensiones que se combinan: la sensación de orden entre los estímulos internos y externos (comprensibilidad), de que se cuenta con recursos para satisfacer las demandas (manejabilidad) y de que las demandas son desafíos importantes (sentido).

Por otro lado, los autocambiadores parecen estar más motivados por reforzadores o incentivos positivos para abandonar o reducir su consumo, produciéndose esta recuperación de forma más gradual en comparación a los tratados, en los que el proceso de recuperación es más abrupto y relacionado con la evitación de estímulos negativos (Blomqvist, 1999).

En lo que se refiere al momento posterior al cambio, algunos estudios señalan que la asistencia o no al tratamiento determina en cierto modo el tipo de recuperación, ya que, en el caso de los tratados, el tipo de recuperación predominante es la abstinencia, mientras que entre los no tratados la reducción del consumo es más frecuente (Dawson et al., 2005; Fan et al., 2019; Sobell et al., 1996). En este sentido, y en lo que atañe al mantenimiento del cambio, tanto en tratados como no tratados se produce, durante el primer

año de abstinencia, una reducción de los acontecimientos y consecuencias negativas asociadas al consumo y un aumento de los eventos positivos. No existen diferencias significativas entre ambos grupos, aunque el aumento de los eventos positivos que refieren los tratados es mayor (Tucker et al., 2002).

### 3.2.3. *Comparaciones entre autocambiadores de alcohol y drogas ilegales*

Es importante conocer también cuáles son los factores que influyen en la RN de otras adicciones. Sin embargo, hasta la fecha siguen siendo escasos los estudios que comparan autocambiadores en función de la sustancia principal de consumo. La evidencia empírica muestra que el fenómeno de la RN no es exclusivo del alcohol y el tabaco, como ya se ha visto en este capítulo, en los estudios basados en encuestas.

Se conoce poco sobre las posibles diferencias en las características del autocambio entre los consumidores de los distintos tipos de drogas. En los pocos estudios que se han realizado en esta línea, los resultados muestran un patrón adictivo pasado más grave entre autocambiadores de drogas ilegales frente a los autocambiadores de alcohol (Carballo et al., 2007). Además, entre las razones para dejar de consumir, en los autocambiadores de alcohol son más frecuentes las relacionadas con problemas de salud (Cunningham et al., 1999) frente a una mayor presencia de motivaciones emocionales para el abandono del consumo en los autocambiadores de drogas ilegales (Koski-Jannes y Turner, 1999).

### 3.2.4. *Estudios transculturales*

A pesar del crecimiento de este tipo de trabajos en Europa (Reino Unido, Alemania y España), Australia o Israel, el conocimiento que se tiene de este fenómeno ha sido fundamentalmente extraído de

muestras norteamericanas (Estados Unidos y Canadá) (Carballo et al., 2007). Los estudios transculturales que analizan si los procesos de RN son universales, dándose en los distintos países y culturas, son por el momento muy escasos.

Las diferencias culturales pueden tener gran importancia sobre el proceso de RN, ya que estas pueden determinar la forma de uso de la sustancia y la tolerancia social del consumo, entre otros aspectos. Un ejemplo de esto puede encontrarse en España, que es un país vitivinícola y donde el uso diario de alcohol se extiende a todo tipo de situaciones y celebraciones, mientras que en Estados Unidos el uso de alcohol se circunscribe a contextos determinados, relacionados principalmente con el ocio y a períodos de tiempo concretos, como los fines de semana y los días festivos. En este sentido, la generalización del consumo a varios contextos y situaciones, junto con algunos aspectos legales, tales como la facilidad de acceso a la sustancia o la edad mínima para poder usar la sustancia, podrían hacer que la tolerancia social del consumo fuese mayor o menor. ¿Podrían los diferentes usos y tolerancia social hacia las sustancias condicionar el proceso de recuperación? Esta es una de las preguntas que se ha de resolver con la realización de estudios que analicen factores culturales o simplemente con estudios llevados a cabo en diferentes culturas. Los trabajos que analizan diferencias en función de la etnia, frecuentes en Estados Unidos, tampoco son comunes en el ámbito de la RN, limitándose a las diferencias en tasas de consumo y asistencia a tratamiento que se presentan en los informes de las encuestas a población general (Tucker, Chandler et al., 2020).

Las investigaciones llevadas a cabo en España no han encontrado diferencias significativas con los resultados encontrados en no hispanohbalantes en Estados Unidos y otros países (Carballo et al., 2008). Sin embargo, cuando se han comparado a hispanoblantes de España y Estados Unidos, los participantes de Estados Unidos referían percibir más eventos que les hicieron plantearse cambiar su consumo y más factores que les ayudaron a

mantener su recuperación. Al mismo tiempo, tenían una percepción de mayor gravedad de sus trastornos adictivos, sin que eso fuera necesariamente cierto (Carballo et al., 2014).

Otro ejemplo de diseño transcultural se realizó en 2001 en investigaciones llevadas a cabo en Canadá y Suiza (Sobell et al., 2001). La evaluación cognitiva de pros y contras se mostró como un aspecto central en la puesta en marcha de la recuperación en este trabajo. Esta evaluación sigue la lógica de que cuando los pros superan a los contras, se inicia la recuperación. Con respecto a los perfiles de gravedad previos a la recuperación de la adicción, no se encontraron diferencias destacables.

## 4. IMPLICACIONES DE LA RECUPERACIÓN NATURAL

A largo de este capítulo se han esbozado las múltiples razones para estudiar el fenómeno de la RN en conductas adictivas, de las que se derivan una serie de implicaciones, señaladas en su día por Sobell et al. (1992), a las que se añade la modificación del concepto de recuperación.

### 4.1. Modificación del concepto de recuperación

La definición de recuperación basada en la idea de la reducción/desaparición de síntomas en los casos de los que presentan trastornos adictivos, o la inclusión de la abstinencia como única vía de recuperación, se presenta como insuficiente a la vista de los resultados de estas investigaciones.

Por un lado, y especialmente en el caso del alcohol, se ha visto que la vía predominante para el cambio es la recuperación sin tratamiento (Tucker, Chandler et al., 2020). Tal y como se sabe desde hace años, dentro de esta vía la resolución habitual es el consumo de bajo riesgo y no la abstinencia (Sobell et al., 1996),

mientras que lo más habitual entre los que acuden a tratamiento es la consecución de la abstinencia (Fan et al., 2019).

Por otro lado, la evidencia señala que la mayor parte de las personas que presentan trastorno por uso de alcohol a lo largo de su vida suelen recuperarse con éxito y de forma estable (Fan et al., 2019; Kelly et al., 2017), lo que contradice de nuevo la idea de enfermedad crónica, puesta en duda basándose en este argumento también en las adicciones a otras sustancias ilegales (Kelly et al., 2019; MacKillop, 2020).

Ante la heterogeneidad de las vías y modos de recuperación, la definición de recuperación centrada en ausencia de consumo no parece ser suficiente. Los cambios en la RN se asocian a mejoras en el estilo de vida, de la salud y el bienestar y, en general, de la calidad de vida de las personas. Por todo ello, diversos autores han propuesto definir la recuperación en términos de un proceso de cambio dinámico relacionado con mejoras en la salud y el funcionamiento social, así como un aumento en el bienestar, la calidad de vida y de cambios en los propósitos de la vida (Witkiewitz et al., 2020; Witkiewitz y Tucker, 2020).

### 4.2. Mejora de los tratamientos existentes

A pesar de que no existen tratamientos que hayan demostrado una eficacia absoluta, algunos tratamientos psicológicos cuentan con aval empírico y un grado de recomendación alto, como por ejemplo la CRA *(Comunity Reinforcement Approach),* la CBT *(Cognitive Behavioral Therapy),* la prevención de recaídas o el manejo de contingencias (MC), entre otros (Secades-Villa et al., 2021). Sin embargo, las tasas de abandono de los tratamientos y de recaída a largo plazo en todas las conductas adictivas siguen siendo elevadas.

El conocimiento de los procesos de RN podría ser de gran utilidad para el desarrollo de terapias de mayor eficacia, mediante el estudio de las variables que motivan el cambio y los factores que lo

mantienen. Uno de los hallazgos más importantes de los estudios de autocambio tiene que ver con el hecho de que los autocambiadores prefieren pasar a un consumo moderado en lugar de a la abstinencia. Si los tratamientos ofrecen esta posibilidad, la adherencia de los pacientes y la elección de esta vía de cambio podría ser mayor. En este sentido, algunas revisiones señalan que la reducción del consumo, como meta a conseguir en los programas de tratamiento y de prevención, está cada vez más presente y debe ser una opción a tener en cuenta tanto entre los que acuden como entre los que no van a tratamiento (Rosenberg et al., 2020).

Del estudio de la RN también se deriva un mayor conocimiento de las razones por las cuales determinadas personas con problemas adictivos no solicitan ayuda profesional. Si estas razones son tenidas en cuenta, los tratamientos también podrían mejorar las tasas de retención y de captación de aquellas personas que necesitan de ayuda terapéutica. De este modo, se debería trabajar, por ejemplo, con el estigma asociado al comportamiento adictivo y a la asistencia a tratamiento. Por otra parte, estas barreras no son exclusivas de los consumidores, sino que también de los propios profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de las adicciones. Por ejemplo, los profesionales sanitarios de atención primaria dudan de su capacidad para abordar estos problemas y de la capacidad de cambio de sus pacientes. Además, estos profesionales piensan que los pacientes mienten acerca de su consumo y consideran que no tienen la formación adecuada para abordar esta problemática (Coloma-Carmona et al., 2017). Parece claro que es importante hacer llegar todos los conocimientos que se extraen de los estudios sobre RN a todos los colectivos de profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones.

### 4.3. Mejora del conocimiento de los trastornos adictivos

Se ha fallado en la identificación y captación de un gran número de personas con problemas de alcohol. La relación de tratados

frente a no tratados se estima de forma conservadora en 3 a 1, y de forma menos restrictiva de 13 a 1. En este sentido, tal y como se ha descrito en este capítulo, los trabajos de prevalencia de la RN en el campo de las conductas adictivas, que en gran medida justifican y avalan la importancia de trabajar sobre este fenómeno, indican que los procesos de autocambio no son un fenómeno aislado o raro, sino más bien la vía preferente de recuperación entre los que abandonan o reducen su consumo a cantidades moderadas de sustancias psicoactivas (Kelly et al., 2018; Sobell et al., 1996).

Puesto que los individuos que asisten a programas de tratamiento representan una pequeña parte de aquellos que tienen problemas con alcohol u otras drogas, el conocimiento de estos trastornos podría verse afectado y sesgado únicamente por aquellos que piden ayuda. De este modo, las tasas de prevalencia de uso, consumo excesivo y trastornos adictivos podrían estar infraestimadas. Además, el conocimiento sobre las causas y factores de riesgo del desarrollo de conductas adictivas, así como los procesos y determinantes del cambio, podría ampliarse y mejorarse si se incluyesen a las personas que abandonan o reducen su consumo por sí mismos. También se verían beneficiados campos de investigación como, por ejemplo, la identificación de patrones de consumo problemáticos, la evaluación clínica, los diferentes tipos de prevención y la promoción de comportamientos saludables.

## 4.4. Estrategias de promoción del autocambio

Basándose en los estudios de RN, se podrían desarrollar estrategias para aquellos que no quieren, no pueden o no están preparados para asistir a tratamiento, pero que, al mismo tiempo, están dispuestos a valorar el hecho de eliminar o reducir el consumo. En este sentido, algunas investigaciones realizadas con consumidores de alcohol en España ponen de manifiesto que menos de un 4 por 100 de las personas que consumen alcohol y presentan un alto riesgo de desarrollar una adicción se plantean

pedir ayuda (Coloma-Carmona et al., 2015), probablemente debido a que desean evitar las etiquetas asociadas al consumo excesivo de alcohol, dado que no consideran su problema como grave.

Por tanto, son necesarias estrategias para captar a aquellas personas que no se plantean acudir a un tratamiento estándar orientado a la abstinencia, con el fin de reducir el riesgo de que el consumo excesivo empeore y conduzca a una situación de mayor gravedad. Así, se han desarrollado estrategias de promoción de autocambio, sobre todo para la adicción al alcohol, en formato de guías escritas y también de páginas web. Estas guías consisten en materiales de autoevaluación y de presentación de estrategias de afrontamiento para el abandono o reducción del consumo sin tener que acudir a ningún tratamiento formal.

En relación con este punto, se han llevado a cabo estudios con el fin de promover el autocambio, con buenos resultados. En uno de esos trabajos en los que se enviaba a personas con problemas de alcohol materiales de autocambio, se observaron cambios significativos en los hábitos de consumo a largo plazo. En un porcentaje muy alto de los casos, los sujetos pasaban a consumir de forma moderada y mantenían esta situación tras un año de seguimiento (Sobell et al., 2002). Sucesivos estudios han encontrado resultados positivos de este tipo de acciones denominadas «intervenciones ultrabreves» en sujetos que consumían alcohol de forma problemática (Cunningham, Neighbors et al., 2008; Cunningham, van Mierlo et al., 2008; Cunningham y Godinho, 2021). También se han desarrollado manuales y guías específicas en los cuales se proponen líneas de trabajo y de actuación en el camino de promover el autocambio entre aquellos que no quieren o no pueden acceder al tratamiento (Klingemann et al., 2010; Klingemann y Sobell, 2007). Por último, existen algunos programas de intervención breve basados en el modelo de autocambio dirigido, diseñados en relación a los hallazgos en el campo de la RN, que se han mostrado eficaces en la resolución de este tipo de problemas y son recomendados por la Asociación de

Psicología Americana (APA) para consumidores problemáticos de alcohol (Sobell y Sobell, 2015).

## 5. CONCLUSIONES

En este capítulo se ha tratado de describir el fenómeno de la RN en conductas adictivas basándose en las investigaciones realizadas hasta el momento, así como describir la utilidad clínica de los resultados de dichas investigaciones. Los conocimientos acumulados de los estudios sobre RN podrían ayudar a mejorar la eficacia relativa de los tratamientos existentes y a reducir las tasas de abandono de los mismos, en especial entre las personas que no quieren o no pueden alcanzar la abstinencia.

Con el objetivo de mejorar el conocimiento que se tiene sobre este fenómeno y su aplicabilidad, los futuros estudios de RN deberían implantar en sus diseños diversas mejoras: *a*) utilizar en la medida de lo posible diseños prospectivos que eviten las dificultades de los diseños trasversales y aporten nuevos datos al estudio de la RN; *b*) aumentar el tamaño de sus muestras de RN y hacer nuevos estudios de prevalencia de este fenómeno; *c*) evitar sesgos en el reclutamiento, utilizando varios metododos simultáneos de captación, y *d*) llevar a cabo más comparaciones entre grupos de recuperados (p. ej., tratados y no tratados, adicciones a distintas sustancias, nivel de gravedad de los adictos, características sociodemográficas como el sexo, la edad o la etnia), con el fin de que los resultados sean generalizables y extrapolables a otras poblaciones. En esta última recomendación se deberían incluir los diseños transculturales que ayuden a comprender las diferencias y similitudes entre las poblaciones de RN en distintas culturas y países.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS

Kelly, J. F., Bergman, B. G., Hoeppner, B. B., Vilsaint, C. y White, W. L. (2017). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. *Drug and Alcohol Dependence, 181,* 162-169.

Klingemann, H. y Sobell, L. C. (2007). *Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. Springer.

Sobell, L. C., Cunningham, J. A. y Sobell, M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health, 86*(7), 966-972.

Witkiewitz, K., Montes, K. S., Schwebel, F. J. y Tucker, J. A. (2020). What is recovery? *Alcohol Research, 40*(3), 01-01.

---

## REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

Becoña, E. (2016). La adicción «no» es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicologo, 37*(2), 118-125.

Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. y John, U. (2002). Remission from alcohol dependence without help: How restrictive should our definition of treatment be? *Journal of Studies on Alcohol, 63*(2), 229-236.

Blomqvist, J. (1999). Treated and untreated recovery from alcohol misuse: Environmental influences and perceived reasons for change. *Substance Use Misuse, 34*(10), 1371-1406.

Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R. y García-Rodríguez, O. (2009). Effectiveness and efficiency of methodology for recruiting participants in natural recovery from alcohol and drug addiction. *Addiction Research & Theory, 17*(1), 80-90.

Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Errasti-Pérez, J. M., Alhalabí-Díaz, S. y Espada, J. P. (2007). Recuperación natural del abuso de alcohol y drogas ilegales en una muestra española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.

Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Sobell, L., Dum, M. y García-Rodríguez, O. (2007). Natural recovery from alcohol and drug problems: A methological review of the literature from 1999 through 2005. En H. Klingemann y L. Sobell (eds.), *Promoting self-change from problem substance use: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. Springer Verlag.

Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Sobell, L. C., Dum, M., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Errasti-Pérez, J. M. y Alhalabí-Diaz, S. (2008). Differences among substance abusers in Spain who recovered with treatment or on their own. *Addictive Behaviors, 33*(1), 94-105.

Carballo, J. L., Sobell, L. C., Dum, M., Sobell, M. B., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R. y García-Rodríguez, O. (2014). Self-change among Spanish speakers with alcohol and drug use disorders in Spain and the United States. *Addictive Behaviors, 39*(1), 225-230.

Chen, G. y Gueta, K. (2020). Sense of coherence as a recovery capital in recovery from substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases, 38*(4), 529-539.

Chen, G., Gueta, K. y Ronel, N. (2020). Does Self-Change Occur Among Severely Dependent Substance Users? *Journal of Psychoactive Drugs, 52*(4), 357-365.

Coloma-Carmona, A., Carballo, J. L. y Rodríguez, O. G. (2015). Intención de cambio y búsqueda de ayuda en bebedores problemáticos. *Health and Addictions/Salud y Drogas, 15*(2), 127-136.

Coloma-Carmona, A., Carballo, J. L. y Tirado-González, S. (2017). Barriers for identification and treatment of problem drinkers in primary care. *Gaceta Sanitaria, 31*(2), 95-99.

Cunningham, J. A. (1999). Untreated remissions from drug use: The predominant pathway. *Addictive Behaviors, 24*(2), 267-270.

Cunningham, J. A. y Godinho, A. (2021). The impact of describing someone as being in recovery from alcohol problems on the general public's beliefs about their life, use of treatment, and drinking status. *Addiction Research & Theory,* 1-6.

Cunningham, J. A., Koski-Jannes, A. y Toneatto, T. (1999). Why do people stop their drug use? Results from a general population sample. *Contemporary Drug Problems, 26,* 695-710.

Cunningham, J. A., Lin, E., Ross, H. E. y Walsh, G. W. (2000). Factors associated with untreated remissions from alcohol abuse or dependence. *Addictive Behaviors, 25*(2), 317-321.

Cunningham, J. A., Neighbors, C., Wild, C. y Humphreys, K. (2008). Ultra-brief intervention for problem drinkers: Research protocol. *BMC Public Health, 8,* 298.

Cunningham, J. A., van Mierlo, T. y Fournier, R. (2008). An online support group for problem drinkers: AlcoholHelpCenter.net. *Patient Education and Counselling, 70*(2), 193-198.

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B. y Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction, 100*(3), 281-292.

Denker, P. G. (1946). Results of treatment of psychoneuroses by the general practitioner; a follow-up study of 500 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease, 104,* 323-335.

Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Eickleberry, L. y Golden, C. J. (2006). Self-change: A pathway to cannabis abuse resolution. *Addictive Behaviors, 31*(3), 519-530.

Elms, E., Savic, M., Bathish, R., Best, D., Manning, V. y Lubman, D. I. (2018). Multiple Pathways to Recovery, Multiple Roads to Well-Being: An Analysis of Recovery Pathways in the Australian Life in Recovery Survey. *Alcoholism Treatment Quarterly, 36*(4), 482-498.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 16*(5), 319-324.

Fan, A. Z., Chou, S. P., Zhang, H., Jung, J. y Grant, B. F. (2019). Prevalence and Correlates of Past-Year Recovery From DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 43*(11), 2406-2420.

Férnandez-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Secades Villa, R. y García Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo, 28,* 2-10.

Fiorentine, R. y Hillhouse, M. P. (2001). The Addicted-Self Model: An explanation of «natural» recovery? *Journal of Drug Issues, 31(2)*, 395-424.

Gilbert, P. A., Pro, G., Zemore, S. E., Mulia, N. y Brown, G. (2019). Gender differences in use of alcohol treatment services and reasons for nonuse in a national sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 43*(4), 722-731.

Granfield, R. y Cloud, W. (1996). The elephant that no one sees: Natural recovery among middle-class addicts. *Journal of Drug Issues, 26(1)*, 45-61.

Granfield, R. y Cloud, W. (2001). Social context and «natural recovery»: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance Use & Misuse, 36*(11), 1543-1570.

Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K. y Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(2), 339-355.

Gueta, K., Chen, G. y Ronel, N. (2021). Maintenance of long-term recovery from substance use: A mixed methods study of self- and treatment-changers. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 28*(5), 511-522.

Hasin, D. y Grant, B. (1995). AA and other help seeking for alcohol problems: Former drinkers in the U. S. general population. *Journal of Substance Abuse, 7,* 281-292.

Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F., Wiers, R. W. y Heim, D. (2018). Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. *Addiction Research & Theory, 26*(4), 249-255.

Humphreys, K., Moos, R. H. y Cohen, C. (1997). Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 58*(3), 231-238.

Kelly, J. F., Bergman, B. G., Hoeppner, B. B., Vilsaint, C. y White, W. L. (2017). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. *Drug and Alcohol Dependence, 181,* 162-169.

Kelly, J. F., Greene, M. C. y Bergman, B. G. (2018). Is recovery from cannabis use problems different from alcohol and other drugs? Results from a national probability-based sample of the United States adult population. *The International Journal on Drug Policy, 53,* 55-64.

Kelly, J. F., Greene, M. C., Bergman, B. G., White, W. L. y Hoeppner, B. B. (2019). How many recovery attempts does it take to successfully resolve an alcohol or drug problem? Estimates and correlates from a National Study of Recovering U. S. Adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 43*(7), 1533-1544.

King, M. P. y Tucker, J. A. (2000). Behavior change patterns and strategies distinguishing moderation drinking and abstinence during the natural resolution of alcohol problems without treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 14*(1), 48-55.

Klingemann, H. K. (2001). Maturing out? *Addiction, 96*(10), 1519-1520.

Klingemann, H. y Sobell, L. C. (2007). *Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. Springer.

Klingemann, H., Sobell, L. C., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellingstad, T. P., Finfgeld, D. L., Granfield, R., Hodgins, D. C., Hunt, G., Junker, G., Moggi, F., Peele, S., Smart, R. G., Sobell, M. B. y Tucker, J. A. (2001). *Promoting self-change from problem substance use: Practical implications for policy, prevention and treatment*. Kluwer Academic Publishers.

Klingemann, H., Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (2010). Continuities and changes in self-change research. *Addiction, 105*(9), 1510-1518.

Koski-Jannes, A. y Turner, N. (1999). Factors influencing recovery from different addictions. *Addiction Research, 6*(7), 469-492.

Landis, C. (1938). Statistical evaluation of psychotherapeutic methods. En S. E. Hinsie (ed.), *Concepts and problems of psychotherapy* (pp. 155-165). Heineman.

Le Drew, R. H. (1968). Alcoholism as a self-limiting disease. *Querterly Journal of Studies on Alcohol, 29,* 956-967.

Lee, M. R. y Sher, K. J. (2018). «Maturing Out» of Binge and Problem Drinking. *Alcohol Research: Current Reviews, 39*(1), 31-42.

MacKillop, J. (2020). Is addiction really a chronic relapsing disorder?: Commentary on Kelly et al. «How many recovery attempts does it take to successfully resolve an alcohol or drug problem? Estimates and correlates from a National Study of Recovering U. S. Adults». *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 44*(1), 41-44.

Pérez, A. (1981). *Psicología Clínica. Problemas fundamentales*. Trillas.

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol, 51*(3), 390-395.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1994). Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Revista de Toxicomanías, 1,* 3-13.

Robins, L. N. (1974). A follow-up study of Vietnam veteran's drug use. *Journal of Drug Issues, 4,* 61-63.

Robins, L. N., Davis, D. H. y Goodwin, D. W. (1974). Drug use by U. S. army enlisted men in Vietnam: A follow-up in their return home. *American Journal of Epidemiologic, 99,* 235-249.

Robins, L. N., Davis, D. H. y Nurco, D. N. (1974). How permanent was Vietnam drug addiction? *American Journal of Public Health Supplement, 64,* 38-43.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Hesselbrock, M. y Wish, E. (2010). Vietnam veterans three years after Vietnam: How our study changed our view of heroin. *The American Journal on Addictions, 19*(3), 203-211.

Rosenberg, H., Grant, J. y Davis, A. K. (2020). Acceptance of non-abstinence as an outcome goal for individuals diagnosed with substance use disorders: a narrative review of published research. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 81*(4), 405-415.

Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C. y John, U. (2000). Studies on natural recovery from alcohol dependence: Sample selection bias by media solicitation? *Addiction, 95*(5), 765-775.

Secades-Villa, R., González-Roz, A., Weidberg, S. y García-Fernández, G. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos debidos al consumo de sustancias. En *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 505-528). Pirámide.

Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (2015). *Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias: Un enfoque cognitivo-conductual*. Pirámide.

Sobell, L. C., Cunningham, J. A. y Sobell, M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health, 86*(7), 966-972.

Sobell, L. C., Ellingstad, T. P. y Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction, 95*(5), 749-764.

Sobell, L. C., Klingemann, H. K., Toneatto, T., Sobell, M. B., Agrawal, S. y Leo, G. I. (2001). Alcohol and drug abusers' perceived reasons for self-change in Canada and Switzerland: Computer-assisted content analysis. *Substance Use Misuse, 36*(11), 1467-1500.

Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G. I., Agrawal, S., Johnson-Young, L. y Cunningham, J. A. (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: A community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26*(6), 936-948.

Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. En N. Heather, W. R. Miller y J. Greeley (eds.), *Self-control and the Addictive Behaviours*. Maxwell MacMillan.

Stea, J. N., Yakovenko, I. y Hodgins, D. C. (2015). Recovery from cannabis use disorders: Abstinence versus moderation and treatment-assisted recovery versus natural recovery. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 29*(3), 522-531.

Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors, 13*(4), 259-268.

Tucker, J. A., Chandler, S. D. y Witkiewitz, K. (2020). Epidemiology of recovery from alcohol use disorder. *Alcohol Research, 40*(3), 02-02.

Tucker, J. A., Cheong, J., James, T. G., Jung, S. y Chandler, S. D. (2020). Preresolution drinking problem severity profiles associated with stable moderation outcomes of natural recovery attempts. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 44*(3), 738-745.

Tucker, J. A., Vuchinich, R. E. y Rippens, P. D. (2002). Environmental contexts surrounding resolution of drinking problems among problem drinkers with different help-seeking experiences. *Journal of Studies on Alcohol, 63*(3), 334-341.

Volkow, N. D., Koob, G. F. y McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England Journal of Medicine, 374*(4), 363-371.

Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on Narcotics, 14,* 1-10.

Witkiewitz, K. y Tucker, J. A. (2020). Abstinence Not Required: Expanding the Definition of Recovery from Alcohol Use Disorder. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 44*(1), 36-40.

Witkiewitz, K., Montes, K. S., Schwebel, F. J. y Tucker, J. A. (2020). What is recovery? *Alcohol Research, 40*(3), 01-01.

# PARTE SEGUNDA
# Evaluación clínica

# 5

# Pautas generales de la evaluación en conductas adictivas

SERGIO FERNÁNDEZ-ARTAMENDI,
CARLA LÓPEZ-NÚÑEZ
Y ÁNGEL GARCÍA-PÉREZ

## 1. INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la psicología, uno de los elementos clave para llevar a cabo una intervención eficaz y efectiva que beneficie al usuario es la correcta evaluación psicológica. La evaluación debe permitir detectar las necesidades individuales de los usuarios, constituyendo la base para diseñar una intervención apropiada e individualizada, basada en los principios de los tratamientos eficaces empíricamente validados, asegurando que se alcanzan los objetivos terapéuticos. La evaluación es, por tanto, un pilar fundamental del proceso de intervención, a la que debemos dedicar tiempo y en la que debemos utilizar todas aquellas estrategias, técnicas y herramientas fiables y válidas que nos permitan extraer la información relevante para el proceso terapéutico.

Como se ha visto en los capítulos iniciales de este manual, el fenómeno de la adicción es complejo, como lo es su definición y conceptualización. De hecho, a lo largo del tiempo ha tenido diversas acepciones y significados (Alexander, 2008). La adicción, como fenómeno psicológico, va más allá de criterios diagnósticos establecidos en manuales de clasificación, de determinismos biológicos o de explicaciones reduccionistas, y más allá del uso de sustancias. Tal y como sugiere el modelo biopsicosocial (Becoña,

2018), en su comprensión deberemos tener en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales, así como la contribución de los mismos al grado de malestar, y las consecuencias negativas en los usuarios en cada una de estas esferas.

Como todas las áreas de evaluación psicológica, la evaluación de las adicciones presenta unas peculiaridades, derivadas precisamente de estas características, que reflejan la complejidad y diversidad de perfiles recibidos en los distintos recursos de atención en adicciones. Por ello, y como veremos a lo largo del capítulo, el proceso de evaluación tiene su propia idiosincrasia, que deberemos tener en cuenta para llevar a cabo una adecuada valoración del usuario.

El objetivo es intentar dar respuesta a las diversas necesidades del proceso de evaluación psicológica en adicciones, teniendo en cuenta las peculiaridades, limitaciones y estrategias necesarias para maximizar la información obtenida y permitir así el diseño de una intervención psicológica eficaz. Entre las estrategias propuestas está el uso de procedimientos de evaluación establecidos y eficientes, técnicas e instrumentos de evaluación validadas, psicométricamente robustas, y el énfasis en la perspectiva biopsicosocial, reforzando la atención individualizada.

## 2. PECULIARIDADES DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA EN CONDUCTAS ADICTIVAS

Las características generales de la evaluación en conductas adictivas reiteran, en cierta medida, muchas de las que son propias de otros ámbitos de la intervención psicológica. No obstante, además de estas, conviene hacer mención de algunos aspectos particulares o de especial relevancia dentro de la evaluación de los problemas de adicción.

La evaluación de las conductas adictivas (en especial la adicción a drogas ilegales) presenta ciertas dificultades derivadas del propio estatus legal de dichas sustancias. Por ello, habrá cuestiones éticas

y sociales que debemos tener en cuenta en esta primera fase de la intervención. Por una parte, la fiabilidad de los datos obtenidos a través de los autoinformes o la autoobservación puede verse afectada por las connotaciones sociales de la adicción, o por el miedo a consecuencias derivadas de su revelación. Por otra, se hace complicada la utilización de procedimientos de evaluación (de probada utilidad), característicos de la metodología conductual, como puede ser la observación directa de la conducta de consumo.

Otra característica peculiar tiene que ver con los efectos que producen determinadas sustancias en el individuo, que obligan a que el grueso de la evaluación psicológica tenga que realizarse tras un período de desintoxicación; esto es, cuando ya no se da el consumo de drogas (que es el problema o motivo de consulta). Esto difiere bastante de lo que suele ocurrir cuando se evalúan otro tipo de conductas desadaptativas, incluyendo el abuso de algunas clases de drogas, como el tabaco. Así, por ejemplo, De Arce et al. (1995) hablan de dos momentos diferentes del proceso de evaluación. En primer lugar, una evaluación inicial (acogida) con el fin de obtener datos que permitan la elección del tipo de tratamiento a utilizar o la derivación del paciente, en su caso, hacia otros recursos asistenciales. En segundo lugar, una evaluación tras la desintoxicación, donde se ha de realizar el grueso de la evaluación biopsicosocial con el objetivo de preparar un programa de intervención individualizado.

El hecho de que las conductas adictivas estén, en parte, mantenidas por reforzamiento positivo (conductas egosintónicas), hace que, con frecuencia, los usuarios estén «poco motivados» para el tratamiento, dificultando la evaluación y la intervención posterior. De hecho, el abandono prematuro de los programas de tratamiento es uno de los problemas clásicos más graves en la intervención en conductas adictivas (Secades-Villa et al., 1998). En ocasiones, los pacientes acuden de manera «impulsiva», buscando que se les facilite algún tipo de droga para aliviar los síntomas de abstinencia, mientras que otros pueden acudir al tratamiento motivados por

presiones externas (de la familia, del ambiente laboral o de las instancias judiciales).

Las conductas adictivas son un problema que afecta a casi todos los contextos en los que se desenvuelve el individuo y, en general, a su estilo de vida. Esto implica que la evaluación no puede o no debe limitarse a la conducta adictiva o a sus consecuencias exclusivamente directas. Por ello, en la evaluación inicial pretratamiento (y, por supuesto, al final del mismo) será necesario tener en cuenta un número amplio de áreas relevantes para el individuo.

Se destaca también el carácter interdisciplinar de la evaluación del consumo de drogas, en la que, además del psicólogo, diferentes profesionales (médico, psiquiatra, asistente social, trabajador social, etc.) cubren diferentes parcelas del proceso de evaluación e intervención, tales como la evaluación de la salud física, la obtención de muestras biológicas para análisis, la búsqueda de soportes sociales para mejorar las posibilidades de rehabilitación, etc.

Es conveniente resaltar que, en el proceso de evaluación clínica de un problema adictivo, pueden surgir diferentes dificultades y obstáculos que deberá afrontar el psicólogo. Algunos autores (Mayor Toranzo et al., 2018; Terán y Ledo, 2009) destacan que es común que las personas con problemas de adicciones presenten en la entrevista inicial una urgencia en la resolución de los conflictos ocasionados por el consumo, demandando una respuesta inmediata a su situación actual. Además, estos autores destacan que pueden surgir conflictos, tales como desconfianza hacia los profesionales, actitudes violentas o poco respetuosas durante el proceso de entrevista, o incluso deseos de dirigir la evaluación hacia objetivos secundarios no deseados. En particular, el evaluador debe interrumpir la entrevista si la persona presenta claros signos de intoxicación, actitudes amenazantes o intenta manipular a los profesionales implicados.

Por último, a la hora de realizar un proceso de evaluación psicológica en adicciones debemos tener en cuenta que existen diferencias significativas en las necesidades que pueden presentar determinados grupos de población, como son los adolescentes, así como algunas diferencias significativas de sexo.

La adolescencia es el período vital en el que se comienzan a consumir habitualmente sustancias psicoactivas, por lo que será en esta etapa donde comiencen a aparecer también los primeros problemas asociados a su consumo. Las características peculiares de la evaluación en conductas adictivas e la adolescencia se revisan con detalle en el capítulo 8 de este manual.

Por lo que se refiere a las diferencias en función del sexo, en las últimas décadas se ha avanzado mucho en la investigación en torno a las diferencias entre hombres y mujeres respecto al patrón de uso de sustancias y de juego, en las consecuencias asociadas y en las necesidades particulares del proceso de evaluación (y tratamiento).

Con respecto al patrón adictivo, y según Becker et al. (2017), las mujeres son más susceptibles de experimentar respuestas placenteras iniciales al consumo de drogas u otras conductas adictivas, tienen más riesgo de automedicarse, un progreso habitualmente más rápido desde el uso hasta el abuso (conocido como *«telescoping effect»*), una estabilización del consumo a dosis superiores que los hombres, un mayor afecto negativo asociado a la abstinencia de sustancias como el tabaco, y mayor riesgo de recaída. Por otra parte, en el caso de los hombres es más probable que aparezcan conductas de riesgo asociadas al consumo, una escalada más lenta, síntomas más intensos de abstinencia frente al alcohol, y períodos más largos de abstinencia. Según McHugh et al. (2018), las mujeres con TUS muestran un mayor daño funcional en áreas como el empleo, vida social y familiar, y estado mental y psicológico; sin embargo, los problemas legales parecen mayores en los hombres. En el caso particular del alcohol, las mujeres muestran una mayor vulnerabilidad a sus efectos fisiológicos, y un progreso más acelerado desde el primer uso hasta el desarrollo del

trastorno por uso de alcohol (Agabio et al., 2016). Con respecto al cannabis (Secades-Villa y Fernández-Artamendi, 2016), el consumo es más frecuente entre los hombres, que presentan además más problemas legales, consumo peligroso y problemas comórbidos externalizantes, una derivación más habitual desde el sistema judicial y un proceso de tratamiento motivado por presiones externas. Las mujeres consumidoras de cannabis tienen más dificultades para dejar de consumir y problemas comórbidos de tipo internalizante, así como una derivación más habitual desde el sistema sanitario (atención primaria o salud mental) y motivaciones para el cambio asociadas a la salud o la maternidad.

En línea con estos resultados, y según el estudio de Díaz-Mesa et al. (2016) con una amplia muestra de usuarios españoles en tratamiento por conductas adictivas, encontramos algunas diferencias importantes (véase tabla 5.1).

TABLA 5.1
*Diferencias de sexo en el perfil de entrada al tratamiento en servicios de adicciones*

| Hombres | Mujeres |
|---|---|
| — Más problemas de salud física asociados.<br>— Comienzo en el consumo más temprano.<br>— Más antecedentes legales.<br>— Más consumo problemático en la red social. | — Mayor inestabilidad laboral.<br>— Más dificultades para controlar el consumo de alcohol.<br>— Más problemas en el ámbito de la pareja.<br>— Más presencia de eventos traumáticos y abuso sexual.<br>— Peor salud mental asociada.<br>— Más síntomas depresivos e intentos suicidas.<br>— Mayor preocupación por su consumo de alcohol y otros eventos estresantes.<br>— Mayor importancia al tratamiento del consumo, los problemas sociales y los eventos traumáticos. |

FUENTE: extraído de Díaz-Mesa et al. (2016).

Además de estas peculiaridades, la investigación nos aporta una serie de indicaciones generales sobre el funcionamiento de los tratamientos, que tienen apoyo en los datos empíricos y que afectan especialmente al proceso de evaluación psicológica (Tucker et al., 2010):

— No existe un único tratamiento que sea mejor, en todos los casos, para un determinado trastorno por uso de sustancias (TUS). La evaluación debe establecer cuál es el mejor tratamiento para cada caso, dentro de un rango de intervenciones que tengan apoyo empírico.
— Aunque, por lo general, los tratamientos de más larga duración obtienen mejores resultados en los casos más graves, en los casos de gravedad menor o más leves se pueden conseguir resultados significativos con intervenciones breves e intensivas.
— Lo que mejor garantiza los resultados del tratamiento a largo plazo son los recursos personales y las circunstancias vitales de los usuarios, más que el tratamiento que se suministre y las características personales al ingreso. De ahí que sea tan importante evaluar desde un primer momento tanto las características individuales como las sociales y comunitarias que rodean al individuo, pues serán determinantes en su desarrollo terapéutico posterior.
— Los patrones de abuso y los problemas derivados del uso de sustancias son fenómenos cambiantes. Además, la motivación para el cambio conductual también es variable en función de circunstancias tanto internas como externas. Es necesario disponer de un procedimiento de evaluación psicológica que sea sensible a estas variaciones, con el fin de poder diseñar un plan de tratamiento ajustado a las mismas.

Todas estas peculiaridades de la evaluación del consumo de las distintas sustancias definen un amplio y complejo panorama, en el

que el uso de diversos métodos e instrumentos complementarios será necesario para garantizar la fiabilidad y validez. Sobre la importancia de la evaluación multimétodo en los trastornos adictivos se insistirá en diversos apartados de este capítulo.

## 3. LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Los conceptos de dependencia y abuso han sido centrales para determinar la relación «patológica» con las sustancias que producen un trastorno adictivo. Sin embargo, la caracterización de estos dos diagnósticos como entidades diferenciadas y jerárquicamente relacionadas ha dado un vuelco en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; OMS, 2019).

Para el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), el diagnóstico de abuso se producía cuando el usuario cumplía uno o más criterios de los establecidos. Es significativo que, con este manual, casi la mitad de todos los casos se diagnosticaba basándose en un único criterio, el de uso peligroso (Hasin y Paykin, 1999; Hasin et al., 1999), lo que hacía dudar de la entidad real del síndrome de abuso, entre otras cosas porque un síndrome requiere más de un síntoma o signo. Este dato empírico, por lo demás, parece acercar el diagnóstico de abuso según el DSM-IV-TR al de consumo perjudicial de la CIE-10 (OMS, 2010). Cabe añadir, con relación a los criterios usados por el DSM-IV-TR para determinar abuso, que el criterio acerca de los problemas legales derivados del consumo es el único que ha desaparecido en la definición del TUS del DSM-5, dada su escasa utilidad diagnóstica (Hasin et al., 2013). En lo que se refiere al diagnóstico de dependencia, el DSM-IV-TR exigía la presencia de tres o más criterios.

En el DSM-5, sin embargo, no existe una distinción cualitativa entre abuso y dependencia, dos conceptos que introducían la idea

de dos estados diferentes con una relación jerárquica, en la que la dependencia implicaba mayor gravedad y suponía haber pasado por un estado previo de abuso. En la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000) los dos estados estaban también diferenciados y servían para caracterizar el trastorno por uso de cada sustancia.

Por el contrario, el DSM-5 agrupa los criterios que servían para definir anteriormente el abuso y la dependencia, bajo un epígrafe único de TUS (véase tabla 5.2). La razón por la que se toma esta decisión se fundamenta en las dificultades para mantener que son dos diagnósticos diferentes, jerárquicamente relacionados, y que el llamado síndrome de dependencia era una dimensión distinta a la formada por los problemas sociales e interpersonales derivados del abuso. Algunas asunciones, tales como que todos los casos de dependencia pasan por uno de abuso, o que en todos los casos de dependencia pueden detectarse criterios de abuso, han sido descartadas por diversos estudios (Hasin et al., 2013). Los casos de «huérfanos diagnósticos» (que presentaban algunos criterios para dependencia, sin llegar al diagnóstico, y ningún síntoma de abuso), así como la alta interrelación encontrada en análisis factoriales entre los criterios de abuso y dependencia, han aconsejado combinarlos en un único trastorno.

En el caso de la nueva versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; OMS, 2019), nos encontramos con una clasificación más compleja y conceptualmente diferente, donde se utiliza un espectro de TUS que incluye: 1) consumo peligroso de sustancias, 2) episodio único de consumo nocivo de sustancias, 3) patrón de consumo nocivo de sustancias (continuo o episódico) y 4) dependencia de sustancias. Esta clasificación mejora considerablemente los propósitos clasificatorios y epidemiológicos de la CIE-11 (Bobes-Bascarán et al, 2019). Otro de los avances de la CIE-11 es la inclusión en la clasificación del daño a terceros. Es decir, el consumo nocivo está descrito como un daño clínicamente significativo a la salud física o mental de una persona, o en el que el

comportamiento inducido por sustancias ha causado un daño clínicamente significativo a la salud de otras personas.

Especial mención merece aquí un breve repaso a los cambios en los manuales diagnósticos con respecto a las adicciones sin sustancia o adicciones «comportamentales», en particular el «juego patológico», o más correctamente el «trastorno de juego» (que hace referencia a la adicción a los juegos de azar o juegos de apuestas) o el trastorno por juego en Internet *(Internet Gaming Disorder).* Antes del DSM-5, el trastorno de juego estaba contemplado como un trastorno por control de impulsos, y no ha sido hasta esta última versión cuando se ha incluido en la categoría de «trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos» (APA, 2013). En la misma línea, la CIE-11 (OMS, 2019) incluye ahora el trastorno de juego en la sección de comportamiento adictivos, y no en la de trastornos de hábitos e impulsos. Además, una de las novedades más significativas ha sido la inclusión en la última versión del manual de la OMS del trastorno por uso de videojuegos, aún ausente en el DSM-5, donde se encuentra en la sección III, reservada a diagnósticos que requieren más estudio. Para más detalles sobre el proceso de evaluación y tratamiento de las conductas adictivas sin sustancia, consulte los capítulos 19 y 20 de este manual.

TABLA 5.2

*Criterios para el diagnóstico de los trastornos por uso de alcohol en DSM-IV, DSM-5 y CIE-11 (no corresponde necesariamente con los criterios precisos de los diagnósticos)*

| Criterio | Abuso DSM IV-TR | Dependencia DSM IV-TR | TUS DSM-5 | Consumo perjudicial CIE-11 | Síndrome de dependencia CIE-11 |
|---|---|---|---|---|---|
| Uso peligroso | X | | X | | |
| Problemas interpersonales relacionados con el uso | X | | X | | |
| Consumo a pesar de las consecuencias | X | X | X | | X |
| Abandono de importantes actividades debido al uso | | X | X | | X |
| Problemas legales reiterados | X | | — | | |
| Abstinencia | | X | X | | X |
| Tolerancia | | X | X | | X |
| Uso de cantidades cada vez mayores o por más tiempo | | X | X | | |
| Deseo persistente o esfuerzo infructuoso de control | | X | X | | |
| Mucho tiempo empleado en su uso o recuperación de los efectos | | X | X | | |
| *Craving* | — | — | X | | |
| Problemas físicos y psicológicos relacionados con el uso | | | | X | |
| Daños a terceros | | | | X | |
| Daños individuales asociados a intoxicación, toxicidad o vía de administración | | | | X | |
| Patrón de uso de alcohol evidente durante 12 meses (si es episódico) o 1 mes (si es continuo) | | | | X | |
| El daño no se explica mejor por otra condición médica | | | | X | |
| Pérdida de control sobre el consumo (tiempo, frecuencia, terminación, duración, contexto…) | | | | | X |

# 4. EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

## 4.1. Estructura general del proceso de evaluación

La primera toma de contacto con la persona que solicita ayuda (ya sea el usuario o sus familiares) es crucial y representa el punto de partida para el desarrollo de un correcto proceso de evaluación posterior. La acogida inicial se produce cuando la persona interesada acude a un centro terapéutico, asociación, etc., con el propósito de solicitar información para un tratamiento posterior

(Pascual Pastor y Velasco Rey, 2009). El profesional implicado debe saber que este no es un momento idóneo para iniciar un proceso de evaluación estructurado, pero sí debe proporcionar información clave para que la persona decida o no comenzar un tratamiento posterior. Las principales características de esta acogida inicial son las siguientes (adaptado de Pascual Pastor y Velasco Rey, 2009):

— El objetivo principal de la acogida es dar a conocer al usuario las características del centro terapéutico (profesionales implicados, horarios, tipología de tratamiento, etc.). Para ello, se recomienda proporcionar información precisa en un tiempo limitado (no más de 30 minutos) y apoyar la información de carácter verbal con la entrega de material escrito (dípticos, trípticos, folletos, etc.), con el propósito de que la persona interesada pueda revisar dicho material posteriormente.
— En ocasiones, la primera acogida la realizan los propios usuarios de un centro terapéutico o incluso sus familiares, aunque se aconseja que sean los propios profesionales quienes mantengan este primer contacto con aquellos que, tentativamente, comenzarán el proceso de evaluación y tratamiento posteriores. Esta primera aproximación (así como la intervención en futuras etapas) se debe basar en la escucha reflexiva y la empatía, así como en el conocimiento de las expectativas y necesidades individuales que porta la persona que solicita ayuda. Se recomienda ofrecer toda la información en un contexto tranquilo, libre de distracciones y con un estilo de comunicación que evite la confrontación.
— La persona que preste esta información inicial debe transmitir tranquilidad, aunque se debe evitar la transmisión de consejos generalistas poco ajustados a la realidad. El propósito final de esta primera interacción es captar a la persona que necesita ayuda, por lo que se recomienda también que durante este breve contacto preliminar se establezca una cita de evaluación inicial, para que la persona se vaya del centro terapéutico con

la certeza de saber cuándo va a regresar para iniciar el proceso de evaluación correspondiente.

— Como se comentará en detalle más adelante, se aconseja utilizar estrategias motivacionales en estos primeros contactos con el usuario y los familiares, de forma que se reduzcan resistencias y se fomente la implicación en el posterior proceso de evaluación e intervención (si fuera necesario).

Tras la primera acogida, el proceso de evaluación psicológica en adicciones se debe ajustar a los pasos del proceso general de evaluación psicológica. Siguiendo recomendaciones previas (Becoña y Cortés, 2011; Muñoz, 2003; Muñoz et al., 2019), a la acogida inicial o primer contacto con el paciente le sigue una primera entrevista con propósitos de evaluación general, y posteriormente una entrevista clínica que evalúe en mayor profundidad el problema (en el ámbito de las adicciones a través de entrevistas clínicas semiestructuradas como el EuropASI – *European Addiction Severity Index;* Kokkevi y Hartgers, 1995; adaptación española de Bobes et al., 1996). Tras ello, se deben aplicar los instrumentos estandarizados que el profesional considere que son relevantes para completar el proceso de evaluación, así como integrar la información procedente de otros profesionales (médicos de atención primaria, psiquiatras, jueces, etc.). Finalmente, se construye la historia clínica integrando los datos procedentes de todas las fases evaluativas, estableciendo el diagnóstico adecuado para cada paciente (si es el caso) y realizando las recomendaciones pertinentes para el tratamiento posterior. El resumen de este proceso evaluativo, adaptado al contexto de evaluación de las adicciones, se muestra en la figura 5.1.

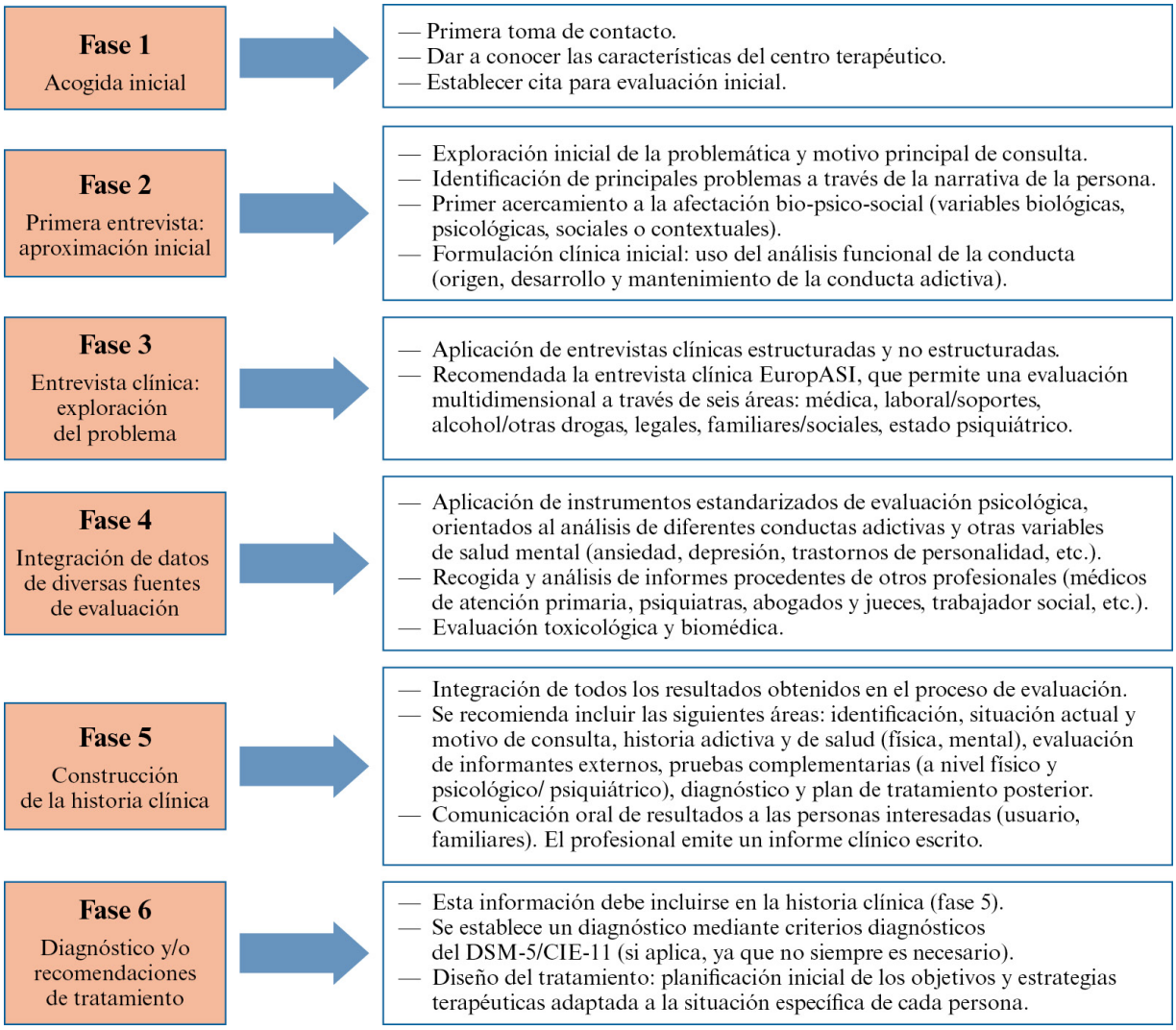



Figura 5.1.—Resumen del proceso de evaluación psicológica, adaptado al contexto de evaluación de las conductas adictivas (adaptado de Becoña y Cortés, 2011; Mayor et al., 2018; Muñoz, 2003; Muñoz et al., 2019; Terán y Ledo, 2009).

## 4.2. La historia clínica en adicciones

La historia clínica es un proceso estandarizado de recolección de información de variables psicosociales y clínicas que son relevantes durante el proceso de evaluación de aquella persona que solicita ayuda (Santis Barros y Pérez de los Cobos, 2006), con el propósito de planificar futuras actuaciones (siendo el diseño del plan terapéutico uno de los principales objetivos, aunque no el único

posible). La historia clínica en todos los ámbitos de la psicología, y en particular en el ámbito de las conductas adictivas, es plenamente multidisciplinar, ya que recogerá diferentes variables psicológicas, sociales y biológicas que influyen en el desarrollo del problema presentado por el usuario/a. El fin último de la historia clínica en esta área no es, necesariamente, establecer un diagnóstico psicológico según los sistemas de clasificación diagnóstica tradicionales (por ejemplo, DSM-5 o CIE-11), sino plasmar, desde una perspectiva comprehensiva y biopsicosocial, las principales características del problema de la persona evaluada y su entorno.

Siguiendo las directrices de Fernández Ballesteros (2013), y al igual que sucede en otros ámbitos clínicos, se recomienda que la historia clínica en adicciones incluya información con respecto a los siguientes apartados: *a*) datos personales; *b*) referencia principal y objetivos; *c*) datos biográficos relevantes; *d*) descripción de la/s conducta/s durante la exploración inicial; *e*) técnicas y procedimientos de evaluación empleados; *f*) resultados de carácter cuantitativo; *g*) integración de los resultados de las distintas fuentes de información empleadas, y *h*) conclusiones y recomendaciones de actuación.

En particular, algunos autores (Mayor Toranzo et al., 2018; Terán y Ledo, 2009) han establecido cuáles son los apartados que debe incluir, específicamente, la historia clínica cuando se realiza la evaluación de diferentes conductas adictivas. Se recomienda al lector consultar dichos textos para profundizar en la información relativa a la construcción de una historia clínica completa en el ámbito de las adicciones.

## 4.3. Entrevista motivacional

Las estrategias de la entrevista motivacional (EM) (Miller y Rollnick, 2013), descrita en el capítulo 11 de este manual, resultan muy útiles no solo como técnicas de intervención, sino también como actitudes terapéuticas que podemos y debemos adoptar

durante el proceso de evaluación. Por ello, se recomienda que el proceso de acogida y primera recepción de los usuarios, antes de proceder a una evaluación psicológica estructurada, comience con entrevistas motivacionales que nos permitan reforzar al usuario, reducir resistencias y posibles barreras a la cooperación y fomentar la implicación en el proceso terapéutico. Se trata de una forma de conversación sobre el cambio, que refuerza la autonomía y el acompañamiento, frente al rol de experto. La EM se centra en explorar y resolver las ambivalencias de los usuarios y se focaliza en los procesos motivacionales que facilitan el cambio. Esto se hace en contraposición a posturas o estrategias confrontativas agresivas o coercitivas, que buscan «forzar» a los usuarios a realizar cambios en su conducta o a cooperar con procesos de evaluación e intervención. El objetivo último es identificar, examinar y resolver las posibles ambivalencias hacia el cambio (en este contexto, dejar de consumir). Para ello, la EM utiliza una postura respetuosa con el usuario, focalizada en la construcción de la alianza terapéutica en las primeras fases del proceso de evaluación y tratamiento.

La EM se traduce, por tanto, en un estilo terapéutico basado en principios como la expresión de empatía, el apoyo a la autoeficacia, rodar con las resistencias y contribuir a desarrollar discrepancias entre la situación actual del usuario y sus objetivos vitales ideales. Para ello se utilizan estrategias como las preguntas abiertas, afirmaciones de reconocimiento de las fortalezas del usuario, escucha reflexiva y resúmenes de recapitulación.

El uso de la EM de forma previa al tratamiento ha demostrado, en contextos de salud mental, que resulta eficaz para mejorar la asistencia, particularmente en aquellos usuarios menos motivados (Lawrence et al., 2017). Una vez hemos logrado garantizar una participación del usuario en el proceso terapéutico, podemos proceder a una evaluación psicológica estructurada.

## 4.4. Análisis funcional de la conducta

Las conductas adictivas, al igual que cualquier otro tipo de conductas humanas, pueden ser explicadas por los principios del aprendizaje, en especial por el condicionamiento clásico y operante (véase capítulo 3). El análisis funcional de la conducta emerge como una técnica psicológica de alta utilidad que permite analizar la conducta, entendida esta de manera comprehensiva (incluyendo eventos encubiertos como las emociones, sentimientos, pensamientos, etc.), basándose en las relaciones funcionales que mantiene la conducta con su contexto. Dada la complejidad de los fenómenos adictivos, el análisis funcional se centrará en explicar todas aquellas conductas relacionadas con los procesos adictivos relevantes, desde el consumo regular de drogas hasta la recaída.

El objetivo del análisis funcional es revelar la función que cumplen las conductas pertinentes en el ámbito de las adicciones, de acuerdo con los estímulos que anteceden a dicha conducta y sus consecuentes. El primer paso para realizar un adecuado análisis funcional es hacer un análisis descriptivo de la/s conducta/s problemáticas y el contexto en el que se producen. Este análisis morfológico debe ser preciso y operativo, y a través de la información que se recoja debemos describir el tipo de respuesta que estamos analizando (respondiente u operante), los estímulos que anteceden a dicha conducta, sean de carácter interno (p. ej., estado emocional disfórico) o externo (p. ej., estar en presencia de amigos consumidores), y sus consecuentes (p. ej., sensación de bienestar, eliminación de un estado emocional negativo, etc.). El segundo paso es realizar el análisis funcional en sí mismo. Una vez que se han descrito la conducta y sus elementos, se deben establecer las relaciones funcionales que guardan dichos estímulos con la conducta, de tal manera que los estímulos antecedentes y consecuentes pasarán a desempeñar roles como estímulos discriminativos, estímulos delta, reforzadores o castigos en la contingencia de la conducta (E-R-C). Es importante recordar que el análisis descriptivo tiene como objetivo establecer la funcionalidad que tiene la conducta en su contexto, por lo que el análisis funcional

no consiste en una mera descripción del problema y sus elementos (Froxán Parga, 2020). En este sentido, es trabajo del psicólogo discernir si los estímulos que anteceden y suceden a la conducta son relevantes para explicar la misma. Adicionalmente, se deben identificar las variables que pueden alterar las relaciones de contingencia de una conducta, ya sea favoreciéndola o dificultándola, a través de las denominadas variables disposicionales (p. ej., historia de aprendizaje, repertorio conductual, años de consumo…) y motivacionales (p. ej., privación de la sustancia, dolor de cabeza…).

Teniendo en cuenta los objetivos del análisis funcional, su utilización es central en el proceso de evaluación y tratamiento en este ámbito. Si bien un análisis funcional completo puede ser complejo y requerir que se realice en repetidas ocasiones sobre distintas conductas, un correcto análisis funcional influirá determinantemente sobre el éxito terapéutico. A pesar de lo anterior, es habitual que se utilicen plantillas o formas más simplificadas de análisis funcional, que resultan fáciles y operativas para el usuario, además de para el profesional. Estas plantillas se suelen limitar a antecedentes externos (p. ej., lugares, personas, momentos del día, etc.) y antecedentes internos (p. ej., emociones, pensamientos, etc.), así como las consecuencias positivas y negativas, tanto a largo como a corto plazo derivadas del consumo.

En resumen, el análisis funcional nos permitirá identificar situaciones de alto riesgo (desencadenantes), así como las funciones que tiene la conducta adictiva, permitiendo orientar la prevención de recaídas y las estrategias de intervención para sustituir la conducta adictiva por otras conductas alternativas.

## 5. CONCLUSIONES

Como comentábamos al inicio del capítulo, la evaluación psicológica es una parte esencial del proceso de intervención psicológica en adicciones, como en cualquier otro campo. Es

necesario que todo proceso terapéutico comience por una exhaustiva evaluación que cumpla con una serie de criterios básicos. De forma resumida, esta evaluación debe ser:

— Individualizada: el proceso de evaluación debe adaptarse a las necesidades particulares de cada uno de los usuarios y usuarios a los que se va a atender.
— Comprehensiva: debemos utilizar todas aquellas herramientas y procedimientos necesarios para recoger la información más completa del usuario o usuaria, desde el punto de vista biopsicosocial.
— Empíricamente fundamentada: las técnicas, procedimientos e instrumentos seleccionados deben tener validez y fiabilidad comprobadas empíricamente.
— Ética: las conductas adictivas tienen peculiaridades que hacen más complejo el proceso de evaluación, incluyendo la posible derivación judicial, las resistencias al tratamiento o la implicación en conductas ilegales. Además, es posible que las adicciones hayan derivado en un deterioro significativo de muchas áreas vitales. Es por ello fundamental que el proceso se realice con todas las garantías éticas para el usuario/a.
— Motivacional: debido a las posibles resistencias y dificultades del usuario/a para manejar su conducta adictiva, así como a las dificultades que puede experimentar en su vida diaria, es conveniente utilizar estrategias motivacionales durante el proceso que garanticen la implicación en el tratamiento.

Como hemos podido ver, el proceso de evaluación debe partir de una concepción biopsisococial de la adicción. En este contexto, la evaluación diagnóstica tiene amplias limitaciones, particularmente en población joven, y servirá únicamente como orientación para procesos de derivación o peritajes. Sin embargo, estrategias como la estrategia motivacional y el análisis funcional de la conducta serán fundamentales para la recogida de información, no solo en el

proceso de evaluación inicial, sino durante todo el proceso de tratamiento. En los próximos capítulos sobre evaluación se revisan los instrumentos, herramientas, técnicas y métodos de evaluación que podemos utilizar en el ámbito de las adicciones.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Pereiro Gómez, C. y Fernández-Miranda, J. J. (2018). *Guía de adicciones para especialistas en formación.* Socidrogalcohol.

SAMSHA (2014). *A treatment improvement protocol. Improving cultural competence*. Tip 59. U. S. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.


---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Agabio, R., Campesi, I., Pisanu, C., Gessa, G. L. y Franconi, F. (2016). Sex differences in substance use disorders: focus on side effects. *Addiction Biology, 21*(5).

Alexander, B. K. (2008). *The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*. Oxford University Press.

American Psychiatry Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Text Revision)*. American Psychiatric Association.

American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. American Psychiatric Publishing.

Becker, J. B., McClellan, M. L. y Reed, B. G. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of Neuroscience Research, 95*(1-2).

Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema, 30*(3), 270-275.

Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* Socidrogalcohol.

Blank, M., Disharoon, S. y Eissenberg, T. (2009). Comparison of methods for measurement of smoking behavior: mouthpiece-based computerized devices versus direct observation. *Nicotine & Tobacco Research, 11*(7), 896-903.

Bobes, J., García, M. P., Sáiz, P. A. y Bousoño, M. (1996). Índice Europeo de Severidad de la Adicción. Versión española. *Libro de Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatria,* 201-218.

Bobes-Bascarán, M. T., Flórez, G., Seijo, P. y Bobes-García, J. (2019). ¿Mejora la CIE-11 los propósitos epidemiológicos y nosológicos de los trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo? *Adicciones, 31*(3).

De Arce, F., Bernaldo de Quirós, M. y Labrador, F. J. (1995). Evaluación de las adicciones. Drogas ilegales. En A. Roa (ed.), *Evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 259-

298). CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
Díaz-Mesa, E., García-Portilla, M. P., Fernández-Artamendi, S., Sáiz, P. A., Bobes-Bascarán, T., Casares, M. J., Fonseca, E. y Bobes, J. (2016). *Gender differences in addiction severity*. Adicciones.
Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2.ª ed.). Ediciones Pirámide.
Froxán Parga, M. J. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
Hasin, D. y Paykin, A. (1999). DSM-IV alcohol abuse: investigation in a sample of at-risk drinkers in the community. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 60*(2), 181-187.
Hasin, D., Paykin, A., Endicott, J. y Grant, B. (1999). The validity of DSM-IV alcohol abuse: drunk drivers versus all others. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 60*(6), 746-755.
Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., Compton, W. M., Crowley, T., Ling, W., Petry, N. M., Schuckit, M. y Grant, B. F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *The American Journal of Psychiatry, 170*(8), 834-851.
Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *European Addiction Research, 1,* 208-210.
Lawrence, P., Fulbrook, P., Somerset, S. M. y Schulz, P. (2017). Motivational Interviewing to Enhance Treatment Attendance in Mental Health Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24*(9).
Mayor Toranzo, E., Noval Canga, C., Cepedello Pérez, S. y Terán Prieto, A. (2018). Historia clínica en adicciones. En C. Pereiro Gómez y J. J. Fernández Miranda (coords.), *Guía de adicciones para especialistas en adicción* (pp. 319-348). Socidrogalcohol.
McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E. y Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinial Psychology Review, 66*.
Miller, W. R. y Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people to change* (3.ª ed.). Guilford Press.
Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica.* Editorial Síntesis.
Muñoz, M., Ausín, B. y Panadero, S. (2019). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica* (2.ª ed.). Síntesis.
Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.* Editorial Médica Panamericana, S. A.
Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud* (CIE-11). American Psychological Association.
Pascual Pastor, F. y Velasco Rey, A. (2009). *Guía de Buenas Prácticas de FARE (Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España).* Martín Impresores, S. L.
Santis Barros, R. y Pérez de los Cobos, J. C. (2006). Historia clínica. En J. C. Pérez de los Cobos, J. C. Valderrama Zurián, G. Cervera Martínez y G. Rubio Valladolid, *Tratado SET de Trastornos Adictivos* (pp. 89-127).
Secades-Villa, R. y Fernández-Artamendi, S. (2016). Gender differences in cannabis use disorders. En Victor R. Preedy (ed.), *Handbook of cannabis and related pathologies: Biology, Pharmacology, Diagnosis and Treatment*. Academic Press.
Secades-Villa, R., Fernández Rodríguez, R. y Fernández Hermida, J. R. (1998). Factores asociados a la retención de heroinómanos en un programa libre de drogas. *Adicciones, 10*(1), 53-58.

Terán, A. y Ledo, A. I. (2009). La historia clínica en adicciones. En C. Pereiro Gómez (ed.), *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (pp. 211-233). Socidrogalcohol.

Tucker, J. A., Murphy, J. G. y Kertesz, S. G. (2010). Substance use disorders. En M. M. Antony y D. H. Barlow (eds.), *Assessment and treatment planing for psychological disorders (Second Edition)* (pp. 529-570). The Guildord Press.

# 6

# Evaluación psicológica mediante autoinformes

CARLA LÓPEZ-NÚÑEZ,
SERGIO FERNÁNDEZ-ARTAMENDI
Y ÁNGEL GARCÍA-PÉREZ

## 1. INTRODUCCIÓN

La evaluación clínica de las conductas adictivas no se puede reducir exclusivamente a la conducta problemática de consumo, ya que en el desarrollo de los trastornos adictivos están desempeñando un papel muy importante otros muchos factores, como pueden ser la familia, la situación laboral, los recursos de apoyo, etc. Por ello, y tal como se ha señalado en el capítulo anterior, se deben poner en práctica estrategias de evaluación no solo del consumo de sustancias, sino también de otras áreas de la vida del individuo y su entorno que se hayan visto afectadas por la conducta adictiva.

La evaluación de los trastornos adictivos es multidisciplinar, y una de las prácticas habituales por parte de los investigadores y profesionales clínicos es el uso de los autoinformes. Es bien conocido que el procedimiento de autoinforme representa un método de evaluación psicológica prioritario e insustituible, ya que se basa en la propia autoobservación del sujeto sobre sus eventos internos y externos, tanto subjetivos como objetivos, referentes a distintos momentos o situaciones de su vida (Fernández Ballesteros, 2013). Si bien esta metodología no está exenta de limitaciones, los autoinformes son fundamentales en la evaluación clínica, dado que

en muchas ocasiones son la única fuente de información de la que disponemos para la evaluación de los pacientes.

Los cuestionarios son el método de autoinforme más conocido (Fernández Ballesteros, 2013). No obstante, esta forma de evaluación psicológica no se reduce a los mismos e incluye una amplia variedad de metodologías de evaluación que son de uso común en el ámbito psicológico en general, y en el ámbito de las adicciones en particular. A este respecto, los instrumentos que se describirán a continuación no solo incluirán las principales pruebas psicométricas utilizadas para la evaluación del consumo de diferentes sustancias, sino también otros procedimientos de entrevista clínica y pruebas complementarias. Tales instrumentos obtienen la información de acuerdo con sus ventajas y limitaciones, siendo a menudo formas de evaluación adicionales a otras pruebas de valoración, tal y como se ha explicado en el capítulo previo. Para disponer de una información precisa y completa será necesario recogerla conforme a las pautas establecidas, cotejando e integrando los resultados de los autoinformes aquí descritos con la información que se extrae del resto de procedimientos y fuentes de evaluación, detalladas en el siguiente capítulo.

## 2. TIPOS DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En general, existen diferentes tipos de evaluación de las conductas adictivas, atendiendo, fundamentalmente, a tres tipos de objetivos o propósitos para la evaluación: *a*) detección temprana, cribado o *screening; b*) diagnóstico, valoración del caso y planificación del tratamiento, y *c*) monitorización del tratamiento y evaluación de resultados.

Los instrumentos de detección temprana o *screening* son instrumentos de cribado para detectar posibles indicadores significativos que alerten de la posible existencia de un problema adictivo, antes de proceder a entrevistas diagnósticas o estructuradas. Los instrumentos de cribado permiten una rápida

evaluación, con el objetivo de determinar si existe un posible caso de adicción o consumo problemático. En este caso, el evaluador derivará a la persona a una evaluación comprehensiva de carácter biopsicosocial. De manera general, los instrumentos de *screening* recogen algunas de las características que definen los trastornos adictivos, aunque de una forma más reducida que en la evaluación diagnóstica o biopsicosocial. Estos instrumentos no son suficientes por sí mismos en la planificación de los tratamientos o para alcanzar una conclusión diagnóstica, aunque permiten detectar casos que puedan tener problemas relacionados con el consumo de sustancias (u otro tipo de variables psicológicas). La tabla 6.1 recoge algunos de los instrumentos de *screening* más utilizados en la actualidad, tanto para población adolescente como adulta. En el siguiente apartado se describirá tanto el procedimiento de evaluación atendiendo a cada tipología de sustancia y conducta adictiva, como los instrumentos más representativos de *screening* y análisis de abuso y/o dependencia.

TABLA 6.1

*Instrumentos de screening de acuerdo con la población y la sustancia consumida*

| Tipo de población | Sustancia | Herramienta recomendada |
|---|---|---|
| Adultos (+18 años) | Alcohol | AUDIT |
| | | CAGE |
| | Alcohol y otras drogas | ASSIST |
| | Otras drogas | DAST |
| Jóvenes (–18 años) | Alcohol | RAPI |
| | Cannabis | CAST, CPQ-A-S |

Alcohol y otras drogas CRAFFT

ASSIST: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; CAGE: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener; CAST: Cannabis Abuse Screening Test; CPQ-A-S: Adolescent-Cannabis Problems Questionnaire (versión reducida); CRAFFT: CRAFFT Abuse Screening Test; DAST: Drug Abuse Screening Test; RAPI: Rutgers Alcohol Problem Index.

La *evaluación para el diagnóstico* tiene como propósito general analizar las correspondencias entre los síntomas y signos que presenta la persona y los criterios de los sistemas nosológicos de referencia, como son en la actualidad el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* DSM-5 (American Psychiatry Association [APA], 2013) o la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Los fines específicos más comunes del enfoque diagnóstico pueden ser la valoración pericial o satisfacer determinados requerimientos administrativos o de investigación (por ejemplo, cumplimentar informes epidemiológicos). Su utilidad para la planificación del tratamiento o su monitorización es muy limitada, dado que solo se reconocen algunas características que definen el uso problemático o dependiente de las sustancias, pero no se aborda la evaluación del conjunto de factores que condicionan o modulan ese comportamiento, cuyo conocimiento debe ser una pieza esencial en cualquier estrategia terapéutica.

A este respecto, la evaluación diagnóstica utiliza fundamentalmente entrevistas estructuradas, realizadas de acuerdo con los criterios marcados por el sistema diagnóstico en el que se basan. Las más comunes son la entrevista clínica estructurada para el DSM-5 *(Clinical Version)* – SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-5;* First et al., 2015) y la entrevista diagnóstica compuesta internacional – WMH-CIDI (*World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview;* Kessler y Üstün, 2004). Mientras que la SCID utiliza los criterios diagnósticos del DSM, la última

entrevista aporta datos de validación referentes tanto a los criterios del DSM como de la CIE.

Por su parte, la evaluación tanto para la *valoración del caso* como para la *planificación y monitorización del tratamiento,* así como para la *evaluación de resultados,* tiene como eje central la determinación de la gravedad de la adicción. Además, se debe evaluar (según el momento y el caso) el deseo de cambio, las expectativas, las situaciones de alto riesgo, las habilidades de afrontamiento, el deterioro en el ámbito familiar, interpersonal, médico y laboral, y cualquier otro tipo de variables que sean relevantes para diseñar el programa de tratamiento y valorar los resultados de la mejora. En lo que respecta a la evaluación de resultados, se pueden utilizar también instrumentos que no valoren únicamente la eficacia o efectividad, es decir, la consecución de determinados objetivos terapéuticos, sino también el coste asociado o eficiencia del tratamiento. Lo ideal en este caso será utilizar, para evaluar los resultados, aquellos instrumentos de evaluación biopsicosocial o cribado complementario que se usaron para la evaluación inicial del caso, siempre que sean instrumentos sensibles al cambio.

## 3. LA ENTREVISTA CLÍNICA

En este apartado se describirán las áreas principales de evaluación que debe tener la entrevista clínica y se analizará brevemente el índice de gravedad de la adicción o ASI, por sus siglas en inglés *(Addiction Severity Index),* que es el principal modelo de entrevista clínica estructurada en adicciones.

### 3.1. Áreas principales de evaluación de la entrevista clínica

Existen fuertes componentes comunes en todas las adicciones. Los patrones de recaída, los determinantes que condicionan el comienzo de la adicción y sus recaídas, sus efectos generales sobre

el medio social, familiar, etc., son elementos que unen, más que separan, la dependencia a las distintas sustancias adictivas. Dados estos presupuestos, tiene sentido establecer una propuesta de esquema de entrevista de utilidad para cualquier adicción a una sustancia psicoactiva, sin perjuicio de las singularidades específicas de cada sustancia, que pueden ser evaluadas de manera individual. Un esquema general de entrevista clínica que sirva para la evaluación de la adicción a sustancias psicoactivas debe constar, al menos, de los siguientes apartados:

1. *Pautas de consumo.* Debe explorarse el consumo posible de las sustancias con un consumo más prevalente: tabaco, alcohol, anfetaminas, cannabis, cocaína, éxtasis o drogas de síntesis o nuevas sustancias psicoactivas, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Además, debe conocerse la vía de administración (el potencial adictivo y los riesgos asociados pueden ser diferentes), la cantidad, la frecuencia de consumo y el tiempo que se lleva consumiendo (todos ellos indicadores de la gravedad de un síndrome posible de abstinencia y de la estabilidad probable del hábito). Esto nos permitirá establecer una topografía inicial del consumo de sustancias.
2. *Señales antecedentes y consecuencias reforzantes.* Los modelos de aprendizaje postulan diferentes señales antecedentes y consecuencias reforzantes. **Las señales antecedentes** pueden ser sociales (*craving* por incitación social), situacionales (anuncios, fiestas, descanso, etc.), cognitivas (p. ej., «no me siento bien», «esto no hay quien lo aguante», etc.), fisiológicas (dolor, síndrome de abstinencia, decaimiento, etc.) y emocionales (ansiedad, tristeza, agresividad, etc.). **Las consecuencias reforzantes** pueden ser de carácter positivo (habilidades para realizar conductas apropiadas, atención de los amigos, efectos fisiológicos positivos, efectos cognitivos positivos relacionados con una

sensación de poder o de plena satisfacción) o de tipo negativo (reducción de todo tipo de señales aversivas tanto físicas como sociales o personales). Para su obtención, podemos recurrir al análisis funcional ya descrito en el capítulo anterior.

3. *Condiciones en las que se adquirió la conducta y evolución histórica de la adicción.* Los datos históricos y de desarrollo que explican la adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva son fundamentales para el plan de tratamiento. Aquí es fundamental tener en cuenta dos factores tan importantes como: *a*) el *curso,* ya que usualmente la historia de consumo está plagada de circunstancias que han influido de una u otra manera en la cadencia de consumo, y *b*) los *intentos de deshabituación previos,* incluyendo los propios (sin ayuda técnica) y los que ha llevado a cabo en centros de tratamiento.
4. *Factores que pueden manejarse para producir cambios en el consumo.* Obviamente, de lo dicho anteriormente pueden obtenerse algunos de los factores necesarios y a tener en cuenta en un plan de tratamiento. Sin embargo, existen factores asociados indirectamente con el consumo que pueden ser de gran importancia terapéutica: *a*) *complicaciones orgánicas,* ya que el deterioro físico puede ser un elemento que funcione como «palanca de cambio» para aumentar la motivación para la modificación de los hábitos de consumo; *b*) *situación y deterioro laboral*, siendo posible que en muchos casos sean necesarios cambios y mejoras en este aspecto, ya que el consumo de drogas suele suponer en muchos casos que la única fuente de ingresos se sitúa (en el caso de las ilegales) dentro del mundo de la droga, ya sea en forma de menudeo o tráfico; en otros casos (el alcoholismo) puede, incluso, encontrarse algún usuario/a que obtenga beneficios secundarios laborales; *c*) *situación familiar y social,* ya que la falta de red social de apoyo supone, en la mayoría de los casos, que el sustento emocional y económico no exista; *d*) *situación económica,* debido a que puede haber situaciones

muy frustrantes (p. ej., situación permanente de desempleo) que hagan que el individuo realice una evaluación pesimista del futuro, de sí mismo, y del mundo, pudiendo esta matriz depresiva condicionar al consumo, y *e*) *factores predisponentes,* donde es importante valorar si el usuario/a convive con personas que también consumen o que tienen una valoración muy tolerante del consumo, o bien si presenta una baja percepción de riesgo o altas expectativas hacia el consumo. El ámbito en el que desarrolla normalmente su vida (barrio marginal donde existe una elevada prevalencia de consumo, familia con otros familiares alcohólicos, familiares que venden droga, etc.) o su actividad laboral pueden ser también determinantes.

5. *Disposición para el cambio.* Es conocido que muchos usuarios/as que acuden a consulta no reconocen la necesidad de ayuda o incluso la existencia de un problema, particularmente en el caso de los menores. Es importante que podamos conocer el interés del individuo por el proceso terapéutico, ya que ese interés puede condicionar en gran medida el éxito, aunque los tratamientos no tienen que ser necesariamente voluntarios para que sean útiles. En el caso de los y las menores, las presiones externas y derivaciones judiciales, por ejemplo, pueden resultar útiles para facilitar el cambio.

Tal como se comentó previamente, uno de los aspectos fundamentales en el proceso de evaluación psicológica de las conductas adictivas será el análisis de la motivación para el cambio (consultar la tabla 6.4 para conocer los principales instrumentos de motivación, y los procesos y niveles de cambio).

Con relación a este último punto, y como se ha indicado, la utilización de estrategias de *entrevista motivacional* en las primeras fases (y durante todo el tratamiento) será útil para mejorar la disposición al cambio y reducir las barreras percibidas hacia el

tratamiento. El proceso de evaluación mediante entrevista puede tener no solo una función diagnóstica o de evaluación, sino también ser un instrumento que sirva para motivar al entrevistado a seguir un tratamiento. Es conocido que muchos pacientes con adicción no consideran que necesiten ayuda y, en muchos casos, no reconocen tener un problema. La entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2013) permite afrontar esta baja motivación hacia el tratamiento, para lo que se deben seguir estrategias que se han demostrado efectivas y que pueden compatibilizarse totalmente con el proceso de evaluación.

### 3.2. La entrevista estructurada - ASI *(Addiction Severity Index* - Índice de gravedad de la adicción)

En los últimos tiempos se han realizado diferentes propuestas de guiones de entrevistas estructuradas o historias clínicas, diseñadas expresamente para la evaluación clínica de las conductas adictivas. Con estas entrevistas se pretende llevar a cabo una evaluación más rigurosa de los aspectos más relevantes del problema adictivo. Se han elaborado entrevistas aplicables a todas las sustancias (de las que hablaremos aquí), pero también específicas para cada trastorno adictivo.

Sin duda alguna, la entrevista clínica estructurada más utilizada hoy en día es el *Addiction Severity Index, ASI* (Índice de gravedad de la adicción), de McLellan et al. (1980), diseñada por el equipo de la Universidad de Pensilvania para su utilización con pacientes que presentaran consumo problemático de sustancias. Se trata de una prueba heteroaplicada de rápida aplicación, 45-60 minutos. La evaluación de la gravedad del problema del individuo se realiza en seis áreas: 1) estado médico general; 2) situación laboral y financiera; 3) consumo de alcohol y de otras drogas; 4) problemas legales; 5) familia y relaciones sociales, y 6) salud mental. Es un instrumento útil además para la evaluación de la necesidad de

tratamiento para cada área y, en general, para evaluar los resultados de las intervenciones.

En definitiva, el ASI representa un guion de entrevista bastante completo que aporta al clínico mucha información útil, que debe contrastarse, como es habitual, con otras fuentes y procedimientos de evaluación. Cabe mencionar que se ha llevado a cabo una adaptación europea del ASI, que ha obtenido buenos resultados de fiabilidad y validez. Se trata del *European Addiction Severity Index* (EuropASI; Kokkevi y Hartgers, 1995). Existe una traducción al castellano realizada por Bobes et al. (1996).

También existe una adaptación para adolescentes, el T-ASI (*Teen*-ASI), desarrollada por Kaminer et al. (1991) y validado en España por Díaz et al. (2008). El objetivo de este instrumento es el mismo que en adultos: obtener el índice de gravedad de la adicción y valorar la necesidad de tratamiento en las distintas áreas que se evalúan. En el caso del T-ASI, las áreas son: uso de sustancias, situación escolar, empleo/soporte económico, relaciones familiares, relaciones con iguales/sociales, situación legal y estado psiquiátrico.

# 4. EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN A DROGAS

## 4.1. Alcohol

### 4.1.1. *Aspectos básicos de la evaluación*

Para evaluar el consumo de alcohol, el psicólogo debe distinguir entre estado de intoxicación, consumo de riesgo y/o perjudicial, y la presencia de trastorno por consumo de alcohol. En referencia a la *intoxicación,* cuando el consumo reciente de alcohol supera cierto umbral se producen una serie de cambios conductuales que son recogidos por la definición del DSM-5 (APA, 2013):

*a*) Ingesta reciente de alcohol.

*b*) Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (por ejemplo, comportamiento sexual inapropiado, cambios de humor, etc.) que aparecen durante o poco después de la ingesta de alcohol.
*c*) Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:

1. Habla disártrica.
2. Descoordinación.
3. Marcha insegura.
4. Nistagmo.
5. Alteración de la atención o de la memoria.
6. Estupor o coma.

*d*) Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

El profesional debe evaluar, asimismo, la posible existencia de *consumo de alcohol de riesgo o perjudicial*. En lo que se refiere al uso continuado u ocasional, y dado que en nuestra cultura el alcohol no es una droga ilegal y tiene un uso social importante, se habla a menudo de la existencia de un uso de «bajo riesgo», que vendría definido por realizarse dentro de unos márgenes de adecuación social y de cantidad razonables. Desde un punto de vista meramente cuantitativo, este uso de «bajo riesgo» indica las cantidades que una persona no debe rebasar atendiendo a sus características individuales y cualidades intrínsecas. Asumiendo que no existe el consumo de alcohol «sin riesgo» o «seguro», el Ministerio de Sanidad establece por ejemplo en 20 gramos de alcohol al día para los hombres, y 10 para las mujeres, este consumo de bajo riesgo, a partir del cual la mortalidad y consecuencias asociadas se incrementan notablemente (Ministerio de Sanidad, 2020). Clásicamente, han existido conceptos como el consumo «prudente», el «consumo seguro» o incluso el «consumo

saludable». Se debe remarcar, no obstante, que estos conceptos han sido muy criticados por la literatura científica, que nos indica que no se puede hablar en ningún caso de un nivel de consumo seguro o recomendado, ya que el único consumo que minimiza los riesgos es cero (GDB 2016 Alcohol Collaborators, 2018).

Más allá del consumo ocasional o de bajo riesgo, nos encontraremos dentro del *uso de riesgo* o, si ya hay afectación orgánica y/o psicológica, *uso perjudicial*. El establecimiento de un límite cuantitativo para definir lo que es un consumo de riesgo se apoya en estudios epidemiológicos, en los que se compara el riesgo de sufrir alteraciones graves de la salud (trastornos hepáticos, cáncer, muerte violenta) con las cantidades de alcohol consumidas por los informantes. En la tabla 6.2 pueden verse las cantidades que indican un uso de riesgo, tanto en el consumo continuado como en el ocasional (definido por el consumo en un día), con una gradación de los diferentes niveles por sexo (Álvarez González y del Río Gracia, 2003).

TABLA 6.2
*Cantidades de alcohol por sexo y tipo de consumo*

| Tipo de consumo | Hombre | | Mujer | |
|---|---|---|---|---|
| | **Semana** | **Día** | **Semana** | **Día** |
| **Consumo de riesgo** | > 21 UBEs | > 3 UBEs | > 14 UBEs | > 2 UBEs |
| **Consumo de riesgo moderado** | 22-50 UBEs | 4-8 UBEs | 15-35 UBEs | 3-5 UBEs |
| **Consumo de riesgo elevado** | > 50 UBEs | > 8 UBEs | > 35 UBEs | > 5 UBEs |

UBEs = Unidades de bebida estándar.

Con este fin de cuantificar el consumo de alcohol, se utilizan las unidades de bebida estándar (UBEs). En España, 1 UBE equivale a

10 gramos de alcohol aproximadamente, pero a nivel internacional existen diversas versiones de las «*Standard Drinking Units* (SDUs)», con variaciones importantes en los gramos de alcohol equivalentes en función del país, pudiendo oscilar entre los 8 gramos de alcohol en Reino Unido o Malta, y los 20 gramos de Austria (Mongan y Long, 2015), no existiendo un claro consenso a nivel internacional. En la tabla 6.3 se recogen unas equivalencias simples que sirven para convertir los consumos habituales en UBEs (Álvarez González y del Río Gracia, 2003).

TABLA 6.3
*Equivalencias entre consumos habituales de alcohol y unidades de bebida estándar (UBEs)*

| | |
|---|---|
| **1 UBE (7-10 gr. de alcohol puro)** | 1 copa de vino, 1 cerveza (caña, mediana, quinto, botellín), 1 vermut, 1 botella de sidra, ½ consumición de una bebida destilada, etc. |
| **2 UBEs (16-20 gr. de alcohol puro)** | 1 consumición de bebida destilada, sola o en combinación con otras sustancias no alcohólicas: 1 coñac, 1 ginebra, 1 combinado (*gin-tonic*, etc.), 1 whisky, etc. |

El consumo perjudicial supone un consumo de riesgo asociado a afectación psicológica u orgánica, sin que haya síntomas de dependencia. La definición de *dependencia alcohólica,* por tanto, no es meramente cuantitativa, sino que requiere cambios cualitativos en la respuesta del individuo al consumo de alcohol. En este caso, la evaluación de la dependencia entraña un cambio conductual que puede cursar con o sin tolerancia o manifestaciones del síndrome de abstinencia. De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013), el trastorno por consumo de alcohol supone un patrón desadaptativo de ingesta de esta sustancia que ocasiona un malestar clínicamente significativo, reflejado en la presencia en algún momento de los últimos doce meses, de dos o más síntomas (se recomienda al lector consultar este manual clínico para profundizar en los criterios diagnósticos del

trastorno por consumo de alcohol). En el DSM-5 podemos encontrar también, entre los diagnósticos, la presencia de un *síndrome de abstinencia de alcohol,* caracterizado por los siguientes criterios (APA, 2013):

*a*) Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
*b*) Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el criterio A:

1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (por ejemplo, sudoración, etc.).
2. Incremento del temblor o de las manos.
3. Insomnio.
4. Náuseas o vómitos.
5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
6. Agitación psicomotora.
7. Ansiedad.
8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

*c*) Los signos o síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
*d*) Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

Existen distintos patrones de gravedad del síndrome de abstinencia causado por un uso continuado y abusivo del alcohol. Un pequeño porcentaje de personas con trastorno por consumo de alcohol presenta síntomas muy graves, como son la hiperactividad autonómica, los temblores y el *delirium*. El conocido como *delirium tremens* es el síndrome más grave de abstinencia en el alcohol e

incluye alteraciones cognoscitivas y de la conciencia, así como alucinaciones de distintos tipos. Normalmente se da en usuarios que tienen otras enfermedades médicas asociadas.

La evaluación del trastorno por consumo de alcohol debe abarcar idealmente los distintos factores intervinientes en la formación y desarrollo de esta adicción. Dichos factores pueden ser esquematizados de la siguiente forma:

*a*) *Factores relacionados con las acciones farmacológicas del alcohol.* En este apartado es importante valorar la cantidad y frecuencia de consumo del alcohol.

*b*) *Factores relacionados con los determinantes socioculturales.* La presión y la permisividad social y familiar, junto con la facilidad de acceso al alcohol, son elementos a considerar en este apartado.

*c*) *Factores relacionados con la personalidad y otras variables de salud mental, así como con los procesos de aprendizaje de la persona.* Este es el apartado más relevante para la planificación clínica, ya que hace referencia a variables que, en algunos casos, son susceptibles de manipulación terapéutica. En el caso de la personalidad, cabe mencionar que la búsqueda de la «personalidad alcohólica» como patrón identificativo o predictivo ha sido un fracaso.

Los modelos de aprendizaje, unidos a los conocimientos biológicos sobre la acción del alcohol, han podido aportar una estructura conceptual para comprender el desarrollo de la adicción al consumo de esta sustancia. Mecanismos de refuerzo negativo y positivo, así como factores sociales y biológicos, representan conceptos que se utilizan en la evaluación conductual del alcoholismo y que luego se incorporan al proceso de tratamiento.

### 4.1.2. *Instrumentos de evaluación*

A continuación, se describen diferentes procedimientos e instrumentos estandarizados que son relevantes para la evaluación del consumo de alcohol y que deben integrarse en el proceso de evaluación conductual.

### *Test de identificación de trastornos relacionados con el uso del alcohol*
### *AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Babor et al. (2001), Saunders et al. (1993) | Sí<br>Contel et al. (1999) | 10 | Adultos | Identificación de riesgo de consumo de alcohol y posible dependencia. |

El AUDIT es un instrumento creado por encargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la finalidad de ayudar a los médicos de familia a identificar de forma precoz los casos de uso y abuso de alcohol que puedan evaluar diariamente. Los autores establecen diferentes puntos de corte para detectar este consumo de riesgo (3 = uso peligroso; 5 = consumo dañino; 7 = dependencia). También es importante tener en cuenta que existe una versión breve del AUDIT, llamada AUDIT-C (Bradley et al., 2007), compuesta por los tres primeros ítems de la versión original. En García Carretero et al. (2016) puede consultarse una validación en población española del AUDIT-C.

### *Cuestionario de evaluación general del alcoholismo crónico*
### *CAGE – Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ewing (1984), Mayfield et al. (1974) | Sí<br>Pedrero Pérez et al. (2007), Rodríguez-Martos et al. (1986) | 4 | Adultos | Detección rápida de problemas relacionados con el consumo de alcohol. |

Su nombre proviene de las iniciales en inglés de las cuestiones que se plantean en las cuatro preguntas que se formulan: reducción, molesto, culpable y trago al levantarse (del inglés *Cut, Annoyed, Guilty* and *Eye opener*). Este cuestionario está indicado para que los médicos de familia y profesionales de la salud mental puedan realizar una detección rápida de posibles problemas con el consumo de alcohol. La sensibilidad de la prueba decrece si en vez de aplicarse a población clínica se aplica a la población general o población ambulatoria, tendiendo a generar falsos positivos. El punto de corte recomendado es de dos puntos. Además, existe una versión en población española, MULTICAGE CAD-4 (Pedrero Pérez et al., 2007) que no solo evalúa los problemas relacionados con el consumo de alcohol, sino que también incluye otras áreas relativas al uso de otras drogas, juego, trastornos de la alimentación y problemas sexuales.

### *Escala de problemas con el alcohol de Rutgers*
### *RAPI – Rutgers Alcohol Problem Index*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | White y Labouvie (1989) | López-Núñez et al. (2012) | 23 | Adolescentes | Detección precoz de problemas relacionados con el consumo de alcohol. |

Esta escala tiene como objetivo evaluar la mayor parte de los aspectos de la vida de un joven que consume alcohol de forma problemática, teniendo en cuenta diferentes áreas tales como familiar, social, etc. Las preguntas incluidas en este instrumento se refieren a los últimos doce meses; mayores puntuaciones reflejan una mayor problemática asociada al consumo de alcohol por parte de los menores. La validación española (López-Núñez et al., 2012) indica que una puntuación superior a 7 puntos maximiza la sensibilidad y especificidad para la detección tanto del abuso como

de la dependencia según el DSM-IV-TR, siendo de 81,9 por 100 y 73,1 por 100, respectivamente.

### *Perfil global del bebedor*
### *Comprehensive Drinking Profile*

| Heteroaplicado | Autores | Validación española | Ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Marlatt y Miller (1984) | García González (1991) | Preguntas de carácter abierto sobre el consumo de alcohol. | Adultos | Evaluación global del perfil de la persona consumidora, atendiendo a diferentes variables psicosociales. |

Este instrumento es una entrevista de carácter conductual enfocada a obtener información útil para el diseño de los programas de tratamiento. En ella se exploran las características sociodemográficas del paciente, los determinantes de la conducta de consumo de alcohol (el tipo y frecuencia de consumo, el momento de inicio, los factores que precipitan el consumo, los problemas de conducta asociados a la bebida, etc.), la motivación para el tratamiento y las expectativas del paciente ante el resultado de la terapia. La concordancia interobservadores al calificar el tipo de preguntas incluidas en esta entrevista es bastante alta (aproximadamente del 80 por 100).

### *Alcohol Timeline Followback (TLFB)*

| Heteroaplicado | Autores | Validación española | Ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Sobell y Sobell (1992, 1995) | No | El número de días evaluados puede ir de 30 a 360 días | Adolescentes y adultos | Recabar información diaria acerca del patrón de consumo de alcohol antes de la entrevista. |

Mediante el uso de un calendario y un conjunto de elementos que favorecen el recuerdo, con el Alcohol Timeline Followback (TLFB) se busca conocer el patrón diario de uso de alcohol del paciente, tanto

en adultos como en adolescentes. Mediante este instrumento se obtiene información del tipo, frecuencia y cantidad de consumo de alcohol día a día, en un período de tiempo anterior a la entrevista que puede llegar a los doce meses. La prueba permite establecer una relación entre la conducta de uso del alcohol, y sus antecedentes y consecuentes. Estudios previos han indicado que presenta buenas características psicométricas de fiabilidad y validez en diversas poblaciones (Sobell y Sobell, 1995). Por otro lado, Sobell et al. (2001) demostraron que este instrumento puede ser aplicado en entornos clínicos y de investigación en diferentes idiomas, incluyendo el español (aunque la muestra procede de México). El TLFB no ha sido validado en España. No obstante, cabe resaltar que su uso ha sido exitoso en estudios llevados a cabo con muestra española (por ejemplo, Carbia et al., 2020). Se puede utilizar también con otras sustancias como el cannabis.

### *Test de alcoholismo de Munich MALT – Munich Alcoholism Test*

| Heteroaplicado y Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Feuerlein et al. (1977) | Rodríguez-Martos y Suárez (1984) | MALT-O contiene 7 ítems; MALT-S contiene 24 ítems (26 en la versión española) | Adultos | Evaluar las experiencias relacionadas con el consumo de alcohol y confirmar las sospechas de trastorno por consumo de alcohol. |

Esta prueba presenta una primera parte objetiva (MALT-O, a rellenar por el clínico) y otra parte de carácter de autoinforme (MALT-S, a rellenar por el sujeto), y hace referencia a las experiencias con el alcohol en los últimos dos años. Está especialmente indicada para el diagnóstico diferencial y de confirmación de un paciente con trastorno por consumo de alcohol. Según estudios españoles (Rodríguez-Martos y Suárez, 1984), la sensibilidad del MALT es de un 96 por 100 y la especificidad de un 88 por 100.

## *Cuestionario breve de alcoholismo (CBA)*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Feuerlein et al. (1976) | Rodríguez-Martos et al. (1986) | 22 | Adultos | Analizar el consumo de alcohol atendiendo a sus antecedentes y consecuentes, síntomas físicos y pensamientos asociados a la ingesta de esta sustancia. |

El CBA es una prueba autoadministrable de 22 ítems cuya utilidad principal se centra en la investigación epidemiológica. Sus resultados carecen de gradación, ofreciendo un punto de corte que indica alcoholismo/no alcoholismo. Con un punto de corte de 5, la sensibilidad es del 96 por 100 y la especificidad del 98 por 100 (Rodríguez-Martos et al., 1986).

## *Cuestionario sobre la gravedad de la dependencia al alcohol SADQ – Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Stockwell et al. (1979); versión reducida de Stockwell et al. (1983) | Rubio et al. (1996); validación de versión reducida de Monrás et al. (1997) | 33<br>Versión reducida: 20 | Adultos | Evaluar la intensidad del síndrome de dependencia de consumo de alcohol. |

De carácter autoaplicado, el SADQ consta de 33 ítems que se agrupan en 5 subescalas: *a*) síntomas físicos de abstinencia; *b*) síntomas afectivos de abstinencia; *c*) conductas llevadas a cabo para aliviar los síntomas de abstinencia; *d*) consumo habitual de alcohol, y *e*) reinstauración de los síntomas de abstinencia tras un período de recaída. Se ha desarrollado posteriormente una versión más reducida de 20 ítems (Stockwell et al., 1983), cuya versión española (Monrás et al., 1997) ha marcado un punto de corte (20 puntos) para detectar una grave dependencia del consumo de esta sustancia.

*Inventario de situaciones precipitantes de recaída.*
*RPI – Relapse Precipitant Inventory*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Litman et al. (1983b) | Alonso Suárez y García González (2002) | 25 | Adultos | Identificación de aquellas situaciones que supongan un elevado riesgo de recaída. |

Este cuestionario tiene como finalidad que la persona identifique las situaciones que define como de alto riesgo para la recaída. Consta de 25 ítems, evaluados teniendo en cuenta una escala tipo Likert para la valoración del riesgo (0 = nada peligrosa, 1 = poco peligrosa, 2 = bastante peligrosa, 3 = muy peligrosa). Los distintos ítems se refieren a: *a*) emociones negativas (por ejemplo, ansiedad); *b*) acontecimientos externos (por ejemplo, pasar por delante de un bar); *c*) situaciones de ansiedad social (por ejemplo, tener que encontrarse con una persona del sexo opuesto), y *d*) distorsiones cognitivas (por ejemplo, cuando piensa que no está atrapado por el consumo de alcohol). El riesgo de recaída es tanto menor cuanto más bajo es el riesgo percibido en el conjunto de las situaciones.

*Inventario de habilidades de afrontamiento*
*CBI – Coping Behaviour Inventory*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Litman et al. (1983a) | García González y Alonso Suárez (2002) | 36 | Adultos | Análisis de conductas de afrontamiento ante el riesgo de consumo de alcohol. |

Este instrumento tiene como finalidad evaluar la frecuencia y estrategias de las distintas conductas de afrontamiento del usuario para evitar el consumo de alcohol. La persona tiene que valorar en el inventario el número de veces que recurre a cada una de las estrategias de afrontamiento. La prueba se estructura en torno a

cuatro factores: *a*) pensamientos positivos sobre las ventajas de la abstinencia (por ejemplo, «Pienso mejor cuando estoy sin beber»); *b*) pensamientos sobre las consecuencias negativas de la bebida (por ejemplo, «Me doy cuenta de cómo se está afectando mi salud»); *c*) estrategias de evitación, distracción o sustitución (por ejemplo, «Permanecer en casa escondido»), y *d*) estrategias de búsqueda de apoyo social (por ejemplo, «Llamo a un amigo»). Los pacientes recaen más fácilmente cuanto más recurren a estrategias de evitación.

*Cuestionario de seguridad situacional*
*SCQ – Situational Confidence Questionnaire*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Annis (1982) | No | 100 (versión abreviada de 42) | Adultos | Evaluación de la autoeficacia de los pacientes para hacer frente a situaciones de riesgo de consumo de alcohol. |

En el SCQ se le plantean al usuario/a diferentes situaciones de riesgo para el consumo de alcohol, que se tiene que imaginar para después estimar, en una escala de 6 puntos (0 = «muy poco seguro»; 20 = «20 por 100 de seguridad»; 40 = «40 por 100 de seguridad»; 60 = «60 por 100 de seguridad»; 80 = «80 por 100 de seguridad»; 100 = «muy seguro»), la seguridad que tiene de resistirse al consumo en cada una de tales circunstancias. Esta prueba inicialmente se componía de 100 ítems, aunque se desarrolló una versión abreviada de 42 ítems (Annis, 1984).

## 4.2. Tabaco

### 4.2.1. *Aspectos básicos de la evaluación*

Dejar de fumar se considera un objetivo beneficioso para la salud, independientemente de que haya (o no) abuso o dependencia de la nicotina. No se ha definido una sintomatología de intoxicación en el caso del tabaco, y los criterios de dependencia son iguales a los del resto de sustancias. Se considera habitualmente y de forma orientativa que una persona tiene dependencia del tabaco, basándose en criterios de cantidad y frecuencia, cuando el consumo es de diez o más cigarrillos diarios. El *síndrome de abstinencia del tabaco* es definido por el DSM-5 (APA, 2013) basándose en la presencia de:

*a*) Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.
*b*) Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido a las 24 horas siguientes por cuatro o más de los siguientes signos o síntomas: 1) irritabilidad, frustración o rabia; 2) ansiedad; 3) dificultad para concentrarse; 4) aumento del apetito; 5) intranquilidad; 6) estado de ánimo deprimido, y 7) insomnio.
*c*) Los signos o síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
*d*) Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Además, desde el punto de vista de la evaluación se han de tener en cuenta siempre las siguientes áreas:

1. *Hábito de consumo y grado de dependencia a la nicotina.* En este apartado se ha de evaluar la conducta de consumo del individuo en función de la cantidad que consume, las situaciones en las que lo hace, cuánto tiempo lleva fumando, etc., en lo que se denomina una «topografía del consumo»,

que nos ofrecerá una visión clara y esquemática del patrón de consumo de tabaco. El grado de dependencia también es muy importante, ya que puede ser un buen predictor del éxito del tratamiento, por lo que nos ayuda a tomar decisiones en la elección de las mejores estrategias terapéuticas.

2. *Historia de consumo y variables sociodemográficas.* Es importante conocer cómo y cuándo comenzó el consumo y su evolución hasta el momento de la evaluación. Aquí se ha de incluir el primer consumo, intentos de abandono, cantidad de cigarrillos consumidos en distintas etapas, determinantes de recaídas previas, etc.
3. *Factores relacionados con diferentes determinantes socioculturales.* La presión y la permisividad social y familiar, junto con la facilidad de acceso a las sustancias legales, son algunos de los elementos que se consideran en este apartado. El consumo de tabaco de las personas del entorno más cercano de la persona es también un aspecto que se ha de tener en cuenta, puesto que se ha visto que está íntimamente relacionado con el inicio del consumo y las recaídas.
4. *Motivación para el cambio y prevención de recaídas.* Este es un aspecto muy relevante que nos dará pistas sobre la probabilidad de éxito del proceso de cesación tabáquica. En la adicción al tabaco juega un papel muy importante la motivación, y en la mayoría de los casos es suficiente para que se produzca el abandono del consumo en ausencia de tratamiento. En este apartado es muy importante la detección de las enfermedades o la evaluación del estado de salud física, que podría estar deteriorada como consecuencia del consumo de tabaco, y cuyos problemas podrían ser elementos sobre los que apoyar la motivación del fumador para dejar el hábito (entre otros). Es también importante evaluar el síndrome de abstinencia experimentado en anteriores ocasiones en las que haya intentado dejar el hábito. En el caso del tabaco son muy frecuentes las recaídas, ya que esta

sustancia es una droga legal, de muy fácil acceso y cuyo consumo normalmente está generalizado a todo tipo de situaciones y condicionado a muy diversos estímulos desencadenantes (lugares, personas, momentos, emociones…). Por todo ello, es importante que se evalúen las situaciones que pueden ser precipitantes del consumo, así como la historia de otras posibles recaídas.

5. *Consumo de otras sustancias y psicopatología asociada.* El consumo de tabaco está estrechamente ligado al de otras sustancias; es decir, muchas veces acompaña o sustituye el consumo de otras drogas como, por ejemplo, el alcohol. Muchos de los pacientes que abandonan su consumo establecen mecanismos compensatorios, como el aumento del consumo de nicotina. Siempre se ha de evaluar el consumo de las diversas sustancias y tratar en la medida de lo posible de cambiar los hábitos de consumo de todas ellas en la misma dirección. Además, es habitual que los fumadores puedan presentar algún tipo de síntomas psicopatológicos comórbidos, ya que los fumadores usan esta sustancia para reducir su ansiedad o para combatir el aburrimiento. Por ello, se ha de evaluar la posible sintomatología psicopatológica que esté asociada al inicio del consumo, al mantenimiento del hábito y a un peor pronóstico en cuanto a la abstinencia a largo plazo. Esta evaluación es relevante, dado que el consumo de otras sustancias y la psicopatología asociada son índices de una mayor gravedad de la adicción al tabaco, indicando una mayor necesidad de tratamiento.

### 4.2.2. *Instrumentos de evaluación*

*Test de Fagërstrom de dependencia de la nicotina*
*FTND – Fagërstrom Test for Nicotine Dependence*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Heatherton et al. (1991) | Becoña y Vázquez (1998) | 6 | Adolescentes y adultos | Evaluación de la dependencia nicotínica. |

Se trata de un cuestionario breve de 6 ítems donde se le pide a la persona información acerca de su patrón de consumo de tabaco, incluyendo aspectos como cuánto tarda en encender su primer cigarrillo cuando se despierta, si encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios donde está prohibido, a qué cigarrillo le costaría más renunciar, cuántos cigarrillos fuma al día, si fuma en las primeras horas del día y si fuma cuando está enfermo. En función de las respuestas dadas por la persona fumadora, se puede obtener una puntuación de 0 a 10, considerándose que a partir de 7 existe un elevado nivel de dependencia fisiológica. Existen, no obstante, diferentes niveles de gravedad de dependencia nicotínica según el FTND: baja (0-3 puntos), moderada (4-7 puntos) y alta (8-10 puntos). Esta prueba ha mostrado una gran correlación con medidas fisiológicas de dependencia a la nicotina. No se ha publicado aún una validación en español del FTND en adolescentes, y la versión en inglés (Nonnemaker et al., 2004) presenta algunas debilidades psicométricas para su uso con esta población.

### *Cuestionario de confianza en situaciones de fumar. The Confidence Questionnaire*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Condiotte y Lichtenstein (1981), versión breve de Baer y Lichtenstein (1988) | No | 48 ítems (situaciones); versión breve de 14 ítems | Adultos | Evaluación de las expectativas de autoeficacia ante la conducta de fumar. |

Este cuestionario es quizá la escala de autoeficacia para el hábito de fumar que más atención ha recibido. En este autoinforme el fumador tiene que indicar la probabilidad de resistir la urgencia de fumar en 48 situaciones diferentes que suponen un riesgo para

fumar. La escala ofrece puntuaciones entre 0 y 100 puntos, en intervalos de 10. En 1988, la escala se redujo a 14 ítems, mostrando de igual modo una fiabilidad satisfactoria (Baer y Lichtenstein, 1988). No existe una validación española de la escala, aunque ha sido aplicada previamente en España con éxito (por ejemplo, Becoña et al., 1988).

### *Cuestionario de estrategias de autocambio en fumadores SCS-CS – Self-Change Strategies - Current Smokers*

| | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| Autoaplicado | Etter et al. (2000) | Existe una traducción al castellano, no publicada, realizada por el Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo. | 19 | Adultos | Evaluación de diferentes estrategias de autocambio de la conducta de fumar, por parte de fumadores. |

Existe una extensa evidencia que apoya el hecho de que la mayoría de los fumadores abandonan el consumo de tabaco por sí mismos. Por ello, es importante también evaluar los intentos previos de cambio y cuáles fueron las estrategias que utilizó la persona o que utiliza actualmente para intentar reducir su consumo. En particular, este cuestionario se compone de 19 ítems que evalúan la frecuencia con la que el fumador utiliza determinadas estrategias de autocambio para cambiar su hábito de consumo. Estas estrategias siguen las propuestas del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, y se agrupan en cinco factores: compromiso para el cambio, tomando el control, afrontamiento de situaciones de tentación de fumar, valoración de riesgos y ayuda de otros.

### *Cuestionario de estrategias de autocambio en exfumadores SCS-FS – Self-Change Strategies-Former Smokers*

| | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| Autoaplicado | Etter et al. (2000) | No<br>Existe una traducción al castellano, no publicada, realizada por el Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo. | 17 | Adultos | Evaluación de diferentes estrategias de autocambio, por parte de la persona que ya ha dejado de fumar. |

En línea con el anterior, este cuestionario se compone de 17 ítems que evalúan la frecuencia con la que la persona que ha dejado de fumar utiliza determinadas estrategias de autocambio, con el propósito de mantenerse abstinente y evitar recaídas. Sus ítems pueden agruparse en cinco factores: evaluación del riesgo, afrontamiento de la tentación de fumar, control de estímulos, autorreevaluación y compromiso para el cambio.

## 4.3. Cannabis

### 4.3.1. *Aspectos básicos de la evaluación*

El cannabis es habitualmente la droga ilegal más consumida tanto en nuestro país (Plan Nacional sobre Drogas, 2021; 2022) como en el resto de paises occidentales. Su consumo se asocia tanto a diversos problemas de salud mental (Fernández-Artamendi et al., 2011) como de salud física (Campeny et al., 2020). Los síntomas del trastorno por uso de cannabis son similares a los planteados para el resto de las sustancias (APA, 2013; OMS, 2019). En cuanto a la intoxicación, según el DSM-5 (APA, 2013), se caracteriza por los siguientes elementos:

*a*) Consumo reciente de cannabis.
*b*) Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (por ejemplo, descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cannabis.

*c*) Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de dos horas tras el consumo de consumo de cannabis: 1) inyección conjuntival (ojos rojos); 2) aumento del apetito; 3) boca seca, y 4) taquicardia.
*d*) Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluyendo una intoxicación con otra sustancia.

En referencia al *síndrome de abstinencia,* existe evidencia empírica suficiente que apoya la existencia de un síndrome de abstinencia válido y clínicamente significativo prevalente en una parte importante de aquellos que cesan el consumo tras largos períodos de uso (Budney et al., 2004). En particular, este síndrome lo padecerían más del 50 por 100 de aquellos que dejan de consumir marihuana tras haber sido al menos consumidores diarios, y comenzaría a aparecer uno o incluso dos días después del abandono, teniendo sus mayores efectos entre los días dos y seis, y volviendo la mayor parte de la sintomatología a la línea base en dos semanas como máximo. Budney et al. (2004) recogen una propuesta de síntomas más comunes: 1) ira o agresividad; 2) pérdida del apetito o pérdida de peso; 3) irritabilidad; 4) nerviosismo/ansiedad; 5) inquietud, y 6) dificultades para dormir, incluyendo sueños extraños. Esta sintomatología puede ir acompañada además de escalofríos, temblores, ánimo depresivo, dolor de estómago o sudores en algunos casos. Estos síntomas desaparecen tras la administración de THC (*Tetrahidrocannabinol,* principio activo principal del cannabis).

A este respecto, los criterios diagnósticos del síndrome de abstinencia del cannabis, según el DSM-5 (APA, 2013), son los siguientes:

*a*) Cese brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado (por ejemplo, consumo diario o casi diario, durante un período de varios meses por lo menos).

*b*) Aparición de tres (o más) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana tras el criterio A: 1) irritabilidad; 2) nerviosismo o ansiedad; 3) dificultades para dormir (es decir, insomnio, pesadillas); 4) pérdida de apetito o peso; 5) intranquilidad; 6) estado de ánimo deprimido, y 7) por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.
*c*) Los signos o síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
*d*) Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Por otro lado, en el proceso de evaluación del cannabis se deberán seguir los pasos de otras evaluaciones, destacando los siguientes puntos:

*a*) *Realizar una historia y topografía de consumo* (cantidad, frecuencia, etc.).
*b*) *Contrastar la información* con familiares en el caso de los menores de edad.
*c*) *Exploración de los problemas de salud mental asociados*. Es habitual que los consumidores de cannabis presenten además síntomas depresivos o de ansiedad, y en algunos casos graves, síntomas psicóticos agudos transitorios (producto de la intoxicación) o trastornos del espectro psicótico desencadenados por el consumo en individuos vulnerables. También se ha de explorar el uso de otras sustancias, ya que el consumo de cannabis suele ir acompañado de otras drogas, en especial tabaco y alcohol.
*d*) *Analizar los antecedentes* y *consecuencias* del consumo.

e) *Analizar los factores del entorno del individuo* que puedan resultar predisponentes para el consumo o contribuir a su mantenimiento, como pueden ser el grupo de iguales o la permisividad social y familiar, entre otros.

Por su forma de preparación, habitualmente manual, una de las mayores dificultades en la evaluación del consumo de cannabis es la adecuada cuantificación del consumo de la principal sustancia psicoactiva, el THC. Con el objetivo de facilitar la determinación de THC consumida por los usuarios habituales de cannabis, se han desarrollado dos iniciativas que han dado lugar a dos estándares de cuantificación. Una de ellas es la unidad de porro estándar (UPE), desarrollada por Casajuana et al. (2017; 2018), quienes encuentran, a partir de muestras de usuarios reales del ámbito comunitario, que un porro contiene aproximadamente 8 mg de THC en las muestras de hachís, y de 6,5 mg en las de marihuana, estableciendo por tanto en 7 mg la UPE. Esta medida permite estimar la cantidad de THC consumida por un usuario estándar basándose en el número de porros, resultando útil para proporcionar *feedback* sobre el consumo y estimar riesgos. Desde una perspectiva alternativa, Freeman y Lorenzzetti (2019) establecen en 5 mg de THC la unidad de THC estándar, en este caso constituida como un indicador de la dosis a partir de la cual los riesgos de efectos adversos, particularmente para un consumidor no experimentado, se incrementan notablemente. En la actualidad no hay definiciones internacionales claras que permitan establecer los umbrales del consumo de bajo o alto riesgo.

### 4.3.2. *Instrumentos de evaluación*

Se recogen a continuación los principales instrumentos destinados a la detección temprana y evaluación de los problemas por consumo de cannabis (para una revisión más exhaustiva puede consultarse Fernández-Artamendi, 2021).

### *Test de screening de abuso de cannabis* CAST – *Cannabis Abuse Screening Test*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Legleye et al. (2007) | Fernández-Artamendi et al. (2012b), Klempova et al. (2009), Rial et al. (2022) | 6 | Adolescentes y jóvenes | Detección precoz del abuso de cannabis. |

Este instrumento contiene seis ítems y ha sido diseñado para la detección del abuso de cannabis en adolescentes y jóvenes. Este instrumento obtiene información sobre los problemas que experimenta el usuario para controlar su uso, y sobre las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales. En particular, evalúa las siguientes áreas: 1) uso aparentemente no recreativo (es decir, consumir solo o antes del mediodía); 2) alteraciones de la memoria; 3) recomendaciones de terceras personas para reducir o dejar de consumir; 4) intentos fracasados de dejar el consumo, y 5) presencia de problemas asociados a dicho consumo de cannabis. Existen varios estudios de validación española del instrumento en jóvenes (Fernández-Artamendi et al., 2012b; Rial et al., 2022).

### *Cuestionario de Problemas por Consumo de Cannabis para Adolescentes*
### *MSI-X – Marijuana Screening Inventory*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Alexander y Leung (2004) | No | 31 | Adultos | Detección precoz de problemas relacionados con el consumo de marihuana. |

El MSI-X está compuesto por 31 ítems que son de utilidad clínica para evaluar la existencia de problemas asociados al consumo de cannabis, detectando con precisión el abuso y la dependencia al cannabis. Incluye tres rangos para puntuar los resultados de la

persona evaluada (1-2 = riesgo bajo; 3-5 = riesgo moderado; 6 = alto riesgo). Además, incluye nueve factores que son útiles para identificar las principales problemáticas asociadas al consumo de esta sustancia (interferencias en el ámbito laboral e interpersonal, patrón de uso frecuente, consecuencias internas, consecuencias externas, efectos físicos y memoria, conducción bajo los efectos de la sustancia, consumo para sentirse normal, búsqueda de ayuda y arrestos asociados al uso de la marihuana).

### *Test de Identificación de Trastornos por Uso de Cannabis*
### *CUDIT – Cannabis Use Disorders Identification Test*

| | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| Autoaplicado | CUDIT: Adamson y Sellman (2003)<br>CUDIT-R: versión breve de Adamson et al. (2010) | No | CUDIT: 10<br>CUDIT-R: 8 | Adolescentes y adultos | Detectar precozmente abuso y dependencia de cannabis. |

El CUDIT es un instrumento desarrollado para detectar trastornos por uso de cannabis, adaptando el formato de la escala AUDIT (detección precoz de problemáticas asociadas al consumo de alcohol) y con un criterio temporal de evaluación de seis meses. Aunque parece un instrumento prometedor para el *screening* del abuso y la dependencia del cannabis, algunos de sus 10 ítems necesitan aún ser revisados por presentar debilidades psicométricas. Existe una versión breve de esta escala (CUDIT-R; Adamson et al., 2010), útil además para detectar los diferentes estadios de cambio.

### *Cuestionario de problemas por consumo de cannabis*
### *CPQ – Cannabis Problems Questionnaire*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Copeland et al. (2005) | No | 53 (ítems centrales: 27) | Adultos | Evaluación global de problemas asociados al consumo de cannabis en adultos. |

El CPQ fue creado por Copeland et al. (2005), quienes demostraron la fiabilidad del instrumento en población adulta. Martin et al. (2006) demostraron que es un instrumento fiable, válido y útil para la evaluación de la presencia de problemas comúnmente asociados al consumo de cannabis, atendiendo a tres factores principales (consecuencias físicas, consecuencias psicológicas y consecuencias sociales).

### *Cuestionario de problemas por consumo de cannabis para adolescentes*
### *CPQ-A – Cannabis Problems Questionnaire – Adolescents*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | CPQ-A: Martin et al. (2006)<br>CPQ-A-S: Proudfoot et al. (2010) | CPQ-A: Fernández-Artamendi et al. (2012a)<br>CPQ-A-S: Fernández-Artamendi et al. (2012b) | CPQ-A: 27<br>CPQ-A-S: 12 | Adolescentes | Evaluación global de problemas asociados al consumo de cannabis en adolescentes. |

El instrumento CPQ-A representa una escala útil para analizar de manera comprehensiva los distintos problemas asociados al consumo de cannabis desde una perspectiva biopsicosocial, y ha demostrado ser sensible a los efectos de las intervenciones (Fernández-Artamendi et al., 2014). Por su parte, el CPQ-A-S contiene 12 ítems y representa una versión recortada con el fin de detectar jóvenes consumidores de cannabis en riesgo. La versión en castellano de esta escala ha demostrado ser útil para la detección del consumo problemático de cannabis, especialmente acompañado de preocupación por el consumo, malestar psicológico y sintomatología psicopatológica (Fernández-Artamendi et al., 2012b).

## 4.4. Cocaína

### 4.4.1. *Aspectos básicos de la evaluación*

La cocaína es la sustancia ilegal más consumida después del cannabis en España (Plan Nacional sobre Drogas, 2021; 2022), pero también en otros países occidentales. Se trata de una sustancia de gran poder adictivo que en la mayoría de los casos conlleva asociados otros consumos, particularmente alcohol. Asimismo, el consumo de esta sustancia está asociado a la comorbilidad con otros trastornos psicológicos y psicopatológicos, tales como la depresión mayor y el trastorno de personalidad antisocial.

El DSM-5 (APA, 2013) incluye la adicción a la cocaína en el epígrafe de *Trastorno por consumo de estimulantes,* junto con otras sustancias anfetamínicas y estimulantes. Por tanto, se debe clasificar como un trastorno único con diferentes especificadores (sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante o un estimulante no especificado). El DSM-5 incluye los criterios diagnósticos para la *intoxicación por estimulantes* y el *síndrome de abstinencia de estimulantes,* tal como sigue a continuación.

#### Intoxicación por estimulantes (incluye cocaína)

*a*) Consumo reciente de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.
*b*) Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo, cambios en la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o rabia, comportamientos estereotipados, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante.
*c*) Dos o más de los siguientes signos o síntomas, que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante: 1) taquicardia o bradicardia; 2) dilatación pupilar; 3) tensión

arterial elevada o reducida; 4) sudación o escalofríos; 5) náuseas o vómitos; 6) pérdida de peso; 7) agitación o retraso psicomotores; 8) debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas, y 9) confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma.

*d*) Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

### Síndrome de abstinencia de estimulantes (incluye cocaína)

*a*) Cese (o reducción) de un consumo prolongado de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.

*b*) Humor disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen en el plazo de unas horas tras el criterio A: 1) fatiga; 2) sueños vívidos y desagradables; 3) insomnio o hipersomnia; 4) aumento del apetito, y 5) retraso o agitación psicomotores.

*c*) Los signos o síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

*d*) Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

La evaluación clínica de la adicción a la cocaína debe tener en cuenta varios aspectos relacionados con el consumo y la vida de la persona, que pueden ayudar a planificar el tratamiento y también a predecir el posible éxito de las intervenciones. Los aspectos fundamentales que se han de evaluar en este caso son los siguientes:

1. *Factores relacionados con la acción farmacológica de la cocaína.* Aquí se ha de evaluar la cantidad y frecuencia del

consumo de cocaína, así como la vía de administración y el grado de dependencia.

2. *Factores relacionados con la historia de consumo.* En este apartado se debe conocer cuándo realizó su primer consumo, cuánto tiempo lleva consumiendo, cuándo empezó a consumir de forma problemática, posibles variaciones en el patrón de consumo en distintas épocas vitales, períodos de abstinencia, problemas derivados del consumo, etc. La historia de consumo de otros familiares o allegados también es conveniente explorarla.
3. *Factores relacionados con determinantes socioculturales y sociodemográficos.* Aquí se incluyen aspectos básicos como la edad, sexo, estudios, lugar de residencia y actividad laboral. Además, deben recogerse aspectos socioculturales que tienen que ver con la presión y permisividad social en su entorno respecto al consumo de cocaína.
4. *Factores relacionados con la personalidad e historia de aprendizaje.* En el caso de la cocaína, se ha visto una relación importante entre la adicción y ciertos rasgos de personalidad antisocial, por lo que se ha de valorar su posible presencia. Respecto a la historia de aprendizaje se han de analizar las situaciones de consumo detalladamente, tratando de identificar estímulos que inducen, acompañan y mantienen el consumo. Aspectos tales como los lugares de consumo, las personas con las que se realiza la conducta de consumo, momento, emociones y pensamientos asociados al consumo de cocaína, efectos de la sustancia, consecuencias inmediatas del consumo y dedicación de tiempo, así como gasto económico, resultan relevantes.
5. *Factores relacionados con el tratamiento y la predicción de recaídas.* La motivación para el tratamiento, los intentos previos de cambio (con ayuda reglada o sin ella), situaciones de riesgo para el consumo o estrategias de afrontamiento, representan factores claves para el tratamiento y la prevención

de las recaídas. Otro aspecto que puede ayudarnos en la planificación de las estrategias terapéuticas es la evaluación del consumo de otras sustancias y la posible presencia de psicopatología asociada.

### 4.4.2. *Instrumentos de evaluación*

En general, se utilizarán los mismos procedimientos que en el resto de las evaluaciones de conductas adictivas, ya explicados anteriormente (autorregistros, observación, autoinformes y análisis fisiológicos —sobre todo análisis de orina—). Además, se han desarrollado algunos instrumentos genéricos, pero que se pueden utilizar para el consumo de cocaína, o bien específicos para la evaluación de las variables asociadas al consumo de esta sustancia.

*Escala de gravedad de la dependencia SDS – Severity of Dependence Scale*

| | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| Autoaplicado | Gossop et al. (1995) | González-Saiz y Salvador-Carulla (1998) | 5 | Adolescentes y adultos | Evaluación de la gravedad de la dependencia (en este caso, del consumo de cocaína). |

La SDS es un ejemplo de autoinforme destinado a la evaluación de forma dimensional del nivel de dependencia, aplicable a distintas sustancias, pero también al caso del consumo de cocaína. El usuario tiene que centrar su atención en un período reciente de tiempo de consumo que considere representativo de su historia adictiva actual. Se compone de cinco ítems que han mostrado gran utilidad clínica a la hora de analizar la relación existente entre la gravedad de la dependencia y variables como los años de evolución de la adicción, dosis diaria consumida y vía de administración.

*Cuestionario de situaciones de alto riesgo para el consumo de cocaína*
*CHRSQ – Cocaine High-Risk Situations Questionnaire*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Michalec et al. (1992) | No | 21 | Adultos | Evaluación de diferentes situaciones de riesgo relacionadas con el consumo de cocaína. |

Se trata de un autoinforme de 21 ítems cuyo objetivo es que la persona identifique cuáles son las situaciones en las que tendría más probabilidad de consumir. Este cuestionario se ha elaborado a partir de 233 situaciones asociadas frecuentemente al consumo de esta sustancia. El cuestionario final es el resultado de una combinación de procedimientos de análisis conductual (estudio de la frecuencia de ocurrencia de las diferentes situaciones y de su nivel de asociación con el consumo de cocaína) y psicométricos.

## 4.5. Otros instrumentos transversales de *screening*

Existen otros instrumentos de *screening* o cribado ampliamente utilizados para la evaluación de la adicción a diversas sustancias. A continuación, se incluye una descripción de los *procedimientos e instrumentos* más representativos y utilizados en la actualidad.

*Test de* screening *para el alcohol, tabaco y otras sustancias*
*ASSIST – The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

| Autoaplicado | Autores | Versión española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | WHO Assist Working Group (2002) | Organización Panamericana de la Salud (2011) | 8 preguntas | Adultos | Detección precoz y el tratamiento inicial de problemas relacionados con el consumo de sustancias. |

Este instrumento ha sido diseñado por la Organización Mundial de la Salud con el propósito de dotar a los profesionales de Atención Primaria de un recurso fiable para detectar el consumo problemático de alcohol, tabaco y otras sustancias (cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otras drogas). La prueba suministra información sobre los niveles de uso de cada sustancia, fundamentalmente en los últimos tres meses (aunque también proporciona información del consumo a lo largo de la vida). La puntuación del ASSIST permite clasificar a los usuarios en diferentes niveles de riesgo (bajo, moderado o alto) para recomendar, a continuación, el tratamiento más adecuado («no tratamiento, «intervención breve» o «derivación a un servicio especializado para la evaluación y el tratamiento»). Mediante este instrumento, el psicólogo puede identificar diferentes problemas relacionados con el consumo, siendo las más importantes el consumo regular, de alto riesgo o dependiente, la intoxicación aguda y las conductas asociadas con la inyección de sustancias (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

## *Test de* screening *de abuso de drogas DAST – Drug Abuse Screening Test*

| | Autores | Versión española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| Autoaplicado | Versión original: Skinner (1982)<br>Versión breve: Bohn et al. (1991) | Pérez Gálvez et al. (2010) | Versión original: 20<br>Versión breve: 10 | Adolescentes y adultos | Detección de abuso precoz de diferentes sustancias (excluyendo alcohol y tabaco). |

El DAST analiza las consecuencias del consumo de drogas en el último año. Incluye información acerca del consumo de diferentes sustancias (excluyendo alcohol y tabaco), tales como tranquilizantes, cannabis (marihuana, hachís), cocaína, heroína, estimulantes (*speed*) o alucinógenos (*Lysergic acid diethylamide,*

LSD). Existen dos versiones de 20 y 10 ítems, siendo sus datos de especificidad y sensibilidad bastante similares (Yudko et al., 2007). Pueden consultarse ambas versiones validadas en castellano en Pérez Gálvez et al. (2010), así como una versión adaptada para adolescentes en Gómez-Maqueo et al. (2009). Se utiliza comúnmente el DAST-10, estableciendo como punto de corte 3 o más puntos para considerar un diagnóstico de abuso de sustancias (Pérez Gálvez et al., 2010).

### *Test de* screening *de abuso de drogas – CRAFFT Abuse Screening Test*

| | Autores | Versión española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| Autoaplicado | Knight et al. (1999, 2002) | Rial et al. (2019) | 9 | Adolescentes y jóvenes adultos | Evaluación de problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas en población adolescente. |

El CRAFT es un instrumento compuesto por 9 ítems de respuesta dicotómica (sí/no), que ha sido desarrollado específicamente para evaluar los problemas derivados del uso de alcohol y otras drogas en adolescentes que acuden a la consulta médica. El nombre es un acrónimo de las seis preguntas de las que consta la prueba *(Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble)*. Es un instrumento bastante utilizado en Estados Unidos, siendo uno de los recomendados en la estrategia SBIRT *(Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment)* —ver http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt—, cuyo propósito es identificar, reducir y prevenir el uso problemático, abuso y dependencia del alcohol u otras drogas. La versión validada en población española puede consultarse en Rial et al. (2019).

## 5. EVALUACIÓN DE LAS ADICCIONES CONDUCTUALES

## 5.1. Adicción al juego con apuestas

Dentro de las conductas adictivas nos encontramos con la principal adicción sin sustancia, también denominada habitualmente «adicción comportamental»: la adicción a los juegos de apuestas o de azar (*gambling,* en inglés) o trastorno de juego (clásicamente denominado también juego patológico o ludopatía). A continuación se resumen las principales herramientas para la evaluación de los problemas asociados al juego. En el capítulo 19 de este manual se puede ver una descripción más exhaustiva y detallada del proceso y de los instrumentos de evaluación en los trastornos de juego con apuestas.

*Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks*
*SOGS – South Oaks Gambling Screen*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Lesieur y Blume (1987) Versión revisada SOGS-RA: Winters et al. (1993) | Echeburúa et al. (1994) SOGS-RA: Becoña (1997) | 20 | Adolescentes y adultos | Evaluar la posible adicción al juego. |

El SOGS (South Oaks Gambling Screen) es un instrumento de 20 ítems basado en los criterios diagnósticos de juego patológico de la tercera edición del DSM (DSM-III; APA, 1980). A pesar de ello, este cuestionario sigue siendo el más utilizado en la actualidad y ha demostrado una adecuada validez convergente con los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-5 (Esparza-Reig et al., 2021). Existe una versión validada en población española (Echeburúa et al., 1994) y una versión revisada denominada SOGS-RA (South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents; Winters et al., 1993) para población adolescente, también disponible en castellano (Becoña, 1997).

*Screening para problemas de juego patológico de NORC*
*NORC– National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Gerstein et al. (1999) | Becoña (2004) | 17 | Adultos | Evaluar la posible adicción al juego. |

El NODS es un instrumento de 17 ítems basado en los diez criterios diagnósticos de juego patológico de la cuarta edición del DSM (DSM-IV; APA, 1994). Este cuestionario es más restrictivo que el SOGS, y presenta una alta sensibilidad y especificidad (Becoña, 2004). El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, categorizando a los individuos en jugadores de bajo riesgo (NODS = 0), jugadores en riesgo (NODS = 1-2), jugadores problema (NODS = 3-4) y jugadores patológicos (NODS ≥ 5). Existe una versión corta del NODS (Volberg et al., 2011), aunque no ha sido validada en población española.

*Screening biosocial breve de juego patológico*
*BBGS – Brief Biosocial Gambling Screen*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Gebauer et al. (2010) | No | 3 | Adultos | Evaluar la posible adicción al juego. |

El BBGS es un instrumento breve de 3 ítems basado en los criterios diagnósticos de juego patológico de la cuarta edición del DSM-IV-TR (DSM-IV-TR; APA, 2000). Este cuestionario no tiene una validación española, aunque presenta una elevada sensibilidad (0,96) y especificidad (0,99) para ser una escala tan breve (Gebauer et al., 2010). Puede accederse al instrumento desde esta web:

https://www.divisiononaddiction.org/outreach-resources/gdsd/toolkit/bbgs/.

## 5.2. Otras adicciones conductuales

La mayoría de las herramientas de evaluación en adicciones comportamentales están destinadas a evaluar el *gambling* o trastorno de juego. No obstante, en los últimos años, debido a los desarrollos tecnológicos, han ido apareciendo otras conductas de potencial carácter adictivo como el uso de videojuegos, Internet y teléfonos móviles. A excepción del caso de los videojuegos, contemplado como conducta adictiva por la CIE-11 (OMS, 2019), el resto de las conductas no son consideradas adicciones por estos manuales. Además, y como se ha abordado en el capítulo 1 de este manual, algunas de estas conductas no presentan una clara correspondencia con las características de una conducta adictiva y, por tanto, no son necesariamente consideradas como tal. Este es el caso del uso de Internet, el teléfono móvil o las redes sociales (por ejemplo, Perales et al., 2020), pero también de conductas como el ejercicio, las compras o el sexo. Independientemente de este debate conceptual, existen diversas herramientas que nos permiten evaluar el uso problemático y abuso de internet, el teléfono móvil o los videojuegos. A continuación, se describen algunos de estos instrumentos de evaluación más utilizados.

*Escala de adicción a los videojuegos para adolescentes*
*GASA – Game Addiction Scale for Adolescents*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Lemmens et al. (2009) | Lloret Irles et al. (2018) | 7 | Adolescentes | Evaluar la posible adicción a los videojuegos. |

El GASA es un instrumento que adaptó 7 criterios diagnósticos (saliencia, tolerancia, emoción, abstinencia, recaídas, conflictividad y problemas) para el juego patológico al uso de los videojuegos. La escala compuesta por 7 ítems presenta una adecuada fiabilidad y es válida para la evaluación de la conducta problemática del uso de videojuegos (Lloret Irles et al., 2018).

### *Test de trastornos de juego en Internet*
### *IGD-20 – Internet Gaming Disorder-20 Test*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Pontes et al. (2014) | Fuster et al. (2016)<br>IGDS9-SF: Sánchez-Iglesias et al. (2020) | 20<br>9 | Adolescentes y adultos | Evaluar la posible adicción a los videojuegos. |

El IGD-20 es un instrumento con 20 ítems basado en los criterios diagnósticos de la quinta edición del DSM (DSM-5; APA, 2013) y los componentes de la adicción establecido por Griffiths (2005). Este cuestionario, que evalúa tanto el uso de videojuegos en modalidad *online* como *offline,* presenta una adecuada fiabilidad y validez. Sus puntuaciones oscilan entre 20 y 100, sugiriendo un punto de corte de 75 para detectar jugadores de videojuego con alto riesgo (Fuster et al., 2016). Hay disponible una versión corta de 9 ítems que sigue mostrando buenas propiedades psicométricas (Sánchez-Iglesias et al., 2020).

### *Escala de Uso Compulsivo de Internet*
### *CIUS – Compulsive Internet Use Scale*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Meerkerk et al. (2009) | Sarmiento et al. (2021) | 14 | Adolescentes y adultos | Evaluar problemas asociados al uso de Internet. |

El CIUS es un instrumento con 14 ítems que está basado los criterios diagnósticos de juego patológico de la cuarta edición del DSM (DSM-IV; APA, 1994). Esta escala presenta unas propiedades psicométricas excelentes (Sarmiento et al., 2021) y solamente está compuesta por un factor.

### *Test de adicción a Internet*
### *IAT – Internet Addiction Test*

| Autoaplicado | Autores | Validación española | N.º de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Young (1998) | Puerta-Cortés y Carbonell (2013) | 20 | Adolescentes y adultos | Evaluar problemas asociados al uso de Internet. |

El IAT es un instrumento con 20 ítems ampliamente utilizado que presenta unas buenas propiedades psicométricas (Puerta-Cortés y Carbonell, 2013). Las puntuaciones del test oscilan entre 20 y 100, indicando control en el uso de internet (IAT = 20-49), problemas frecuentes en el uso de internet (IAT = 50-79) y problemas significativos en la vida debido al uso de internet (IAT ≥ 80).

### *Cuestionario de experiencias relacionadas con Internet (CERI) CERI*

| Cuestionario | Autores | Nº de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|
| | Beranuy et al. (2009) | 20 | Adolescentes y adultos jóvenes | Evaluar problemas asociados al uso de Internet. |

El CERI es un instrumento con 10 ítems, basado en el cuestionario PRI (De Gracia et al., 2002), que evalúa problemas relacionados con el uso de internet. Este cuestionario evalúa dos factores: conflictos intra e interpersonales relacionados con el uso de internet. Respecto a las propiedades psicométricas, el CERI parece presentar una aceptable fiabilidad y validez (Beranuy et al., 2009).

*Cuestionario de experiencias relacionadas con el móvil (CERM)*

| Cuestionario | Autores | Nº de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|
| | Beranuy et al. (2009) | 10 | Adolescentes y adultos jóvenes | Evaluar problemas asociados al uso del móvil. |

El CERM es un instrumento con 10 ítems publicado por los mismos autores del CERI (Beranuy et al., 2009) que evalúa los problemas relacionados con el uso del teléfono móvil. Este cuestionario evalúa dos factores: conflictos y uso comunicacional y emocional del móvil. Respecto a las propiedades psicométricas, el CERI parece presentar una aceptable fiabilidad y validez (Beranuy et al., 2009).

*Escala de adicción al* smartphone *– Versión corta*
*SAS-SV – Smartphone Addiction Scale – Short Version*

| Cuestionario | Autores | Validación española | Nº de ítems | Población destinataria | Objetivo |
|---|---|---|---|---|---|
| | Kwon et al. (2013) | López-Fernández (2017) | 10 | Adolescentes y adultos | Evaluar problemas asociados al uso de móviles. |

El SAS-SV es un instrumento con 10 ítems que evalúa los problemas relacionados con el uso de móviles. Esta escala presenta unas buenas propiedades psicométricas (López-Fernández, 2017). Sus puntuaciones oscilan entre 10 y 60, sugiriendo un punto de corte de 32 para el uso problemático del móvil (Kwon et al., 2013).

## 6. OTRAS VARIABLES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

### 6.1. Motivación para el cambio

Como se ha podido comprobar, existen numerosos cuestionarios que exploran los principales problemas asociados a las adicciones a distintas sustancias y conductas, a saber: patrón y gravedad de

consumo, situaciones de riesgo, conductas de afrontamiento, consecuencias psicosociales y para la salud, estilos y procesos cognitivos, etc. Además de estas áreas, uno de los aspectos principales en el proceso de evaluación psicológica de las conductas adictivas es la motivación para el cambio, incluyendo los estadios y los procesos de cambio de la persona.

La evaluación de la *motivación para el cambio* es importante sobre todo debido al gran número de usuarios que abandonan el tratamiento en las primeras fases de información. El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1982) y el enfoque de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (2013) constituyen el principal marco teórico para la comprensión de la motivación para el cambio y para su evaluación. En la tabla 6.4 se recogen los instrumentos más importantes que evalúan la motivación para el cambio, así como los cuestionarios diseñados para evaluar los procesos de «autocambio». La información aportada por los instrumentos detallados en la tabla 6.4 facilita al profesional el diseño del proceso de intervención, al conocer el estadio de cambio en el que se encuentra la persona y, por tanto, hacia qué otro estadio debe evolucionar (Becoña y Cortés, 2011).

TABLA 6.4

*Procedimientos que evalúan motivación, procesos o niveles de cambio en personas con trastorno por uso de sustancias y severidad del problema*

| | |
|---|---|
| **Motivación** | *a*) *Circumstance, Motivation, Readiness and Suitability for Therapeutic Community Treatment, CMRS* Circunstancia, Motivación, Disposición e Idoneidad respecto al Tratamiento en Comunidad Terapéutica (De Leon y Jainchill, 1986).<br>*b*) Balance Decisional para Adictos a la Heroína, BD-AH (Tejero et al., 1993).<br>*c*) *Cocaine Reasons for Quitting, CRFQ* - Escala de Motivos para Abandonar el Consumo de Cocaína (McBride et al., 1994).<br>*d*) Hoja de Balance de la Decisión de Jannis (1987) y la Matriz de Decisiones (Marlatt, 1985). |

| | |
|---|---|
| | e) *Motivational Checklist, MC* - Lista de Motivaciones (Powell et al., 1992). |
| **Procesos y niveles de cambio** | a) Inventario de Procesos de Cambio para Adictos a la Heroína, IPC-AH (Trujols et al., 1997).<br>b) *Processes of Change Questionnaire, PCQ* - Cuestionario de Procesos de Cambio para Adictos a la Cocaína (Martin et al., 1992).<br>c) *The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)* - Los estadios de motivación para el cambio y la escala de deseo de ir a tratamiento (Miller y Tonigan, 1996).<br>d) *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)* - Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (McConnaughy et al., 1989). |

## 6.2. Prevención de recaídas

El área de la evaluación de las situaciones de riesgo, de las conductas de afrontamiento y de la autoeficacia es crucial dentro de las estrategias de prevención de recaídas (PR). Un aspecto esencial de los programas de PR es la identificación de las situaciones de alto riesgo y la valoración de las estrategias que utilizan los usuarios en esas situaciones. Tal y como ocurre en los procesos de recaída en el consumo de drogas, a lo largo del tiempo de recuperación de un individuo ocurren diversas situaciones de alto riesgo que, en el caso de que el individuo carezca de estrategias de afrontamiento adecuadas y eficaces, podrían facilitar, de nuevo, el desencadenamiento de la conducta adictiva. De acuerdo con este planteamiento, resulta evidente la necesidad de evaluar estos factores (situaciones de riesgo, habilidades para reconocer tales situaciones y habilidades de afrontamiento), debido a la importancia que tienen para el mantenimiento de la abstinencia. En la tabla 6.5 se recogen los instrumentos de evaluación más utilizados en esta área.

TABLA 6.5

*Cuestionarios de evaluación en prevención de recaídas (PR)*

| | Situaciones de riesgo | Habilidades de afrontamiento | Autoeficacia |
|---|---|---|---|
| **Alcohol** | *Relapse Precipitants Inventory, RPI* – Inventario de situaciones precipitantes de recaída (Litman et al., 1983b). | *Coping Behaviours Inventory, CBI* – Inventario de conductas de afrontamiento (Litman et al., 1983a). | *Situational Confidence Questionnaire, SCQ* – Cuestionario de seguridad situacional (Annis, 1982). |
| **Tabaco** | *Relapse Debriefing Form* – Formulario de situaciones de recaída (Shiffman et al., 1985). | *Coping With Temptation Inventory, CWTI* – Inventario de afrontamiento a tentaciones (Shiffman, 1988). | *The Confidence Questionnaire* – Escala de confianza en situaciones de fumar (Condiotte y Lichtenstein, 1981). |
| **Otras drogas ilegales** | *Inventory of Drug-taking Situations, IDTS* – Inventario de situaciones de consumo de drogas (Annis, 1985). | | *Drug-Taking Confidence Questionnaire, DTCQ* – Cuestionario de Confianza de Consumo de Drogas (Annis y Martin, 1985).<br>*Situational Confidence Questionnaire for Heroin Users, SCQH* – Cuestionario de Seguridad Situacional para Consumidores de Heroína (Barber et al., 1991). |

FUENTE: adaptado de Secades-Villa et al. (1998).

## 6.3. Otras variables cognitivas

Por último, la evaluación de determinados estilos, procesos o trastornos cognitivos puede tener importantes implicaciones para el tratamiento, bien porque sean condiciones para el consumo, o bien debido a que su presencia puede dificultar el seguimiento de un determinado tipo de tratamiento.

En este apartado encontramos en primer lugar el concepto de autoeficacia, que ha generado un cierto número de instrumentos de evaluación, tal y como puede verse en la tabla 6.5, o los de dependencia de campo, aumento del estímulo *(stimulus augmentation)* o del estilo atribucional, menos incorporados todavía a la práctica de la evaluación clínica en las adicciones (Tarter, 2005). También, dentro de este apartado de la evaluación cognitiva, se encuentra la evaluación neuropsicológica, un ámbito que ha tenido un gran desarrollo en los últimos años, dado el número cada vez mayor de investigaciones que apunta a la relación entre las alteraciones de este tipo y la eficacia del tratamiento o el pronóstico de los trastornos adictivos. En el capítulo 9 de este manual se realiza un análisis exhaustivo de los instrumentos y procedimientos de la evaluación neuropsicológica en el ámbito de las adicciones. La evaluación neuropsicológica cobra un especial interés en la rehabilitación, donde alteraciones sustanciales de los procesos de memoria, atención, lenguaje o concentración, que se pueden dar como secuelas al consumo crónico de sustancias como el alcohol, pueden jugar un papel determinante en los planes de tratamiento y en las posibilidades del individuo para reintegrarse a un contexto normalizado. La evaluación neuropsicológica en el ámbito de las adicciones será también particularmente relevante para el diseño de los programas de rehabilitación neuropsicológica de las personas con adicción.

## 6.4. Psicopatología asociada

Desde el modelo biopsicosocial se entiende que los problemas adictivos surgen como consecuencia de un proceso interactivo de factores biológicos, psicológicos y sociales. Además, la conducta adictiva tiene habitualmente una función específica para cada individuo, así como unas consecuencias psicosociales, que pueden incluir los problemas de salud mental. Es frecuente que la presencia de un problema o trastorno adictivo coexista con la sintomatología

propia de otro problema o trastorno psicológico, lo que desde modelos más biomédicos se ha denominado «patología» o diagnóstico dual (Fernández Miranda et al., 2018; Santucci, 2012). Desde este modelo de «patología dual», se entiende que ambos diagnósticos representan entidades primarias e independientes a nivel etiológico (Marquez-Arrico y Adan, 2013), que pueden desarrollarse como consecuencia uno del otro, o bien por factores etiológicos comunes. Además, la comorbilidad implica interacciones entre los dos fenómenos que afectarán el curso y pronóstico de ambos (National Institute on Drug Abuse, 2018; Santucci, 2012; Ross y Peselow, 2012). Desde un modelo biopsicosocial, se entenderá que la presencia de la conducta adictiva, junto con otros problemas de salud mental, no constituye la existencia de «entidades clínicas» diferentes o independientes, sino que diversos factores causales, factores mantenedores o las consecuencias de la conducta adictiva serán síntomas o problemas de salud mental específicos, al mismo tiempo que la conducta adictiva puede constituir un mecanismo de afrontamiento o gestión del malestar psicológico, o una consecuencia directa o indirecta del consumo.

Los principales problemas de salud mental asociados a las conductas adictivas son los trastornos de ansiedad, depresión, trastornos psicóticos y el trastorno de estrés postraumático, entre otros (por ej., consultar Berenz y Coffey, 2012; Conner et al., 2009; Fernández Miranda et al., 2018; Garey et al., 2020; Hartz et al., 2014; Kearns et al., 2018; Piper et al., 2011; Secades-Villa et al., 2017; Tidey y Miller, 2015). La literatura previa también ha indicado la relación entre la presencia de diferentes trastornos de personalidad (TP) y las conductas adictivas, destacando, por ejemplo, el TP límite y TP antisocial (Helle et al., 2019; Trull et al., 2018). En general, algunos estudios indican que la mitad de las personas que a lo largo de su vida desarrollan algún tipo de trastorno mental, también cumplen los criterios para un trastorno por uso de sustancias (y viceversa; Kelly y Daley, 2013; National Institute on Drug Abuse, 2018; Ross y Peselow, 2012). Estas tasas

de comorbilidad son elevadas no solo para adultos, sino también para adolescentes, quienes presentan principalmente depresión o ansiedad asociadas al uso problemático de drogas (Fernández-Artamendi et al., 2021; National Institute on Drug Abuse, 2018; Santucci, 2012).

En los últimos años, el enfoque tradicional de evaluación psicológica, de acuerdo con los sistemas tradicionales de clasificación diagnóstica (DSM-5, CIE-11), está dando paso a la evaluación de diferentes factores de vulnerabilidad transdiagnóstica que están presentes en diferentes problemáticas y trastornos psicológicos. Bajo este enfoque novedoso, diferentes estudios han señalado que ciertas variables de transdiagnóstico se relacionan con un incremento de la probabilidad de consumo de diferentes sustancias, así como de la gravedad de la adicción, siendo algunos de los ejemplos más destacados las elevadas puntuaciones de sensibilidad a la ansiedad (p. ej., Leventhal y Zvolensky, 2015; López-Núñez et al., 2021; Zvolensky et al., 2014), anhedonia (p. ej., Garfield et al., 2014) o inflexibilidad psicológica (p. ej., Luoma et al., 2020), entre otros. Cabe mencionar que otras variables psicológicas han sido tradicionalmente relacionadas con el aumento del consumo de sustancias, tales como la percepción de aislamiento social o soledad (p. ej., Canham et al., 2016; Segrin et al., 2018) o incluso estrés psicológico (p. ej., Moitra et al., 2013; Rice y Van Arsdale, 2010).

En conclusión, resulta imprescindible evaluar conjuntamente tanto las conductas adictivas como los problemas de salud mental, dado que se debe categorizar la relación temporal entre la aparición de tales problemas psicológicos y la conducta adictiva, así como su persistencia (o ausencia de síntomas) tras el cese del consumo (Becoña y Cortés, 2011). De esta forma, el clínico podrá establecer la cronología de ambos trastornos y también evitar su confusión con los síntomas propios de una intoxicación o síndrome de abstinencia (Becoña y Cortés, 2011). En general, resulta complejo evaluar la interrelación entre el problema adictivo y de salud mental (Marquez-

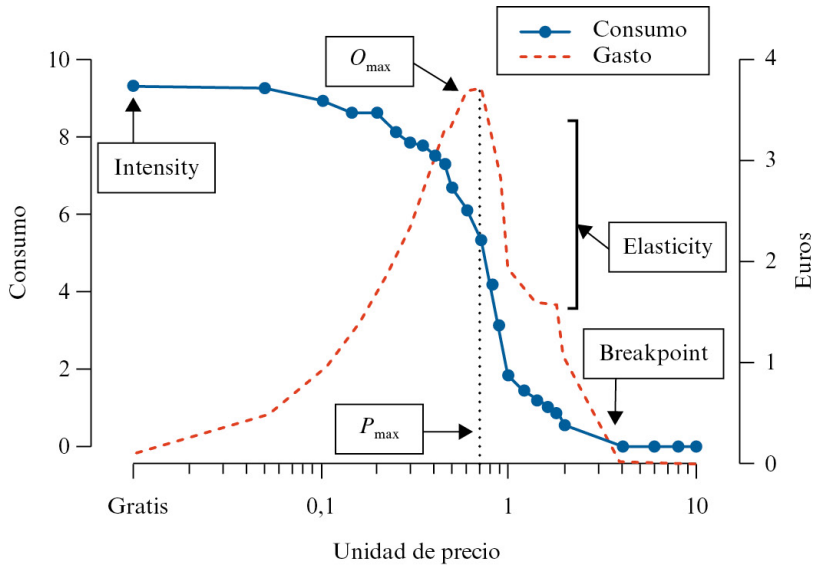
Arrico y Adan, 2013; Torrens et al., 2011), por lo que supondrá un esfuerzo adicional por parte del clínico en el proceso de evaluación. Detectar tales casos desde un primer momento es crucial, dado que las personas que presentan esta comorbilidad tendrán un peor pronóstico en cuanto a la obtención de resultados positivos en el tratamiento, así como una mayor afectación a nivel psicosocial, aumento del riesgo de suicidio y mayores probabilidades de recaída a largo plazo (Fernández Miranda et al., 2018; Valderas et al., 2009). Por tanto, la detección de la posible comorbilidad es importante para el diseño del tratamiento posterior que, deseablemente, deberá focalizarse en el abordaje de todos los problemas clínicos de manera conjunta (National Institute on Drug Abuse, 2018).

## 6.5. Tareas conductuales y de demanda de sustancias

Existen algunas pruebas de evaluación que, aunque no son específicas del campo de las adicciones, han demostrado una gran importancia tanto en la predicción de los resultados del tratamiento como en la predicción de fenómenos clínicos como la recaída. Algunas de ellas son las denominadas *tareas conductuales,* que han sido desarrolladas a partir del modelo de la patología del refuerzo descrito en el capítulo 3 de este manual. Estas tareas tratan de evaluar cómo una persona se comportaría, de hecho, ante una situación concreta, lo que otorga una mayor objetividad a este tipo de procedimientos de evaluación en comparación con los autoinformes (Dislich et al., 2010; Fast y Funder, 2008). En la actualidad, hay varias medidas conductuales que evalúan algunos constructos que están relacionados con el uso de drogas (por ejemplo, tareas de drogas de *Stroop, Go-No Go,* etc.). No obstante, un gran volumen de investigaciones se ha centrado en tareas conductuales que evalúan la impulsividad, en especial a través de la toma de decisiones impulsiva y la toma de riesgos. En la toma de decisiones impulsiva, la tarea más utilizada es la tarea de descuento por demora (DD) (denominado en inglés *delay discounting;* Kirby y

Maraković, 1996; Kirby et al., 1999). Esta tarea proporciona indicadores que describen cómo los reforzadores pierden valor a medida que se incrementa el tiempo para su obtención. Cuanto mayor sea la velocidad con la que los reforzadores demorados pierden valor, mayor será la toma de decisiones, impulsiva. Además del descuento por demora, hay otras tareas que evalúan la toma de decisiones, como el juego de azar de Iowa (*Iowa Gambling Task;* Bechara, 2008; Bechara et al., 1994). Respecto de la toma de riesgos, la prueba de referencia es el globo análogo de tareas de riesgo (*Balloon Analogue Risk Task;* Lejuez et al., 2002). Esta tarea evalúa las conductas de riesgo, proponiendo una situación en la que tomar algunos riesgos es recompensado hasta un punto en el que asumir un mayor riesgo proporciona peores resultados.

Adicionalmente, en los últimos años se han desarrollado una serie de pruebas que evalúan la demanda de varias sustancias adictivas (Bickel et al., 2014). En este contexto, la demanda se puede definir como el valor que se le otorga a un reforzador (por ej., cocaína) a través de la relación entre su coste (i. e., coste en esfuerzo, dinero o tiempo) y su consumo. En los últimos años se ha utilizado la curva de demanda para evaluar este constructo (figura 6.1), y a través de ella se obtienen varios indicadores tales como: la intensidad de la demanda (es decir, consumo de ese reforzador a un mínimo coste o gratuito), el $O_{max}$ (es decir, gasto máximo realizado para consumir el reforzador), $P_{max}$ (es decir, coste asociado al gasto máximo realizado), punto de ruptura (precio en el que el consumo del reforzador se interrumpe) y la elasticidad de la demanda (es decir, sensibilidad del cambio en el consumo del reforzador como resultado del incremento en su coste). En la actualidad existen tareas que evalúan la demanda de tabaco (MacKillop et al., 2008), alcohol (Murphy y Mackillop, 2006), marihuana (Aston et al., 2015), cocaína (Bruner y Johnson, 2014) y opioides (Strickland et al., 2019).




En el eje de abscisas izquierdo se representa la cantidad de consumo de una sustancia (p. ej., número de cigarrillos diarios), en el eje de ordenadas se representa el coste de cada unidad de consumo (p. ej., el precio de cada cigarrillo), y en el eje de abscisas derecho se representa el coste como resultado del consumo de una sustancia a cada uno de los precios.

Figura 6.1.—Curva de demanda e índices de demanda.

Tanto las tareas conductuales que evalúan la impulsividad (especialmente el DD) como las tareas de demanda se relacionan con la cantidad consumida de la sustancia y la gravedad de la dependencia (Amlung et al., 2017; González-Roz et al., 2019; Lejuez et al., 2002; Zvorsky et al., 2019), los resultados de los tratamientos (Carroll et al., 2011; Harvanko et al., 2019; MacKillop et al., 2016; Miglin et al., 2017; Schwartz et al., Secades-Villa et al., 2016; 2021; Yoon et al., 2020; Zvorsky et al., 2019) y la probabilidad de recaer tras haber conseguido la abstinencia (García-Pérez et al., 2021; Sheffer et al., 2014; Taymoori y Pashaei, 2016). Por todo ello, estas tareas son altamente útiles desde un punto de vista clínico, ya que nos proporcionan información crucial sobre la gravedad del perfil de la adicción, y por tanto nos permitirá ajustar la intensidad y duración de los tratamientos. Una crítica que se puede hacer a estas tareas es que frecuentemente se utilizan supuestos hipotéticos para medir estos constructos. No obstante, parece que tanto si usamos tareas basadas en situaciones hipotéticas como en situaciones reales, se llega al mismo tipo de conclusiones (Johnson y Bickel, 2002; Wilson et al., 2016).

## 7. CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo hemos tratado de realizar una exhaustiva revisión de las principales metodologías de autoinforme para la evaluación psicológica de las conductas adictivas, incluyendo tanto los cuestionarios como las entrevistas diagnósticas y clínicas más utilizados. Los principios que han guiado la selección de las herramientas de evaluación tienen que ver, por un lado, con el análisis de la mayor fiabilidad y validez psicométrica posibles según las evidencias empíricas y, por otro lado, con la frecuencia de uso de tales instrumentos por parte de la comunidad científica en el ámbito de las adicciones, teniendo en cuenta además su amplio apoyo internacional. Asimismo, hemos procurado seleccionar prioritariamente aquellas herramientas de las que disponemos de validación en el idioma español y cuyas propiedades psicométricas hayan sido estudiadas en población española. Afortunadamente, en los últimos años hemos asistido a un enorme desarrollo de herramientas de evaluación, sobre todo en el mundo anglosajón, que nos permiten hoy disponer de instrumentos específicos para la evaluación de multiplicidad de factores relacionados directa o indirectamente con las conductas adictivas.

El uso de herramientas psicométricamente validadas es un principio irrenunciable en el proceso de evaluación. Los procedimientos de creación y validación de estas herramientas son altamente complejos a nivel teórico y psicométrico, con el objetivo de maximizar su precisión en la obtención de información, así como la eficacia y eficiencia del proceso de evaluación. El uso de herramientas de creación propia, o sin una adecuada validación, supone un riesgo para el proceso de obtención de información, dado que no se puede garantizar que la información proporcionada por el/la usuario/a sea efectivamente la que se desea obtener, corresponda fielmente con el constructo que estamos deseando evaluar, o no esté contaminada por factores que no hemos tenido en cuenta. Es por ello que estos instrumentos serán la garantía

principal de que la información obtenida es fiable y exhaustiva, minimizando los riesgos de recabar información imprecisa o de consumir el tiempo de los/as usuarios/as con pruebas poco eficientes. No obstante, la utilización de estas herramientas podrá y deberá ser complementada con la obtención de información por otras vías como la entrevista abierta, las pruebas bioquímicas, la observación, y los registros y autorregistros revisados en el resto de los capítulos del presente manual, destinados a la evaluación comprehensiva de las conductas adictivas.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Fernández Ballesteros, R. (dir.) (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2.ª ed.). Editorial Pirámide.

Fernández-Artamendi, S. (2021). Herramientas de evaluación para consumidores de cannabis. En M. Isorna Folgar, V. Villanueva Blasco y A. Rial Boubeta, *Cannabis: evidencia científica vs. Controversia social* (pp. 115-136). Dykinson, S. L.

Pereiro Gómez y Fernández Miranda, J. J. (coords.) (2018). *Guía de adicciones para especialistas en adicción*. Socidrogalcohol.


---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Adamson, S. J. y Sellman, D. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review, 22,* 309-315.

Adamson, S. J., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Thornton, L., Kelly, B. J. y Sellman, J. D. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence, 110*(1-2), 137-143.

Alexander, D. E. y Leung, P. (2004). The Marijuana Screening Inventory (MSI-X): Reliability, Factor Structure, and Scoring Criteria with a Clinical Sample. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*(2), 321-351.

Alonso Suárez, M. y García González, R. (2002). Adaptación española del inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI) en dependientes del alcohol. *Psicología Conductual, 10*(2), 329-342.

Álvarez González, F. J. y del Río Gracia, C. (2003). Farmacología del alcohol. En E. García Usieto, S. Mendieta Caviedes, G. Cervera Martínez y J. R. Fernández Hermida (eds.),

*Manual SET de Alcoholismo*. Editorial Médica Panamericana S. A.
American Psychiatry Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
American Psychiatry Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision). American Psychiatric Association.
American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
Amlung, M., Vedelago, L., Acker, J., Balodis, I. y MacKillop, J. (2017). Steep delay discounting and addictive behavior: A meta-analysis of continuous associations. *Addiction, 112*(1), 51-62.
Annis, H. M. (1982). *Situational Confidence Questionnaire*. Addiction Research Foundation.
Annis, H. M. (1984). *Situational Confidence Questionnaire, short form.* Addiction Research Foundation.
Annis, H. M. (1985). *Inventory of Drug-Taking Situations*. Addiction Research Foundation.
Annis, H. M. y Martin, G. (1985). *Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Addiction Research Foundation.
Aston, E. R., Metrik, J. y MacKillop, J. (2015). Further validation of a marijuana purchase task. *Drug and Alcohol Dependence, 152,* 32-38.
Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. y Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care (Second Edition).* World Health Organization.
Baer, J. S. y Lichtenstein, E. (1988). Cognitive assessment in smoking cessation. En D. M. Donovan y G. A. Marlatt (eds.), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 189-213). Guildford Press.
Barber, J. G., Cooper, B. K. y Heather, N. (1991). The Situational Confidence Questionnaire (Heroin). *International Journal of the Addictions, 26*(5), 565-575.
Bechara, A. (2008). *Iowa Gambling Task Professional Manual.* Psychological Assessment Resources.
Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H. y Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition, 50*(1-3), 7-15.
Becoña, E. (1997). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychological Reports, 81*(1), 275-287.
Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones, 16*(3), 173-184.
Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* Socidrogalcohol.
Becoña, E., Frojan, M. J. y Lista, M. J. (1988). Comparison between two self-efficacy scales in maintenance of smoking cessation. *Psychological Reports, 62*(2), 359-362.
Beranuy, M., Chamarro, A., Graner, C. y Carbonell-Sánchez, X. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso del móvil. *Psicothema, 21*(3), 480-485.
Berenz, E. C. y Coffey, S. F. (2012). Treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Current Psychiatry Reports, 14*(5), 469-477.

Bickel, W. K., Johnson, M. W., Koffarnus, M. N., MacKillop, J. y Murphy, J. G. (2014). The Behavioral Economics of Substance Use Disorders: reinforcement pathologies and their repair. *Annual Review of Clinical Psychology, 10,* 641-677.

Bobes, J., García, M. P., Sáiz, P. A. y Bousoño, M. (1996). Índice Europeo de Severidad de la Adicción. Versión española. *Libro de Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatria,* 201-218.

Bohn, M. J., Babor, T. y Kranzler, H. R. (1991). Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in inpatient substance abusers. *Problems of Drug Dependence, 119,* 233-235.

Bradley, K. A., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Frank, D. y Kivlahan, D. R. (2007). AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*(7), 1208-1217.

Bruner, N. R. y Johnson, M. W. (2014). Demand curves for hypothetical cocaine in cocaine-dependent individuals. *Psychopharmacology, 231*(5), 889-897.

Budney, A. J., Hughes, J. R., Moore, B. A. y Vandrey, R. (2004). Review of the Validity and Significance of Cannabis Withdrawal Syndrome. *American Journal of Psychiatry, 161*(11), 1967-1976.

Campeny, E., López-Pelayo, H., Nutt, D., Blithikioti, C., Oliveras, C., Nuño, L., Maldonado, R., Flórez, G., Arias, F., Fernández-Artamendi, S., Villalbí, J. R., Sellarès, J., Ballbè, M., Rehm, J., Balcells-Olivero, M. M. y Gual, A. (2020). The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms. *European Neuropsychopharmacology, 33,* 1-35.

Canham, S., Mauro, P. M., Kaufmann, C. N. y Sixsmith, A. (2016). Association of Alcohol Use and Loneliness Frequency Among Middle-Aged and Older Adult Drinkers. *Journal of Aging and Health, 28*(2), 267-284.

Carbia, C., Corral, M., Caamaño-Isorna, F. y Cadaveira, F. (2020). Emotional memory bias in binge drinking women. *Drug and Alcohol Dependence, 209,* 107888.

Carroll, K. M., Kiluk, B. D., Nich, C., Babuscio, T. A., Brewer, J. A., Potenza, M. N., Ball, S. A., Martino, S., Rounsaville, B. J. y Lejuez, C. W. (2011). Cognitive function and treatment response in a randomized clinical trial of computer-based training in cognitive-behavioral therapy. *Substance Use & Misuse, 46*(1), 23-34.

Casajuana, C., Balcells-Oliveró, M. M., López-Pelayo, H., Miguel, L., Teixidó, L., Colom, J., Nutt, D. J., Rehm, J. y Gual, A. (2017). The Standard Joint Unit. *Drug and Alcohol Dependence, 176,* 109-116.

Casajuana, C., López-Pelayo, H., Miquel, L., Balcells-Oliveró, M. M., Colom, J. y Gual, A. (2018). Quantitative criteria to screen for Cannabis Use Disorder. *European Addiction Research, 24*(3), 109-117.

Condiotte, M. M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cesation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(5), 648-658.

Conner, K. R., Pinquart, M. y Gamble, S. A. (2009). Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*(2), 127-137.

Contel, M., Gual, A. y Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones, 11*(4), 337-347.

Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P. y Swift, W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: Factor structure, reliability, and validity. *Drug and Alcohol Dependence, 80*(3), 313-319.

De Gracia, M., Vigo, M., Fernández Pérez, M. J. y Marco, M. (2002). Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet: un estudio exploratorio. *Anales de Psicología, 18*(2), 273-292.

De Leon, G. y Jainchill, N. (1986). Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs, 18*(3), 203-208.

Díaz, R., Castro-Fornieles, J., Serrano, L., Gonzalez, L., Calvo, R., Goti, J., Kaminer, Y. y Gual, A. (2008). Clinical and research utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index (T-ASI). *Addictive Behaviors, 33*(1), 188-195.

Dislich, F. X., Zinkernagel, A., Ortner, T. M. y Schmitt, M. (2010). Convergence of direct, indirect, and objective risk-taking measures in gambling. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology, 218*(1), 20-27.

Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta, 20*(74), 769-791.

Esparza-Reig, J., Guillén-Riquelme, A., Martí-Vilar, M. y González-Sala, F. (2021). A reliability generalization meta-analysis of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Psicothema, 33*(3), 490-499.

Etter, J. F., Bergman, M. M. y Perneger, T. V. (2000). On quitting smoking: development of two scales measuring the use of self-change strategies in current and former smokers (SCS-CS and SCS-FS). *Addictive Behaviors, 25*(4), 523-538.

Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. *Journal of American Medical Association, 252*(14), 1905-1907.

Fast, L. A. y Funder, D. C. (2008). Personality as manifest in word use: correlations with self-report, acquaintance report, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*(2), 334-346.

Fernández-Artamendi, S. (2021). Herramientas de evaluación para consumidores de cannabis. En M. Isorna Folgar, V. Villanueva Blasco y A. Rial Boubeta, *Cannabis: evidencia científica vs. Controversia social* (pp. 115-136). Dykinson, S. L.

Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., García-Cueto, E., Secades-Villa, R., García-Fernández, G. y Barrial-Barbén, S. (2012). Adaptación y validación española del Adolescent-Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A). *Adicciones, 24*(1), 41-50.

Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Godley, M. D. y Secades-Villa, R. (2014). Evidence-based treatments for adolescents with cannabis use disorders in the Spanish Public Health System. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14,* 186-194.

Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Muñiz-Fernández, J., Secades-Villa, R. y García-Fernández, G. (2012). Screening of Cannabis-related Problems among Youth: The CPQ-A-S and CAST Questionnaires. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 7*(1), 13.

Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R. y García-Portilla, P. (2011). Cannabis y Salud Mental. *Actas Españolas de Psiquiatría, 39*(3), 180-190.

Fernández-Artamendi, S., López-Núñez, C. y Martínez-Loredo, V. (2021). Intervención Psicológica con Adolescentes con Conductas Adictivas. En E. Fonseca-Pedrero (coord.), *Manual de tratamientos psicológicos: Infancia y adolescencia* (pp. 651-698). Editorial Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. (dir.) (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2.ª ed.). Editorial Pirámide.

Fernández Miranda, J. J., Frías Ortiz, D. F. y Gomes Da Costa, S. (2018). Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. En C. Pereiro Gómez y J. J. Fernández Miranda (coords.), *Guía de adicciones para especialistas en adicción* (pp. 319-348). Socidrogalcohol.

Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C. y Antons, K. (1976). Kurzfragebogen für alkoholgefährdete (KFA): eine empirische analyse [A short questionnaire for problem drinkers. An empirical analysis]. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten/ Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 222*(2-3), 139-152.

Feuerlein, W., Ringer, C., Küfner, H. y Antons, K. (1977). Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismutes (MALT) [Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism test (MALT)]. *MMW: Münchener Medizinische Wochenschrift, 119*(40), 1275-1282.

First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S. y Spitzer, R. L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Diagnosis. SCID-5-CV*. American Psychiatric Publishing.

Freeman, T. P. y Lorenzzetti, V. (2019). «Standard THC Units»: a proposal to standardise dose across all cannabis products and methods of administration. *Addiction, 115*(7), 1207-1216.

Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M. y Griffiths, M. D. (2016). Spanish validation of the Internet Gaming Disorder-20 (IGD-20) Test. *Computers in Human Behavior, 56,* 215-224.

García Carretero, M. Á., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Delgado, J. M. y O'Ferrall González, C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones, 28*(4), 194-204.

García González, R. (1991). *La prevención de la recaída en la dependencia del alcohol: desarrollo y valoración de un programa experimental de intervención* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio UAM. https://repositorio.uam.es/handle/10486/13187.

García González, R. y Alonso Suárez, M. (2002). Assesment at relapse prevention programs: Spanish adaptation of the coping behavior inventory (CBI) in alcohol dependence patients. *Adicciones, 14*(4), 455-463.

García-Pérez, Á., Aonso-Diego, G., Weidberg, S., González-Roz, A. y Secades-Villa, R. (2021). Reinforcer pathology predicts relapse in smokers. *Psychology of Addictive Behaviors.* Online ahead of print.

Garey, L., Olofsson, H., Garza, T., Rogers, A. H., Kauffman, B. Y. y Zvolensky, M. J. (2020). Directional effects of anxiety and depressive disorders with substance use: a review of recent prospective research. *Current Addiction Reports, 7*(3), 344-355.

Garfield, J. B., Lubman, D. I. y Yücel, M. (2014). Anhedonia in substance use disorders: a systematic review of its nature, course and clinical correlates. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(1), 36-51.

GDB 2016 Alcohol Collaborators (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet, 392*(10152), 1015-1035.

Gebauer, L., LaBrie, R. y Shaffer, H. J. (2010). Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: A brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population. *The Canadian Journal of Psychiatry, 55*(2), 82-90.

Gerstein, D., Hoffman, J., Larison, C., Engelman, L., Murphy, S., Palmer, A., Chuchro, L., Toce, M., Johnson, R., Buie, T., Hill, M. A., Volberg, R., Harwood, H., Tucker, A., Christiansen, E., Cummings, W. y Sinclair, S. (1999). *Gambling impact and behavior study. Report to the National Gambling Impact Study Commission*. https://www.norc.org/PDFs/publications/GIBSFinalReportApril1999.pdf.

Gómez-Maqueo, E. L., Gómez Hernández, H. L., Morales Rodríguez, B. y Pérez Ramos, M. (2009). Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología, 18*(1), 9-17.

González-Roz, A., Jackson, J., Murphy, C., Rohsenow, D. J. y MacKillop, J. (2019). Behavioral economic tobacco demand in relation to cigarette consumption and nicotine dependence: a meta-analysis of cross-sectional relationships. *Addiction, 114*(11), 1926-1940.

González-Saiz, F. y Salvador-Carulla, L. (1998). Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la escala Severity of Dependence Scale (SDS). *Adicciones, 10*(3), 223-232.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. y Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction, 90*(5), 607-614.

Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use, 10*(4), 191-197.

Hartz, S. M., Pato, C. N., Medeiros, H., Cavazos-Rehg, P., Sobell, J. L., Knowles, J. A., Bierut, L. J., Pato, M. T. y Genomic Psychiatry Cohort Consortium (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry, 71*(3), 248-254.

Harvanko, A. M., Strickland, J. C., Slone, S. A., Shelton, B. J. y Reynolds, B. A. (2019). Dimensions of impulsive behavior: Predicting contingency management treatment outcomes for adolescent smokers. *Addictive Behaviors, 90,* 334-340.

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. y Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction, 86*(9), 1119-1127.

Helle, A. C., Watts, A. L., Trull, T. J. y Sher, K. J. (2019). Alcohol use disorder and antisocial and borderline personality disorders. *Alcohol Research: Current Reviews, 40*(1), 35-50.

Jannis, I. L. (1987). *Formas breves de consejo*. Desclée De Brouwer.

Johnson, M. W. y Bickel, W. K. (2002). Within-subject comparison of real and hypothetical money rewards in delay discounting. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 77*(2), 129-146.

Kaminer, Y., Bukstein, O. y Tarter, R. E. (1991). The Teen-Addiction Severity Index: rationale and reliability. *The International Journal of the Addictions, 26*(2), 219-226.

Kearns, N. T., Carl, E., Stein, A. T., Vujanovic, A. A., Zvolensky, M. J., Smits, J. A. y Powers, M. B. (2018). Posttraumatic stress disorder and cigarette smoking: A systematic review. *Depression and Anxiety, 35*(11), 1056-1072.

Kelly, T. M. y Daley, D. C. (2013). Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders. *Social Work in Public Health, 28*(0), 388-406.

Kessler, R. C. y Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 13*(2), 93-121.

Kirby, K. N. y Marakovi**Ć**, N. N. (1996). Delay-discounting probabilistic rewards: Rates decrease as amounts increase. *Psychonomic Bulletin & Review, 3*(1), 100-104.

Kirby, K. N., Petry, N. M. y Bickel, W. K. (1999). Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *Journal of Experimental Psychology: General, 128*(1), 78-87.

Klempova, D., Sánchez, A., Vicente, J., Barrio, G., Domingo, A., Suelves, J. M., Llorens, N., Prieto, L., Brime, B. y Ramírez, V. (2009). *Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14 a 18 años: Validación de escalas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K. y Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156*(6), 607-614.

Knight, J. R., Shrier, L. A., Bravender, T. D., Farrell, M., Vander Bilt, J. y Shaffer, H. J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 153*(6), 591-596.

Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *European Addiction Research, 1,* 208-210.

Kwon, M., Kim, D. J., Cho, H. y Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. *PLoS One, 8*(12), e83558.

Legleye, S., Karila, L., Beck, F. y Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use, 12*(4), 233-242.

Lejuez, C. W., Read, J. P., Kahler, C. W., Richards, J. B., Ramsey, S. E., Stuart, G. L., Strong, D. R. y Brown, R. A. (2002). Evaluation of a behavioral measure of risk taking: the Balloon Analogue Risk Task (BART). *Journal of Experimental Psychology: Applied, 8*(2), 75-84.

Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M. y Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology, 12*(1), 77-95.

Lesieur, H. R. y Blume, S. B. (1987). A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry, 144*(9), 1184-1188.

Leventhal, A. M. y Zvolensky, M. J. (2015). Anxiety, depression, and cigarette smoking: A transdiagnostic vulnerability framework to understanding emotion-smoking comorbidity. *Psychological Bulletin, 141*(1), 176-212.

Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N. y Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction, 78*(3), 269-276.

Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M. y Jackson, P. (1983). Situations related to alcoholism relapsed. *British Journal of Addiction, 78*(4), 381-389.

Lloret Irles, D., Morell Gomis, R., Marzo Campos, J. C. y Tirado González, S. (2018). Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). *Atención Primaria, 50*(6), 350-358.

López-Fernández, O. (2017). Short version of the Smartphone Addiction Scale adapted to Spanish and French: Towards a cross-cultural research in problematic mobile phone use. *Addictive Behaviors, 64,* 275-280.

López-Núñez, C., Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Campillo-Álvarez, A. y Secades-Villa, R. (2012). Adaptación y validación española del Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI). *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*(2), 251-264.

López-Núñez, C., González-Roz, A., Weidberg, S. y Fernández-Artamendi, S. (2021). Sensibilidad a la ansiedad como factor de vulnerabilidad transdiagnóstico para el consumo de tabaco: implicaciones clínicas y para el tratamiento. *Adicciones, 3*(2), 85-94.

Luoma, J. B., Pierce, B. y Levin, M. E. (2020). Experiential avoidance and negative affect as predictors of daily drinking. *Psychology of Addictive Behaviors, 34*(3), 421-433.

MacKillop, J., Murphy, C. M., Martin, R. A., Stojek, M., Tidey, J. W., Colby, S. M. y Rohsenow, D. J. (2016). Predictive Validity of a Cigarette Purchase Task in a Randomized Controlled Trial of Contingent Vouchers for Smoking in Individuals With Substance Use Disorders. *Nicotine & Tobacco Research, 18*(5), 531-537.

MacKillop, J., Murphy, J. G., Ray, L. A., Eisenberg, D. T., Lisman, S. A., Lum, J. K. y Wilson, D. S. (2008). Further validation of a cigarette purchase task for assessing the relative reinforcing efficacy of nicotine in college smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 16*(1), 57-65.

Marlatt, G. A. (1985). Cognitive assessment and intervention procedures for relapse prevention. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (pp. 201-279). The Guilford Press.

Marlatt, G. A. y Miller, W. R. (1984). *The Comprehensive Drinker Profile (A Structured Interview Protocol for the Assessment of Problem Drinking and Alcoholism)*. Psychological Assessment Resources.

Marquez-Arrico, J. E. y Adan, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones, 25*(3), 195-202.

Martin, G., Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P. y Swift, W. (2006). The Adolescent Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A): Psychometric properties. *Addictive Behaviors, 31*(12), 2238-2248.

Martin, R. A., Rossi, J. S., Rosenbloom, D., Monti, P. M. y Rohsenow, D. J. (1992, Noviembre). *Stage and processess of change for quiting cocaine* [Conference presentation]. 26th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA, United States.

Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry, 131*(10), 1121-1123.

McBride, C. M., Curry, S. J., Stephens, R. S., Wells, E. A., Roffman, R. A. y Hawkins, J. D. (1994). Intrinsic and extrinsic motivation for change in cigarette smokers, marijuana smokers, and cocaine users. *Psychology of Addictive Behaviors, 8*(4), 243-250.

McConnaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1989). Stages of Change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 26*(4), 494-503.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. y O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 168*(1), 26-33.

Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. J., Vermulst, A. A. y Garretsen, H. F. (2009). The compulsive internet use scale (CIUS): some psychometric properties. *Cyberpsychology & Behavior, 12*(1), 1-6.

Michalec, E., Zwick, W. R., Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Varney, S., Niaura, R. S. y Abrams, D. B. (1992). A Cocaine High-Risk Situations Questionnaire: development and psychometric properties. *Journal of Substance Abuse, 4*(4), 377-391.

Miglin, R., Kable, J. W., Bowers, M. E. y Ashare, R. L. (2017). Withdrawal-related changes in delay discounting predict short-term smoking abstinence. *Nicotine & Tobacco Research, 19*(6), 694-702.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people to change* (3.ª ed.). Guilford Press.

Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of*

*Addictive Behaviors, 10*(2), 81-89.

Ministerio de Sanidad (2020). *Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Parte 1. Actualización de los límites de consumo de bajo riesgo de alcohol.* Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Actualizacion.pdf.

Moitra, E., Anderson, B. y Stein, M. (2013). Perceived stress and substance use in methadone-maintained smokers. *Drug and Alcohol Dependence, 133*(2), 785-788.

Mongan, D. y Long, J. (2015). *Standard drink measures throughout Europe. Peoples understanding of standard drinks and their use in drinking guidelines, alcohol survey and labelling*. RARHA Reducing Alcohol Related Harm. Health Programme of the European Union. https://www.drugsandalcohol.ie/30419/1/Background%20paper%20Standard%20drink%20measures%20HRB.pdf.

Monrás, M., Gual, A. y Palau, N. (1997). SADQ y APD. Validación de dos tests para evaluar la gravedad del alcoholismo. *Adicciones, 9*(4), 507-528.

Murphy, J. G. y MacKillop, J. (2006). Relative reinforcing efficacy of alcohol among college student drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 14*(2), 219-227.

National Institute on Drug Abuse (2018, August). *Comorbidity: Substance Use Disorders and Other Mental Illnesses DrugFacts*. U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/comorbidity-substance-use-disorders-other-mental-illnesses.

Nonnemaker, J. M., Mowery, P. D., Hersey, J. C., Nimsch, C. T., Farrelly, M. C., Messeri, P. y Haviland, M. L. (2004). Measurement properties of a nicotine dependence scale for adolescents. *Nicotine & Tobacco Research, 6*(2), 295-301.

Organización Panamericana de la Salud (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria.* Organización Panamericana de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85403/9789275332368_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-11).* Organización Mundial de la Salud. https://icd.who.int/es.

Pedrero Pérez, E., Rodríguez Monje, M., Gallardo Alonso, F., Fernández Girón, M., Pérez López, M. y Chicharro Romero, J. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. *Trastornos Adictivos, 9*(4), 269-278.

Perales, J. C., King D. L., Navas, J. F., Schimmenti, A., Sescousse, G., Starcevic, V., van Holst, R. J. y Billieux, J. (2020). Learning to lose control: A process-based account of behavioral addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 108,* 771-780.

Pérez Gálvez, B., García Fernández, L., de Vicente Manzanaro, M. P., Oliveras Valenzuela, M. A. y Lahoz Lafuente, M. (2010). Validación española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10). *Salud y Drogas, 10*(1), 35-50.

Piper, M. E., Cook, J. W., Schlam, T. R., Jorenby, D. E. y Baker, T. B. (2011). Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: Relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction, 106*(2), 418-427.

Plan Nacional sobre Drogas (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995-2019/2020.* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad). https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf.

Plan Nacional sobre Drogas (2022). *Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021.* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad). https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf.

Pontes, H. M., Kiraly, O., Demetrovics, Z. y Griffiths, M. D. (2014). The conceptualisation and measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The development of the IGD-20 Test. *PLoS One, 9*(10), e110137.

Powell, J., Bradley, B. y Gray, J. (1992). Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates: an investigation of their relative contributions. *British Journal of Addictions, 87*(8), 1133-1144.

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19*(3), 276-288.

Proudfoot, H., Vogl, L., Swift, W., Martin, G. y Copeland, J. (2010). Development of a short cannabis problems questionnaire for adolescents in the community. *Addictive Behaviors, 35*(7), 734-737.

Puerta-Cortés, D. X. y Carbonell, X. (2013). Uso problemático de Internet en una muestra de estudiantes universitarios colombianos. *Avances en Psicología Latinoamericana, 31*(3), 620-631.

Rial, A., García-Couceiro, N., Gómez, P., Mallah, N., Varela, J., Flórez-Menéndez, G. e Isorna, M. (2022). Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents. *Addictive Behaviors, 129,* 107288.

Rial, A., Kim-Harris, S., Knight, J. R., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T., Varela, J. y Golpe, S. (2019). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones, 31*(2), 160-169.

Rice, K. G. y Van Arsdale, A. C. (2010). Perfectionism, perceived stress, drinking to cope, and alcohol-related problems among college students. *Journal of Counseling Psychology, 57*(4), 439-450.

Rodríguez-Martos, A. y Suárez, R. (1984). MALT (Münchner Alkoholismus Test). Validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, 16,* 421-432.

Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol, 11,* 132-139.

Ross, S. y Peselow, E. (2012). Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clinical Neuropharmacology, 35*(5), 235-243.

Rubio, G., Urosa, B., Rubio, M. C., Ulibarri, S. y Mata, F. (1996). Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia del alcohol en población española. *Anales de Psiquiatría, 12,* 285-289.

Sánchez-Iglesias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., Estupiñá Puig, F. J., Labrador, M. y Fernández-Arias, I. (2020). Spanish validation and scoring of the internet gaming

disorder scale-short-form (IGDS9-SF). *The Spanish Journal of Psychology, 23*(e22), 1-11.

Santucci, K. (2012). Psychiatric disease and drug abuse. *Current Opinion in Pediatrics, 24*(2), 233-237.

Sarmiento, A., Zych, I., Herrera-López, M., Delgado Sánchez, U. y Oksanen, A. (2021). Psychometric Properties of the Compulsive Internet Use Scale in Spain, Colombia, and Mexico. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 24*(2), 108-116.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction, 88*(6), 791-804.

Schwartz, L. P., Blank, L. y Hursh, S. R. (2021). Behavioral economic demand in opioid treatment: Predictive validity of hypothetical purchase tasks for heroin, cocaine, and benzodiazepines. *Drug and Alcohol Dependence, 221,* 108562.

Secades-Villa, R., Fernández Rodríguez, R. y Fernández Hermida, J. R. (1998). Factores asociados a la retención de heroinómanos en un programa libre de drogas. *Adicciones, 10*(1), 53-58.

Secades-Villa, R., Pericot-Valverde, I. y Weidberg, S. (2016). Relative reinforcing efficacy of cigarettes as a predictor of smoking abstinence among treatment-seeking smokers. *Psychopharmacology, 233*(17), 3103-3112.

Segrin, C., McNelis, M. y Pavlich, C. A. (2018). Indirect effects of loneliness on substance use through stress. *Health Communication, 33*(5), 513-518.

Sheffer, C., Christensen, D. R., Landes, R., Carter, L. P., Jackson, L. y Bickel, W. K. (2014). Delay discounting rates: a strong prognostic indicator of smoking relapse. *Addictive Behaviors, 39*(11), 1682-1689.

Shiffman, S. (1988). Behavioral assessment for smoking cessation. En D. M. Donovan y G. A. Marlatt (eds.), *Assessment of addictive behaviors: Behavioral, cognitive, and physiological procedures* (pp. 139-188). The Guilford Press.

Shiffman, S., Read, L., Maltese, J., Rapkin, D. y Jarvik, M. E. (1985). Preventing relapse in ex-smokers: A self-management approach. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 472-520). The Guilford Press.

Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors, 7*(4), 363-371.

Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1992). Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En J. Allen y R. Z. Litten (eds.), *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods* (pp. 41-72). Humana Press.

Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1995). *Alcohol time follow-back users manual*. Addiction Research Foundation.

Sobell, L. C., Agrawal, S., Annis, H., Ayala-Velazquez, H., Echeverria, L., Leo, G. I., Rybakowski, J. K., Sandahl, C., Saunders, B., Thomas, S. y Ziólkowski, M. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: alcohol timeline followback and inventory of drinking situations. *Substance Use & Misuse, 36*(3), 313-331.

Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C. y Rankin, H. (1979). Developmental of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *British Journal of Addiction, 74*(1), 79-87.

Stockwell, T., Murphy, D. y Hodgson R. (1983). The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *British Journal of Addiction, 78*(2), 145-155.

Strickland, J. C., Lile, J. A. y Stoops, W. W. (2019). Evaluating non-medical prescription opioid demand using commodity purchase tasks: test-retest reliability and incremental validity. *Psychopharmacology, 236*(9), 2641-2652.

Tarter, R. E. (2005). Psychological Evaluation of Substance Use Disorder in Adolescents and Adults. En R. J. Frances, S. I. Miller y A. H. Mack (eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders* (pp. 37-62). The Guilford Press.

Taymoori, P. y Pashaei, T. (2016). Relapse and risk-taking among Iranian methamphetamine abusers undergoing matrix treatment model. *Addiction & Health, 8*(1), 49-69.

Tejero, A., Trujols, J. y Roca, X. (1993). *Motivación para el cambio y autoeficacia en adictos a opiáceos: Análisis de su interrelación y de las diferencias entre estadios de cambio* [Presentación de comunicación]. II Congreso Nacional de Psicología Conductual, Palma de Mallorca, España.

Tidey, J. W. y Miller, M. E. (2015). Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ: British Medical Journal, 351,* h4065.

Torrens, M., Gilchrist, G. y Domingo-Salvany, A., (The psyCoBarcelona Group) (2011). Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 113*(2-3), 147-156.

Trujols, J., Tejero, A. y Casas, M. (1997). Estructura factorial, consistencia interna y eficacia discriminativa del inventario de procesos de cambio para adictos a la heroína. *Adicciones, 9*(3), 331-345.

Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C. y Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 5*(1), 1-12.

Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. y Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *The Annals of Family Medicine, 7*(4), 357-363.

Volberg, R. A., Munck, I. M. y Petry, N. M. (2011). A quick and simple screening method for pathological and problem gamblers in addiction programs and practices. *The American Journal on Addictions, 20*(3), 220-227.

White, H. R. y Labouvie, E. W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol, 50*(1), 30-37.

WHO Assist Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction, 97*(9), 1183-1194.

Wilson, A. G., Franck, C. T., Koffarnus, M. N. y Bickel, W. K. (2016). Behavioral economics of cigarette purchase tasks: Within-subject comparison of real, potentially real, and hypothetical cigarettes. *Nicotine & Tobacco Research, 18*(5), 524-530.

Winters, K. C., Stinchfield, R. D. y Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies, 9*(1), 63-84.

Yoon, J. H., Suchting, R., McKay, S. A., San Miguel, G. G., Vujanovic, A. A., Stotts, A. L., Lane, S. D., Vincent, J. N., Weaver, M. F., Lin, A. y Schmitz, J. M. (2020). Baseline cocaine demand predicts contingency management treatment outcomes for cocaine-use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors, 34*(1), 164-174.

Young, K. S. (1998). *Caught in the net: How to recognize the signs of internet addiction--and a winning strategy for recovery.* John Wiley & Sons.

Yudko, E., Lozhkina, O. y Fouts, A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse Treatment,*

*32*(2), 189-198.
Zvolensky, M. J., Farris, S. G., Schmidt, N. B. y Smits, J. A. (2014). The role of smoking inflexibility/avoidance in the relation between anxiety sensitivity and tobacco use and beliefs among treatment-seeking smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 22*(3), 229-237.
Zvorsky, I., Nighbor, T. D., Kurti, A. N., DeSarno, M., Naudé, G., Reed, D. D. y Higgins, S. T. (2019). Sensitivity of hypothetical purchase task indices when studying substance use: A systematic literature review. *Preventive Medicine, 128,* 105789.

# 7

# Otras técnicas de evaluación

ÁNGEL GARCÍA-PÉREZ,
CARLA LÓPEZ-NÚÑEZ
Y SERGIO FERNÁNDEZ-ARTAMENDI

## 1. INTRODUCCIÓN

En los dos capítulos anteriores se ha constatado la importancia de realizar una evaluación completa e integral de las conductas adictivas. La evaluación en este campo tiene ciertas peculiaridades que se han de tener en cuenta, como se describe en el capítulo 5, y que resaltan la idoneidad de analizar las conductas adictivas mediante varios procedimientos y fuentes de información. En este sentido, para la obtención de una información precisa y completa es vital que se cotejen los resultados de unos procedimientos con otros.

Es bien sabido que los autoinformes son instrumentos ampliamente extendidos en la evaluación psicológica en general, y en la evaluación de los fenómenos adictivos en particular. Sin embargo, los autoinformes presentan una serie de limitaciones como la simulación, la deseabilidad social, las tendencias de respuesta y las distorsiones de memoria que pueden afectar notablemente a la calidad de sus resultados (Fernández-Ballesteros, 2013). De estos, se debe prestar especial atención a la simulación, esto es, la tendencia a falsear las respuestas por parte del encuestado, dado que en el ámbito de las conductas adictivas es posible que el consumo de drogas conlleve consecuencias perjudiciales para el evaluado (p. ej., reingreso en prisión). Además,

las personas con trastorno por uso de sustancias (TUS) pueden negar tener este tipo de problemas o subestimar la gravedad de su situación, lo que puede cuestionar seriamente la fiabilidad y validez de los autoinformes. Con el fin de solventar algunos de los problemas anteriores, existen otros procedimientos como la observación y, en especial, la evaluación fisiológica, que son altamente útiles en este campo, no solo como herramientas de evaluación, sino en algunos casos como elementos activos del tratamiento.

El uso de pruebas bioquímicas para verificar el estatus de consumo del paciente constituye un componente de la evaluación importante en cualquier proceso de intervención en conductas adictivas, no solo para detectar el consumo, sino porque aporta una mayor fiabilidad a los resultados recogidos mediante autoinforme, y además nos permite utilizar técnicas de intervención como el manejo de contingencias (véase el capítulo 12 de este manual).

Adicionalmente, en la actualidad se han producido avances muy notables gracias a los progresos tecnológicos de los últimos años, tanto en la mejora de pruebas bioquímicas, ampliando su accesibilidad y su fiabilidad, como en el desarrollo de las técnicas de observación en entornos virtuales y naturales. Independientemente de ello, es evidente que tanto la observación como la evaluación fisiológica son procedimientos de evaluación complementarios que, en casos muy concretos, son especialmente necesarios.

## 2. TÉCNICAS DE OBSERVACIÓN

La observación es uno de los procedimientos más congruentes con los objetivos de la evaluación y del análisis funcional. Desde una perspectiva ideal, exenta de limitaciones prácticas, su uso no solo permite recoger información sobre la calidad y la cantidad de la conducta objetivo en las condiciones naturales donde se desarrolla, sino también sobre los antecedentes y consecuentes inmediatos que la determinan. También es posible utilizar la observación para

registrar unas categorías de observación específicas (por ejemplo, cumplimiento de objetivos terapéuticos) (Fernández-Ballesteros, 2013; Zaldívar, 1996).

Lamentablemente, una peculiaridad de la evaluación de las conductas adictivas (sobre todo del consumo de drogas ilegales) es que la observación de la conducta de consumo del paciente en el ambiente natural es, por motivos prácticos, legales, éticos y sociales, de muy difícil aplicación. Por esta razón, se ha empleado, sobre todo, con pacientes que presentan trastorno por consumo de alcohol y con fumadores, en situaciones de laboratorio o en ambientes clínicos muy controlados. De hecho, existen muy pocos trabajos que describan la observación directa del consumo de heroína u otras sustancias ilegales, tal y como sucede con el trabajo pionero de Wikler (1952) sobre un caso clínico de una persona adicta a la heroína.

Con respecto a la adicción al tabaco, tampoco es habitual la observación en contextos reales de la conducta de fumar. Es más, algunos autores (Blank et al., 2009) indican que no hay una superioridad clara de la observación directa frente a otros métodos de evaluación basados en registros computerizados para realizar una topografía de la conducta de fumar.

De todos modos, estas dificultades de la observación que acabamos de comentar se refieren a las conductas de consumo de drogas; pero, además de estas, son muchas las conductas que pueden ser observadas espontáneamente y resultan muy importantes para el proceso evaluativo, como, por ejemplo, las respuestas relacionadas con el repertorio de habilidades sociales, las conductas de afrontamiento o las estrategias para la solución de problemas, entre otras. Como respuesta a estas limitaciones, los avances tecnológicos ofrecen en los últimos años nuevas formas de observación, en contextos reales o artificiales, de los patrones de consumo o variables relacionadas relevantes para el proceso terapéutico en adicciones.

## 2.1. Evaluación ecológica momentánea

En general, la evaluación de síntomas psicológicos puede fluctuar dependiendo del contexto en el que se evalúen (Lukasiewicz et al., 2007). Debido a que no suele ser posible la evaluación de conductas adictivas en el entorno natural (y en el momento en el que ocurren), normalmente se han utilizado metodologías de recogida de datos con carácter retrospectivo, conllevando errores de memoria (Lukasiewicz et al., 2007; Shiffman, 2009). Por ejemplo, eventos de menor intensidad o aquellos síntomas menos dependientes del contexto pueden ser ignorados por parte de la persona, olvidando en el momento de la evaluación posterior ciertas conductas o síntomas que son importantes para explicar aspectos tan relevantes como el *craving* o una recaída (Lukasiewicz et al., 2007).

En este sentido, la Evaluación Ecológica Momentánea (*Ecological Momentary Assessment,* EMA) permite la observación y el registro de diferentes conductas, pensamientos o sentimientos en contextos naturales, más allá de entornos artificiales de laboratorio (Shiffman, 2009; Shiffman et al., 2008). Esta técnica consiste en conectar una señal con una evaluación registrada en tiempo real (por tanto, momentánea) de acuerdo con un horario establecido de antemano y utilizando un dispositivo electrónico (p. ej., agenda electrónica, reloj de pulsera, teléfono móvil, etc.) (Lukasiewicz et al., 2007). Tales dispositivos acompañan a los pacientes todo el tiempo, por lo que las medidas en los contextos naturales son también ecológicas (Lukasiewicz et al., 2007; Shiffman, 2009). En general, este tipo de evaluaciones permiten realizar medidas repetidas de una conducta dada, detectando las fluctuaciones a lo largo del tiempo y permitiendo incluso la medición simultánea de otras variables psicológicas o ambientales que correlacionan con la conducta objetivo (Lukasiewicz et al., 2007; Serre et al., 2015; Shiffman et al., 2007). Otra ventaja destacada es la evaluación en

tiempo real de respuestas tan importantes como las implicadas en el *craving* (Shiffman, 2009).

En definitiva, un estudio EMA prototípico permite registrar los diferentes estados o conductas de los pacientes en momentos particulares a lo largo de un día, mientras tales pacientes desarrollan su vida normalizada en contextos naturales (Shiffman, 2009; Shiffman et al., 2008). Algunas limitaciones que los EMA permiten solventar son (Lukasiewicz et al., 2007): elevado porcentaje de datos perdidos, recogida de datos no pertinentes, rellenar los autorregistros al final del día y no en los momentos acordados, etc. Desarrollado por primera vez por Saul Shiffman para evaluar la conducta de fumar en entornos naturales, la aplicabilidad y viabilidad de los EMA se ha demostrado para diferentes personas que presentaban distintos tipos de adicción (Johnson et al., 2009; Serre et al., 2012, 2015), siendo especialmente adecuado para registrar el *craving* como consecuencia de diferentes estímulos ambientales para diferentes tipos de sustancias (Serre et al., 2015).

## 2.2. Realidad virtual

En algunas ocasiones no es posible llevar a cabo evaluaciones en los contextos naturales, y aquellas que se realizan en un contexto artificial (es decir, de laboratorio) pueden carecer de validez ecológica (grado en el que los resultados de las evaluaciones reflejan realmente los comportamientos que se producen en entornos reales; Traylor et al., 2009). En este sentido, los estudios desarrollados en contextos de laboratorio presentan señales auditivas, visuales, olfativas o táctiles que aumentan la excitación fisiológica y el *craving* entre aquellos que consumen sustancias como, por ejemplo, alcohol (Bordnick et al., 2008). En un intento de generar contextos más realistas, diferentes investigadores han construido entornos simulados o incluso han llevado a cabo experimentos en entornos reales, como por ejemplo en bares cuando la conducta objetivo es el consumo de alcohol (Anton et al.,

2004; Bordnick et al., 2008; Drobes et al., 2003). Estas investigaciones han destacado el papel del contexto en la evaluación de las conductas adictivas, aunque también han enfatizado la necesidad de crear entornos experimentales que aumenten la validez ecológica de las mediciones, superando inconvenientes tales como la imposibilidad de repetición de exposiciones a entornos, la variabilidad de tareas entre laboratorios o cuestiones éticas, entre otros (Bordnick et al., 2008).

La realidad virtual (RV) permite superar tales dificultades, a partir de una presentación más realista de las señales que pertenecen a contextos reales y a través de la inmersión del participante en dichos contextos de evaluación (Traylor et al., 2009). Esta técnica consiste en un sistema de exposición a señales en contextos no naturales (de laboratorio), que proporciona señales complejas en un entorno virtual tridimensional (3D) a través de la *interacción persona-ordenador* (Traylor et al., 2009). En particular, la RV permite generar diferentes entornos tridimensionales en los que la persona interacciona en tiempo real, dando lugar a una sensación de inmersión muy cercana a la que se produciría en el mundo real (García-Rodríguez et al., 2009). De esta forma, la persona no observa desde fuera tales entornos, sino que siente que forma parte de ellos (García-Rodríguez et al., 2009). Entre otros aspectos, mediante la RV se pueden controlar en gran medida los parámetros de la exposición a diferentes estímulos o señales (visuales, olfativos, táctiles), así como repetir tantas veces como sea necesario una situación en la que se evalúa una conducta objetivo (Botella et al., 2007; García-Rodríguez et al., 2009).

Las técnicas de RV han tenido múltiples aplicaciones en la evaluación de diferentes conductas adictivas. Por un lado, numerosos estudios han analizado cómo la exposición a entornos de RV da lugar a una respuesta de *craving* en personas que presentan adicción a diferentes sustancias (García-Rodríguez et al., 2009; Pericot-Valverde et al., 2016), exponiéndoles a claves contextuales relacionadas con su consumo habitual (p. ej., ver

Bordnick et al., 2005, 2008; Carter et al., 2008) e incrementando, por tanto, la validez ecológica de la exposición (Traylor et al., 2008). La RV se ha aplicado con éxito con participantes que consumen opiáceos (Kuntze et al., 2001), cocaína (Saladin et al., 2006) o alcohol (Bordnick et al., 2008). En particular, existe una extensa literatura con respecto a la aplicación de la RV con fumadores. El equipo de investigación liderado por Patrick S. Bordnick ha desarrollado el Sistema de evaluación del ansia de nicotina en realidad virtual (en inglés *Virtual Reality Nicotine Craving Assessment System;* VR-NCRAS) (Bordnick y Graap, 2004; Bordnick et al., 2005), que consiste en la exposición a vídeos de personas reales consumiendo tabaco en entornos de RV donde se muestran, además, situaciones sociales complejas. En esta línea, múltiples estudios han desarrollado métodos innovadores que proporcionan señales específicas en contextos simulados en los que los fumadores jóvenes suelen llevar a cabo su conducta de fumar (Traylor et al., 2009). En particular, estos autores señalan que simular en estos contextos las señales olfativas, como el humo del cigarrillo, es importante, ya que el olfato desempeña un papel distinto en el aprendizaje, en la generación de emociones y también de recuerdos (Traylor et al., 2009).

## 2.3. Registros y autorregistros

Los registros y autorregistros permiten recoger información relevante para la intervención, ya que registran aspectos tales como el tipo y cantidad de sustancia consumida, el día, la hora en la que se llevó a cabo la conducta de consumo, el lugar, la compañía, el estado de ánimo, así como otros antecedentes y consecuentes de la conducta adictiva. Esta información se debe recoger preferentemente en un momento lo más cercano posible a la emisión de dicha conducta adictiva. La diferencia entre el registro y el autorregistro, como su nombre indica, es que en los autorregistros

dicha información es recogida por el propio usuario a través de la autoobservación.

Estas técnicas proporcionan una información muy valiosa al terapeuta, ya que permiten ofrecer una evaluación poco distorsionada por errores de memoria (como ocurre con los procedimientos retrospectivos) y, en particular, los autorregistros facilitan un *feedback* inmediato al usuario que le ayudará en el proceso de cambio.

Por sus ventajas terapéuticas, el autorregistro es ampliamente utilizado y existe un amplio acuerdo acerca de la alta fiabilidad de este procedimiento en el momento de la admisión del individuo en el programa de tratamiento. Además, durante el tratamiento los estudios han mostrado una alta fiabilidad y validez de los autorregistros cuando son verificados bioquímicamente (Napper et al., 2010; Rowe et al., 2018) o confirmados por la información proveniente de la familia (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003). De hecho, es bien sabido que la fiabilidad de los autorregistros y autoinformes aumentará cuando el paciente sabe que la información que facilite se contrastará con la información proporcionada por otras personas, los conocidos informes de referentes, o mediante la verificación bioquímica. En este sentido, se considera conveniente utilizar medidas de verificación bioquímica (que se detallarán posteriormente) u otras medidas complementarias facilitadas por otras personas significativas pertenecientes al contexto de los usuarios, siempre que sea posible.

Los autorregistros se utilizarán, sobre todo, en el inicio del proceso de intervención, cuando el usuario aún no ha abandonado el consumo de la sustancia. No obstante, su uso durante el proceso de intervención nos permitirá un seguimiento detallado del patrón de consumo, donde se podrán observar los cambios en dicho patrón. Además, juegan, si cabe, un papel más importante cuando el objetivo del tratamiento no es la abstinencia total (por ejemplo, en los programas de bebida controlada o en los programas de reducción gradual de consumo de cigarrillos).

La reactividad a la autoobservación es uno de los «inconvenientes» de la utilización de registros en cuanto a la exactitud de la información recogida, ya que el usuario alterará su consumo como consecuencia de la observación, con el objetivo de registrarla. No obstante, esto puede resultar útil en el proceso de intervención. Por esta razón, entre otras, el autorregistro puede ser considerado un componente activo del tratamiento. Si nuestro objetivo es minimizar la reactividad, debemos tener en cuenta que su efecto será mayor si el registro se realiza antes del consumo de la sustancia.

En definitiva, el uso de autorregistros reporta varias ventajas, ya que es de gran utilidad para identificar situaciones de riesgo, ofreciendo información continua al usuario sobre el consumo de drogas y otras conductas adictivas, desde el pretratamiento y a través de todas las fases de intervención. Por último, porque proporciona un *feedback* muy exhaustivo y preciso al terapeuta sobre la efectividad de la intervención.

## 2.4. Gráficos de progresos

La monitorización de la evolución de las conductas objetivo (incluyendo el uso de drogas) constituye un aspecto importante de la intervención en el campo de las adicciones. En este sentido, los gráficos de progresos son instrumentos muy útiles que nos permiten conocer la evolución a lo largo del tiempo de los objetivos terapéuticos del paciente de una forma rápida y visual. Respecto a las variables que se pueden representar gráficamente, dependerá de los objetivos terapéuticos fijados (actividades de ocio, búsqueda de empleo, etc.), aunque es muy común representar el uso de drogas, información que puede ser extraída de los autorregistros y/o del resultado de las pruebas bioquímicas (véase epígrafe 3.2) empleadas.

Respecto a los beneficios que pueden derivarse del uso de gráficos de progresos, cabe destacar que en sí mismos pueden

resultar reforzantes para las personas que están en tratamiento, al poder recibir rápidamente *feedback* sobre los avances que ha conseguido a lo largo de las sesiones. Adicionalmente, Martin y Pear (2008) destacan que mostrar gráficamente dicha información puede producir una mejora en la conducta incluso sin aplicar ninguna intervención adicional.

## 3. EVALUACIÓN FISIOLÓGICA

La evaluación fisiológica incluye, al menos, tres tipos o niveles de medida específicos del consumo de drogas: *a*) la evaluación del estado físico del paciente, incluyendo la valoración de los síntomas de abstinencia; *b*) las pruebas bioquímicas para determinar el consumo de drogas, y *c*) la evaluación psicofisiológica para medir las respuestas condicionadas ante estímulos relacionados con las drogas.

### 3.1. Evaluación del estado de salud y de la abstinencia

Un primer tipo de evaluación fisiológica incluye la valoración de las secuelas orgánicas resultado de la adicción. Antes de iniciar un programa de tratamiento con pacientes que tienen algún tipo de adicción, particularmente por uso de sustancias, será necesario realizar de forma rutinaria un examen médico completo, con un seguimiento periódico por parte de profesionales especializados. Entre los consumidores crónicos o intensivos de determinadas drogas suelen darse una serie de patologías orgánicas, que pueden incluir enfermedades infecciosas, que exigen un detallado examen médico. Esta evaluación es especialmente relevante en individuos que puedan experimentar el síndrome de abstinencia del alcohol, donde la aparición del *delirium tremens* puede derivar incluso en fallecimiento. En este sentido, hay ciertas variables fisiológicas (por ejemplo, recuento bajo de plaquetas, alto nivel en sangre de

homocisteína) que son predictoras de la aparición del *delirium tremens* (Kim et al., 2015).

Por otra parte, se debe valorar la presencia de tolerancia, dependencia física y síntomas de abstinencia. Por lo general, se asume que el desarrollo de estos síntomas indica una mayor gravedad de la adicción. Una evaluación adecuada de los síntomas de abstinencia resulta de crucial importancia para la planificación del tratamiento y la toma de decisiones a corto plazo.

La evaluación inicial de los síntomas de abstinencia resulta de especial relevancia, ya que dichos síntomas son los responsables, en muchas ocasiones, de las recaídas que se producen en los primeros días o semanas tras el abandono de la sustancia. También se estima conveniente valorar la importancia para el individuo de tales síntomas, ya que, sobre todo en el caso de la heroína, los pacientes acostumbran a sobrevalorar los efectos del síndrome de abstinencia. Es posible que aparezca incluso la *fobia a la desintoxicación* o *fobia a la abstinencia,* caracterizada por una ansiedad anticipatoria, expectativas negativas hacia la desintoxicación, conductas de evitación y temor desmesurado e irracional hacía el síndrome de abstinencia. Esto es más característico en los usuarios con adicción a opiáceos.

La evaluación de los síntomas de abstinencia se puede realizar mediante el listado de síntomas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5; American Psychiatry Association, 2013), aunque una alternativa comúnmente utilizada es el uso de escalas específicamente diseñadas para tal fin. Las escalas de síntomas de abstinencia más conocidas y utilizadas son: la Escala de Abstinencia a la Nicotina de Minnesota (MNWS, Hughes y Hatsukami, 1986), la escala revisada de Evaluación de la Abstinencia del Alcohol del Instituto Clínico (CIWA-Ar, Sullivan et al., 1989), la Escala Clínica de Abstinencia a los Opiáceos (COWS, Wesson y Ling, 2003) y la Escala de Abstinencia de Cannabis (CWS, Allsop et al., 2011). Cabe destacar que, aunque varias de

estas escalas están disponibles en castellano, no presentan estudios de validación como tales en muestras españolas.

En definitiva, la evaluación precisa del síndrome de abstinencia es fundamental para conocer los riesgos iniciales de una recaída y para planificar las estrategias conductuales iniciales a la hora de superar esta dificultad. En general, el estado de salud del paciente también puede condicionar la elección de la estrategia terapéutica por parte del clínico.

### 3.2. Pruebas bioquímicas

Hoy en día, los análisis bioquímicos para detectar el consumo de drogas son un procedimiento imprescindible tanto para la evaluación inicial como para el desarrollo del proceso terapéutico. Este tipo de análisis cumplen dos funciones básicas: *a*) proporcionan un indicador objetivo sobre el consumo reciente por parte del evaluado/a, y *b*) refuerzan la habilidad y el esfuerzo del paciente para resistir y afrontar el deseo del consumo de drogas.

Existe una amplia gama de métodos de laboratorio de distinto nivel de complejidad para realizar controles de drogas, que son altamente fiables y válidos. Los más comunes son la cromatografía de capa fina, técnicas de inmunoensayo, la cromatografía de gases, la cromatografía de gases con espectroscopía de masas y la cromatografía de líquidos (Baron et al., 2005). La técnica más utilizada es la detección mediante ensayo inmunológico multiplicado por enzimas (*Enzyme-Multiplied Inmunoassay Technique* - EMIT) en una muestra de orina.

La determinación en sangre informa de la concentración de una droga específica en este fluido que, al mismo tiempo, tiene una alta correlación con las concentraciones en otros tejidos en el momento en el que se toma la muestra. No ocurre lo mismo con la determinación de drogas en otros tejidos o fluidos. Con las muestras tomadas en saliva y orina se tiene en cuenta el consumo ocurrido varias horas o días antes de la toma de la muestra, mientras que los

análisis de pelo tienen una ventana de detección de meses o años, dependiendo de la longitud del cabello. Estas diferencias que existen en la vida media de los distintos tipos de muestra determinan, en gran medida, la utilidad clínica de cada una de ellas. Así, por ejemplo, los test de sangre son de especial importancia en contextos en los que interesa conocer la intoxicación aguda o las reacciones por sobredosis. En contextos clínicos de tratamiento resultan de gran utilidad los test de orina. Por último, el análisis de muestras de pelo sería de interés cuando se desea detectar el consumo de drogas en largos períodos de tiempo (por ejemplo, en los estudios de seguimiento), aunque presenta dos importantes problemas, además del alto coste de los mismos. En los análisis de pelo, las drogas son más fácilmente detectables en el pelo oscuro que en el claro y, además, el pelo absorbe las drogas no solo por vía de la sangre, la grasa o el sudor, sino que también las puede captar del ambiente, sin que el uso de jabones de forma repetida pueda eliminar, por ejemplo, trazas de cocaína (Vearrier et al., 2010).

Este tipo de pruebas bioquímicas, a pesar de ser generalmente fiables, presentan algunas limitaciones. La fiabilidad de algunos de estos test, en especial los de orina, no es absoluta. En concreto, son relativamente frecuentes los «falsos positivos» en usuarios/as que no han consumido drogas, y es posible también adulterar con facilidad sus resultados, de forma que aquellas personas que consumen no presenten un resultado positivo. En este sentido, es necesario extremar el cuidado en el procedimiento de obtención de las muestras, especialmente de orina, para que las técnicas bioquímicas sean fiables.

Además, los test de drogas detectarán solo aquellas sustancias para las que han sido diseñados. Esto quiere decir que si se desea conocer el consumo de varias sustancias habría que aplicar varios test, o bien utilizar pruebas «multipanel» que detectan diversas sustancias. En caso contrario, si existen consumos de sustancias que no se están intentando detectar, pueden pasar desapercibidos.

Por último, los test de drogas no son útiles para identificar la intensidad o gravedad de la adicción a una sustancia o el daño producido por esta, sino que solo pueden detectar el uso más o menos reciente de drogas. Este problema, junto con el alto coste y el grado de invasividad de algunos test, suponen los inconvenientes más importantes para su utilización en el ámbito clínico.

En la tabla 7.1 se pueden observar las características, ventajas e inconvenientes de los principales sustratos utilizados para las evaluaciones bioquímicas (extraído y adaptado de Vearrier et al., 2010).

A continuación, se detallan las medidas bioquímicas más utilizadas de las tres drogas más consumidas en la actualidad: el alcohol, el tabaco y el cannabis.

### 3.2.1. *Medidas bioquímicas en alcohol*

Para determinar el grado de intoxicación de alcohol será necesario conocer la concentración en sangre. Una forma poco intrusiva es a través de aparatos que realizan una estimación de dicha concentración mediante la detección del alcohol exhalado en el aliento. Algunas medidas de las concentraciones de alcohol en sangre y sus efectos psicológicos son los siguientes:

TABLA 7.1

*Principales características de los posibles sustratos biológicos para pruebas bioquímicas*

| Orina | Sangre | Fluidos orales | Sudor | Cabello |
|---|---|---|---|---|
| El más frecuente, bajo coste, posibilidad de rápido resultado. | Mayor coste. Necesidad de aparataje analítico (difícil obtener resultados rápidamente). | Uso en centros de trabajo y controles de tráfico. Posibilidad de rápido resultado. | Técnica poco común. Limitaciones para usos legales. | Poco común (falsos positivos, variaciones entre personas). |
| Posibilidad de resultado cualitativo (rápido) y cuantitativo (más lento y caro). | Elevada precisión (útil para usos forenses). | Posibilidad de resultado cuantitativo y cualitativo. | Se extraen los metabolitos a través de parches corporales por período breves (30 min) o extensos (2 semanas). | Se extraen las drogas del cabello, cortado en la máxima extensión posible. |
| Indoloro/parcialmente invasivo (falta de privacidad en la observación). | Altamente invasivo (requiere extracción de sangre). | Baja invasividad (no invasión de privacidad). | Baja invasividad. | No invasivo. |
| Picos de concentración hacia las 6 horas y resultados positivos durante días (o semanas) según sustancia. | Presente en el fluido inmediatamente tras la inyección/inhalación y minutos/horas tras el consumo. | Solo detecta uso muy reciente, ya que las concentraciones bajan rápidamente. Farmacocinética similar a la sangre. | Permite monitorización continuada. Cualquier consumo que se produzca mientras se utiliza el parche, será detectado. | Largos períodos de tiempo (hasta meses) pero baja precisión. |
| No susceptible de contaminación. | No susceptible de contaminación. | Problemas de variabilidad en saliva (cantidad, pH) y concentración por enfermedades, medicamentos, etc. | Riesgo de falsos positivos por contaminación por sustancias en contacto externo con el parche, o en usuarios crónicos. | Susceptible de contaminación. Alto riesgo de falsos positivos. Requiere limpieza de muestras. |
| Bajo riesgo de falsos positivos por riesgo de contaminación. Alto riesgo de falsos negativos. | Bajo riesgo de falsos positivos por contaminación y de falsos negativos (difícil de adulterar). | Variabilidad de sensibilidad y especificidad en función de sustancia y método. | Sensibilidad poco clara. Posibles falsos positivos tras días de uso. | Diferencias culturales y étnicas en puntos de corte. Riesgo de discriminación racial. |
| Alto riesgo de falsos negativos: adulteración (sustitución de muestra, disolución, incorporación de agua). | Bajo riesgo de adulteración. | Bajo riesgo de adulteración. | Bajo riesgo de adulteración. | Sin riesgo de adulteración. |
| Fácil acceso a público y profesionales. | Difícil uso comercial. | Obtención mediante extracción (bastoncillo) o por expectoración. Posibles dificultades para obtener cantidades mínimas. | Sistema de acumulación de metabolitos en parche por difusión pasiva, para posterior extracción y análisis. | La segmentación de las muestras de cabello permite detectar uso episódico o continuo. |

0,5-0,8 gr/l: Pocos efectos. Aumento del tiempo de respuesta.
0,8-1,5 gr/l: Reflejos perturbados. Embriaguez ligera.
1,5-3 gr/l: Embriaguez neta. Vista doble.

3-5 gr/l: Embriaguez profunda.

La gamma-glutamil transpeptidasa (GGT) y el volumen corpuscular medio (VCM, que es la relación entre el volumen globular o hematocrito y el número de hematíes) pueden servir de indicadores de los efectos que el consumo crónico produce en el usuario. La GGT es una prueba sensible a la disfunción hepática temprana, con una sensibilidad del 50 por 100 y una especificidad del 80 por 100. Esto indica que un 50 por 100 de los pacientes con problemas de alcohol no serán detectados, aunque una alteración de la GGT indica en un 80 por 100 de los casos consumo abusivo de alcohol (Nace, 2005).

El mayor inconveniente de estos indicadores es su baja especificidad, ya que se pueden encontrar alteraciones de estos parámetros en otras enfermedades. La presencia simultánea de los dos indicadores aumenta la probabilidad de identificación correcta de un trastorno por consumo de alcohol, llegando a identificar al 90 por 100 de los pacientes alcohólicos (Nace, 2005).

### 3.2.2. *Medidas bioquímicas en tabaco*

En el ámbito clínico se trabaja sobre todo con dos medidas bioquímicas para identificar el consumo de tabaco de los fumadores: *a*) monóxido de carbono (CO) en aire espirado, y *b*) cotinina. Ambas medidas nos permiten evaluar el consumo de tabaco, y se utilizan como indicadores secundarios para estimar el grado de dependencia nicotínica y para validar la abstinencia autoinformada:

*a*) *Monóxido de carbono en aire espirado:* es una medida fácil de usar, barata y que proporciona feedback inmediato, sin necesidad de personal entrenado. Este indicador se obtiene mediante el análisis de la concentración de monóxido de carbono (CO) en aire espirado. Se considera que una persona está abstinente cuando los valores de CO en partículas por

millón (ppm) son menores o iguales a 4 ppm. En fumadores habituales o muy intensivos, las puntuaciones pueden alcanzar puntuaciones entre 30 y 60. Las principales limitaciones de esta prueba son la corta vida media del CO en el organismo (aproximadamente de 2 a 5 horas; Prockop y Chichkova, 2007) y que pueden existir otros factores que alteren el resultado, como puede ser la exposición a entornos de fumadores, gases de coches y contaminación urbana, etc.

*b*) *Cotinina:* la cotinina es un metabolito de la nicotina que se puede medir en sangre, saliva y orina. Tiene la ventaja de que es altamente específica para los consumidores de tabaco (posee un elevado grado de especificidad y sensibilidad) y su vida media se sitúa entre 12-20 horas (Benowitz, 1996a; 1996b; Benowitz et al., 2020). Normalmente la evaluación se realiza con muestras de saliva, dada su menor invasividad, siendo una prueba rápida y altamente fiable. También se ha extendido recientemente el uso de cotinina en orina en programas para dejar de fumar (por ejemplo, Aonso-Diego et al., 2021; Secades-Villa et al., 2014). Los fumadores regulares tienen niveles entre 200 y 400 ng/ml. Los no fumadores tienen niveles por debajo de 80 ng/ml.

### 3.2.3. *Medidas bioquímicas en cannabis*

Los metabolitos de la principal sustancia psicoactiva del cannabis, el THC, pueden ser detectados mediante análisis de orina. Actualmente, el método más empleado es el uso de kits que, mediante inmunoanálisis (EMIT), detectan la concentración de dicha sustancia. En el caso del cannabis, la prueba más común está calibrada para la detección de, al menos, 50 ng/ml de metabolito, pero existen también pruebas de 20 o 100 ng/ml.

Estas pruebas detectan cualquier exposición previa a la sustancia, y no únicamente un estado de intoxicación, tal y como se expuso anteriormente. Debido a las propiedades del cannabis y a

las peculiaridades de su metabolismo, es posible dar positivo en un análisis de orina para esta sustancia sin que haya existido un consumo reciente (es posible incluso hasta varias semanas después). Las sustancias cannabinoides tienden a acumularse en los tejidos grasos conforme se consume de forma frecuente e intensiva, por lo que su liberación se prolonga durante varios días, o incluso varias semanas, después de la interrupción del consumo. Como resultado, es posible seguir detectando metabolitos del cannabis hasta 3-4 semanas después abandonar el consumo; eso sí, en los casos en los que ha habido un consumo previo intenso y prolongado en el tiempo.

### 3.3. Evaluación psicofisiológica

La evaluación psicofisiológica surge como una posible alternativa complementaria a los datos provenientes de los autoinformes y la observación, para medir el «deseo» experimentado por la persona adicta cuando se enfrenta a determinados estímulos asociados a la droga. La evaluación psicofisiológica de un sujeto ante estímulos relacionados con la droga puede tener varias funciones:

— Identificar el punto de partida de una persona adicta cuando acude a tratamiento.
— Identificar cómo evolucionan los niveles de deseo de consumo a lo largo del tratamiento y obtener información sobre la conveniencia de utilizar determinados procedimientos (por ejemplo, procedimientos de exposición).
— Establecer el estado de preparación de un paciente de cara a la finalización de un tratamiento.
— Evaluar los efectos de un programa de intervención a lo largo de sus distintas fases de aplicación.
— Establecer «claves» o «índices» que permitan predecir y anticipar posibles recaídas o momentos difíciles.

La evaluación psicofisiológica ha tenido un importante desarrollo en los últimos años, aunque no es objeto del presente capítulo profundizar en las principales técnicas de evaluación psicofisiológica.

## 4. CONCLUSIONES

En el proceso de evaluación, además de la evaluación diagnóstica y los autoinformes, podemos utilizar una amplia variedad de recursos como la observación, los registros y autorregistros, los gráficos de progresos, las pruebas bioquímicas o los registros psicofisiológicos. En los últimos años, y gracias a los avances tecnológicos, la observación ha recuperado fuerza en el proceso de evaluación, incorporando técnicas como la realidad virtual y la evaluación ecológica momentánea, que permiten observar las conductas de consumo y otras conductas relevantes relacionadas con esta en entornos artificiales. Esto permite extraer información esencial no accesible mediante otros métodos. Al mismo tiempo, es posible disponer de pruebas bioquímicas rápidas y a costes económicos para la detección de metabolitos de distintas sustancias, que nos permiten complementar el proceso de evaluación psicológica.

En este contexto, los registros y autorregistros siguen siendo una de las formas de observación clave para poder elaborar topografías de la conducta de consumo de los usuarios, que serán necesarios para el trabajo de prevención de recaídas, pero también para alcanzar otros objetivos como el control del usuario sobre la conducta de consumo o la evaluación de los cambios en dicha conducta. Por último, las pruebas psicofisiológicas son útiles en contextos de evaluación más experimental, permitiendo conocer a fondo los pormenores y correlatos fisiológicos de las distintas conductas adictivas.

Será responsabilidad del psicólogo diseñar un adecuado proceso de evaluación que maximice la obtención de información,

reduciendo al mínimo la fatiga del usuario/a y siguiendo los principios establecidos. Solo de esta forma se podrá diseñar una intervención individualizada y adaptada a las necesidades específicas de cada caso. Para ello, podremos utilizar también una amplia variedad de herramientas e instrumentos psicométricos, como las entrevistas clínicas y diagnósticos o los cuestionarios, que deberán estar adaptados a las distintas conductas adictivas, y aplicarse teniendo en cuenta las peculiaridades de cada una de ellas.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Rojo, N. (2008). Observación y autobservación. En. J. Labrador-Encinas (ed.), *Técnicas de Modificación de Conducta* (pp. 121-137). Pirámide.

Shiffman, S. (2009). Ecological momentary assessment (EMA) in studies of substance use. *Psychological assessment, 21*(4), 486-497.

Vearrier, D., Curtis, J. A. y Greenberg, M. I. (2010). Biological testing for drugs of abuse. En A. Lunch (ed.), *Molecular, clinical and environmental toxicology* (pp. 489-517). Birkhäuser Basel.


---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Allsop, D. J., Norberg, M. M., Copeland, J., Fu, S. y Budney, A. J. (2011). The Cannabis Withdrawal Scale development: patterns and predictors of cannabis withdrawal and distress. *Drug and alcohol dependence, 119*(1-2), 123-129.

American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. DSM-5. American Psychiatric Publishing.

Anton, R. F., Drobes, D. J., Voronin, K., Durazo-Avizu, R. y Moak, D. (2004). Naltrexone effects on alcohol consumption in a clinical laboratory paradigm: *Temporal effects of drinking. Psychopharmacology, 173,* 32-40.

Aonso-Diego, G., González-Roz, A., Krotter, A., García-Pérez, A. y Secades-Villa, R. (2021). Contingency management for smoking cessation among individuals with substance use disorders: In-treatment and post-treatment effects. *Addictive Behaviors, 119,* 106920.

Baron, D. A., Baron, D. A. y Baron, S. H. (2005). Laboratory Testing for Substances of Abuse. En R. J. Frances, S. I. Miller y A. H. Mack (eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders* (pp. 63-74). The Guilford Press.

Benowitz, N. L. (1996a). Cotinine as a biomarker of environmental tobacco smoke exposure. *Epidemiologic Reviews, 18*(2), 188-204.

Benowitz, N. L. (1996b). Pharmacology of nicotine: Addiction and therapeutics. Annual *Review of Pharmacology and Toxicology, 36,* 597-613.

Benowitz, N. L., Bernert, J. T., Foulds, J., Hecht, S. S., Jacob III, P., Jarvis, M. J., Joseph, A., Oncken, C. y Piper. M. E. (2020). Biochemical verification of tobacco use and abstinence: 2019 update. *Nicotine and Tobacco Research, 22*(7), 1086-1097.

Blank, M., Disharoon, S. y Eissenberg, T. (2009). Comparison of methods for measurement of smoking behavior: mouthpiece-based computerized devices versus direct observation. *Nicotine and Tobacco Research, 11*(7), 896-903.

Bordnick, P. S. y Graap, K. (2004). *Virtual reality nicotine cue reactivity assessment system (VR-NCRAS) (véasesion 1.0) [PC].* Virtually Better, Inc.

Bordnick, P. S., Graap, K. M., Copp, H. L., Brooks, J. y Ferrer, M. (2005). Virtual reality cue reactivity assessment in cigarette smokers. *Cyberpsychology and Behavior, 8*(5), 487-492.

Bordnick, P. S., Traylor, A., Copp, H. L., Graap, K. M., Carter, B., Ferrer, M. y Walton, A. P. (2008). Assessing reactivity to virtual reality alcohol based cues. *Addictive Behaviors, 33*(6), 743-756.

Botella, A., García-Palacios, A., Baños, R. y Quero, S. (2007). Realidad Virtual y Tratamientos Psicológicos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 81,* 35-46.

Carter, B. L., Bordnick, P., Traylor, A., Day, S. X. y Paris, M. (2008). Location and longing: The nicotine craving experience in virtual reality. *Drug and Alcohol Dependence, 95*(1-2), 73-80.

Drobes, D. J., Anton, R. F., Thomas, S. E. y Voronin, K. (2003). A clinical laboratory paradigm for evaluating medication effects on alcohol consumption: Naltrexone and nalmefene. *Neuropsychopharmacology, 28,* 755-764.

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2.ª ed.). Ediciones Pirámide.

García-Rodríguez, O., Pericot-Valverde, I., Maldonado, J. G. y García, M. F. (2009). La realidad virtual como estrategia para la mejora de los tratamientos del tabaquismo. *Salud y Drogas, 9*(1), 39-55.

Hughes, J. R. y Hatsukami, D. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of general psychiatry, 43*(3), 289-294.

Johnson, E. I., Barrault, M., Nadeau, L. y Swendsen, J. (2009). Feasibility and validity of computerized ambulatory monitoring in drug-dependent women. *Drug and Alcohol Dependence, 99*(1-3), 322-326.

Kim, D. W., Kim, H. K., Bae, E. K., Park, S. H. y Kim, K. K. (2015). Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures. *The American Journal of Emergency Medicine, 33*(5), 701-704.

Kuntze, M. F., Stoermer, R., Mager, R., Roessler, A., Mueller-Spahn, F. y Bullinger, A. H. (2001). Immersive virtual environments in cue exposure. *Cyberpsychology and Behavior, 4*(4), 497-501.

Lukasiewicz, M., Fareng, M., Benyamina, A., Blecha, L., Reynaud, M. y Falissard, B. (2007). Ecological momentary assessment in addiction. *Expert Review of Neurotherapeutics, 7*(8), 939-950.

Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Pearson.

Nace, E. P. (2005). *Alcohol*. En R. J. Frances, S. I. Miller y A. H. Mack (eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders* (3.ª ed.) (pp. 75-104). The Guilford Press.

Napper, L. E., Fisher, D. G., Johnson, M. E. y Wood, M. M. (2010). The reliability and validity of drug users' self reports of amphetamine use among primarily heroin and cocaine users. *Addictive Behaviors, 35*(4), 350-354.

Pericot-Valverde, I., Germeroth, L. J. y Tiffany, S. T. (2016). The use of virtual reality in the production of cue-specific craving for cigarettes: a meta-analysis. *Nicotine and Tobacco Research, 18*(5), 538-546.

Prockop, L. D. y Chichkova, R. I. (2007). Carbon monoxide intoxication: an updated review. *Journal of the Neurological Sciences, 262*(1-2), 122-130.

Rowe, C., Vittinghoff, E., Colfax, G., Coffin, P. O. y Santos, G. M. (2018). Correlates of validity of self-reported methamphetamine use among a sample of dependent adults. *Substance Use and Misuse, 53*(10), 1742-1755.

Saladin, M. E., Brady, K. T., Graap, K. y Rothbaum, B. O. (2006). A preliminary report on the use of virtual reality technology to elicit craving and cue reactivity in cocaine dependent individuals. *Addictive Behaviors, 31*(10), 1881-1894.

Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2003). The validity of self-reports in a follow-up study with drug addicts. *Addictive Behaviors, 28*(6), 1175-1182.

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., López-Núñez, C., Alonso-Pérez, F. y Fernández-Hermida, J. R. (2014). Contingency management for smoking cessation among treatment-seeking patients in a community setting. *Drug and Alcohol Dependence, 140,* 63-68.

Serre, F., Fatseas, M., Debrabant, R., Alexandre, J. M., Auriacombe, M. y Swendsen, J. (2012). Ecological momentary assessment in alcohol, tobacco, cannabis and opiate dependence: A comparison of feasibility and validity. *Drug and Alcohol Dependence, 126*(1-2), 118-123.

Serre, F., Fatseas, M., Swendsen, J. y Auriacombe, M. (2015). Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence, 148,* 1-20.

Shiffman, S. (2009). Ecological momentary assessment (EMA) in studies of substance use. *Psychological assessment, 21*(4), 486-497.

Shiffman, S., Balabanis, M. H., Gwaltney, C. J., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. D., Hickcox, M. y Paton, S. M. (2007). Prediction of lapse from associations between smoking and situational antecedents assessed by ecological momentary assessment. *Drug and Alcohol Dependence, 91*(2-3), 159-168.

Shiffman, S., Stone, A. A. y Hufford, M. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology, 4,* 1-32.

Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A. y Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction, 84*(11), 1353-1357.

Traylor, A. C., Bordnick, P. S. y Carter, B. L. (2008). Assessing craving in young adult smokers using virtual reality. *The American Journal on Addictions, 17*(5), 436-440.

Traylor, A. C., Bordnick, P. S. y Carter, B. L. (2009). Using virtual reality to assess young adult smokers' attention to cues. *CyberPsychology and Behavior, 12*(4), 373-378.

Vearrier, D., Curtis, J. A. y Greenberg, M. I. (2010). Biological testing for drugs of abuse. *Molecular, clinical and environmental toxicology, 2,* 489-517.

Wesson, D. R. y Ling, W. (2003). The clinical opiate withdrawal scale (COWS). *Journal of psychoactive drugs, 35*(2), 253-259.

Wikler, A. (1952). A psychodynamic study of a patient during experimental self-regulated re-addiction to morphine. *The Psychiatry Quartely, 26*(2), 270-293.

Zaldívar, F. (1996). Evaluación de la conducta adictiva. En J. Gil Roales-Nieto (ed.), *Psicología de las Adicciones*. Némesis.

# 8

# Evaluación de las conductas adictivas en adolescentes

SERGIO FERNÁNDEZ-ARTAMENDI,
CARLA LÓPEZ-NÚÑEZ
Y VÍCTOR MARTÍNEZ-LOREDO

## 1. INTRODUCCIÓN

El período comprendido entre los 10 y los 20 años de edad, en el que se encuentra incluida la adolescencia, es en el que habitualmente se inicia el consumo de sustancias psicoactivas.

Según los últimos datos disponibles, en España (PNSD, 2021) un 73,9 por 100 de los jóvenes entre 14 y 18 años han probado el alcohol, un 38,2 por 100 el tabaco, un 28,6 por 100 el cannabis, un 19,6 por 100 hipnosedantes (con o sin receta), y en torno a un 3 por 100 otras drogas como la cocaína, alucinógenos y éxtasis; estos datos reflejan unas altas tasas de consumo experimental. La edad media de inicio en el consumo de estas sustancias es de unos 14 años para el tabaco, el alcohol y los hipnosedantes, y de los 15 para el consumo de cannabis, siendo unos meses más tarde cuando aparece el inicio en el consumo de cocaína, éxtasis o alucinógenos, y del consumo semanal de alcohol.

En cuanto al consumo habitual, un 53,6 por 100 de esta población refiere consumo frecuente (en el último mes) de alcohol, un 23,9 por 100 de tabaco, un 14,9 por 100 de cannabis y un 7,5 por 100 de hipnosedantes. No obstante, estos datos esconden importantes diferencias de sexo. Las chicas presentan consumos superiores de hipnosedantes (10,0 por 100 frente a 5,0 por 100),

alcohol (55,8 por 100 frente a 51,5 por 100) y de tabaco en el último mes (26,7 por 100 frente a 21,2 por 100), pero inferiores en cannabis (14,1 por 100 frente a 15,7 por 100). En cuanto al consumo diario, es superior en las chicas en el caso del tabaco (9,2 por 100 de las chicas y 8,8 por 100 de los chicos) y los hipnosedantes (4,7 por 100 de las chicas y 2,6 por 100 de los chicos), e inferior en el del cannabis (1,1 por 100 y 2,1 por 100) y el alcohol (1,1 por 100 y 1,3 por 100).

Esta etapa constituye, por tanto, el momento vital en el que se producen los mayores cambios en el patrón de consumo de sustancias, junto al resto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, evolucionando desde la ausencia casi total de consumo hasta las primeras experiencias y el comienzo de los consumos frecuentes de distintas sustancias, en algunos casos problemáticos. Por estos motivos, la evaluación y tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes requiere atender a una serie de peculiaridades.

## 2. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA

A principios del siglo pasado, Stanley Hall describía la adolescencia como un período de inevitable *«storm and stress»* (Hall, 1916). Esto es, la infancia estaba abocada a dar paso a una etapa caracterizada por una maduración biológicamente dirigida y por tanto fuera del control racional. Desde un punto de vista ontogenético, supone una turbulenta transición evolutiva del ser humano, desde lo salvaje a lo civilizado. Afortunadamente, la visión de la adolescencia es hoy menos extrema, y disponemos de amplia información científica para entender el desarrollo en esta etapa vital.

Según los principales modelos teóricos clásicos en torno a la adolescencia (Monti et al., 2001), el individuo afronta en esta etapa de cambio una serie de transiciones evolutivas dentro de un contexto dinámico, lo que puede provocar un desajuste individuo-

contexto, que supere sus habilidades de afrontamiento y le haga más susceptible a ciertas conductas de riesgo y más vulnerable a sus posibles consecuencias. Una adecuada sincronización, o su ausencia, exponen al joven a una serie de oportunidades o riesgos, respectivamente, y el afrontamiento adecuado de los diversos conflictos determinará el éxito o fracaso en las subsecuentes crisis. Para lograr la adecuada resolución de estos conflictos, el adolescente cuenta principalmente con sus estilos cognitivos (que pueden ser más o menos adaptativos) y con un entorno social (a veces de apoyo, a veces de riesgo). Si la mera exposición a los riesgos y oportunidades de la vida es inevitable y, en buena medida, necesaria, poseer las herramientas adecuadas provee al adolescente de la receptividad y resiliencia necesarias para afrontarlos adecuadamente. El adolescente obtiene así consecuencias constructivas que le permiten avanzar en la negociación con el entorno hacia su plena autonomía.

La experimentación con las drogas es una de las conductas de riesgo a las que el adolescente se ve expuesto al entrar en este período evolutivo. Supone una conducta de riesgo tanto por los posibles efectos a corto y largo plazo para la salud, como por el proceso de aprendizaje que puede derivar en una necesidad adquirida o en su incorporación al repertorio conductual como estrategia desadaptativa de afrontamiento. Lo es también por su asociación con conductas antisociales y por el impacto en el rendimiento académico o la vida social y familiar.

En este contexto, se entiende por factores de riesgo aquellas circunstancias o características personales o ambientales que interactúan con las vulnerabilidades personales, aumentando la probabilidad o facilitando el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas (EMCDDA, 2019). Se trata, por tanto, de factores asociados al consumo de drogas, cuyo efecto no tiene por qué ser causal, sino más bien probabilístico, y que nos indican que, a mayor número de factores de riesgo, más probable el uso y abuso de drogas. A su vez, los factores de protección son aquellas

características que reducen la probabilidad del uso y abuso de drogas. Existe una amplia investigación en torno a los factores de riesgo y protección, y múltiples clasificaciones, pero no es el objeto de este capítulo realizar una revisión exhaustiva de los mismos. No obstante, en la tabla 8.1 se recogen algunos de los principales (EMCDDA, 2019; Fernández-Artamendi y Cortés-Tomás, 2021; Nawi et al., 2021).

## 3. CONSIDERACIONES PREVIAS A LA INTERVENCIÓN

A pesar de que la adolescencia es la etapa donde habitualmente da comienzo la experimentación del consumo de sustancias y donde aparecen los primeros problemas asociados, y a pesar de la amplia prevalencia del consumo en esta etapa, no ha sido hasta años relativamente recientes cuando se han desarrollado intervenciones psicológicas específicas para esta población. De hecho, no es hasta la década de los 2000 cuando se empieza a asentar la idea de que el tratamiento de las adicciones juveniles requiere de enfoque especializados y claramente diferenciados de las intervenciones dirigidas a población adulta (White et al., 2002). Es en esta época cuando comienzan a aparecer estudios sobre tratamientos psicológicos eficaces, diseñados o adaptados a los jóvenes, con grandes estudios de ensayos controlados aleatorizados como el *Cannabis Youth Treatment Study* (CYT; Dennis et al., 2004). Afortunadamente, en la actualidad contamos con multitud de investigaciones sobre tratamientos psicológicos eficaces para el tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes y jóvenes. No obstante, y a pesar de ello, los resultados de los tratamientos dirigidos a esta población presentan a menudo resultados modestos en reducción del consumo de sustancias, sugiriendo que pueden ser necesarias intervenciones más potentes o algunas adaptaciones (Hogue et al., 2014). En efecto, esto se puede deber a las propias limitaciones de la intervención psicológica en adicciones, pero existen además diversas cuestiones sobre las que la investigación

es aún escasa y que suponen un reto para el tratamiento de las adicciones juveniles.

TABLA 8.1

*Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en la adolescencia*

| | Macrosituacionales | Microsituacionales | Individuales |
|---|---|---|---|
| Factores de riesgo | — Bajo precio.<br>— Fácil acceso.<br>— Refuerzo social al consumo.<br>— Elevada disponibilidad.<br>— Escasa disponibilidad de recursos alternativos. | — Entornos de ocio nocturno.<br>— Estilos parentales negligente e indulgente.<br>— Historia familiar de problemas de conducta.<br>— Conflictividad familiar.<br>— Apego inseguro en la infancia.<br>— Experiencias de victimización.<br>— Abuso de sustancias en los iguales.<br>— Pobreza. | — Elevada impulsividad.<br>— Búsqueda de sensaciones.<br>— Actitud positiva hacia el consumo.<br>— Baja percepción de riesgo.<br>— Edad de inicio temprana.<br>— Problemas internalizantes (ante bajos niveles de problemas externalizantes).<br>— Conductas agresivas tempranas.<br>— Conducta sedentaria.<br>— Sexo masculino. |
| Factores de protección | — Alto precio de las sustancias.<br>— Aumento de la edad legal mínima.<br>— Relaciones con iguales con valores normativos.<br>— Políticas antidrogas en el entorno escolar.<br>— Percepción de disponibilidad e | — Estilos parentales autorizado y autoritario.<br>— Adecuado control parental.<br>— Reglas familiares claras con respecto al consumo.<br>— Fuerte apego a la comunidad. | — Problemas de carácter internalizante (ante niveles moderados o elevados de externalizantes).<br>— Autocontrol.<br>— Religiosidad y conductas coherentes con las creencias.<br>— Optimismo. |

implicación en actividades de ocio.

## 3.1. Conductas adictivas y salud mental

No es extraño que los jóvenes con problemas adictivos presenten a su vez otros problemas de salud mental (Brewer et al., 2017). Esto es apreciable tanto a nivel de los jóvenes de la población general (Fernández-Artamendi, Martínez-Loredo y López-Núñez, 2021) como en los que están a tratamiento por conductas adictivas (Richert et al., 2020). Entre estos últimos, se estima que hasta un 80 por 100 tiene problemas de salud mental internalizantes y/o externalizantes.

En el caso del tabaco, diversos estudios apuntan a que los jóvenes fumadores presentan mayores problemas de salud mental, tanto de tipo internalizante como externalizante (Conway et al. 2018). Incluso en el caso de los cigarrillos electrónicos, su consumo se ha asociado también a un mayor número de problemas psicológicos (Becker et al., 2021). El consumo problemático de alcohol en jóvenes se ha asociado de forma consistente con problemas de tipo externalizante (Pedersen et al., 2018), pero en algunos estudios también con síntomas y problemas como depresión (Ritcher et al., 2016) y ansiedad (Low et al., 2008). Más específicamente, en jóvenes de la población general española con consumo problemático de alcohol se encuentran altas tasas de problemas de ansiedad y somatización, obsesivo-compulsivos y depresión (Fernández-Artamendi, Martínez-Loredo y López-Núñez, 2021). Igualmente, el consumo de cannabis se asocia con problemas externalizantes (Pedersen et al., 2018) e internalizantes, incluyendo ansiedad y depresión (Rasic et al., 2013; Kedzior y Laeber, 2014).

Entre los jóvenes con trastorno por uso de sustancias (TUS) se estima que entre un 70-80 por 100 presentan problemas

psicológicos asociados (Kaminer, 2019). A pesar de ello, el abordaje de esta comorbilidad desde los programas de tratamiento no siempre es suficiente, y aún se requiere de importantes adaptaciones (Brewer et al., 2017). Esto es de vital importancia si tenemos en cuenta que la presencia de problemas psicológicos supone un mayor daño funcional (Roberts et al., 2007) y tiene un impacto negativo en los resultados del tratamiento. No obstante, es importante destacar también que las investigaciones sobre la eficacia de los principales enfoques, como la terapia cognitivo-conductual con entrevista motivacional (TCC+EM; Hides, 2011), la terapia familiar multidimensional (TFMD; Rowe et al., 2011) o la aproximación de reforzamiento comunitario para adolescentes (A-CRA; Godley, Hunter et al., 2014) han demostrado que son útiles para adolescentes con problemas concurrentes. En este ámbito podemos hacer una serie de recomendaciones (extraído de Fernández-Artamendi, López-Núñez et al.):

— Es necesario realizar un adecuado *screening* psicopatológico en adolescentes que reciben tratamiento por problemas adictivos, y una evaluación comprehensiva de los mismos si es necesario.
— Es recomendable la integración de la atención psicológica a las conductas adictivas y a los problemas de salud mental en esta población (Brewer et al., 2017).
— Los tratamientos de tipo cognitivo-conductual y familiar resultan *a priori* una estrategia prometedora para el abordaje de la comorbilidad en adolescentes.
— El uso de programas de atención continuada podría ser particularmente recomendable en esta población, aunque la evidencia es aún insuficiente.

### 3.2. Diferencias de sexo

Como se ha mencionado anteriormente, otra de las áreas que aún requieren más investigación es el conocimiento de las diferencias de sexo existentes en las conductas adictivas y los problemas relacionados entre la población joven. En efecto, la literatura nos dice que, aunque las distancias se han ido atenuando, chicos y chicas consumen sustancias diferentes, en distintas intensidades y con problemas asociados diferentes (PNSD, 2021). Como se indicaba al principio de este capítulo, los consumos son habitualmente superiores entre los chicos, pero estas prevalencias se han ido igualando en los últimos años y ya no sucede así con sustancias como el alcohol y el tabaco, o los hipnosedantes, donde las chicas presentan prevalencias considerablemente más elevadas (PNSD, 2021) y en tasas preocupantes. A pesar de ello, los recursos de atención a las conductas adictivas en población joven se encuentran a menudo con una infrarrepresentación de las chicas frente a los chicos, si bien esto ha ido cambiado y, como ejemplo, estudios de los últimos años con amplias muestras encuentran un 36 por 100 (Hawke et al., 2018) o un 25,9 por 100 (Godley et al., 2014) de chicas en estos recursos ambulatorios de tratamiento. Esto es más llamativo aún, dado que los trastornos de salud mental que presentan las chicas y chicos adolescentes son también diferentes, encontrándose más problemas asociados a las conductas adictivas en ellas (Roberts et al., 2007; Stevens et al., 2004), particularmente en áreas como la somatización, hostilidad, sensibilidad interpersonal o síntomas obsesivo-compulsivos, entre otros (Fernández-Artamendi et al., 2021c).

A pesar de ello, la evidencia existente hasta la fecha indica que no se encuentran diferencias significativas en la eficacia de los principales programas como la EM, TCC, TFMD o ACRA en función del sexo (Godley, Hedges y Hunter, 2011; Stevens et al., 2004). Esto es así, de nuevo, probablemente por el carácter flexible, comprehensivo e individualizado de estas intervenciones psicológicas. A pesar de ello, existen estudios que sí encuentran diferencias significativas en función del sexo en algunas

intervenciones (Russell et al., 2022). Estos resultados sugieren que es necesario continuar investigando, con el fin de desarrollar las adaptaciones necesarias y mejorar el acceso de las chicas a los recursos asistenciales. Se trataría de adaptar los recursos a las necesidades particulares de las chicas adolescentes, desarrollando estrategias específicas de captación que mejoren su acceso a los mismos, reduciendo las barreras.

### 3.3. Poblaciones vulnerables

Cuando se trata de menores, podemos encontrarnos con jóvenes con situaciones familiares complejas, multiproblemáticas o sin familia, así como experiencias de abuso y victimización, entre otras. En este contexto, una de las poblaciones particularmente vulnerables es la de aquellos jóvenes que se encuentran en el sistema de protección. En menores que se encuentran en acogimiento residencial en nuestro país, un 37,2 por 100 consume drogas habitualmente (Martin et al., 2017), y las tasas de problemas externalizantes e internalizantes son superiores a la población que no se encuentra en esta situación (González-García et al., 2017). Si nos centramos en aquellos menores que se encuentren en acogimiento residencial terapéutico, específico para jóvenes con problemas de conducta, nos encontramos también elevados niveles de consumo, con hasta un 73,3 por 100 de jóvenes consumidores (Sabaté-Tomás et al., 2017) así como unos elevados problemas asociados al consumo de alcohol y cannabis (Fernández-Artamendi et al., 2020). Por tanto, esta población se caracteriza habitualmente por una mayor gravedad de los problemas de consumo, así como más problemas asociados a las conductas adictivas. Además, son frecuentes las historias infantiles de riesgo y las experiencias de victimización, particularmente entre las chicas (Fernández-Artamendi et al., 2020). Otras dificultades, como la compleja o imposible colaboración con los familiares en el proceso terapéutico, historias prolongadas de interacción del/la menor con servicios

profesionales y del sistema de protección, así como posibles procesos de acogida inestables, también dificultan la ayuda profesional a estos adolescentes.

Ante estas dificultades añadidas, la atención a los jóvenes en hogares de acogimiento residencial requiere de una atención especializada. Los tratamientos eficaces para adolescentes lo son también con estas poblaciones y, de hecho, experiencias previas sugieren que es posible aplicarlas en formato intensivo, aprovechando el carácter residencial de los hogares de acogimiento. Se han aplicado programas como el ACRA y la TFMD en entornos residenciales, implicando a todo el personal del centro en sus principios y técnicas, favoreciendo un entorno de recuperación intensivo para los menores. Por tanto, para el trabajo con esta población podemos realizar una serie de recomendaciones (extraído de Fernández-Artamendi, López-Núñez et al., 2021):

— Formatos de intervención de alta intensidad.
— Implementación de estrategias y herramientas de detección temprana y *screening* para detectar menores con perfiles de riesgo.
— Detección de experiencias de victimización y abuso.
— Implementación extensiva de estrategias de prevención selectiva e indicada, así como de intervención temprana.
— Atención integral a los problemas adictivos, psicosociales y de salud mental.
— Incorporación de familiares y/o educadores al proceso de evaluación y tratamiento.
— Implementación de programas de tratamiento de forma global dentro del contexto residencial, con participación activa de los profesionales del mismo de distintos niveles y responsabilidad.
— Incorporación de complementos de tratamiento que contribuyan a mejorar la retención y resultados como la EM o el manejo de contingencias (MC).

— Adecuada coordinación de las intervenciones con el resto de los profesionales responsables de la atención a los problemas de salud mental, evitando duplicidades.

## 4. PECULIARIDADES DE LA EVALUACIÓN EN JÓVENES

Un aspecto elemental a la hora de abordar las conductas adictivas en población adolescente es comprender adecuadamente su rol sociocultural y evolutivo. Los jóvenes suelen iniciar la experimentación con drogas en contextos sociales, para, tras un período de tiempo variable, reducir o abandonar el consumo, en un progreso que es similar dentro de los grupos de iguales (Essau y Delfabbro, 2020). Es por ello que, entendiendo el carácter «normativo» de ciertos grados de consumo en la adolescencia, debemos ser precavidos a la hora de diagnosticar e intervenir por el peso estigmatizante que un etiquetaje puede tener sobre el joven.

Con el objetivo de facilitar el trabajo terapéutico, se ha optado por definir unos criterios de abuso en la adolescencia y preadolescencia, distinguiendo el «abuso temprano» (consumo infantil o preadolescente regular, no normativo), que es criterio suficiente para intervenir, del abuso en la adolescencia tardía, donde la intensidad de la posible intervención se orienta por una serie de factores (adaptado de Winters et al., 2001):

1. El consumo de ciertas drogas o consumos muy elevados, intensos o prolongados puede ser lo suficientemente peligroso como para requerir intervención incluso en ausencia de consecuencias.
2. El consumo en determinadas circunstancias (antes de conducir, en horario escolar, etc.) puede considerarse abuso, sin esperar a que produzca consecuencias.
3. Ante un patrón ambiguo de consumo, el tratamiento estará indicado en aquellos casos en que se den consecuencias psicológicas y sociales negativas.

4. El factor más controvertido es el que aconseja intervenir en ausencia de consumo, realizando intervenciones preventivas de carácter selectivo o indicado cuando existan múltiples factores de riesgo importantes, como un elevado consumo familiar, trastornos de conducta o entornos de elevado riesgo.

Más allá de estas orientaciones, cuya utilidad interventiva no dispone de comprobación empírica, no hay gran acuerdo en torno a cuándo se produce abuso en la adolescencia. De hecho, las limitaciones diagnósticas estaban presentes incluso en los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de abuso (APA, 2000) y dependencia de drogas, que no eran muy apropiados para estas edades y presentaban limitaciones importantes (Newcomb, 1995; Winters, 2001). Las modificaciones en el DSM-5 (APA, 2013) han dado lugar al «trastorno por consumo de sustancias», que combina los síntomas de abuso y dependencia del DSM-IV-TR. Esto ofrece ciertas mejoras de cara al diagnóstico de menores, dado que la diferenciación previa no era de gran utilidad clínica. Además, se ha suprimido el síntoma de abuso que hacía referencia a «problemas legales». Dado el estatus legal del consumo en la adolescencia, y ante las diferencias geográficas y culturales evidentes en la legislación y su aplicación, esto contribuye a mejorar la utilidad clínica de este diagnóstico. También desaparecen en el DSM-5 los denominados «huérfanos diagnósticos»: casos habituales en los que los jóvenes presentaban uno o dos síntomas de dependencia según el DSM-IV-TR (se requerían tres para el diagnóstico), pero ninguno de abuso, y que, por tanto, no podrían incluirse en ninguna de las dos categorías.

No obstante, algunas de las limitaciones del DSM-IV-TR aún se mantienen a la hora de aplicar este diagnóstico a menores (De Micheli et al., 2020). En primer lugar, algunos de los síntomas tienen una prevalencia muy baja entre los adolescentes, como sucede con los de abstinencia y los problemas médicos relacionados con el consumo, que aparecerían tras años de uso continuado. En

segundo lugar, el desarrollo de la tolerancia es un fenómeno habitual en los adolescentes, incluso no consumidores, al estar en pleno desarrollo biológico, lo que lo convierte en un síntoma de dependencia con muy baja especificidad en estas edades. En tercer lugar, el consumo, a pesar de los riesgos, puede ser característico precisamente de esta etapa vital, en la que el adolescente confronta constantemente nuevas situaciones y realiza conductas de riesgo como forma de su desarrollo evolutivo con el fin de aprender a gestionarlos. En cuarto lugar, el consumo peligroso también es menos probable en jóvenes que en adultos, dadas las menores posibilidades de acceso a automóviles, maquinaria pesada, entornos laborales de riesgo, etc. En quinto lugar, los adolescentes a menudo tienen una alta percepción de control, y consideran que pueden dejar de consumir «cuando quieran», por lo que el criterio de presentar deseos infructuosos de reducir el consumo presenta debilidades. En sexto lugar, en cuanto a dedicar mucho tiempo a consumir u obtener la sustancia, dada la forma de relacionarse los adolescentes, es muy frecuente que estos pasen mucho tiempo con compañeros que pueden ser consumidores, reforzando este consumo precisamente por su función social. En séptimo lugar, y en cuanto al consumo a pesar de las consecuencias negativas, el uso de sustancias en la adolescencia cumple a menudo una función de afirmación o negociación de la autonomía, pudiendo generar conflictos con el entorno que por otra parte son propios de este período vital (conflictividad familiar, cambio en el rendimiento escolar, etc.). En octavo lugar, el abandono de actividades puede ser característico también de esta etapa. Los adolescentes presentan cambios importantes en variables como la impulsividad, presentando niveles crecientes y elevados que pueden favorecer la búsqueda precisamente de actividades hedónicas, a las que son más sensibles, y dejando de lado otras actividades menos placenteras o responsabilidades. Por último, el umbral de dos síntomas que utiliza el DSM-5, unido al amplio abanico de problemas que cubren estos síntomas, arroja una gran

heterogeneidad entre los diagnosticados, pudiendo agrupar múltiples niveles de gravedad.

Dadas estas limitaciones diagnósticas, el *Center for Substance Abuse Treatment* (Winters, 1999) elaboró hace unos años una propuesta de clasificación siguiendo un continuo de gravedad, que puede ser orientativo de cara a la intervención: 1) abstinencia; 2) consumo experimental, mínimo y asociado a actividades recreativas; 3) abuso temprano de más de una droga, más establecido y frecuente, comenzando a aparecer consecuencias negativas; 4) abuso: consumo regular, frecuente y durante un período extenso, apareciendo múltiples consecuencias negativas, y 5) dependencia: el uso es continuado a pesar de las graves consecuencias, dándose un ajuste de las actividades para acomodar la búsqueda de droga y su consumo.

En los últimos años se ha planteado el uso de nuevas tecnologías para el proceso de evaluación en conductas adictivas infantojuveniles. En este sentido, es importante recalcar que el desarrollo de procedimientos de evaluación digitalizados debe pasar por todas las fases propias del desarrollo de instrumentos y protocolos de evaluación, a fin de demostrar su fiabilidad y validez. La adaptación directa de métodos de evaluación al formato digital ha demostrado que puede producir resultados dispares (Alfonsson et al., 2014; Martinez-Loredo et al., 2021) e, incluso, impedir la evaluación del fenómeno en cuestión [ver Penner et al. (2012) para un ejemplo sobre el test de Stroop]. Los diversos intentos de realización de evaluaciones e intervenciones *online* o a distancia han propiciado la aparición de distintas guías y artículos con sugerencias para la realización tanto de estudios como de protocolos de evaluación e intervención digitalizada (Luxton et al., 2014; Marsch et al., 2020; Organización Mundial de la Salud, 2019).

## 5. EL PROCESO DE EVALUACIÓN

Entre los adolescentes con problemas por consumo de sustancias es habitual que exista una baja conciencia de problema, así como una baja motivación para el tratamiento (Fernández-Artamendi et al., 2013). En uno de los estudios más amplios, con más de 70.000 adolescentes en Estados Unidos, el 42,57 por 100 venía derivado del sistema judicial, el 23,08 por 100 por sí mismos o por la familia, el 18,71 por 100 por el centro educativo y el 5,51 por 100 por su profesional de atención primaria (Marotta et al., 2022).

Como podemos observar, es inusual que sean los propios jóvenes quienes soliciten ayuda psicológica por estos problemas, y a menudo son los familiares o instituciones, como las educativas y sobre todo judiciales, las que derivan a los menores a recibir tratamiento por conductas adictivas. El resultado es que los adolescentes se pueden mostrar, en bastantes ocasiones, resistentes al proceso terapéutico o poco colaboradores, dificultando el proceso de evaluación y tratamiento.

Ante esta situación, es recomendable que la EM sea el primer acercamiento al menor, de forma previa al desarrollo de un proceso de evaluación estructurado y al tratamiento. De esta forma, podremos dedicar las primeras sesiones a realizar una recepción que facilite la cooperación, adherencia e implicación del adolescente en todo el proceso. En la figura 8.1 se describe de forma esquemática una posible estructura del proceso de evaluación en conductas adictivas adolescentes.

Por otra parte, como se ha comentado, las conductas adictivas tienden a ocurrir en la adolescencia, junto a otra serie de problemas familiares, sociales y psicológicos. Por ello, es crucial que el proceso evaluativo se acomode a las necesidades particulares del adolescente. Este proceso variará en su extensión, profundidad y especificidad basándose en estas necesidades, pudiendo ir desde un breve *screening* o detección precoz, orientado a detectar problemas asociados al consumo y determinar la necesidad de una evaluación más amplia (y tratamiento), hasta una evaluación biopsicosocial comprehensiva realizada con el objeto de profundizar

en los problemas del adolescente y diseñar una intervención. Para llevar a cabo el proceso de evaluación podremos utilizar, por tanto, distintos tipos de herramientas. Además, en el caso de los menores es conveniente utilizar múltiples fuentes de información para evitar sobreestimar o infravalorar el problema, así como para superar posibles barreras en la colaboración del menor. Para ello, es muy importante valorar siempre la validez de la información recogida de cada fuente.

A continuación se perfilan los principales métodos disponibles para realizar la evaluación, detallando únicamente aquellas consideraciones específicas a tener en cuenta para adaptar el proceso de evaluación a los casos de adolescentes. Para ver las cuestiones generales del proceso de evaluación, consulte el capítulo 5.

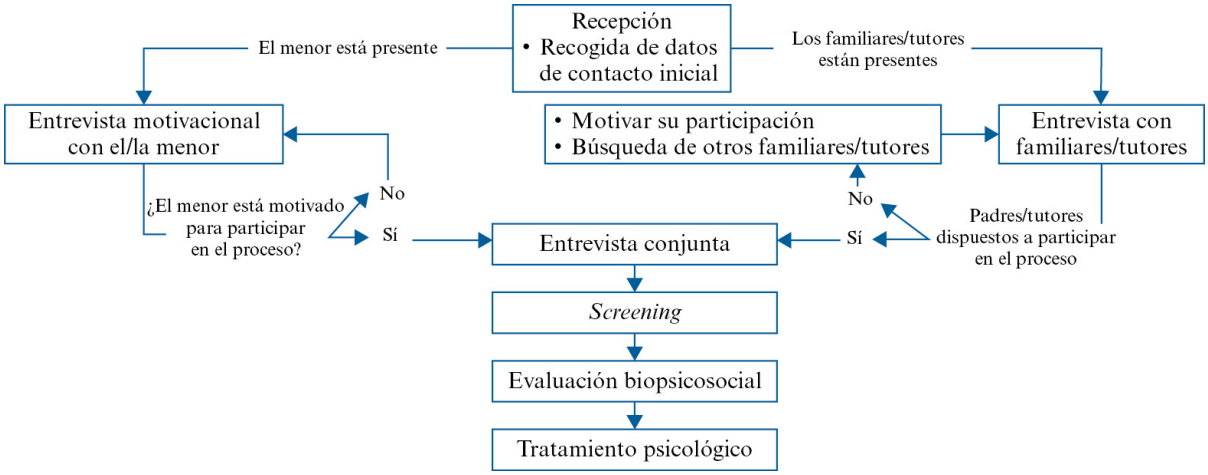



Figura 8.1.

## 6. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

### 6.1. Las pruebas de laboratorio

Las pruebas de laboratorio son un recurso imprescindible como indicador objetivo del consumo de drogas, que nos permite verificar tanto el consumo como la abstinencia. Idealmente, estas pruebas

sirven para generar conversaciones sobre el consumo de drogas basadas en resultados y evitando presunciones, aunque a menudo estas pruebas pueden ser fuente de conflicto entre el adolescente y los padres/tutores (Levy et al., 2014).

Esto será muy útil a la hora de reforzar la habilidad del menor para resistir el consumo cuando el resultado es negativo, o bien implantar consecuencias previamente pautadas cuando el resultado sea positivo. Además, la utilización de pruebas objetivas será necesaria para la aplicación de complementos de intervención, como las técnicas de MC.

La técnica más habitual en la práctica clínica, por accesible, rápida y menos costosa, es en estos casos el análisis de orina, que permite evaluar los consumos de las últimas horas o días (dependiendo de la sustancia y la sensibilidad de la analítica). No obstante, esta técnica presenta ciertas limitaciones, como una baja especificidad y una mayor probabilidad de falsos positivos y negativos. Además, las pruebas de orina más habitualmente utilizadas (tipo multipanel) ofrecen resultados cualitativos (positivo/negativo) y no cuantitativos, por lo que el resultado ofrecido dependerá del umbral establecido por la prueba. Por ello, un resultado negativo no asegurará al 100 por 100 que no haya habido consumo, sino que puede significar que se ha alterado la muestra, que el instrumento no es lo suficientemente sensible o que la concentración es muy baja porque el consumo no es reciente. Ante esto, es posible utilizar distintas pruebas con distintos umbrales de detección a lo largo del proceso terapéutico, explicándolo claramente al menor y los padres/tutores. Esto permitirá recurrir a umbrales más exigentes, si es necesario, conforme avanza el tratamiento, con el objeto de detectar por ejemplo consumos puntuales (requieren un umbral muy bajo) y no tanto regulares (suficiente con umbrales más altos). No debemos olvidar tampoco que las pruebas de laboratorio detectarán únicamente los metabolitos de aquellas sustancias que estemos buscando, por lo

que puede haber consumos que pasen desapercibidos si no los tenemos en cuenta.

Por otra parte, un resultado positivo puede, en ocasiones, ser erróneo. Si bien esto no es lo más habitual, la interpretación de estas pruebas debe hacerse por ello siempre con cautela y discutiendo los posibles resultados y su interpretación con los menores y sus padres/tutores. Teniendo en cuenta esta situación, y la posible conflictividad que se puede derivar de la interpretación y discusión de los resultados de las pruebas objetivas, se ofrecen las siguientes recomendaciones:

— Es necesario explicar claramente a los menores y los padres/tutores el funcionamiento de las pruebas utilizadas. Esto es, los metabolitos que se van a analizar, los períodos de detección y los umbrales de las pruebas. De esta forma, el menor entenderá el funcionamiento de las pruebas y evitaremos sorpresas y conflictos.
— En el caso de dudas importantes sobre el resultado puede ser conveniente analizar la muestra en un laboratorio con instrumentos especializados de medición cuantitativa, que verifiquen el resultado. La alternativa de los análisis de sangre es mucho más precisa a la hora de detectar y determinar las concentraciones de droga en el cuerpo, pero es más invasiva y costosa, y al requerir la utilización de laboratorios retrasa la obtención del resultado, dificultando su discusión terapéutica y la aplicación de consecuencias contingentes.
— Es recomendable establecer en las fases iniciales del proceso terapéutico un contrato conductual donde se negocien y establezcan claramente las consecuencias que se van a aplicar en función de los resultados de las pruebas de laboratorio. Esto permitirá reducir las tensiones y conflictos asociados en el momento de realizar las pruebas.

Además del coste de todas estas pruebas, uno de sus inconvenientes es que no identifican patrones de consumo o problemas asociados, sino que las más habituales sencillamente detectan la mera presencia/ausencia del metabolito de la droga, de forma dicotómica, lo que implica un rango de información muy estrecho. De ahí que el autoinforme siga siendo la fuente prioritaria de información.

## 6.2. Los informes de terceros

La evaluación del adolescente no se debe considerar completada hasta que no hayamos accedido a evaluar a los referentes más próximos, que pueden incluir uno o varios de los siguientes: la familia (en términos tradicionales y también según la defina el adolescente), cualquier tutor o responsable legal, y cualquier otro que el juez considere relevante (si ha habido derivación judicial). No se deben descartar otras posibles fuentes de información, como amigos adultos, personal de la escuela o profesores, trabajadores de servicios sociales, profesionales que le hayan evaluado o tratado previamente, etc.

Evaluar a una familia al completo exige una serie de habilidades adicionales frente a la evaluación individual y requiere estar entrenado en la identificación de estructuras familiares y en la interpretación de sus dinámicas, fortalezas y debilidades, teniendo en cuenta que la definición de familia puede no ser la tradicional para el adolescente, lo cual ha de respetarse, al igual que cualquier aspecto cultural que afecte a sus relaciones. En este proceso se deben examinar también los intentos o experiencias previas de tratamiento, y los sentimientos de la familia respecto al usuario, para, por último, valorar la situación familiar y su posible influencia en el TUS del adolescente, ya que este puede ser un síntoma de los problemas en su entorno (Winters, 1999).

Por otra parte, a la hora de evaluar al adolescente puede ser relevante consultar informes de terceros o registros elaborados por

el centro escolar, centros de tratamiento o profesionales a los que haya acudido previamente, el sistema judicial, etc. Recurrir a múltiples fuentes de información sobre los problemas del adolescente, relacionados o no con el consumo de sustancias, permitirá realizar una evaluación más completa y exhaustiva, facilitando y mejorando una posible intervención posterior.

## 6.3. Autoinformes

El autoinforme (ya sea mediante entrevista, cuestionario o autorregistro) es un procedimiento insustituible en este ámbito, ya que aporta la información más directa sobre el consumo de drogas y los problemas asociados. Desde hace tiempo se considera una fuente principal, ya que existe apoyo suficiente a la información recogida mediante autoinforme en adolescentes (Winters et al., 2002), dada la convergencia con los informes de terceros y entre evaluaciones separadas en el tiempo (Winters, 2001). No obstante, esto no es siempre es así, ya que algunos estudios encuentran ciertas discrepancias al utilizar pruebas objetivas, como el análisis de orina. Por ejemplo, en el estudio de Williams y Nowatzi (2005) un 26 por 100 de los jóvenes niega el consumo, pero da positivo, y un 34 por 100 da negativo tras afirmar haber consumido. El autoinforme, por tanto, tiene una validez limitada en determinadas circunstancias, ya que, además de la posibilidad de ocultar intencionadamente el consumo, el momento evolutivo y el grado de madurez condicionan la capacidad de *insight* del adolescente. Esto es esencial para la correcta percepción del problema, la predisposición a informar y la receptividad frente a la intervención. Esta situación puede verse agravada además por problemas evolutivos y por diversos problemas psicológicos, lo que convierte en necesario el recurso a los análisis biológicos como método de verificación siempre que sea posible. No obstante, y pese a sus limitaciones, el autoinforme ha de ser siempre la herramienta primaria y fundamental de obtención de información en el

tratamiento con adolescentes. Para maximizar la fiabilidad y exhaustividad de la información obtenida de los adolescentes mediante autoinformes, podemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

— La utilización de estrategias de EM permitirá minimizar las posibles reticencias del adolescente a participar en el proceso terapéutico, adaptando el proceso a sus necesidades y facilitando la cooperación.
— Para que el adolescente se muestre participativo en el proceso de evaluación (y de intervención posterior) es necesario que se establezca una adecuada alianza terapéutica, así como que se garanticen las condiciones de confidencialidad y respeto a la intimidad del menor. Para ello, puede ser necesario negociar con los padres/tutores en las fases iniciales del proceso los límites de esta confidencialidad. Esto permite con el tiempo obtener autorrevelaciones muy precisas del menor, inalcanzables por otros medios.

### 6.3.1. *Screening o detección precoz*

La detección rápida o precoz es una estrategia de evaluación breve, caracterizada habitualmente por el uso de un único instrumento (un cuestionario), una fuente de información (prioritariamente el/la adolescente) y un área de evaluación (por ejemplo, el consumo de sustancias). El objetivo del *screening* es detectar de forma rápida la posible existencia de problemas de consumo de sustancias, o bien en otras áreas como las relaciones sociales, la autoestima o los síntomas depresivos, por ejemplo.

El *screening* sirve, por tanto, para detectar la presencia de cualquiera de estos problemas en las sesiones iniciales de evaluación o para determinar la derivación a una evaluación biopsicosocial más amplia, si se considera necesario. Además, estos instrumentos pueden constituir un apoyo complementario en el

proceso de evaluación biopsicosocial, cuando se detecten problemas adicionales que requieran una valoración más pormenorizada. En ningún caso estos instrumentos serán la base para el diseño de un proceso de intervención, que deberá basarse en una evaluación biopsicosocial.

En la actualidad, se dispone ya de diversos instrumentos de evaluación estandarizados, adaptados y validados a población española, que permiten detectar problemas asociados al consumo de sustancias desde edades tempranas. La extensión de estas herramientas es habitualmente breve, sin superar los 5-10 minutos. Esto permite que puedan ser utilizados por psicólogos más allá del contexto de centros específicos de tratamiento ambulatorio de conductas adictivas, como pueden ser los centros escolares o la atención primaria.

### 6.3.2. *Evaluación biopsicosocial*

Este tipo de evaluación se llevará a cabo una vez que se haya realizado un acercamiento de EM con el adolescente, así como un *screening* cuyos resultados apunten a un posible problema de consumo de drogas, con la finalidad de determinar la necesidad de una intervención psicológica y de facilitar su planificación. Los objetivos de la evaluación biopsicosocial podrían resumirse en los siguientes:

1. Evaluar la historia y gravedad de los problemas asociados al consumo de sustancias y otras conductas adictivas presentados por el adolescente.
2. Realizar una evaluación comprehensiva de la situación familiar, escolar, laboral y social del adolescente, incluyendo la historia médica y de salud mental y sexual. Esto ha de incluir también factores asociados, como los problemas evolutivos (TDAH, problemas de aprendizaje, historia de abuso, etc.), las relaciones sociales y habilidades interpersonales, la relación

con el sistema de protección y los servicios sociales y las actividades de ocio.
3. Determinar cuáles son las áreas prioritarias de intervención.
4. Identificar los puntos fuertes y competencias del adolescente sobre los que trabajar (autoestima, apoyos familiares y sociales, etc.) y que puedan ayudarnos en el desarrollo de un plan de tratamiento adecuado.
5. Recoger información de los padres/tutores sobre la situación del adolescente con respecto al consumo de drogas y otras conductas adictivas, así como sobre el resto de las áreas vitales.
6. Evaluar la situación de los padres/tutores del adolescente, incluyendo las dinámicas familiares, prácticas educativas, etc.
7. Realizar una valoración inicial de posibles problemas de salud mental comórbidos a las conductas adictivas.
8. Elaborar un informe escrito.

Para llevar a cabo el proceso de evaluación deben tenerse en cuenta además una serie de factores:

— Como en todo proceso de evaluación, se debe asegurar la confidencialidad de la entrevista y la comodidad del entrevistado/a, quien no debe sentirse inseguro/a ni temer que la información pueda ser escuchada por terceros o tenga consecuencias graves para él/ella.
— En caso de que se haya logrado integrar a algún familiar o persona significativa en esta fase de la evaluación, es recomendable que el orden de las entrevistas parta de una evaluación en privado con el/la joven, seguido de una evaluación con los padres/tutores a solas y finalmente una entrevista conjunta.
— Para una evaluación comprehensiva se recurrirá a múltiples estrategias y métodos de evaluación de la información proporcionada por diversas fuentes.

Para una revisión detallada de los instrumentos de evaluación, se puede consultar el capítulo 6 de este manual.

## 6.4. Formulación clínica y plan de tratamiento

Tras el proceso de evaluación debemos elaborar un informe escrito basándonos en los resultados de las pruebas de *screening,* la evaluación biopsicosocial, así como cualquier otra información relevante obtenida de informes previos, entrevistas, pruebas estandarizadas y en la observación, tanto del adolescente como de la familia en su conjunto. La redacción debe permitir su comprensión por parte del adolescente, su familia y cualquier posible profesional que tenga acceso a él en el futuro. En el caso de menores de 18 años el informe puede dirigirse directamente a los padres y, si es mayor de edad, al propio adolescente, sin olvidar en ningún caso los criterios de confidencialidad pactados con él/ella para compartir la información.

Este informe se convertirá en una guía en la atención al usuario a través de los diversos recursos y del tiempo, por lo que no debe incluir opiniones ni tampoco descripciones de informes previos que no hayan sido debidamente confirmadas en la actualidad. El informe deberá:

— Identificar la gravedad del problema de consumo de sustancias. Los informes previos pueden ayudarnos además a describir cuál ha sido la progresión del adolescente.
— Identificar los problemas psicológicos asociados, incluidos los posibles problemas de salud mental.
— Identificar los elementos biopsicosociales, incluyendo posibles problemas médicos y otros problemas sociales, familiares y comunitarios que puedan estar contribuyendo al mantenimiento de las conductas adictivas.
— Identificar un plan de acción para tratar los problemas del joven, que incluya objetivos realistas y tenga en cuenta tanto

las fortalezas como las debilidades del adolescente y su familia, si la hubiera.
— Detallar un plan para asegurar que el tratamiento es implementado y que su aplicación es debidamente monitorizada hasta su conclusión.
— Planificar una evaluación de resultados para aplicar al final del tratamiento y evaluar así la eficacia de la intervención.
— Detallar cuáles son los recursos de apoyo disponibles para el adolescente, a nivel social y comunitario, e integrarlos en el plan de tratamiento cuando sea necesario.

## 7. CONCLUSIONES

La investigación en torno a la evaluación y el tratamiento de las conductas adictivas adolescentes ha sido una tarea pendiente hasta hace bien poco. Afortunadamente, en las últimas dos décadas se han desarrollado multitud de herramientas de evaluación, así como programas de tratamiento específicos para esta población y adaptados a sus necesidades, y muchos de ellos están hoy traducidos al castellano y validados en población española.

Por ello, disponemos de diversas herramientas útiles, fundamentalmente para el *screening,* y en menor medida para la evaluación biopsicosocial comprehensiva. No obstante, esta es un área de trabajo en la que aún resulta necesario seguir desarrollando más herramientas y validando las ya existentes, para ofrecer instrumentos adecuados a los profesionales. Por otra parte, y dado que los adolescentes acuden a menudo a los recursos de tratamiento bajo presiones externas o incluso mandatos judiciales, se ha incluido en este manual la recomendación de iniciar siempre los primeros contactos con el adolescente utilizando la EM, de forma que progresivamente podamos obtener información esencial, introducir herramientas de *screening* y reducir las resistencias para implicarse en una evaluación biopsicosocial y el posible tratamiento posterior. En este proceso, insistimos en la importancia de tener en

cuenta las diferencias de género en las distintas fases de la evaluación, así como prestar mucha atención a los posibles problemas psicológicos comórbidos, y hacer partícipe a los padres/tutores del menor en la obtención de información.

Además, se ha señalado la importancia de contar de forma prioritaria con la opinión y visión del adolescente de su propia situación, complementándola siempre que sea posible con las de aquellos familiares o tutores responsables del menor. La recogida de información debe centrarse no solo en el consumo de sustancias, sino también en el resto de las áreas vitales de los adolescentes. Como indicábamos, debe estar además guiada por los principios de la EM, en los que recabaremos de forma inicial aquella información que sea de mayor relevancia para el adolescente en función de su situación, particularmente en los casos de mayor resistencia. Mediante el uso de estrategias motivacionales podremos posteriormente recabar información sobre las conductas adictivas con la mayor implicación posible del adolescente. Como se verá en el capítulo sobre tratamiento (capítulo 21), estas intervenciones irán dirigidas no solo al consumo de sustancias, y a menudo ni siquiera de forma prioritaria, sino que el objetivo será ayudar a estos jóvenes en todas las facetas vitales en las que sea posible.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Center for Substances Abuse Treatment (2012). *Screening and assessing adolescents for substance use disorders. Treatment Improvement Protocol* (TIP) Series 31. U. S. Department of Health and Human Services. Disponible en https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma12-4079.pdf.

Johnson, M. (2017). *Assessment of adolescents with complex issues: Substance abuse and mental illness*. Co-occurring collaborative Serving Maine. https://ccsme.org/wp-content/uploads/2017/01/Assessment-of-Adolescents-with-Complex-Issues.pdf.

Essau, C. y Delfabbro, P. (2020). *Adolescent addiction epidemiology, assessment, and treatment*. Academic Press.


---

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Alfonsson, S., Maathz, P. y Hursti, T. (2014). Interformat reliability of digital psychiatric self-report questionnaires: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 16*(12), e268.

American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. American Psychiatric Association.

Becker, T. D., Arnold, M. K., Ro, V., Martin, L y Rice, T. R. (2021). Systematic Review of Electronic Cigarette Use (Vaping) and Mental Health Comorbidity Among Adolescents and Young Adults. *Nicotine & Tobacco Research, 23*(3), 415-425.

Brewer, S., Godley, M. D. y Hulvershorn, L. A. (2017). Treating Mental Health and Substance Use Disorders in Adolescents: What Is on the Menu? *Current Psychiatry Reports, 19*(5).

Conway, K. P., Greenab, V. R., Kasza, K. A., Silveira, M. L., Borek, N., Kimmela, H. L. K. y Compton, W. M. (2018). Co-occurrence of tobacco product use, substance use, and mental health problems among youth: Findings from wave 1 (2013-2014) of the population assessment of tobacco and health (PATH) study. *Addictive Behaviors, 76,* 208-217.

De Micheli, D., Andrade, A. M. L. y Galduróz, J. C. (2020). Limitations of DSM-5 diagnostic criteria for substance use disorder in adolescents: what have we learned after using these criteria for several years? *Brazilian Journal of Psychiatry, 43*(4), 349-350.

Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G. S., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J. et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27,* 197-213.

Essau, C. y Delfabbro, P. (2020). *Adolescent Addiction: Epidemiology, assessment and treatment*. Academic Press.

European Monitoring Center on Drugs and Drug Abuse (2019). *Curriculum de prevencion europeo: EMCDDA*.

Fernández-Artamendi, S. y Cortés-Tomás, M. T. (2021). Determinantes psicosociales. En J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez (eds.), *Manual de trastornos adictivos para la práctica clínica,* 3.ª edición.

Fernández-Artamendi, S., López-Núñez, C., Coloma-Carmona, A. y Carballo, J. L. (2021). Tratamientos psicológicos para conductas adictivas infantojuveniles. En Fonseca-Pedrero (ed.), *Manual de tratamientos psicológicos eficaces. Infancia y adolescencia*. Pirámide.

Fernández-Artamendi, S., Martínez-Loredo, V. y López-Núñez, C. (2021). *Two sides of the same coin: Sex differences in comorbidity between substance use and mental health in adolescents*. Psicothema.

Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., García-Fernández, G., Secades-Villa, R. y García-Rodriguez, O. (2013). Motivation for Change and Barriers to Treatment Among Young Cannabis Users. *European Addiction Research, 19*(1), 29-41.

Fernández-Artamendi, S., Águila-Otero, A., Bravo, A. y F. del Valle, J. (2020). Victimization and Substance Use Among Adolescents in Residential Child Care. *Child Abuse & Neglect, 104*.

Godley, S. H., Hedges, K. y Hunter, B. (2011). Gender and racial differences in treatment process and outcome among participants in the Adolescent-Community Reinforcement Approach. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*(1), 143-154.

Godley, S. H., Hunter, B. D., Fernandez-Artamendi, S., Smith, J. E., Meyers, R. J. y Godley, M. D. (2014). A comparison of treatment outcomes for adolescent community reinforcement approach participants with and without co-occurring problems. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(4), 463-471.

González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I. y Del Valle, J. F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review, 73,* 100-106.

Hall, S. (1916). *Adolescence* (Vol. 1-2). Appleton.

Hawke, L. D., Koyama, E. y Henderson, J. (2018). Cannabis use, other substance use, and co-occurring mental health concerns among youth presenting for substance use treatment services: Sex and age differences. *Journal of Substance Abuse Treatment, 91,* 12-19.

Hides, L. M. (2011). Does the addition of integrated cognitive behaviour therapy and motivational interviewing improve the outcomes of standard care for young people with comorbid depression and substance misuse? *The Medical Journal of Australia, 195*(3), S31-7.

Hogue, A., Henderson, C. E., Ozechowski, T. J. y Robbins, M. S. (2014). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use: Updates and recommendations 2007-2013*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43,* 695-720.

Kaminer, Y. (2019). *Youth Substance Abuse and Co-Occurring Disorders*. American Psychiatric Association Publishing: Washington, D. C.

Kedzior, K. K. y Laeber, L. T. (2014). A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population. A meta-analysis of 31 studies. *BMC Psychiatry, 14*(136).

Levy, S., Siqueira, L. M. y Committee on substance abuse (2014). Testing for Drugs of Abuse in Children and Adolescents. *Pedriatics, 133*(6).

Low, N. C., Lee, S. S., Johnson, J. G., Williams, J. B. y Harris, E. S. (2008). The association between anxiety and alcohol versus cannabis abuse disorders among adolescents in primary care settings. *Family Practice, 25*(5), 321-327.

Luxton, D. D., Pruitt, L. D. y Osenbach, J. E. (2014). Best Practices for Remote Psychological Assessment via Telehealth Technologies. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(1), 27-35.

Marotta, P. L., Tolou-Shams, M., Cunningham-Williams, R. M., Washington Sr, D. M. y Voisin, D. (2022). Racial and Ethnic Disparities, Referral Source and Attrition From Outpatient Substance Use Disorder Treatment Among Adolescents in the United States. *Youth & Society, 54*(1).

Marsch, L. A., Campbell, A., Campbell, C., Chen, C. H., Ertin, E., Ghitza, U., Lambert-Harris, C., Hassanpour, S., Holtyn, A. F., Hser, Y. I., Jacobs, P., Klausner, J. D., Lemley, S., Kotz, D., Meier, A., McLeman, B., McNeely, J., Mishra, V., Mooney, L., Nunes, E., Stafylis, C., Stanger, C., Saunders, E., Subramaniam, G. y Young, S. (2020). The application of digital health to the assessment and treatment of substance use disorders: The past, current, and future role of the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment, 112S*, 4-11.

Martín, E., González-García, C., Del Valle, J. F. y Bravo, A. (2017). Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child & Family Social Work, 23*(1).

Martínez-Loredo, V., Gonzalez-Roz, A., Garcia-Cueto, E., Grande-Gosende, A. y Fernández-Hermida, J. R. (2021). Does e-assessment always fit digital natives? A within-subject comparison between paper- and tablet-based gambling assessments in adolescents. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 8*(2), 17-22.

Monti, P. M., Colby, S. M. y O'Leary, T. A. (eds.) (2001). *Adolescents, alcohol, and substance abuse. Reaching teens through brief interventions*. Nueva York, NY: Guildford Press.

Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Manaf, M. R. A., Amit, N. et al. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health, 21*(2088).

Newcomb, M. D. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. En E. Rahdert y D. Czechowicz (eds.), *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions*.

Organización Mundial de la Salud (2019). *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Genova: Organización Mundial de la Salud.

Pedersen, M. U., Thomsen, K. R., Heradstveit, O., Skogen, J. C., Hesse, M. y Jones, S. (2018). Externalizing behavior problems are related to substance use in adolescents across six samples from Nordic countries. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(12), 1551-1561.

Penner, I. K., Kobel, M., Stocklin, M., Weber, P., Opwis, K. y Calabrese, P. (2012). The Stroop task: comparison between the original paradigm and computerized versions in children and adults. *Clinical Neuropsychology, 26*(7), 1142-1153. https://doi.org/10.1080/13854046.2012.713513

Plan Nacional Sobre Drogas [PNSD] (2021). *Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Rasic, D., Weerasinghe, S., Asbridge, M. y Langille, D. B. (2013). Longitudinal associations of cannabis and illicit drug use with depression, suicidal ideation and suicidal attempts among Nova Scotia high school students. *Drug and Alcohol Dependence, 129*(1-2), 49-53. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.09.009

Richert, T., Anderberg, M. y Dahlbergh, M. (2020). *Mental health problems among young people in substance abuse treatment in Sweden. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 15,* 43.

Ritcher, L., Pugh, B. S., Peters, E. A., Vaughan, R. D. y Foster, S. E. (2016). Underage drinking: prevalence and correlates of risky drinking measures among youth aged 12-20. *The Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(4), 385-394.

Roberts, R. E., Roberts, C. R. y Xing, Y. (2007). Comorbidity of Substance Use Disorders and Other Psychiatric Disorders Among Adolescents: Evidence from an Epidemiologic Survey. *Drug and Alcohol Dependence, 88*(Suppl. 1), S4-S13.

Rowe, C. L. (2011). Multidimensional Family Therapy: Addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 19*(3), 563-576.

Russell, M. A., Bomysoad, R. N., Coatsworth, J. D. y Mason, M. J. (2022). Effects of a cannabis use disorder text message-delivered treatment on young adult alcohol misuse:

Differential effects by gender. *Journal of Substance Abuse Treatment, 132.*
Sabaté-Tomàs, M., Sala-Roca, J. y Arnau, L. (2017). *Els CREI de Catalunya. Intervenció, perfil i evolució dels joves atesos*. [CREI en Catalonia. Intervention, profile and evolution of youth looked after.] Cataluña: Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència.
Selph, S., Patnode, C., Bailey, S., R., Pappas, M., Stoner, R. y Chou, R. (2020). Primary Care-Relevant Interventions for Tobacco and Nicotine Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA, 323*(16):1599-1608. https://doi.org/10.1001/jama.2020.3332.
Stevens, S. J., Estrada, B., Murphy, B. S., McKnight, K. M. y Tims, F. (2004). Gender Difference in Substance Use, Mental Health, and Criminal Justice Involvement of Adolescents at Treatment Entry and at Three, Six, 12 and 30 Month Follow-Up. *Journal of Psychoactive Drugs, 36*(1).
White, H. R., Dennis, M. y Tims, S. F. (2002). Adolescent treatment: Its history and current renaissance. *Counselor, 3,* 20-23.
Williams, R. J. y Nowatzi, N. (2005). Validity of adolescent self-report of substance use. *Substance Use & Misuse, 40,* 299-311.
Winters, K. C. (1999). *Treatment of substance use disorders among adolescents* (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series 32). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
Winters, K. C. (2001). Assessing adolescent substance use problems and other areas of functioning. En P. M. Monti, S. M. Colby y T. A. O'Leary (eds.), *Adolescents, alcohol, and substance abuse*. Nueva York, NY: The Guildford Press.
Winters, K. C., Latimer, W. W. y Stinchfield, R. (2001). Assessing adolescent substance use. En E. F. Wagner y H. B. Waldron (eds.), *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. Amsterdam: Elsevier Science.
Winters, K. C., Latimer, W. W. y Stinchfield, R. (2002). Clinical issues in the assessment of adolescent alcohol and other drug use. *Behavior Research and Therapy, 40*, 1443-1456.

# 9

# Evaluación neuropsicológica

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ-SERRANO,
MARÍA MORENO PADILLA
Y ANTONIO VERDEJO-GARCÍA

## 1. INTRODUCCIÓN

A partir de la irrupción de las técnicas de neuroimagen, los estudios de tomografía por emisión de positrones y de resonancia magnética estructural y funcional han demostrado que el consumo adictivo de sustancias está vinculado a alteraciones persistentes en el funcionamiento cerebral (Hayes et al., 2020; Pando-Naude et al., 2021), sentando las bases de la necesidad de un abordaje neuropsicológico de las adicciones.

Los modelos neuropsicológicos coinciden en conceptualizar la adicción como un desequilibro entre los sistemas de procesamiento y aprendizaje de reforzadores y los sistemas de control ejecutivo (Goldstein y Volkow, 2002; Redish et al., 2008; Verdejo-García y Bechara, 2009).

Los diferentes estudios que se han llevado a cabo en pacientes con adicción a sustancias han confirmado los déficits neuropsicológicos derivados de las alteraciones en los sistemas cerebrales considerados como alterados por los modelos anteriores (Baldacchino et al., 2017; Fernández-Serrano et al., 2009, 2010; Gruber et al., 2008). Las implicaciones clínicas de este tipo de deterioros neuropsicológicos son múltiples; por ejemplo, alteraciones en los mecanismos de control ejecutivo podrían estar interfiriendo en el rendimiento cognitivo general de los individuos

consumidores de drogas y, por ende, repercutir en su calidad de vida, actividad y rendimiento laboral y/o académico o su estatus legal. Asimismo, los déficits neuropsicológicos en los mecanismos inhibitorios de control de respuestas impulsivas podrían estar implicados en el consumo compulsivo y la perpetuación del trastorno (Goldstein y Volkow, 2002). Por tanto, estos déficits podrían limitar la posibilidad de beneficiarse de los programas de tratamiento de la adicción (Aharonovich et al., 2006, 2008; Verdejo-García et al., 2012) y facilitar la ocurrencia de recaídas (Passetti et al., 2008).

En conjunto, los hallazgos básicos sobre el impacto neuropsicológico del consumo crónico de drogas y sus implicaciones clínicas subrayan la necesidad de llevar a cabo un abordaje neuropsicológico del proceso adictivo.

Los objetivos de este capítulo serán: *a*) describir la evaluación neuropsicológica en el contexto de las adicciones a sustancias: dominios neuropsicológicos y pruebas más frecuentemente empleadas; *b*) exponer las alteraciones neuropsicológicas residuales y crónicas asociadas al consumo de las principales drogas que suscitan tratamiento (cannabis, psicoestimulantes, opiáceos y alcohol) y de otras drogas consumidas abusivamente en contextos recreativos (MDMA, ketamina o GHB), y *c*) discutir las implicaciones que se derivan de la información obtenida en la evaluación de cara a la rehabilitación de pacientes con adicción a drogas.

## 2. CONSIDERACIONES PREVIAS A LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Existen diversos factores que pueden influir en el rendimiento neuropsicológico de los consumidores de drogas y que deben ser tenidos en cuenta cuando aplicamos e interpretamos evaluaciones neuropsicológicas.

En primer lugar, hay que destacar que gran parte de las personas consumidoras de drogas suelen consumir más de una sustancia a lo

largo de su vida y también tomar más de una sustancia al mismo tiempo. Este policonsumo dificulta en muchas ocasiones la posibilidad de determinar si las alteraciones neuropsicológicas encontradas en el individuo se deben a una sustancia u otra.

Por otro lado, los parámetros de cantidad y duración del consumo de distintas drogas son muy relevantes, ya que numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que pueden estar relacionados en términos de dosis-respuesta con las alteraciones neuropsicológicas encontradas en los individuos consumidores (Fernández-Serrano et al., 2009; Bajo-Bretón, 2011).

La capacidad intelectual del individuo o la edad en la que se inicia en el consumo son factores que también deben ser considerados. Diversas investigaciones han planteado que las personas que inician el consumo de drogas durante etapas críticas del neurodesarrollo pueden sufrir alteraciones neuropsicológicas más acusadas como consecuencia del este consumo (Mooney-Leber y Gould, 2018). Por otra parte, los efectos nocivos de las drogas podrían ser mucho más acusados en aquellos individuos que antes de iniciarse en el consumo tuvieran una menor capacidad intelectual o una menor «reserva cognitiva» (Vicario et al., 2020).

Por otra parte, es frecuente que los individuos con adicción a drogas presenten problemas psiquiátricos, que pueden ser concurrentes o derivados del consumo de sustancias (Lozano et al., 2017). Tanto los trastornos clínicos como los de personalidad han sido consistentemente asociados en la literatura con la existencia de alteraciones neuropsicológicas generalizadas y específicas en las funciones ejecutivas (López-Villatoro et al., 2020). Por tanto, la presencia de este tipo de trastornos entre los consumidores de drogas dificulta también la interpretación de los hallazgos neuropsicológicos que se deriven de la evaluación de estas personas. Por este motivo es importante complementar la evaluación neuropsicológica con el uso de instrumentos que nos permitan detectar problemas psicopatológicos adicionales a la adicción.

A estas limitaciones debemos añadir la dificultad que entraña determinar hasta qué punto las alteraciones neuropsicológicas halladas en el individuo son previas al consumo de drogas o son consecuencia del mismo. Un importante número de investigaciones han señalado que ciertas alteraciones en los mecanismos ejecutivos pueden preexistir en los consumidores y predisponerles al inicio del consumo de drogas, constituyendo marcadores de vulnerabilidad para el desarrollo de la adicción (Inozemtseva y Núñez, 2019; Verdejo-Garcia et al., 2008).

## 3. DOMINIOS NEUROPSICOLÓGICOS E INSTRUMENTOS

Antes de comenzar la evaluación neuropsicológica es fundamental una exploración previa del individuo, con el fin de evaluar distintos factores que contribuirán a explicar el perfil neuropsicológico que obtendremos. Dentro de esta exploración previa se deben incluir instrumentos que nos permitan conocer el perfil de consumo del individuo, recogiendo parámetros relativos tanto al tipo de sustancias que ha consumido, las cantidades consumidas, así como la duración del consumo. Algunos instrumentos útiles para recoger información sobre la gravedad de consumo, como el *Índice de Severidad de la Adicción* (McLellan et al., 1992) o la *Entrevista para la Evaluación de la Conducta Adictiva* (Verdejo-García et al., 2007) se describen en el capítulo 5 de este manual. Una vez recogida esta información, se procede a seleccionar un conjunto de pruebas de evaluación que permitan explorar aquellas áreas neuropsicológicas que están deterioradas con más frecuencia en consumidores de drogas. En las subsecciones siguientes describimos los instrumentos específicos que podemos emplear para su evaluación.

### 3.1. Procesos cognitivos

### 3.1.1. *Atención*

Para la evaluación de la atención selectiva es recomendable el empleo de la tarea de *Stroop* (Stroop, 1935). Diversas investigaciones (Cane et al., 2009; Hester et al., 2006) han desarrollado adaptaciones de esta tarea, en la que se insertan palabras relacionadas con el consumo de drogas, demostrando que los consumidores de drogas suelen tener dificultades para filtrar la información irrelevante cuando esta tiene que ver con estímulos asociados al consumo. En este sentido, el sesgo atencional ha sido propuesto como uno de los principales factores implicados en los estados de *craving* (Field y Cox, 2008). Para la evaluación de la atención sostenida se emplean pruebas como el *Test de atención numérica* o tests de cancelación como el *Test d2* (Brickenkamp y Cubero, 2002). Para evaluar la atención dividida podemos recurrir al empleo del *Trail Making Test* parte B, una tarea que requiere la activación de habilidades visoespaciales, visomotoras, atencionales, de flexibilidad cognitiva y planificación de conducta (Spreen y Strauss, 1991).

### 3.1.2. *Memoria*

Entre las pruebas que podemos emplear para la evaluación de las capacidades mnésicas podemos destacar la *Escala de Memoria Wechsler* (Wechsler, 2009), que permite obtener información detallada sobre la memoria tanto a través de estímulos auditivos como de tipo visual. Asimismo, se puede recurrir al empleo de pruebas de aprendizaje verbal, como el *Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense* (Benedet y Alejandre, 1998). Por último, el *Test de la figura compleja de Rey* es un instrumento útil para la evaluación de la memoria visual y la organización perceptual.

## 3.2. Funciones ejecutivas

Estudios factoriales, realizados a partir de múltiples índices neuropsicológicos, han indicado la existencia de al menos cuatro componentes en las funciones ejecutivas: actualización, control inhibitorio, flexibilidad cognitiva y toma de decisiones (Verdejo-Garcia y Perez-García, 2007).

### 3.2.1. *Actualización: memoria de trabajo, fluidez y razonamiento*

El componente de actualización implica la monitorización, actualización y manipulación de información *online* en la memoria operativa. Dentro de este componente se incluyen los procesos de memoria de trabajo, fluidez y razonamiento (Verdejo-Garcia y Perez-Garcia, 2007). La memoria de trabajo es un sistema que permite retener información activa para su posterior uso, y hacerlo de una manera flexible, de manera que pueda ser priorizada, añadida o eliminada. Para evaluarla podemos emplear subtests de la *Wechsler Adult Intelligence Scale - WAIS* (Wechsler et al., 2008), incluyendo *Dígitos,* que permite evaluar la capacidad para mantener o almacenar la información temporalmente (y manipularla en la parte de dígitos en orden inverso), y *Aritmética* y *Letras y Números* que, además de evaluar el mantenimiento temporal de información, valora la capacidad de manipularla para generar nuevas secuencias. Otros instrumentos frecuentemente empleados en la literatura son la prueba de *Span visual* de la *Escala de memoria Wechsler,* o las tareas *N-back*. Además de la capacidad para mantener y manipular temporalmente la información, estas tareas permiten evaluar también la capacidad para actualizar esa información.

La fluidez puede ser definida como la capacidad del individuo para iniciar su conducta de forma espontánea y creativa en respuesta a una orden novedosa. Para la evaluación de la fluidez verbal, el instrumento más usado es el *Test de fluidez verbal - FAS* (Lezak, 2004), que permite la evaluación de la fluidez fonológica, y la tarea de generar ejemplares de *Animales, Frutas* y *Herramientas* para evaluar la fluidez semántica. Para la evaluación de la fluidez

figurativa se recomienda el uso del *Ruff Figural Fluency Test -RFFT* (Ruff, 1996). El razonamiento analógico consiste en obtener una conclusión a partir de premisas sobre las que se establece una comparación o analogía entre elementos o conjuntos de elementos distintos. Para la evaluación de este dominio es recomendable emplear el subíndice de *Semejanzas* del *WAIS.*

### 3.2.2. *Control inhibitorio*

Este componente ha sido definido como la habilidad para inhibir o demorar de manera eficiente la producción de respuestas automáticas, impulsivas o guiadas por el reforzamiento inmediato. No obstante, se trata de un constructo multidimensional que incluye: *a*) inhibición de respuesta, la habilidad para cancelar respuestas que no son adecuadas para la situación actual; *b*) descuento asociado a la demora *(delay discounting),* la preferencia por reforzadores inmediatos aunque sean de menor magnitud, en lugar de reforzadores más demorados en el tiempo; *c*) reflexión-impulsividad, o tendencia a recopilar y evaluar mayor o menor cantidad de información antes de tomar una decisión, y *d*) autorregulación, o habilidad para regular la conducta con objeto de optimizar objetivos a largo plazo en ausencia de control externo. Para la evaluación de la inhibición de respuesta podemos emplear pruebas que evalúan la inhibición atencional y otras que evalúan la inhibición motora. Dentro de las primeras destacan el *Test de los Cinco Dígitos* (Sedó, 2005) y el test de *Stroop,* mencionado anteriormente. Para evaluar la inhibición motora se utilizan las tareas *Stop-Signal* o *Go/No go*. Para evaluar el descuento por demora se emplean tareas en las que se pide al individuo que seleccione sus preferencias a un nivel hipotético (Kirby y Petry, 2004) o las tareas «experienciales» de descuento, en las que hay dinero sobre la mesa y el individuo tiene que elegir entre pequeñas cantidades entregadas de inmediato o mayores cantidades entregadas en un tiempo medio (Reynolds y Schiffbauer, 2004). Para medir el continuo reflexividad-impulsividad

se ha recurrido tradicionalmente al empleo del *Test de Emparejamiento de Figuras Conocidas: MFFT-20* (Cairns y Cammock, 2002), y más recientemente la *Tarea de Recolección de Información* (*Information Sampling Task;* Clark et al., 2006). Por último, para evaluar los procesos complejos de autorregulación se suele utilizar el *Test de Aplicación de Estrategias* (*Revised Strategy Aplications Test -R-SAT,* Levine et al., 2000). Se trata de un test multitarea (con varias tareas paralelas que se deben resolver en un tiempo límite) que mide la capacidad del individuo para organizar y reajustar de manera dinámica su estrategia de respuesta en función de un objetivo a largo plazo, para lo que además debe controlar tendencias de respuesta automatizadas.

### 3.2.3. *Flexibilidad cognitiva*

La flexibilidad cognitiva es la capacidad de reestructurar el propio conocimiento de forma espontánea para dar una respuesta adaptada a las exigencias cambiantes del ambiente. Se trata también de un componente multidimensional que ha sido estudiado a través de distintos índices, incluyendo pruebas que miden la respuesta del individuo ante el cambio en las reglas de la tarea, el criterio de respuesta o el set (esquema) atencional y tareas de aprendizaje reverso *(reversal learning)* que miden la capacidad del individuo para cambiar su respuesta en función de cambios en los patrones de reforzamiento. Entre los primeros tests se incluyen la *Prueba de Categorías* o el *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin.* Entre las tareas de aprendizaje reverso destacan, por su sensibilidad en población con adicción a sustancias, las tareas de refuerzo probabilístico que generan aprendizajes afectivos más potentes.

### 3.2.4. *Toma de decisiones*

La toma de decisiones es la habilidad para seleccionar, de entre un conjunto de posibles alternativas existentes, aquella que resulta más adaptativa para el individuo. Se postula la existencia de dos tipos de procesos de toma de decisiones que son relevantes en los trastornos adictivos: *a*) aquellos que tienen lugar bajo condiciones de ambigüedad (en las que las consecuencias de las distintas opciones son inciertas), y *b*) aquellos que tienen lugar en condiciones de riesgo (en las que las consecuencias de cada opción son conocidas) (Brand et al., 2006). Para la evaluación de la toma de decisiones en condiciones de ambigüedad, la prueba más utilizada es la *Iowa Gambling Task (IGT),* que ha demostrado una elevada validez ecológica, ya que predice de forma significativa la gravedad de un amplio rango de problemas relacionados con la adicción, incluyendo problemas de empleo, sociofamiliares o legales (Verdejo-García et al., 2006). Para la evaluación de la toma de decisiones en condiciones de riesgo se emplean las tareas del *Juego de Dados* (*Game of Dice Task;* GDT) o la tarea de *Apuestas de Cambridge* (*Cambridge Gamble Task;* CGT). Estas tareas implican situaciones de decisión en la que el individuo tiene información sobre las potenciales consecuencias y las probabilidades de obtención de refuerzo y castigo de cada opción, por lo que son teóricamente más cercanas a las decisiones de la vida diaria en las que el individuo tiene conocimiento sobre las implicaciones de las mismas.

### 3.3. Procesos emocionales: percepción y experiencia emocional

Los modelos contemporáneos de adicción asignan un papel fundamental a los déficits de procesamiento y regulación emocional (Verdejo-García et al., 2006; Verdejo-García y Bechara, 2009), por lo que debe ser un objetivo importante en la evaluación de problemas de adicción. La evaluación emocional se estructura habitualmente en dos constructos principales: *a*) la capacidad del individuo para identificar emociones a partir de las expresiones faciales de otras

personas, y *b*) la experiencia emocional del individuo ante estímulos afectivos de distinta índole. Entre las primeras, el paradigma más usado es el *Ekman Faces Test,* y entre los instrumentos empleados para evaluar la experiencia emocional destaca el *Instrumento Clínico de Evaluación de la Respuesta Emocional-ICERE* (Aguilar de Arcos et al., 2003), que fue desarrollado en población española con adicción a sustancias.

## 4. ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS

En esta sección se presenta una descripción actualizada de las principales alteraciones neuropsicológicas que han sido vinculadas al consumo de distintos tipos de drogas de abuso: cannabis, psicoestimulantes (cocaína, metanfetaminas y MDMA), opiáceos (heroína y metadona), alcohol y drogas de síntesis (ketamina y GHB).

### 4.1. Cannabis

El cannabis es actualmente la sustancia ilícita más consumida en el mundo, con una distribución generalizada a nivel mundial. Una revisión reciente de Nader y Sánchez (2018) reveló que se pueden detectar déficits cognitivos sutiles al menos siete días después de un uso intensivo. Los dominios afectados con mayor frecuencia fueron el funcionamiento ejecutivo, la memoria, la atención y el aprendizaje. Estos déficits parecen estar relacionados con la exposición reciente al cannabis. Con relación al consumo crónico de cannabis, un metaanálisis de Figueiredo et al. (2020) encontró una asociación baja entre el consumo crónico y déficits cognitivos en las siguientes variables: impulsividad cognitiva, flexibilidad cognitiva, atención, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo. Los

hallazgos proporcionan evidencia no concluyente de la existencia de deterioro cognitivo asociado al consumo continuado de cannabis.

Con relación al efecto de la abstinencia en la recuperación de la función cognitiva, diversos estudios han demostrado que los consumidores severos de cannabis pueden presentar deterioros significativos en pruebas de velocidad psicomotora, atención, planificación y secuenciación y destreza manual, incluso después de períodos de abstinencia de 30 días (Medina et al., 2007; Verdejo-García, Benbrook et al., 2007). Sin embargo, existen resultados contradictorios acerca de la reversibilidad de los déficits, por lo que es necesario realizar más investigaciones para determinar si se produce recuperación tras el cese del consumo de cannabis.

Con relación a la edad de consumo, Meier y cols. (2012) mostraron que aquellos que iniciaron el uso antes de los 18 años no restauraron completamente el funcionamiento neuropsicológico con un año o más de abstinencia sostenida. Estas diferencias en la edad de inicio de consumo concuerdan con los resultados de una revisión realizada por Gorey et al. (2019), en la que se expone que el funcionamiento ejecutivo general parece estar más deteriorado en los adolescentes consumidores frecuentes de cannabis en comparación con los adultos consumidores frecuentes de esta sustancia.

### 4.2. Psicoestimulantes: cocaína y metanfetaminas

El trastorno por consumo de cocaína está asociado a déficits cognitivos. Sin embargo, la literatura sigue siendo algo ambigua con respecto a qué funciones cognitivas están más deterioradas en el trastorno por consumo de cocaína y cómo la duración de la abstinencia afecta a la recuperación cognitiva.

Una revisión de Potvin et al. (2014) analizó 46 estudios que evaluaban la disfunción cognitiva en individuos con abuso de cocaína. Las funciones cognitivas analizadas fueron las siguientes: atención, funciones ejecutivas, impulsividad, velocidad de

procesamiento, fluidez verbal/lenguaje, aprendizaje verbal y memoria, aprendizaje visual y memoria, habilidades visoespaciales y memoria de trabajo. Dentro de estos once dominios, las estimaciones del tamaño del efecto se calcularon sobre la base de la duración de la abstinencia: abstinencia corta (positivo en detección de drogas en orina), intermedia (≤12 semanas) y prolongada (≥20 semanas). Los resultados revelaron un deterioro moderado en ocho dominios cognitivos durante la abstinencia intermedia. Los dominios más deteriorados fueron la atención, la impulsividad, el aprendizaje/memoria verbal y la memoria de trabajo. Para algunos dominios (atención, velocidad de procesamiento y aprendizaje/memoria verbal), las deficiencias fueron menores durante la abstinencia a corto plazo que durante la abstinencia intermedia. Finalmente, se encontraron estimaciones del tamaño del efecto pequeño para la abstinencia a largo plazo.

Diversos estudios han demostrado que el consumo de cocaína produce también alteraciones en la flexibilidad cognitiva (Colzato et al., 2009; Pérez-García y Verdejo-García, 2007) y el control inhibitorio (Heil et al., 2006; Pérez-García y Verdejo-García, 2007), incluso en individuos con consumos recreativos (de fin de semana) de esta sustancia (Colzato y Hommel, 2009). Diversos estudios han encontrado asimismo que los consumidores de cocaína presentan alteraciones en la toma de decisiones (Hulka et al., 2014; Verdejo-García, Benbrook et al., 2007). Con relación al procesamiento emocional, algunos estudios muestran que el consumo de cocaína provoca dificultades en el reconocimiento de diferentes tipos de emociones, especialmente las expresiones de miedo (Kemmis et al., 2007; Kuypers et al., 2015; Verdejo-García, Rivas-Pérez et al., 2007).

Respecto a las metanfetaminas, el uso prolongado de estas sustancias se ha asociado a disfunción cognitiva en varios dominios. En concreto, una revisión sistemática de Sabrini et al. (2019), que incluyó 29 estudios sobre las alteraciones cerebrales y cognitivas producidas por el consumo de esta sustancia, reveló que los

consumidores de metanfetaminas rindieron peor que los controles en todos los dominios cognitivos estudiados (habilidades psicomotoras, memoria de trabajo, atención, control cognitivo y toma de decisiones). Otros estudios en individuos dependientes de metanfetaminas también reportan déficits en tareas que requieren la supresión de información irrelevante (Salo et al., 2007, 2008).

Los hallazgos acerca de la persistencia de las alteraciones producidas por el consumo de psicoestimulantes son también inconsistentes. Diversos estudios indican que tras períodos de abstinencia superiores a seis meses pueden producirse recuperaciones significativas de procesos específicos como los de memoria en consumidores de cocaína (Di Sclafani et al., 2002; Selby y Azrin, 1998). En cambio, otros estudios han demostrado la persistencia de alteraciones atencionales, motoras, en toma de decisiones, memoria prospectiva y procesamiento emocional tras períodos de abstinencia de entre seis y doce meses en consumidores de cocaína (Rendell et al., 2009; Verdejo-García, Rivas-Pérez et al., 2007) y en memoria visual tras doce meses de abstinencia en consumidores de metanfetaminas (Moon et al., 2007).

### 4.3. MDMA (éxtasis)

El MDMA es el componente psicoactivo más común que se encuentra en las drogas que se venden como «éxtasis» y una de las drogas ilícitas de uso más común. Un metaanálisis de Roberts et al. (2016) reunió 39 estudios que investigaban el funcionamiento ejecutivo en usuarios de éxtasis en comparación con policonsumidores. Los usuarios de éxtasis obtuvieron un peor rendimiento en acceso a la memoria a largo plazo, cambio y actualización, pero no el en control inhibitorio.

Otros estudios de metaanálisis muestran que las alteraciones más frecuentes en consumidores de MDMA se dan en procesos de velocidad psicomotora, atención, concentración, aprendizaje y

memoria visoespacial (Murphy et al., 2012; Zakzanis et al., 2007). Investigaciones han detectado asimismo alteraciones en la toma de decisiones asociadas al consumo de MDMA en consumidores recreativos y frecuentes (Hanson et al., 2008; Quednow et al., 2007). Sin embargo, una revisión sistemática reciente (Betzler et al., 2017) sobre las alteraciones en toma de decisiones en consumidores de MDMA ha obtenido resultados contradictorios, por lo que el estado actual de la investigación no permite concluir que el uso prolongado de MDMA afecte el comportamiento de toma de decisiones.

Con respecto a la persistencia de las alteraciones, diversos estudios han observado que, tras períodos de abstinencia de entre uno y ocho semanas, los consumidores de MDMA continúan presentando alteraciones en memoria episódica y prospectiva, así como en memoria de trabajo y fluidez verbal (Quednow et al., 2006; Yip y Lee, 2005).

### 4.4. Opiáceos

Un creciente cuerpo de literatura demuestra que los pacientes dependientes de opiáceos muestran deterioro en el funcionamiento cognitivo, en comparación con los controles que no toman drogas. Una revisión de Gruber et al. (2007), que analizó los efectos neuropsicológicos del consumo de opiáceos, concluyó que su consumo puede producir deterioros significativos en procesos de atención, concentración, memoria, habilidades visoespaciales y velocidad psicomotora, siendo las alteraciones en funciones ejecutivas las que presentan mayor impacto entre estos consumidores, fundamentalmente en la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio. Asimismo, el metaanálisis de Biernacki et al. (2016) concluyó que los consumidores de opiáceos tienen déficits de toma de decisiones relativamente graves, que persisten al menos un año y medio después de dejar de consumirlos. Con relación a los procesos emocionales, los estudios disponibles han encontrado

alteraciones de la experiencia subjetiva asociada al procesamiento de reforzadores naturales positivos y negativos (Aguilar de Arcos et al., 2008).

Con respecto a la persistencia de las alteraciones, igual que ocurre con otras sustancias, también existe controversia con relación a la perdurabilidad de estas. Varios estudios que han comparado la ejecución de antiguos consumidores de heroína con la de individuos en tratamiento de mantenimiento con metadona han demostrado que el rendimiento de los exconsumidores se sitúa en un nivel intermedio entre el de los individuos no consumidores y el de los individuos en tratamiento con metadona, especialmente en tests atencionales, de flexibilidad, abstracción y control inhibitorio (Mintzer et al., 2005; Verdejo-García, Toribio et al., 2005). Por tanto, se infiere que existe un efecto relativo de recuperación de los déficits en función de la abstinencia, o bien un efecto neuropsicológico específico del consumo agudo de metadona. Sin embargo, otros estudios indican que las alteraciones en el control inhibitorio y en la toma de decisiones están presentes entre los consumidores de opiáceos hasta transcurridos períodos superiores al año de abstinencia (Brand et al., 2008; Fishbein et al., 2007).

## 4.5. Alcohol

El consumo crónico de alcohol produce alteraciones en las funciones cognitivas; sin embargo, existe una marcada variabilidad interindividual en la naturaleza y gravedad de estos déficits. Una revisión de Oscar-Berman y Marinkovic (2007) reveló que los deterioros más significativos asociados al consumo de alcohol se producen en procesos de aprendizaje, memoria, fluidez, flexibilidad cognitiva, control inhibitorio y reconocimiento de emociones a partir de expresiones faciales. A estas alteraciones podemos añadir las que han encontrado otras investigaciones sobre la toma de decisiones en individuos con dependencia al alcohol (Brevers et al., 2014).

Con respecto a la persistencia de estas alteraciones, algunos estudios han mostrado que, transcurridas tres semanas después de abandonar el consumo de alcohol, se sigue presentando alteraciones en flexibilidad cognitiva (Ratti et al., 2002), en procesamiento emocional hasta tres meses después del consumo (Foisy et al., 2007), en memoria hasta seis meses después (Schottenbauer et al., 2007) y en toma de decisiones hasta después de seis años de abstinencia (Fein et al., 2004). Sin embargo, un estudio realizado por Fein et al. (2006), en el que se empleó una amplia batería de evaluación neuropsicológica en personas que presentaban más de seis años de abstinencia de consumo de alcohol, mostró que estos exconsumidores rendían de forma similar a los individuos no consumidores en todos los dominios estudiados, excepto en el dominio de procesamiento espacial, donde los exconsumidores presentaban peor ejecución. Estos resultados indican que la mayor parte de las alteraciones neuropsicológicas provocadas por el consumo de alcohol tienden a recuperarse tras períodos muy prolongados de abstinencia, si bien las alteraciones en procesamiento espacial y toma de decisiones parecen ser particularmente persistentes.

### 4.6. Drogas de síntesis: ketamina y GHB

Existe un creciente número de investigaciones realizadas con consumidores de «nuevas» drogas consumidas frecuentemente en contextos recreativos, como la ketamina y el ácido gamma-hidroxi-butirato (GHB). La ketamina tiene una variedad de efectos sobre el sistema nervioso central, que incluyen efectos disociativos, sedantes y analgésicos, así como propiedades ansiolíticas, alucinógenas y psicotomiméticas generales. Sin embargo, hay pocos estudios sobre la función cognitiva en usuarios crónicos de ketamina y los resultados no son concluyentes. Algunos estudios revelan que la memoria episódica está alterada en consumidores crónicos de ketamina (Liang et al., 2013; Tang et al., 2013), pero los resultados

de otras investigaciones no encuentran alteraciones en esta función (Chan et al., 2013). Los resultados también son contradictorios con relación al rendimiento en atención selectiva (Chan et al., 2013; Liang et al., 2013), fluidez verbal (Curran y Monaghan, 2001) y función ejecutiva (Liang et al., 2013). Por otro lado, el estudio de Ke et al. (2018), con 63 usuarios de ketamina y 65 controles, reveló que los consumidores de ketamina rendían peor en memoria visual inmediata, memoria lógica inmediata y retardada y atención visual y auditiva.

Con respecto al GHB, estudios en humanos han puesto de manifiesto que algunos de sus efectos más frecuentes son la producción de amnesia, hipotonía musculoesquelética y, en altas dosis, anestesia e incluso coma profundo (véase revisión de Terter et al., 2001). En esta línea, parece ser que no es el uso de GHB per se, sino múltiples comas inducidos por GHB, los que están asociados con una alteración de la red de memoria de trabajo en usuarios habituales de GHB (Pereira et al., 2018).

## 5. IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS EN ADICCIONES

La caracterización del rendimiento neuropsicológico de individuos consumidores de drogas puede tener importantes implicaciones para la optimización de la práctica clínica con estos pacientes. En primer lugar, posibilita el establecimiento de perfiles neuropsicológicos que pueden permitir mejorar la asignación e implementación de tratamientos específicos, así como la elaboración de pronósticos más ajustados sobre la evolución de los pacientes en función de los patrones de recuperación del funcionamiento neuropsicológico. Los principales programas de tratamiento utilizados en población con adicción a sustancias requieren un buen funcionamiento en un amplio rango de procesos neuropsicológicos: la atención, la memorización de contenidos y procesos, la retención de instrucciones complejas, la generalización

de lo aprendido a diferentes contextos, la inhibición de conductas impulsivas o sobreaprendidas, la toma de decisiones y la motivación para asegurar la continuación en los programas. Hemos visto a lo largo del capítulo que estos procesos neuropsicológicos se ven deteriorados como consecuencia del consumo y, además, diversas investigaciones han asociado estos deterioros con la efectividad del tratamiento en personas con adicción a sustancias (Aharonovich et al., 2006; 2008; Verdejo-García et al., 2012). Por tanto, la posibilidad de conocer y tener en cuenta estas alteraciones puede ayudar en la selección e implementación de las técnicas de tratamiento en las personas con problemas de adicción.

En segundo lugar, la caracterización de las alteraciones neuropsicológicas puede permitirnos aplicar estrategias directas de rehabilitación neuropsicológica o readaptar las terapias clásicas en función de la información que nos proporciona la evaluación neuropsicológica. Entre las técnicas de rehabilitación neuropsicológica, se ha propuesto que las técnicas de aprendizaje sin error o los programas de entrenamiento ejecutivo en autorregulación pueden ser útiles en población con adicción a sustancias (Pitel et al., 2010).

Para adaptar la terapia a los déficits neuropsicológicos en mecanismos de atención y memoria se puede optar por planificar sesiones terapéuticas más breves y frecuentes, con el fin de que la atención pueda ser mantenida y se facilite la retención de los contenidos de la terapia. Otra medida sería presentar el material dentro de las sesiones de una forma multimodal, esto es, empleando distintos materiales y formas de exposición, realizar repasos y obtener *feedback* de parte del paciente, ya que estas pueden ser estrategias útiles para mejorar el aprendizaje y la retención (Aharonovich et al., 2006). Otra forma de mejorar los procesos de flexibilidad, así como los de control de impulsos y toma de decisiones, es a través de ciertas técnicas incluidas en la terapia cognitivo-conductual. Este tipo de terapia implica el aprendizaje de nuevas estrategias, que suponen la capacidad de ser flexibles,

pudiendo adaptarlas a las situaciones a las que el individuo va a enfrentarse en su vida (Turner et al., 2009). Asimismo, el modelo de prevención de recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (George, 1989) incluye, entre otros, el entrenamiento en habilidades para identificar y afrontar situaciones de riesgo, habilidades de afrontamiento y entrenamiento en solución de problemas, que podrían ser muy útiles para mejorar los déficits en control inhibitorio y en toma de decisiones (Secades-Villa et al., 2007). Una revisión sistemática de Verdejo-García et al. (2019) concluyó que las intervenciones neuropsicológicas y psicológicas específicas, como la formación en gestión de objetivos y el manejo de contingencias, son estrategias prometedoras para mejorar la toma de decisiones entre las personas con adicción en entornos clínicos.

Por último, el conocimiento relativo a las alteraciones neuropsicológicas asociadas al consumo podría contribuir a la identificación de nuevas dianas terapéuticas a nivel de psicoterapia, desarrollo de fármacos o estimulación cerebral directa. Los hallazgos relativos a los sustratos neuroquímicos de los circuitos cerebrales responsables de los mecanismos ejecutivos y emocionales/motivacionales implicados en el proceso adictivo podrían permitir el avance en la investigación sobre posibles fármacos que contribuyan a estabilizar el funcionamiento de esos mecanismos cerebrales y, por tanto, mejorar las alteraciones neuropsicológicas asociadas al consumo. En esta misma línea, los hallazgos relativos a las áreas cerebrales envueltas en el proceso adictivo han contribuido al desarrollo de nuevas técnicas de intervención en el tratamiento de la adicción, como la Estimulacion Magnética Transcraneal (Diana et al., 2017). Esta es una técnica de carácter no invasivo que permite intervenir en una lesión funcional temporal y reversible en una región cerebral específica y que permite la reducción de la sensación de *craving* en consumidores de cocaína (Bolloni et al., 2018) y heroína (Shen et al., 2016), y la modulación del rendimiento en tareas de toma de decisiones (Fecteau et al., 2010).

## 6. CONCLUSIONES

El consumo de drogas puede producr déficits neuropsicológicos en mecanismos relacionados con los procesos atencionales, la memoria, las funciones ejecutivas y la emoción. Estos déficits neuropsicológicos pueden afectar a la calidad de vida o al rendimiento laboral y académico de los adictos, así como contribuir a la persistencia del trastorno adictivo, obstaculizando su progreso en los programas de rehabilitación. Estas razones hacen necesario tener presente una perspectiva neuropsicológica en el abordaje de las conductas adictivas. Es preciso conocer los déficits neuropsicológicos presentes en el individuo por medio de una exhaustiva evaluación de los distintos dominios neuropsicológicos, empleando pruebas adecuadas para ello. Conocer estos déficits permitirá al psicólogo elegir e implantar un programa de rehabilitación que incluya las características y modificaciones necesarias para que se ajuste al perfil neuropsicológico del individuo objeto de esa rehabilitación. Asimismo, los hallazgos relacionados con la neuropsicología podrán contribuir al desarrollo de nuevas técnicas psicológicas y farmacológicas que ayuden a mejorar la rehabilitación de las personas con trastornos por uso de sustancias.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Miller, P. M. (ed.) (2013). *Principles of addiction. Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders,* Volume 1. Elsevier.

Verdejo-García, A. (2016). Evaluación neuropsicológica en adicciones: guía clínica. *Acción psicológica, 13*(1), 1-6.

Yücel, M., Oldenhof, E., Ahmed, S. H., Belin, D., Billieux, J., Bowden-Jones, H. … y Verdejo-Garcia, A. (2019). A transdiagnostic dimensional approach towards a neuropsychological assessment for addiction: an international Delphi consensus study. *Addiction, 114*(6), 1095-1109.


---

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Aguilar de Arcos, F., Pérez-García, M. y Sánchez-Barrera, M. B. (2003). *Evaluación emocional en drogodependientes*. Junta de Andalucía. Conserjería de asuntos sociales. Comisionado para las drogodependencias.

Aguilar de Arcos, F., Verdejo-García, A., Ceverino, A., Montañez-Pareja, M., López-Juárez, E., Sánchez-Barrera, M., López-Jiménez, A. y Pérez-García, M. (2008). Dysregulation of emotional response in current and abstinent heroin users: negative heightening and positive blunting. *Psychopharmacology, 198,* 159-166.

Aharonovich, E., Amrhein, P. C., Bisaga, A., Nunes, E. V. y Hasin, D. S. (2008). Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine-dependent patients. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(4), 557.

Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A. y Nunes, E. V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence, 81,* 313-322.

Bajo-Bretón, R. (2011). Cognitive deterioration associated with the use of different psychoactive substances. *Actas Españolas de Psiquiatría, 39*(3), 168-173.

Baldacchino, A., Armanyous, M., Balfour, D. J. K., Humphris, G. y Matthews, K. (2017). Neuropsychological functioning and chronic methadone use: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 73,* 23-38.

Benedet, M. J. y Alejandre, M. A. (1998). TAVEC: test de aprendizaje verbal España-Complutense, TEA Ediciones.

Betzler, F., Viohl, L. y Romanczuk-Seiferth, N. (2017). Decision-making in chronic ecstasy users: a systematic review. *European Journal of Neuroscience, 45*(1), 34-44.

Biernacki, K., McLennan, S. N., Terrett, G., Labuschagne, I. y Rendell, P. G. (2016). Decision-making ability in current and past users of opiates: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 71,* 342-351.

Bolloni, C., Badas, P., Corona, G. y Diana, M. (2018). Transcranial magnetic stimulation for the treatment of cocaine addiction: evidence to date. *Substance Abuse and Rehabilitation, 9,* 11-21.

Brand, M., Labudda, K. y Markowitsch, H. J. (2006). Neuropsychological correlates of decision-making in ambiguous and risky situations. *Neural Networks, 19*(8), 1266-1276.

Brand, M., Roth-Bauer, M., Driessen, M. y Markowitsch, H. J. (2008). Executive functions and risky decision-making in patients with opiate dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 97*(1), 64-72.

Brevers, D., Bechara, A., Cleeremans, A., Kornreich, C., Verbanck, P. y Noël, X. (2014). Impaired decision-making under risk in individuals with alcohol dependence. *Alcoholism: clinical and experimental research, 38*(7), 1924-1931.

Brickenkamp, R. y Cubero, N. S. (2002). *D2: test de atención*. Tea Ediciones.

Cairns, E. D. y Cammock, J. (2002). *Test de emparejamiento de figuras conocidas: MFF-20*. TEA Ediciones.

Cane, J. E., Sharma, D. y Albery, I. P. (2009). The addiction Stroop task: examining the fast and slow effects of smoking and marijuana-related cues. *Journal of Psychopharmacology, 23*(5), 510-519.

Chan, K. W., Lee, T. M., Siu, A. M., Wong, D. P., Kam, C. M., Tsang, S. K. y Chan, C. C. (2013). Effects of chronic ketamine use on frontal and medial temporal cognition. *Addictive behaviors, 38*(5), 2128-2132.

Clark, L., Robbins, T. W., Ersche, K. D. y Sahakian, B. J. (2006). Reflection impulsivity in current and former substance users. *Biological Psychiatry, 60*(5), 515-522.

Colzato, L. S. y Hommel, B. (2009). Recreational use of cocaine eliminates inhibition of return. *Neuropsychology, 23*(1), 125-129.

Colzato, L. S., Huizinga, M. y Hommel, B. (2009). Recreational cocaine polydrug use impairs cognitive flexibility but not working memory. *Psychopharmacology, 207*(2), 225-234.

Curran, H. V. y Monaghan, L. (2001). In and out of the K-hole: a comparison of the acute and residual effects of ketamine in frequent and infrequent ketamine users. *Addiction, 96*(5), 749-760.

Di Sclafani, V., Tolou-Shams, M., Price, L. J. y Fein, G. (2002). Neuropsychological performance of individuals dependent on crack-cocaine, or crack-cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. *Drug and Alcohol Dependence, 66,* 161-171.

Diana, M., Raij, T., Melis, M., Nummenmaa, A., Leggio, L. y Bonci, A. (2017). Rehabilitating the addicted brain with transcranial magnetic stimulation. *Nature Reviews Neuroscience, 18*(11), 685-693.

Fecteau, S., Fregni, F., Boggio, P. S., Camprodon, J. A. y Pascual-Leone, A. (2010). Neuromodulation of decision-making in the addictive brain. *Substance Use & Misuse, 45*(11), 1766-1786.

Fein, G., Klein, L. y Finn, P. (2004). Impairment on a simulated gambling task in long-term abstinent alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*(10), 1487-1491.

Fein, G., Torres, J., Price, L. J. y Di Sclafani, V. (2006). Cognitive performance in long-term abstinent alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 30,* 1538-1544.

Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., Schmidt Río-Valle, J. y Verdejo-García, A. (2009). Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions. *Journal of Psychopharmacology, 24*(9), 1317-1332.

Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., Perales, J. C. y Verdejo-García, A. (2010). Prevalence of executive dysfunction in cocaine, heroin and alcohol users enrolled in therapeutic communities. *European journal of pharmacology, 626*(1), 104-112.

Field, M. y Cox, W. M. (2008). Attentional bias in addictive behaviors: a review of its development, causes, and consequences, *Drug and Alcohol Dependence, 97,* 1-20.

Figueiredo, P. R., Tolomeo, S., Steele, J. D. y Baldacchino, A. (2020). Neurocognitive consequences of chronic cannabis use: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 108,* 358-369.

Fishbein, D. H., Krupitsky, E., Flannery, B. A., Langevin, D. J., Bobashev, G., Verbitskaya, E., Augustine, C. B., Bolla, K. I., Zvartau, E., Schech, B., Egorova, V., Bushara, N. y Tsoy, M. (2007). Neurocognitive characterizations of Russian heroin addicts without a significant history of other drug use. *Drug Alcohol Dependence, 90,* 25-38.

Foisy, M. L., Kornreich, C., Fobe, A., D'Hondt, L., Pelc, I., Hanak, C., Verbanck, P. y Philippot, P. (2007). Impaired Emotional Facial Expression Recognition in Alcohol Dependence: Do These Deficits Persist With Midterm Abstinence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*(3), 404-410.

George, W. H. (1989). Marlatt and Gordon's relapse prevention model: A cognitive-behavioral approach to understanding and preventing relapse. *Journal of Chemical Dependency Treatment*.

Goldstein, R. Z. y Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal*

*of Psychiatry, 159,* 1642-1652.
Gorey, C., Kuhns, L., Smaragdi, E., Kroon, E. y Cousijn, J. (2019). Age-related differences in the impact of cannabis use on the brain and cognition: a systematic review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 269*(1), 37-58.
Gruber, S. A., Silveri, M. M. y Yurgelun-Todd, D. A. (2007). Neuropsychological consequences of opiate use. *Neuropsychology Review, 17*(3), 299-315.
Hanson, K. L., Luciana, M. y Sullwold, K. (2008). Reward-related decision-making deficits and elevated impulsivity among MDMA and other drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 96*(1), 99-110.
Hayes, A., Herlinger, K., Paterson, L. y Lingford-Hughes, A. (2020). The neurobiology of substance use and addiction: evidence from neuroimaging and relevance to treatment. *BJPsych Advances, 26*(6), 367-378.
Heil, S. H., Johnson, M. W., Higgins, S. T. y Bickel, W. K. (2006). Delay discounting in currently using and currently abstinent cocaine-dependent outpatients and non-drug-using matched controls. *Addictive Behaviors, 31*(7), 1290-1294.
Hester, R., Dixon, V. y Garavan, H. (2006). A consistent attentional bias for drug-related material in active cocaine users across word and picture versions of the emotional Stroop task. *Drug and Alcohol Dependence, 81*(3), 251-257.
Hulka, L. M., Eisenegger, C., Preller, K. H., Vonmoos, M., Jenni, D., Bendrick, K. … y Quednow, B. B. (2014). Altered social and non-social decision-making in recreational and dependent cocaine users. *Psychological Medicine, 44*(5), 1015-1028.
Inozemtseva, O. y Núñez, E. M. (2019). Executive dysfunction associated with substance abuse. En *Dysexecutive Syndrome*s (pp. 123-142). Springer, Cham.
Ke, X., Ding, Y., Xu, K., He, H., Wang, D., Deng, X. … y Fan, N. (2018). The profile of cognitive impairments in chronic ketamine users. *Psychiatry Research, 266,* 124-131.
Kemmis, L., Hall, J. K., Kingston, R. y Morgan, M. J. (2007). Impaired fear recognition in regular recreational cocaine users. *Psychopharmacology, 194*(2), 151-159.
Kirby, K. N. y Petry, N. M. (2004). Heroin and cocaine abusers have higher discount rates for delayed rewards than alcoholics or non-drug-using controls. *Addiction, 99,* 461-471.
Kuypers, K. P. C., Steenbergen, L., Theunissen, E. L., Toennes, S. W. y Ramaekers, J. G. (2015). Emotion recognition during cocaine intoxication. *European Neuropsychopharmacology, 25*(11), 1914-1921.
Levine, B., Dawson, D., Boutet, I., Schwartz, M. L. y Stuss, D. T. (2000). Assessment of strategic self-regulation in traumatic brain injury: its relationship to injury severity and psychosocial outcome. *Neuropsychology, 14,* 491-500.
Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). Oxford University Press.
Liang, H. J., Lau, C. G., Tang, A., Chan, F., Ungvari, G. S. y Tang, W. K. (2013). Cognitive impairments in poly-drug ketamine users. *Addictive Behaviors, 38*(11), 2661-2666.
López-Villatoro, J. M., Diaz-Marsá, M., Mellor-Marsá, B., De la Vega, I. y Carrasco, J. L. (2020). Executive Dysfunction Associated With the Primary Psychopathic Features of Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry, 11,* 1410.
Lozano, O. M., Rojas, A. J. y Fernandez Calderon, F. (2017). Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *Journal of Mental Health, 26*(2), 119-126.
McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G. … y Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9*(3), 199-213.

Medina, K. L., Hanson, K. L., Schweinsburg, A. D., Cohen-Zion, M., Nagel, B. J. y Tapert, S. F. (2007). Neuropsychogical functioning in adolescent marijuana users: Subtle deficits detectable after a month of abstinence. *Journal of the International Neuropsychological Society, 13,* 807-820.

Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S. … y Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 109*(40), E2657-E2664.

Mintzer, M. Z., Copersino, M. L. y Stitzer, M. L. (2005). Opioid abuse and cognitive performance. *Drug and Alcohol Dependence, 78,* 225-230.

Moon, M., Do, K. S., Park, J. y Kim, D. (2007). Memory impairment in methamphetamine dependent patients. *International Journal of Neuroscience, 117,* 1-9.

Mooney-Leber, S. M. y Gould, T. J. (2018). The long-term cognitive consequences of adolescent exposure to recreational drugs of abuse. *Learning & Memory, 25*(9), 481-491.

Murphy, P. N., Bruno, R., Ryland, I., Wareing, M., Fisk, J. E., Montgomery, C. y Hilton, J. (2012). The effects of 'ecstasy'(MDMA) on visuospatial memory performance: findings from a systematic review with meta-analyses. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 27*(2), 113-138.

Nader, D. A. y Sanchez, Z. M. (2018). Effects of regular cannabis use on neurocognition, brain structure, and function: a systematic review of findings in adults. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 44*(1), 4-18.

Oscar-Berman, M. y Marinkovic, K. (2007). Alcohol: Effects on Neurobehavioral Functions and the Brain. *Neuropsychology Review, 17*(3), 239-257.

Pando-Naude, V., Toxto, S., Fernandez-Lozano, S., Parsons, C. E., Alcauter, S. y Garza-Villarreal, E. A. (2021). Gray and white matter morphology in substance use disorders: A neuroimaging systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry, 11*(1), 1-18.

Passetti, F., Clark, L., Mehta, M. A., Joyce, E. y King, M. (2008). Neuropsychological predictors of clinical outcome in opiate addiction. *Drug Alcohol Dependence, 94,* 82-91.

Pereira, F. R., McMaster, M. T., Polderman, N., de Vries, Y. D., van den Brink, W. y van Wingen, G. A. (2018). Effect of GHB-use and GHB-induced comas on dorsolateral prefrontal cortex functioning in humans. *NeuroImage: Clinical, 20,* 923-930.

Pitel, A. L., Perruchet, P., Vabret, F., Desgranges, B., Eustache, F. y Beaunieux, H. (2010). The advantage of errorless learning for the acquisition of new concepts' labels in alcoholics. *Psychological Medicine, 40*(3), 497-502.

Potvin, S., Stavro, K., Rizkallah, É. y Pelletier, J. (2014). Cocaine and cognition: a systematic quantitative review. *Journal of Addiction Medicine, 8*(5), 368-376.

Quednow, B. B., Kuhn, K. U., Hoppe, C., Westheide, J., Maier, W. y Wagner, M. (2006). Memory deficits in abstinent MDMA (ecstasy) users: neuropsychological evidence of frontal dysfunction. *Psychopharmacology, 20,* 1-14.

Quednow, B. B., Kühn, K. U., Hoppe, C., Westheide, J., Maier, W., Daum, I. y Wagner, M. (2007). Elevated impulsivity and impaired decision-making cognition in heavy users of MDMA («Ecstasy»). *Psychopharmacology, 189*(4), 517-530.

Ratti, M. T., Giardini, P. y Soragna, D. (2002). Chronic alcoholism and the frontal lobe: which executive functions are imparied? *Acta Neurologica Scandinavica, 105*(4), 276-281.

Redish, A. D., Jensen, S. y Johnson, A. (2008). A unified framework for addiction: Vulnerabilities in the decision process. *Behavioral and Brain Sciences, 31,* 415-487.

Rendell, P. G., Mazur, M. y Henry, J. D. (2009). Prospective memory impairment in former users of methamphetamine. *Psychopharmacology, 203*(3), 609-616.

Reynolds, B. y Schiffbauer, R. (2004). Measuring state changes in human delay discounting: an experiential discounting task. *Behavioural Processes, 67,* 343-356.
Roberts, C. A., Jones, A. y Montgomery, C. (2016). Meta-analysis of executive functioning in ecstasy/polydrug users. *Psychological medicine, 46*(8), 1581-1596.
Ruff, R. M. (1996). *Ruff figural fluency test: professional manual*. Psychological Assessment Resources.
Sabrini, S., Wang, G. Y., Lin, J. C., Ian, J. K. y Curley, L. E. (2019). Methamphetamine use and cognitive function: A systematic review of neuroimaging research. *Drug and Alcohol Dependence, 194,* 75-87.
Salo, R., Leamon, M. H., Natsuaki, Y., Moore, C., Waters, C. y Nordahl, T. E. (2008). Findings of preserved implicit attention in methamphetamine dependent subjects. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 32*(1), 217-223.
Salo, R., Nordahl, T. E., Natsuaki, Y., Leamon, M. H., Galloway, G. P., Waters, C. … y Buonocore, M. H. (2007). Attentional control and brain metabolite levels in methamphetamine abusers. *Biological Psychiatry, 61*(11), 1272-1280.
Schottenbauer, M. A., Hommer, D. y Weingartner, H. (2007). Memory Deficits Among Alcoholics: Performance on a Selective Reminding Task. *Aging Neuropsychology and Cognition, 14,* 505-516.
Secades-Villa, R., García Rodríguez, O., Fernández Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo, 28,* 29-40.
Sedó, M. (2005). *Test de los Cinco Dígitos: Five Digit Test.* TEA Ediciones.
Selby, M. J. y Azrin, R. L. (1998). Neuropsychological functioning in drug abusers. *Drug and Alcohol Dependence, 50,* 39-45.
Shen, Y., Cao, X., Tan, T., Shan, C., Wang, Y., Pan, J. … y Yuan, T. F. (2016). 10-Hz repetitive transcranial magnetic stimulation of the left dorsolateral prefrontal cortex reduces heroin cue craving in long-term addicts. *Biological Psychiatry, 80*(3), e13-e14.
Spreen, S. y Strauss, E. (1991). *A compendium of neuropsychological test: Administration, norms and commentary.* Oxford University Press.
Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology, 18*(6), 643-662.
Tang, W. K., Liang, H. J., Lau, C. G., Tang, A. y Ungvari, G. S. (2013). Relationship between cognitive impairment and depressive symptoms in current ketamine users. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 74*(3), 460-468.
Terter, C. J., Pharm, D. y Guthrie, S. K. (2001). A Comprehensive Review of MDMA and GHB: Two Common Club Drugs. *Pharmacotherapy, 21,* 1486-1513.
Turner, T. H., LaRowe, S., Horner, M. D., Herron, J. y Malcolm, R. (2009). Measures of cognitive functioning as predictors of treatment outcome for cocaine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*(4), 328-334.
Verdejo-García, A. y Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology, 56*(1), 48-62.
Verdejo-García, A. y Pérez-García, M. (2007). Ecological assessment of executive functions in substance dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence, 90,* 48-55.
Verdejo-García, A., Alcázar-Córcoles, M. A. y Albein-Urios, N. (2019). Neuropsychological interventions for decision-making in addiction: a systematic review. *Neuropsychology Review, 29*(1), 79-92.
Verdejo-García, A., Benbrook, A., Funderburk, F., David, P., Cadet, J. L. y Bolla, K. I. (2007). The differential relationship between cocaine use and marijuana use on decision-

making performance over repeat testing with the Iowa Gambling Task, *Drug and Alcohol Dependence, 90,* 2-11.

Verdejo-García, A., Betanzos-Espinosa, P., Lozano, O. M., Vergara-Moragues, E., Gonzalez-Saiz, F., Fernández-Calderón, F. y Pérez-García, M. (2012). Self-regulation and treatment retention in cocaine dependent individuals: a longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence, 122*(1), 142-148.

Verdejo-García, A., Lawrence, A. J. y Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 32,* 777-810.

Verdejo-García, A. J., López-Torrecillas, F., De Arcos, F. A. y Pérez-Garcıa, M. (2005). Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: a multiple regression analysis. *Addictive Behaviors, 30*(1), 89-101.

Verdejo-García, A., Pérez-García, M. y Bechara, A. (2006). Emotion, Decision-Making and Substance Dependence: A Somatic-Marker Model of Addiction. *Current Neuropharmacology, 4,* 17-31.

Verdejo-García, A., Toribio, C., Orozco, K., Puente, K. y Perez Garcia, M. (2005). Neuropsychological functioning in methadone maintenance patients versus abstinent heroin abusers. *Drug Alcohol Dependence, 78,* 283-288.

Verdejo-García, A., Rivas-Pérez, C., Vilar-López, R. y Pérez García, M. (2007). Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly-substance abusers in their first year of abstinence, *Drug and Alcohol Dependence, 86,* 139-146.

Vicario, S., Pérez-Rivas, A., de Guevara-Miranda, D. L., Santín, L. J. y Sampedro-Piquero, P. (2020). Cognitive reserve mediates the severity of certain neuropsychological deficits related to cocaine use disorder. *Addictive Behaviors, 107,* 106399.

Wechsler, D. (2009). WMS-IV. *Wechsler memory scale-Administration and scoring manual: Psychological Corporation*.

Wechsler, D., Coalson, D. L. y Raiford, S. E. (2008). WAIS-IV. *Wechsler Adult Intelligence Scale: Fourth Edition. Technical and interpretative manual.* NCS Pearson.

Yip, J. y Lee, T. (2005). Effect of ecstasy use on neuropsychological function: a study in Hong Kong. *Psychopharmacology, 179,* 620-628.

Zakzanis, K. K., Campbell, Z. y Jovanovski, D. (2007). The neuropsychology of ecstasy MDMA use: a quantitative review. *Human Psychopharmacology, 22*(7), 425-435.

# PARTE TERCERA
# Tratamiento de la adicción a drogas

# 10

# Tratamiento farmacológico

CARLOS RONCERO,
PATRICIA PADILLA, BARBARA BUCH
Y LOURDES AGUILAR

## 1. INTRODUCCIÓN

Las bases neurobiológicas y genéticas de las conductas adictivas cada vez son más conocidas (Corominas et al., 2007, 2015; Koob y Volkow, 2016). Sin embargo, aún es necesario realizar muchos esfuerzos para comprender todos los mecanismos implicados que ayuden a mejorar los tratamientos psicofarmacológicos de estos trastornos.

Desde la perspectiva neurobiológica, todas las sustancias psicoactivas con alto potencial de abuso se caracterizan por alterar la función del sistema de neurotransmisión dopaminérgico (DA) mesocorticolímbico (Corominas et al., 2015). La ingesta aguda de drogas provoca un aumento de los niveles de DA extracelular, que puede contribuir al inicio del proceso adictivo. El consumo continuado se acompaña de una alteración de la función dopaminérgica, con desarrollo de cambios neuroadaptativos en las vías mesolímbicas y mesocorticales. En el córtex prefrontal, los cambios en la función dopaminérgica producen un desequilibrio entre los receptores D1 y D2, con un predominio de la inhibición. La inervación dopaminérgica de la amígdala, y su interacción con el núcleo accumbens, juega un papel esencial en el condicionamiento de estímulos ambientales, capaces de desencadenar el deseo de consumo y la recaída.

El sistema dopaminérgico desempeña un papel importante en el desarrollo de la adicción, desde las primeras fases, cuando el consumo de droga empieza como una conducta instrumental dirigida a un objetivo, hasta la consolidación de la adicción como hábito compulsivo, controlado por mecanismos estímulo-respuesta. Por ello, muchos de los fármacos utilizados en el tratamiento de las drogodependencias actúan directa o indirectamente sobre este sistema. Sin embargo, esto no es exclusivo, ya que se utilizan fármacos que actúan sobre otros sistemas de neurotransmisión.

El tratamiento farmacológico se utiliza en los procesos de desintoxicación y deshabituación (Casas et al., 2002). En la fase de desintoxicación, el tratamiento farmacológico se emplea para evitar o minimizar la aparición del síndrome de abstinencia tras el cese del consumo. Puede realizarse tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. Aun así, la correcta aplicación no elimina el riesgo de recaídas. En la fase de deshabituación, muchos pacientes pueden requerir también tratamiento farmacológico con el fin de ayudar a reducir el consumo, el riesgo de recaídas y los trastornos psicopatológicos asociados (Roncero, Barral et al., 2009). La coexistencia en el mismo paciente de una adicción con o sin sustancia con otro trastorno mental (patología dual) es una situación clínica muy frecuente, en la que es fundamental realizar un adecuado abordaje psicofarmacológico basado en intervenciones de demostrada eficacia.

## 2. CLASIFICACIÓN Y USO CLÍNICO DE LOS PSICOFÁRMACOS EN ADICCIONES

Los fármacos se estudian y clasifican en función de su farmacocinética y farmacodinamia o de sus indicaciones. La *farmacocinética* es el conjunto de acciones que el organismo realiza sobre el fármaco: absorción, metabolismo, distribución y eliminación. La *farmacodinamia* hace referencia a las acciones y efectos de los fármacos sobre los distintos aparatos y sistemas. Los psicofármacos

intervienen sobre los mecanismos de síntesis, almacenamiento, liberación, acción sobre receptores o inactivación funcional de los neurotransmisores (Casas et al., 2002).

Los psicofármacos se deben utilizar con precaución, debido a sus efectos secundarios, contraindicaciones y la posibilidad de generar nuevas dependencias. Tampoco es aconsejable el nihilismo terapéutico y el rechazo de su prescripción, ya que el mantenimiento del consumo expone al paciente a riesgos importantes de tipo médico (infecciones, cardiopatías…) o psiquiátricos (cuadros psicóticos, intentos suicidas…). Por ello se deben utilizar las herramientas psicofarmacológicas disponibles e indicadas en cada patología.

## 2.1. Antidepresivos

Los fármacos antidepresivos se usan en psiquiatría general como antidepresivos y como antiobsesivos. En drogodependencias se han utilizado en el manejo del *craving* o de la impulsividad, sin que exista evidencia científica suficiente sobre su utilidad. Sin embargo, su uso es frecuente en patología dual, con el fin de tratar diversos síntomas depresivos.

Por ejemplo, algunos antidepresivos como *mirtazapina, trazodona* o *mianserina* se utilizan como inductores del sueño o en el manejo de la ansiedad, evitando así la prescripción de benzodiazepinas. Otros antidepresivos, como la *agomelatina* pueden ayudar a regular el ciclo sueño vigilia, comúnmente alterado en este tipo de pacientes.

El criterio de clasificación más utilizado es su acción bioquímica principal. Todos aumentan de manera inmediata la disponibilidad de uno o varios neurotransmisores a través de los distintos mecanismos (véase la tabla 10.1). Mientras que los efectos sobre los neurotransmisores y los efectos secundarios aparecen de manera inmediata, el efecto antidepresivo se manifiesta tras tres o cuatro semanas de tratamiento (Gibert, 2006).

TABLA 10.1
*Clasificación de los antidepresivos, según su efecto*

— Inhibición no selectiva de la recaptación de serotonina y noradenalina: ADT.
— Inhibición selectiva de la recaptación de serotonina: ISRS.
— Inhibición selectiva de la recaptación de noradrenalina: reboxetina.
— Inhibición selectiva de la recaptación de serotonina y noradrenalina: venlafaxina, duloxetina, vortioxetina.
— Inhibición selectiva de la recaptación de dopamina y noradrenalina: bupropion.
— Aumento de la liberación de serotonina y noradrenalina: mirtazapina.
— Reguladores del sistema glutamatérgico: tianeptino.
— Inhibición de su metabolismo: IMAO (moclobemida).

### 2.1.1. *Antidepresivos tricíclicos*

Son los antidepresivos clásicos y más antiguos. El mecanismo de acción es la inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina, aunque también actúan sobre receptores de otros neurotransmisores (anticolinérgicos, muscarínicos, histaminérgicos, adrenérgicos). Los más usados son la *imipramina,* la *amitriptilina* y la *clomipramina*. En el caso de los dos primeros puede resultar útil medir los niveles plasmáticos, para comprobar el cumplimiento. Son considerados los más eficaces, aunque producen numerosos efectos secundarios, tanto centrales (confusión, trastornos de memoria, sedación) como periféricos (alteraciones cardiovasculares, sobre todo la amitriptilina, trastornos gastrointestinales, retención urinaria, visión borrosa, sequedad de boca, estreñimiento, aumento de peso, disfunciones sexuales, hiperhidrosis, reacciones alérgicas, temblor, potenciación de los efectos del alcohol, riesgos mortales en intoxicación).

### 2.1.2. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*

Inhiben de manera selectiva la recaptación de serotonina, produciendo un aumento de la neurotransmisión serotonérgica. Se trata de antidepresivos con eficacia similar a los tricíclicos, aunque provocan menos efectos indeseables: baja cardiotoxicidad, no tienen efectos anticolinérgicos, no aumentan el peso, producen menos hipotensión ortostática, no son letales en sobredosis y no potencian los efectos del alcohol. Los comercializados en España son la *fluoxetina,* la *paroxetina,* la *fluvoxamina,* la *sertralina,* el *citalopram* y el *escitalopram*. Como efectos secundarios, se deben destacar alteraciones gastrointestinales, disfunciones sexuales, temblor, inquietud, ansiedad, insomnio y cefaleas, aunque la mayoría desaparecen espontáneamente con el tiempo.

El síndrome serotoninérgico es muy poco frecuente, a menos que se combinen fármacos con efecto sobre la serotonina. Se manifiesta con síntomas digestivos, vegetativos (aumento de la temperatura, sudoración), neurológicos (temblor, agitación, confusión) y, en casos extremos, coma y muerte.

### 2.1.3. *Inhibidores de la mono-amino-oxidasa (IMAO)*

Inhiben de manera irreversible las dos formas de mono-amino-oxidasa, enzima que degrada las monoaminas (serotonina, noradrenalina, adrenalina y dopamina), aumentando así su disponibilidad. Los IMAO clásicos son la *tranilcipromina* y la *fenelcina*. Su carácter irreversible y no selectivo provoca numerosos efectos secundarios, por lo que su prescripción es muy limitada y se reserva a tratamientos de tercera línea, cuando otros fármacos más seguros han fallado. Además, pueden resultar especialmente peligrosos debido al riesgo de toxicidad al combinarlos con otras sustancias y porque pueden provocar un efecto estimulante, ya que poseen una estructura farmacológica similar a las anfetaminas (i.e, tranilcipromina), por lo que suelen estar contraindicados. Sus efectos secundarios son crisis hipertensivas, que aparecen al combinarlos con algunos fármacos o alimentos, interacciones

farmacológicas peligrosas (riesgo de síndrome serotoninérgico), hepatotoxicidad y efectos indeseables parecidos a los de los tricíclicos.

Un subtipo de IMAO son los RIMA, que inhiben de manera selectiva y reversible la forma A de la MAO, por lo que no presenta los efectos secundarios peligrosos ni las interacciones de los IMAO irreversibles y no selectivos. El único disponible es la *moclobemida,* que mejora el rendimiento intelectual, aunque su potencial antidepresivo es limitado. Como efectos secundarios, produce sequedad de boca, vértigo, temblor, sudoración, insomnio o cefalea.

### 2.1.4. *Antidepresivos duales selectivos*

Inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina. Por su efecto doble, se ha sugerido que son más eficaces que los ISRS. A diferencia de los tricíclicos, no tienen acción sobre los receptores de diferentes neurotransmisores, presentando menos efectos secundarios.

En el caso de la *duloxetina,* la inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina es estable e independiente de la dosis utilizada, mientras que en el caso de la venlafaxina, es dosis dependiente. En general, pueden provocar efectos secundarios gastrointestinales (náuseas, vómitos). La *venlafaxina* también puede producir aumento de la tensión, mientras que la desvenlafaxina ha demostrado menos efectos secundarios. La *vortioxetina,* por su parte, posee un mecanismo de acción multimodal único y complejo, actuando sobre diversos subtipos de receptores de serotonina. Sus múltiples dianas de acción farmacológica logran aumentar los niveles de serotonina y también de otros neurotransmisores en diversas partes del cerebro, por lo que requiere una dosis terapéuticas menor. Además, algunas revisiones (Salagre et al., 2018) apuntan a que ejerce efectos más positivos que otros antidepresivos en el área cognitiva, así como menos efectos

adversos (somnolencia, disfunción sexual o alteraciones cardiológicas).

### 2.1.5. *Otros antidepresivos*

Además de los anteriores, existen otros antidepresivos con mecanismos de acción diferentes. La *mirtazapina* aumenta la liberación de serotonina y noradrenalina. Posee una elevada acción sedativa y produce aumento de peso. La *reboxetina* es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Se trata de un antidepresivo con especial acción sobre la conducta social, concentración y capacidad de trabajo. Los efectos secundarios más frecuentes son sequedad de boca y retención urinaria. El *bupropion* es un antidepresivo noradrenérgico y dopaminérgico que se utiliza en algunos pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y en el tratamiento del tabaquismo. El tratamiento se inicia entre siete y quince días antes del cese del consumo, ya que disminuye la abstinencia y el *craving*. La dosis utilizada es de 300 mg, repartida en dos tomas. Disminuye la clínica de abstinencia y el *craving*. Los efectos indeseables más frecuentes son sequedad de boca, cefalea, insomnio, náuseas y convulsiones. Se recomienda precaución en pacientes con antecedente de crisis comiciales, de anorexia o bulimia nerviosa y en los que realicen tratamiento con IMAO. La *trazodona* inhibe débilmente la recaptación de serotonina y bloquea los receptores postsinápticos de serotonina. A dosis bajas se usa como hipnótico. El efecto secundario más destacable, aparte de la sedación, es la hipotensión. La *mianserina* tiene un mecanismo de acción similar a la mirtazapina. Debido al efecto sedante, resulta adecuado para pacientes con ansiedad. Presenta pocos efectos secundarios, por lo que se usa principalmente en pacientes ancianos y/o con enfermedad cardiovascular. La *agomelatina* tiene acción melatoninérgica y es el primero que resincroniza los ritmos biológicos, por lo puede resultar ventajoso en pacientes con

alteración del ciclo sueño-vigilia. Debido a su perfil de acción, provoca menos efectos secundarios que otros antidepresivos (no aumenta el peso ni provoca disfunción sexual). El *tianeptino* es un modulador glutamatérgico con otras acciones complejas sobre la neuroplasticidad en la amígdala e hipocampo: cambios en el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), acción indirecta sobre el sistema dopaminérgico, etc. Existen estudios que han mostrado la utilidad de este tratamiento en pacientes adictos y duales (Szerman et al., 2021).

## 2.2. Eutimizantes o antiepilépticos

El término eutimizante se usa para referirse a un conjunto heterogéneo de fármacos que tienen distintos efectos neuroquímicos (véase la tabla 10.2). Los fármacos eutimizantes o estabilizadores del ánimo se utilizan en el tratamiento del trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo, con una eficacia claramente demostrada, y en los trastornos del control de los impulsos con evidencias parciales (Roncero et al., 2009b). También se utilizan en los pacientes para la prevención de crisis convulsivas, cuando existen antecedentes, y como coadyuvantes en los procesos de desintoxicación (Martínez-Raga et al., 2004).

En el proceso de rehabilitación son ampliamente utilizados, buscando los efectos antiimpulsivos y *anticraving* (Ponce et al., 2008). El *topimarato* se ha utilizado en este sentido en pacientes alcohólicos (Johnson et al., 2003) y cocainómanos (Kampman et al., 2004). También existe experiencia con *oxcarbazepina*. Algunos eutimizantes *(gabapentina, pregabalina)* también han mostrado utilidad en los trastornos de ansiedad, por lo que en drogodependientes son utilizados bajo estas indicaciones.

TABLA 10.2

*Efectos neuroquímicos de los fármacos eutimizantes*

| | |
|---|---|
| **Litio** | — Modula procesos mediados por calcio y proteína cinasa C, mediante el sistema de segundo mensajero fosfatidilinositol. |
| **Ácido valproico** | — Modulación del sistema GABA.<br>— Suprime las despolarizaciones por ácido N-metil-D-aspártico (NMDA).<br>— Regula los transportadores del glutamato glial.<br>— Reduce la expresión de los receptores AMPA. |
| **Carbamazepina** | — Bloquea los canales de sodio.<br>— Inhibe neurotransmisión glutamatérgica.<br>— Inhibe aumento calcio libre intracelular inducido por NMDA y glicina. |
| **Oxcarbazepina** | — Bloquea los canales de sodio y calcio tipo N, P y R.<br>— Inhibe la actividad glutamatérgica.<br>— Aumento a la permeabilidad en los canales de potasio. |
| **Gabapentina** | — Aumenta la GABA intraneuronal.<br>— Inhibe la liberación de glutamato. |
| **Pregabalina** | — Análogo del GABA.<br>— Parcialmente conocido: unión a subunidad α2-δ de los canales de calcio. |
| **Lamotrigina** | — Inhibición canales de sodio y calcio presináptico.<br>— Estabilización de membrana. |
| **Topiramato** | — Potencia la acción GABA.<br>— Inhibe corrientes sodio y calcio.<br>— Inhibe la actividad glutamatérgica. |
| **Zonisamida** | — Bloqueo canales de sodio dependientes de voltaje.<br>— Reducción flujo iónico en canales T.<br>— Inhibe anhidrasa carbónica en menor grado que el topiramato. |

Estos fármacos pueden dividirse clínicamente en tres grupos: 1) el *carbonato de litio,* utilizado básicamente para el tratamiento de los episodios maníacos y la profilaxis del trastorno bipolar tipo I; 2) la *carbamazepina* y el *ácido valproico* fueron aprobados inicialmente para el tratamiento de la epilepsia, extendiendo posteriormente su indicación para el tratamiento de los episodios maníacos y la

profilaxis del trastorno bipolar tipo I, y 3) la nueva generación de anticonvulsivantes: *oxcarbazepina, gabapentina, pregabalina, lamotrigina, topiramato, zonisamida, vigabatrina* y *levetiracetam*, que conforman el grupo que, junto con el *valproato,* ha generado mayores expectativas con relación al tratamiento de la impulsividad.

### 2.2.1. *Litio*

Es un estabilizador del humor muy efectivo, con un mecanismo de acción complejo. Es el único fármaco de esta categoría sin efectos antiepilépticos. Se utiliza en el tratamiento y prevención de la depresión bipolar, manía y depresión. Durante su uso, es necesario controlar la litemia (niveles plasmáticos del fármaco) de manera regular por el riesgo de toxicidad, debiendo estar entre 0,6-1,2 mEq/l. La dosis habitual en adultos es 600-1.800 mg/día. Los efectos secundarios más importantes son la toxicidad renal (diabetes insípida nefrogénica), cardíaca, tiroidea (hipotiroidismo), neurológica (temblor, ataxia, disartria), teratogenia (alteraciones del feto durante la gestación) y efectos gastrointestinales (náuseas, diarrea, aumento de peso). Presenta múltiples interacciones farmacológicas, siendo especialmente graves con antinflamatorios no esteroideos (AAS) y con algunos diuréticos, que pueden aumentar la litemia y, con ello, la toxicidad. En drogodependientes o pacientes duales se debe usar con mucha precaución, ya que su intoxicación puede ser mortal.

### 2.2.2. *Ácido valproico y carbamazepina*

El *ácido valproico* es un antiepiléptico mejor tolerado que el litio o la *carbamazepina*. También requiere el control de los niveles plasmáticos, debiendo estar entre 50-100 mg/ml. La dosis habitual en adultos está entre 750-4.200 mg/día. No interacciona con la metadona, lo que lo convierte en un fármaco útil en pacientes

dependientes de opiáceos. Los efectos indeseables más frecuentes son gastrointestinales, diplopia, sedación, temblor, eritema exudado multiforme, alopecia, teratogenia, trombopenia y hepatotoxicidad.

La *carbamazepina* es un antiepiléptico aprobado para las mismas indicaciones que el *litio,* por lo que se usa como alternativa a este. Se deben realizar controles de los niveles (lo normal es entre 4-12 mg/ml) debido a la toxicidad. La dosis habitual en adultos es 400-1.600 mg/día. Interacciona con muchos fármacos, incluida la metadona. Los efectos secundarios más frecuentes son neurológicos (somnolencia, pérdida del equilibrio), gastrointestinales, hematológicos (anemia aplásica, neutropenia), dermatitis exfoliativa y teratogenia.

### 2.2.3. *La nueva generación de anticonvulsivantes*

La *oxcarbazepina* es un antiepiléptico que produce estabilización de las membranas neuronales hiperexcitadas. A diferencia de los anteriores, no requiere control de los niveles plasmáticos. La dosis habitual en adultos es 1.200-2.400 mg/día. Sus efectos secundarios más frecuentes son somnolencia, cefalea, confusión, alteración del equilibrio, nistagmus, alteraciones gastrointestinales e hiponatremia.

La *gabapentina* es un neuromodulador relacionado con el sistema ácido gamma-aminobutírico (GABA), que ha demostrado utilidad en el tratamiento de la ansiedad y el dolor crónico. La dosis habitual en adultos es 900-1.800 mg/día. Sus principales efectos secundarios son somnolencia, temblor, alteración del equilibrio, nistagmus, alteraciones gastrointestinales, aumento de peso, visión borrosa y edema periférico.

La *pregabalina* es un neuromodulador análogo del GABA. Está indicado para dolor neuropático, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y fibromialgia. La dosis habitual en adultos es 150-600 mg/día. Los efectos indeseables más frecuentes son sedación, temblor, distaría, parestesias, trastornos de memoria,

atención, coordinación, irritabilidad, alteraciones gastrointestinales, alteraciones visuales, aumento de peso/apetito y disfunción sexual.

La *lamotrigina* es un antiepiléptico que bloquea las neuronas hiperexcitadas e inhibe la liberación patológica del glutamato. Está indicado para trastorno bipolar, y como tratamiento complementario en esquizofrenia, otras psicosis y dolor crónico. La dosis habitual en adultos es 100-200 mg/día. Sus principales efectos secundarios son erupciones cutáneas benignas *(rush),* somnolencia, alteraciones visuales, ataxia, temblor, insomnio y alteraciones gastrointestinales.

El *topiramato* es un fármaco antiepiléptico/antimigrañoso que potencia la actividad inhibitoria del GABA. Presenta especial eficacia en el tratamiento del control de impulsos. El rango de dosis habitual es 200-400 mg/día. Los principales efectos indeseables son sedación, mareos, ataxia, parestesias, temblor, pérdida de apetito/peso, alteraciones visuales, confusión, déficits de memoria y retraso psicomotor. Aumenta el riesgo de padecer litiasis renal.

La *zonisamida* es un antiepiléptico derivado del *benzisoxazólico,* con efecto neuromodulador sobre el GABA. Se ha utilizado en trastornos en los que la impulsividad juega un papel importante. La dosis diaria habitualmente utilizada oscila entre 300 y 500 mg/día en adultos. Presenta menos efectos adversos que el *topiramato,* siendo los principales de tipo psiquiátrico (irritabilidad, depresión, ansiedad…) y del sistema nervioso (mareos, deterioro de la capacidad amnésica, confusión, somnolencia), aunque también aparecen alteraciones gastrointestinales (pérdida del apetito), alteraciones visuales, dermatológicas (exantemas) y trastornos hematológicos.

## 2.3. Antipsicóticos

Los antipsicóticos o neurolépticos («tranquilizantes mayores») tienen como principal indicación el tratamiento de los síntomas psicóticos propios de la esquizofrenia, aunque se utilizan comúnmente como tratamientos complementarios en muchas otras

patologías. Los fármacos antipsicóticos clásicos o de primera generación son poco utilizados en drogodependencias. La *tiaprida* (neuroléptico atípico) ha sido utilizada, históricamente, para realizar desintoxicaciones en pacientes alcohólicos.

Los antipsicóticos atípicos o de segunda generación se utilizan frecuentemente para el control de la sintomatología psicótica inducida. A dosis bajas muestran eficacia para el tratamiento del insomnio o la ansiedad.

Algunos antipsicóticos con perfil sedativo (p. ej., *quetiapina, olanzapina*) se utilizan en los procesos de desintoxicación, como inductores del sueño o buscando su efecto ansiolítico, para evitar o minimizar el manejo de benzodiazepinas (Terán et al., 2008). También se utilizan ocasionalmente en el proceso de deshabituación y en el control de la ansiedad grave. Se debe tener precaución en su manejo, por la posibilidad de producir efectos secundarios de tipo anticolinérgico, extrapiramidales, sobrepeso… Existen diversas presentaciones intramusculares entre los fármacos antipsicóticos más modernos, que se administran desde cada 15 días hasta cada 6 meses, lo que resulta muy útil para mejorar la adherencia a los tratamientos.

Se ha estudiado la utilidad de los antipsicóticos como fármacos *anticraving* o coadyuvantes en la prevención de recaídas, con resultados contradictorios (Guardia et al., 2004), por lo que no se usan con esta indicación.

Los antipsicóticos se pueden clasificar en dos grupos: clásicos o típicos, y atípicos.

### 2.3.1. *Antipsicóticos clásicos o típicos*

Se trata principalmente de antagonistas competitivos de los receptores dopaminérgicos D2, aunque también son antagonistas de receptores de diferentes neurotransmisores (serotonérgicos, adrenérgicos, muscarínicos…). La acción de bloqueo de la actividad dopaminérgica resulta muy eficaz en cuanto a la clínica psicótica,

aunque también es la responsable de los efectos secundarios indeseados, como efectos extrapiramidales (véase tabla 10.3) y aumento de prolactina entre otros.

Existen muchas diferencias entre unos antipsicóticos clásicos y otros, aunque podemos dividirlos en función de su potencia de acción clínica (baja potencia/alta potencia), lo que determina la dosis necesaria de cada fármaco para que produzca una reducción de la sintomatología psicótica.

TABLA 10.3
*Efectos extrapiramidales de los antipsicóticos*

| | |
|---|---|
| **Agudos** | Distonía aguda, especialmente durante la primera semana de tratamiento.<br>Lo habitual es que cursen con crisis oculógiras o tortícolis. |
| **Subagudos** | Parkinsonismo (temblor, rigidez), durante los primeros 3-4 meses.<br>Acatisia (inquietud interna incoercible), durante los primeros 3-4 meses. |
| **Crónicos** | Discinesia (movimientos fasciobucolinguales), tras años de tratamiento. |

Los antipsicóticos de alta potencia precisarían dosis bajas para conseguir los efectos terapéuticos deseados. Entre ellos se encuentran fármacos como el *haloperidol*, la *pimocida* y la *flufenazina*. Por otro lado, los antipsicóticos de baja potencia son llamados así porque requieren altas dosis para que hagan efecto, lo que hace que aumente el efecto sedativo. Algunos ejemplos serían la *clorpromacina* (primer antipsicótico), la *levomepromazina* y la *tioridacina* (retirado de la farmacopea española).

### 2.3.2. *Antipsicóticos atípicos o de segunda generación*

Estos fármacos bloquean los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos. Han mostrado utilidad en pacientes resistentes a

los antipsicóticos típicos, sujetos con predominio de sintomatología negativa (apatía, asociabilidad) y aquellos pacientes en los que los antipsicóticos clásicos muestran importantes efectos extrapiramidales. En la actualidad son los que se utilizan como primera elección. La *clozapina* bloquea el receptor D4 y receptores serotoninérgicos, siendo el antipsicótico que provoca menos efectos extrapiramidales. Es muy útil en esquizofrénicos resistentes. Su efecto secundario más grave es la agranulocitosis (disminución de los granulocitos sanguíneos), hecho que obliga a controles hematológicos frecuentes, limitando su uso.

Otros antipsicóticos atípicos son *risperidona, olanzapina, ziprasidona, sertindol, quetiapina, aripiprazol, amisulpride, cariprazina* y *lurasidona*. Estos producen menos efectos extrapiramidales que los antipsicóticos típicos, sin el riesgo de agranulocitosis. Sin embargo, presentan otros efectos indeseables (aumento de peso, alteraciones metabólicas con aumento de lípidos y glucosa, y alteraciones cardíacas). Algunos regulan y actúan en los receptores D3.

## 2.4. Fármacos opiáceos

Dentro de los fármacos opiáceos, podemos distinguir fármacos agonistas, agonistas parciales y antagonistas.

### 2.4.1. *Agonistas*

Los agonistas opiáceos disponibles en España *(metadona, buprenorfina, morfina, codeína, oxicodona…)* se utilizan tanto en procesos de desintoxicación como en los tratamientos de mantenimiento. El *levo-alfa-acetilmetadol* (LAAM) fue retirado de la farmacopea europea, por efectos secundarios cardiacos. Sin embargo, la *metadona* y la *buprenorfina* se utilizan en la desintoxicación de opiáceos (heroína o fármacos analgésicos

opiáceos). Habitualmente se sigue una pauta descendente, en la que se retira progresivamente el fármaco. Si se realiza ambulatoriamente el proceso dura semanas/meses, y si se realiza en unidades de desintoxicación el tratamiento se realiza en días/pocas semanas, complementándose con clonidina, analgésicos y fármacos con efecto ansiolítico.

Teóricamente todos los agonistas opiáceos se podrían utilizar en los programas de mantenimiento. No obstante, lo habitual son los programas de mantenimiento con metadona o con buprenorfina/naloxona.

La *metadona* es un agonista opiáceo de origen sintético. Se administra por vía oral en forma de solución o de comprimidos, y la dosis habitual se sitúa entre 60 y 80 mg al día. Sin embargo, hay pacientes que, por sus características metabolizadoras especiales (metabolizadores ultralentos o ultrarrápidos), pueden requerir programas con dosis más bajas, dosificaciones superiores a 120 mg o dosis repartidas a lo largo del día. También se debe tener precaución, ya que algunos fármacos antirretrovirales y antiepilépticos disminuyen los niveles de metadona. En estos casos se debe valorar la dosis más adecuada de metadona.

Presenta numerosas interacciones farmacológicas (psicofármacos, antirretrovirales, etc.). Se utiliza en los programas de mantenimiento de opiáceos a largo plazo, siendo capaz de suprimir los síntomas de abstinencia. Posee efectos similares a la morfina, con importante capacidad analgésica y buena absorción vía oral. Tras la administración regular se acumula en los tejidos del organismo, de manera que, ante una supresión brusca, desencadenaría un síndrome de abstinencia leve en comparación con el producido por la heroína, aunque de mayor duración.

La *buprenorfina/naloxona* es un opiáceo semisintético de acción mixta antagonista-agonista según el receptor sobre el que actúe. Se dispone en proporción 4:1 y se administra por vía sublingual. La dosis habitual se sitúa entre 8 y 16 mg, aunque hay experiencias con dosis superiores (Roncero et al., 2008). Se utiliza en los

programas de mantenimiento a largo plazo. No crea una dependencia física importante y los síntomas de abstinencia que provoca son mínimos. Puede ser útil como alternativa a la metadona. Carece de problemas de sobredosificación y se administra vía sublingual. Desde el año 2021 existen presentaciones inyectables, exclusivamente de buprenorfina, que el paciente puede recibir con una periodicidad que puede variar de semanal a mensual.

### 2.4.2. *Antagonistas*

Los antagonistas disponibles son la *naloxona,* la *naltrexona* y el *nalmefeno*. La *naltrexona* es un antagonista opiáceo de larga duración que bloquea el sistema opioide endógeno. Se utiliza a dosis única de 50 mg/día por vía oral. Recientemente ha aparecido una presentación de liberación retardada que se administra cada 30 días, facilitando el cumplimiento. Se piensa que reduce el efecto reforzador positivo del consumo y el *craving* inducido por estímulos condicionados, siendo de gran utilidad en el mantenimiento de la abstinencia de alcohol y opiáceos. Se prescribe en los programas de mantenimiento en los pacientes con dependencia de opiáceos, que tienen conciencia del problema. De esta forma, si el paciente consume heroína u otros opiáceos, no se presentan los efectos euforizantes y relajantes. Sin embargo, aparece un síndrome de abstinencia prolongado. También se utiliza en el tratamiento del alcoholismo como *anticraving,* ya que disminuye la sensación de refuerzo que presentan los alcohólicos, tras la ingesta aguda.

La *naloxona* es otro antagonista opiáceo de vida media corta que, de forma similar a la naltrexona, posee elevada afinidad por los receptores opiáceos (incluso más que la heroína). Carece de actividad vía oral (no se absorbe prácticamente vía sublingual), por lo que su forma de administración habitual es vía intravenosa (IV) o muscular (IM). Cuando interacciona con opiáceos (i.e, sujetos consumidores de heroína) es importante tener presente que puede

desencadenar un síndrome de abstinencia agudo e intenso (síndrome de abstinencia precipitado). En el tratamiento de las intoxicaciones se usa para revertir los efectos depresores del sistema nervioso central de la heroína o de cualquier agonista opiáceo. Su administración puede ser por vía subcutánea, intravenosa o intramuscular. En el test de *naloxona* se administra subcutáneamente, tras un proceso de desintoxicación y antes de empezar la *naltrexona,* para comprobar que no hay restos de opiáceos. En los programas de mantenimiento se administra, junto con la *buprenorfina,* por vía sublingual, ya que así no se absorbe y no aparecen los efectos antagonistas. Además, si el paciente utiliza la combinación inadecuadamente, se precipita un síndrome de abstinencia. De esta manera, se evita su utilización por vías inadecuadas (i. e., autoinyección) y de abuso.

Por último, el *nalmefeno* es un antagonista igualmente potente sobre los tres tipos de receptores opioides (μ, k y Θ). Las dosis de 18 mg están indicadas también para la reducción del consumo de alcohol. La acción del nalmefeno tiene mayor duración que la naloxona. Al no actuar de forma acusada sobre los receptores μ, no presenta tantos efectos gastrointestinales como otros fármacos.

## 2.5. Interdictores

Los interdictores, antidipsotrópicos o aversivos (*disulfiram* y *carbimida cálcica-cianamida*) son fármacos que interaccionan con el consumo de alcohol e impiden su metabolización. Se utilizan en la fase de deshabituación del alcoholismo crónico. El etanol es convertido en acetaldehído mediante la enzima alcohol deshidrogenada, y posteriormente en acetato por la acción de otra enzima, llamada aldehído-deshidrogenasa. Los fármacos interdictores actúan inhibiendo esta segunda enzima, lo que produce un aumento de los niveles de acetaldehído. Si se consume alcohol, aparece una reacción neurovegetativa adversa, que cursa con

taquicardia, enrojecimiento facial, inquietud, sudoración, sensación de ahogo, nauseas y vómitos.

En ocasiones la reacción conlleva riesgos médicos, principalmente cardíacos, por lo que la toma de interdictores se debe hacer en pacientes informados que lo acepten. En ocasiones se utilizan los interdictores junto con los fármacos *anticraving*. Se han utilizado implantes de disulfiram subcutáneos, aunque su biodisponibilidad y su eficacia ha sido muy cuestionada.

Existen algunos trabajos que señalan la posible utilidad del *disulfiram* en el tratamiento de la dependencia de cocaína, ya que es un fármaco que también inhibe la dopamina-beta-hidroxilasa, por lo que se ha hipotetizado que regularía los niveles dopaminérgicos en estos pacientes.

La dosis del *disulfiram* es de un comprimido al día (250-500 mg). Su efecto dura hasta 6 días después de la última toma. Está contraindicado en pacientes con patología médica que pueda descompensarse como hepatopatía o cardiopatía. La dosis diaria de *cianamida* es de 20-30 gotas (60-90 mg), repartidas en dos tomas durante tiempos prolongados (meses). Se diferencia del *disulfiram* en que tiene un efecto más rápido, aunque menos prolongado en el tiempo. Su presentación es líquida y no presenta efectos adversos como la polineuropatía, siendo menor el riesgo de exacerbación de síntomas psicóticos.

## 2.6. Psicoestimulantes

Su principal indicación es el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la narcolepsia. Algunos psicoestimulantes también se utilizan en el tratamiento de las depresiones resistentes, como fármacos coadyuvantes o de tercera elección.

No deben prescribirse a hipertensos, hipertiroideos o a pacientes con glaucoma, y están contraindicados cuando hay antecedentes de infarto reciente. Los estimulantes se deben usar con mucha

precaución en drogodependientes, por el riesgo de abuso y el uso por vías inadecuadas. Se deben evitar los de liberación inmediata y efecto agudo, recomendándose la utilización de los compuestos de liberación sostenida, los profármacos, y ocasionalmente la administración supervisada por personal de enfermería.

Se ha hipotetizado la utilidad de los compuestos estimulantes en el tratamiento de la dependencia de cocaína, anfetaminas, sin que los resultados sean favorables hasta el momento (Castells et al., 2007). También se ha planteado la posibilidad de realizar tratamiento de mantenimiento con estimulantes, aunque esta indicación aún está en fase de estudio.

Los fármacos estimulantes incluyen fármacos muy diversos: *anfetaminas, metilfenidato, atomoxetina, modafinilo, cafeína*… El *metilfenidato* es un inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina. Los efectos indeseables más frecuentes son insomnio, cefalea, aumento de tics, inquietud, irritabilidad, temblor y mareo. Con menos frecuencia producen taquicardia, anorexia y pérdida de peso. Se administra 1 mg/kg de peso. Existe una presentación en liberación prolongada que provoca menos efectos secundarios y carece de capacidad de abuso.

En cuanto a las *anfetaminas,* la más utilizada es la *d,1-anfetamina,* que inhibe la recaptación de noradrenalina y dopamina, aumenta su liberación e inhibe ligeramente la MAO. Produce más aumento de catecolaminas que el metilfenidato y el riesgo de adicción es mayor. También se dispone de una presentación de liberación retardada y sus efectos secundarios son parecidos a los del metilfenidato. Otro psicoestimulante conocido es la *lisdexanfetamina,* un profármaco inactivo que realiza su acción estimulante después de hidrolizarse en dexanfetamina (responsable de la actividad biológica del fármaco).

En nuestro medio también está disponible el *metilfenidato* (de liberación rápida o de liberación sostenida u OROS) y la atomoxetina, que se puede utilizar con algunas restricciones administrativas debido a sus riesgos hepáticos.

## 2.7. Agonistas nicotínicos

El objetivo de los agonistas de la nicotina es tanto la reducción de los síntomas de abstinencia de nicotina, que incluyen irritabilidad, ansiedad e insomnio, como el control del *craving*. Se emplean junto con la psicoterapia individual o grupal. También se ha planteado la posibilidad de realizar programas de mantenimiento con alguno de estos fármacos, aunque los resultados aún no son concluyentes. Se utilizan fármacos sustitutivos de la nicotina (parches, chicles de nicotina o inhaladores), agonistas dopaminérgicos como *bupropión* (dosis 150-300 mg) o agonistas nicotínicos como la *vareniclina* (dosis 1-2 mg). La *vareniclina* es un agonista parcial del receptor nicotínico de acetilcolina, α4β2. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas y vómitos, cefalea, insomnio, sueños anormales, alteración del sentido del gusto y trastornos psiquiátricos (depresión, irritabilidad, reacciones paranoides…). Se debe utilizar con mucha precaución en pacientes con antecedentes de depresión, esquizofrenia o trastorno bipolar. Algunas revisiones apuntan a que la combinación de ambos fármacos puede suponer una mejora en la abstinencia de nicotina (Zhong et al., 2019).

## 2.8. Ansiolíticos

Las benzodiazepinas se emplean para el tratamiento de la ansiedad y del insomnio. También tienen efectos hipnóticos, anticonvulsionantes, miorelajantes y anestésicos. Actúan potenciando la función del neurotransmisor GABA (principal inhibidor del SNC), siendo agonistas del receptor GABA-A. No se deben utilizar en períodos prolongados por el riesgo de mal uso y dependencia. Las benzodiazepinas de vida media corta, más potentes, como el *alprazolam,* son las que tienen mayor riesgo de abuso y siempre deben evitarse en drogodependientes.

Las benzodiazepinas se utilizan en los tratamientos de desintoxicación del alcohol y de las propias benzodiazepinas. Para

realizar la desintoxicación alcohólica se emplean durante períodos de 7-14 días. Se recomiendan las de vida media-larga, como *clonazepam, clorazepato* o *diazepam,* salvo que exista una hepatopatía grave, en cuyo caso se debe utilizar preferentemente el *lorazepam* a dosis, 3-15 mg al día, o el *oxazepam*. Habitualmente se administran en dosis de 10-20 mg de diazepam o equivalentes cada 8 horas. Con ello se controla la sintomatología de abstinencia. Posteriormente se han de retirar de manera gradual. En la mayoría de los casos se utilizan dosis entre 30-80 mg, aunque en pacientes graves puede ser necesario dosis superiores.

La desintoxicación de benzodiazepinas se realiza utilizando la tolerancia cruzada entre ellas. Se debe utilizar benzodiazepinas de vida media larga y efecto poco intenso, como el *clonazepam, clorazepato, clordiazepóxido* y *diazepam* durante períodos de tiempo limitado, reduciéndose progresivamente entre un 10-25 por 100 semanalmente.

En los pacientes con antecedentes de abuso o dependencia de benzodiazepinas se recomienda que el tratamiento farmacológico de la ansiedad y el insomnio se realice con fármacos antidepresivos, e incluso antipsicóticos sedativos a dosis bajas, además de la terapia psicológica. El tratamiento de las alteraciones del sueño es muy frecuente y no se debe obviar en los pacientes adictos y duales (Roncero et al., 2020).

Se pueden clasificar las benzodiazepinas según la duración de su efecto: 1) ultracorta (<6h): *midazolam, triazolam;* 2) corta (<24h): *alprazolam, lorazepam, oxazepam,* y 3) larga (>24h): *clonazepam, flunitrazepam, clorazepato, diazepam*. Los efectos secundarios indeseables son poco frecuentes. Pueden producir disminución del rendimiento psicomotor, confusión, amnesia anterógrada, agresividad, disartria, ataxia e incremento de síntomas de demencia. A nivel cardiorrespiratorio hay riesgo de depresión respiratoria si se asocian a otros depresores como el alcohol o si se administran vía intravenosa y a dosis elevadas. Resultan especialmente peligrosos cuando se administran en enfermos con trastornos pulmonares

crónicos. A largo plazo, pueden producir tolerancia y elevado riesgo de desarrollar una dependencia, especialmente con benzodiazepinas de vida media corta. Dado el riesgo de abuso y dependencia, se debe manejar con mucha precaución en adictos.

Existen ansiolíticos no benzodiazepínicos *(zolpidem, zoplicona, zaloplan, barbitúricos, clometiazol, betabloqueantes, antihistamínicos H1)* que resultan útiles en el tratamiento de síntomas somáticos (palpitaciones, temblor…) de origen ansioso.

## 2.9. Otros fármacos

El *acamprosato* es un fármaco *anticraving,* un potenciador del neurotransmisor GABA y antagonista de los receptores de glutamato. Reduce la estimulación glutamatérgica, disminuyendo el *craving* en pacientes dependientes de alcohol. Es útil en el mantenimiento de la abstinencia de alcohol, pero no reduce los consumos en los pacientes que inician el consumo. Es poco utilizado, ya que se deben administrar 5 o 6 comprimidos (333 mg) diarios repartidos en tres tomas, lo que complica el cumplimiento.

Existen también vitaminas, como el *clometiazol,* derivado de la vitamina B1, que se utiliza en la desintoxicación de alcohol, tanto por vía oral como por vía intravenosa. No se debe asociar a benzodiazepinas, ya que ambos se potencian como depresores del sistema nervioso central. Se debe emplear con precaución, ya que existe riesgo de dependencia en tratamientos prolongados.

En las desintoxicaciones es recomendable añadir vitaminoterapia del grupo B y ácido fólico.

También puede ser necesario añadir analgésicos habituales *(paracetamol, ibuprofeno…)* como terapias coadyuvantes, especialmente en las desintoxicaciones de opiáceos, que serán prescritos en función del estado médico y de las contraindicaciones que presente el paciente.

Asimismo, se utilizan vitaminas del grupo B (B1, B6, B12) y *ácido fólico,* en los procesos de desintoxicación o de deshabituación de

pacientes alcohólicos.

Los agonistas alfa 2-adrenérgicos *(clonidina, lofexidina, guanfacina)* se utilizan como adyuvantes de los agonistas opiáceos en la desintoxicación. Actúan modulando la activación neurovegetativa que se desencadena por hiperestimulación del sistema adrenérgico. La guanfacina es un antagonista alfa 2 más selectivo y potente, con mayor vida media y menores efectos secundarios (hipotensión, sedación).

Por último, el *biperideno* es un fármaco anticolinérgico que se utiliza en el tratamiento sintomático de los efectos extrapiramidales producidos por los antipsicóticos. Antagoniza la vía colinérgica para que se produzca un equilibrio con la dopaminérgica. Como efectos secundarios, destacan los trastornos de memoria y desorientación.

## 3. EVIDENCIAS DE EFECTIVIDAD DEL USO COMBINADO DE PSICOFÁRMACOS Y PSICOTERAPIA

La interacción sinérgica entre los tratamientos psicológicos y farmacológicos en adicciones se ha estudiado en diferentes poblaciones, con diferentes metodologías y distintas drogas. No hay conclusiones definitivas, pero la mayoría de los trabajos de revisión muestran que la aplicación combinada de tratamientos farmacológicos y psicológicos presenta mayor efecto terapéutico y de prevención de recaídas, superando en parte las limitaciones que presentan estos dos tipos de tratamientos en su aplicación aislada (Díaz-Morán y Fernández-Teruel, 2013).

### 3.1. Adicción a la nicotina

La revisión publicada por Díaz-Morán y Fernández-Teruel (2013) apunta a que el tratamiento combinado de terapia cognitivo-conductual (TCC) junto con el uso de sustitutivos (parches) es el que obtiene mayores porcentajes de abstinencia. Asimismo, la

revisión sistemática de Hajek et al. (2009) señala como tratamiento de elección la combinación de un abordaje conductual junto con *vareniclina*. En general, la evidencia empírica respalda el uso del tratamiento farmacológico (parches de nicotina, *bupropion* o *vareniclina*) junto con el psicológico, ya que su eficacia resulta mayor que cuando se utiliza de forma aislada (Reus y Smith, 2008).

### 3.2. Adicción al alcohol

Se debe destacar el estudio COMBINE *(The Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions)* (Anton et al., 2006) por su metodología y conclusiones. Este trabajo tuvo como objetivo evaluar la eficacia de los tratamientos farmacológicos y/o intervenciones conductuales de forma individual y combinada en pacientes con dependencia del alcohol. Para ello, se diseñó un complejo estudio multicéntrico (11 centros), en el que 1.383 participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de los nueve grupos de tratamiento durante cuatro meses. Los nueve grupos de tratamiento diferían en la combinación de los tratamientos y eran los siguientes: 1) *naltrexona;* 2) *acamprosato;* 3) *naltrexona* + *acamprosato;* 4) placebo; 5) *naltrexona* + intervención conductual combinada (ICC); 6) *acamprosato* + ICC; 7) *naltrexona* + *acamprosato* + ICC; 8) placebo + ICC, y 9) ICC. En síntesis, los resultados del estudio COMBINE muestran que, a los cuatro meses de tratamiento, los pacientes de todos los grupos presentaron un aumento de los días de abstinencia. Sin embargo, los pacientes tratados con *naltrexona,* con ICC, o ambas a la vez, presentaron mayor porcentaje de días de abstinencia. El tratamiento combinado de *naltrexona* e ICC no resultó superior a ninguno de estos por separado (en todos los casos recibieron intervención médica). Gueorguieva y colaboradores (2010) aplicaron un análisis de trayectorias al estudio COMBINE, concluyendo que la administración combinada de *naltrexona* e ICC es la que predice un aumento del tiempo de abstinencia y mejora de la adherencia al

tratamiento, superando al resto de los grupos del estudio. Por último, revisiones posteriores de la literatura científica muestran resultados congruentes con estos estudios, apuntando que la mejor práctica clínica debe incluir intervención farmacológica y psicoterapia en la adicción al alcohol (Ray et al., 2020).

### 3.3. Adicción a los opiáceos

Varias revisiones sistemáticas destacan la eficacia de utilizar intervenciones psicosociales en conjunción con farmacológicas para el tratamiento de la adicción a los opiáceos, aunque la utilidad varía en función del estudio, el tipo de medicación y el tipo de tratamiento psicosocial (Dugosh et al., 2016). Se recomienda la utilización de estrategias psicosociales junto con farmacológicas para la fase de desintoxicación (Amato et al., 2008). Con relación a la deshabituación, se dispone de suficiente evidencia respecto a la eficacia de los tratamientos sustitutivos con agonistas (*metadona* y *buprenorfina*) en la disminución del consumo de opiáceos ilegales y en la retención del tratamiento. Las intervenciones psicológicas que se emplean con agonistas van dirigidas a fortalecer la adherencia al tratamiento, incrementar la motivación del paciente y reducir las recaídas (Colom y Duro, 2009).

### 3.4. Adicción al cannabis

Algunos estudios destacan los tratamientos farmacológicos orientados a atenuar los síntomas de abstinencia (irritabilidad, disforia) y los efectos reforzantes de cannabis (Vandrey y Haney, 2009). No obstante, hasta la fecha no se ha identificado un único tratamiento farmacológico para el abordaje de este trastorno, por lo que existe la necesidad de mayor investigación, ya que la evidencia es insuficiente (Nielsen, Gowing, Sabioni y Le Foll, 2019).

### 3.5. Adicción a los psicoestimulantes

La evidencia científica con respecto al tratamiento farmacológico de la adicción a psicoestimulantes en general, y a la cocaína en particular, es escasa (Chan et al., 2019). Los tratamientos farmacológicos han buscado diversos objetivos, como la reducción del *craving,* el bloqueo de los reforzadores de la cocaína y la reducción de síntomas de abstinencia (Roncero et al., 2016). Fármacos como el *bupropión,* psicoestimulantes y el *topiramato* podían reducir el consumo, mientras que fármacos antipsicóticos podrían ayudar al mantenimiento de la abstinencia (Chan et al., 2019). Los estudios que analizan la efectividad de la terapia combinada son muy escasos. Los resultados de uno de los pocos estudios realizados (Carroll et al., 2004) mostraron que los pacientes dependientes de cocaína y alcohol que eran tratados con *disulfiram* y TCC, obtenían mejores resultados que los pacientes que habían recibido otras intervenciones, como la terapia interpersonal o el placebo.

## 4. CONCLUSIONES

Las evidencias existentes acerca del uso de muchos fármacos en el tratamiento de la adicción son escasas. Por una parte, el uso de los mismos fuera de la indicación para la que están autorizados dificulta el avance de la investigación. Por otra, algunas de las características de este tipo de trastornos, como la inestabilidad de los sujetos, determinados rasgos de personalidad, la falta de cumplimiento/compromiso terapéutico, etc., dificultan la realización de ensayos clínicos que clarifiquen la eficacia de los tratamientos farmacológicos. Por último, el estigma social que persiste sobre los sujetos drogodependientes puede debilitar también el interés de la industria farmacéutica en el estudio y desarrollo de estos tratamientos.

El tratamiento farmacológico de la adicción a drogas se emplea tanto en la fase de desintoxicación, con el fin de evitar o atenuar los síntomas de abstinencia, como en la de deshabituación, modulando el *craving* o la impulsividad. En algunos grupos de pacientes se utilizan también fármacos interdictores *(disulfiram, cianamida)* o de mantenimiento farmacológico. Los más extendidos son los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos *(metadona, buprenorfina)* o antagonistas *(naltrexona)*. También existen experiencias incipientes con programas de mantenimiento con fármacos estimulantes, agonistas nicotínicos, con resultados prometedores.

La evidencia sobre el tratamiento combinado de psicoterapia y psicofármacos es dispar, en función del tipo de sustancia o de la combinación empleada de farmacoterapia y psicoterapia.

La patología dual requiere una intervención farmacológica. En este tipo de pacientes se debe tratar la adicción y el otro trastorno mental, utilizando los fármacos adecuados, y con una supervisión cuidadosa de las interacciones entre los distintos fármacos y las drogas.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Becoña, E. y Cortés, M. (coords.) (2010). *Manual de adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en formación.* Socidrogalcohol.

Díaz-Morán, S. y Fernández-Teruel, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *Anales de Psicología, 29*(1), 54-65.

Roncero, C. y Casas, M. (2016). *Patología Dual. Fundamentos clínicos y terapéuticos*. Editorial Marge.


---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. M. y Mayet, S. (2008). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev., 8*(4),CD005031.

Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M. et al. (COMBINE Study Research Group) (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA, 295*(17), 2003-2017.

Carroll, K. M., Fenton, L. R., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., Shi, J. et al. (2004). Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry, 61*(3), 264-272.

Casas, M., Collazos, F., Ramos, J. A. y Roncero, C. (2002). *Psicofarmacología de las drogodependencias*. Fundación Promoción Médica.

Castells, X., Casas, M., Vidal, X., Bosch, R., Roncero, C., Ramos-Quiroga, J. A. et al. (2007). Efficacy of central nervous system stimulant treatment for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Addiction, 102,* 1871-1887.

Chan, B., Kondo, K., Freeman, M., Ayers, C., Montgomery, J. y Kansagara, D. (2019). Pharmacotherapy for Cocaine Use Disorder-a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine, 34*(12), 2858-2873.

Colom, J. y Duro, P. (2009). *Tratamiento de mantenimiento con metadona. Manual de práctica clínica*. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya.

Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E. y Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología, 44*(1), 4-11.

Corominas, M., Roncero, C. y Casas, M. (2015). El sistema dopaminérgico y las adicciones. *Mente y Cerebro, 10,* 78-85.

Davis, M. L., Powers, M. B., Handelsman, P., Medina, J. L., Zvolensky, M. y Smits, J. A. J. (2015). Behavioural therapies for treatment-seeking cannabis users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Evaluation and the Health Professions, 38,* 94-114.

Díaz-Morán, S. y Fernández-Teruel, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *Anales de Psicología, 29*(1), 54-65.

Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M. y Festinger, D. (2016). A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *Journal of Addiction Medicine, 10*(2), 93-103.

Gibert, J. (2006). *Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar*. Ediciones Aula Médica.

Guardía, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Iglesias, L., Roncero, C., Cardus, M. et al. (2004). A double-blind, placebo-controlled study of olanzapine in the treatment of alcohol-dependence disorder. Alcoholism: *Clinical and Experimental Research, 28*(5), 736-745.

Gueorguieva, R., Wu, R., Donovan, D., Rounsaville, B. J., Couper, D., Krys-tal, J. y O'Malley, S. S. (2010). Naltrexone and combined behavioral intervention effects on trajectories of drinking in the COMBINE study. *Drug and Alcohol Dependende, 107,* 221-229.

Hajek, P., Stead, L. F., West, R., Jarvis, M. y Lancaster, T. (2009). Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1,* CD003999.

Johnson, B. A., Ait-Daoud, N., Bowden, C. L., DiClemente, C. C., Roache, J. D., Lawson, K. et al. (2003). Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Lancet 17*, 361(9370), 1677-1685.

Kampman, K. M., Pettinati, H., Lynch, K. G, Dackis, C., Sparkman, T. y Weigley, C. (2004). A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence. 6, 75*(3), 233-240.

Koob, G. y Volkow, N. (2016). Neurobiology of adicction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psyquiatry, 3,* 760-773.

Martínez-Raga, J., Sabater, A., Perez-Galvez, B., Castellano, M. y Cervera, G. (2004). Add on gabapentin in the treatment of opiacte withdrawal. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, 28*(3), 599-601.

Nielsen, S., Gowing, L., Sabioni, P. y Le Foll, B. (2019). Pharmacotherapies for cannabis dependence. *Cochrane Database of Sistematic Reviews, 28*(1), CD008940.

Observatorio Europeo de las Drogas. Informe anual (2007). *El estado del problema de las drogas en Europa*. Plan Nacional sobre Drogas.

Ponce, G. y Rodriguez-Jimenez, R. (2008). Uso de antiepilépticos en adicciones. *Actas Españolas de Psiquiatría, 36*(S3), 22-27.

Ray, L., Meredith, L., Kiluk, B., Walthers, J., Carroll, K. y Magill, M. (2020). Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open, 3*(6), 208-279.

Reus, V. I. y Smith, B. J. (2008). Multimodal techniques for smoking cessation: a review of their efficacy and utilisation and clinical practice guidelines. *International Journal of Clinical Practice, 62*(11), 1753-1768.

Roncero, C., Barral, C. y Casas, M. (2009). Alcohol y otras drogodependencias. En T. Palomo y M. A. Jiménez-Arriero, *Manual de Psiquiatría,* pp. 465-483. ENE-Life.

Roncero, C., García-Ullán, L., Bullón, A., Remón-Gallo, D., Vicente-Hernández, B. Álvarez, A., Caldero, A., Flores, A. y Aguilar, L. (2020). The Relevance of Dual Diagnoses among Drug-Dependent Patients with Sleep Disorders. *Journal of Clinical Medicine, 4*(9), 2862.

Roncero, C., Rodríguez-Urrutia, A., Grau-López, L. y Casas, M. (2009). Trastornos del control de impulsos y tratamiento con antiepilépticos. *Actas Españolas de Psiquiatría, 37*(4), 205-212.

Roncero, C., Sáez-Francàs, N., Castells, X. y Casas, M. (2008). Eficacia y manejo clínico de la buprenorfina. *Trastornos Adictivos, 10*(2), 77-87.

Salagre, E., Grande, I., Sole, B., Sanchez Moreno, J. y Vieta, E. (2018). Vortioxetina: una nueva alternativa en el trastorno depresivo mayor. *Journal of Psyquiatry and Mental Health, 11,* 48-59.

Szerman, N., Arias, F., Algorta, J., Basurte, I., Vega, P., Roncero, C., Martínez-Raga, J. y Grau-López, L. (2021). Efectividad de tianeptino en pacientes con depresión mayor y trastorno por uso de sustancias. *Actas Españolas de Psiquiatría, 49*(4),135-144.

Terán, A., Majadas, S. y Galan, J. (2008). Quetiapine in the treatment of sleep disturbances associated with addictive conditions: a retrospective study. *Substance Use and Misuse, 43*(14), 2169-2171.

Vandrey, R. y Haney, M. (2009). Pharmacotherapy for cannabis dependence: How close are we? *CNS Drugs, 23*(7), 543-553.

Zhong, Z., Zhao, S., Zhao, Y. y Xia, S. (2019). Combination therapy of varenicline and bupropion in smoking cessation: A meta-analysis of the randomized controlled trials. *Comprehensive Psychiatry, 95,* 152125.

# 11

# Intervenciones breves

AINHOA COLOMA-CARMONA
Y JOSÉ LUIS CARBALLO

## 1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que el consumo de sustancias psicoactivas se ha incrementado en un 22 por 100 desde el año 2010 (UNODC, 2021), menos del 10 por 100 de la población con trastornos adictivos recibe tratamiento (SAMHSA, 2016).

La falta de percepción del problema, el miedo al estigma o un bajo apoyo social son algunas de las barreras que dificultan la búsqueda de ayuda (Coloma-Carmona et al., 2015; Stanojlović y Davidson, 2021). Por ello, diferentes guías de práctica clínica recomiendan que la evaluación del consumo de sustancias sea una práctica habitual en hospitales y centros de salud. Ante la falta de herramientas que se adaptasen a las características de esta población y los contextos en los que se deben abordar, el foco de las investigaciones en las últimas décadas se ha centrado en el desarrollo de intervenciones que, además de reducir los costes del tratamiento, sean capaces de llegar a un porcentaje más amplio de consumidores y prevenir el desarrollo de trastornos más graves (McCambridge, 2021).

El resultado ha sido el desarrollo de las denominadas intervenciones breves (IBs), que comprenden un amplio abanico de estrategias terapéuticas encaminadas a reducir o prevenir el daño asociado al consumo de sustancias (Center for Substance Abuse Treatment, 1999). Con un enfoque universal y basado en la

reducción del daño, las IBs se han destinado mayoritariamente a la intervención en pacientes con consumos de sustancias menos graves, pero que a medio-largo plazo pueden sufrir las consecuencias asociadas a su uso. No obstante, también se han planteado como una herramienta que puede favorecer que pacientes con trastornos graves reacios a acudir a tratamiento incrementen la percepción de riesgo y gravedad de su conducta, aumentando así su motivación para acudir a un tratamiento especializado (Mattoo et al., 2018).

Estas características, junto con su brevedad y el hecho de que puedan ser implementadas por diferentes profesionales sanitarios, han favorecido su diseminación a diferentes contextos (Winters, 2016), siendo los centros de Atención Primaria y los servicios de urgencias los principales lugares en los que se implementan.

La intervención breve (IB) es un concepto muy amplio que engloba cualquier intervención que tiene una duración limitada y menor a la de otros tratamientos y que tiene como principal objetivo motivar al paciente a realizar cambios en su conducta de consumo, con el fin de evitar o minimizar los posibles problemas que pudieran darse en un futuro asociados a ese consumo. En la revisión de la literatura y guías de práctica clínica realizada por Evans et al. (2011) se destaca la falta de una definición universal del concepto de IB, así como la variabilidad en la duración, los tipos de intervención y las técnicas utilizadas, lo que dificulta el poder hablar de tipos específicos de IB. En definitiva, la IB, más que una intervención estandarizada, parece ser una modalidad de tratamiento que engloba una serie de principios de intervención que tienen como principal objetivo la reducción del daño mediante el abandono o la reducción del consumo de sustancias a niveles de menor riesgo.

En cuanto a la población diana, las IBs se dirigen a población general con un riesgo alto de realizar un consumo problemático de sustancias. La población adulta que acude a centros de Atención Primaria es la población diana por excelencia de las IBs, aunque la aplicación de estas intervenciones se ha ampliado también a otras

poblaciones como adolescentes, mujeres embarazadas o usuarios de servicios de emergencias. Sin embargo, los hallazgos sobre la efectividad y eficacia de las IBs en estas poblaciones especiales son inconsistentes (Sarkar et al., 2020).

En lo que respecta a los usuarios de servicios de urgencias, las IBs se muestran como una intervención de bajo coste que parece favorecer la reducción del consumo de alcohol en esta población (Barbosa et al., 2020). En el caso de la población adolescente, la Academia Estadounidense de Pediatría recomienda el uso de IBs en las unidades pediátricas para el abordaje del consumo de sustancias en adolescentes (Alinsky et al., 2020; Beaton et al., 2016). Aunque la evidencia existente indica una posible eficacia de las IBs en la reducción de algunas conductas relacionadas con el alcohol en esta población (Sarkar et al., 2020), su efecto en el contexto escolar requiere de mayores estudios. Por último, en lo que respecta a la población de mujeres embarazadas, la calidad de la evidencia es baja, dado que la mayoría de los estudios provienen de un período donde no era habitual incluir los estándares recomendados en las investigaciones o las medidas de control de sesgos (World Health Organization, 2014). Pese a ello, se recomienda el uso de IBs en el caso de que se detecte un consumo de alcohol de riesgo bajo o moderado, siendo de extremada importancia la evaluación de estos patrones de consumo, tanto antes como durante el embarazo (Thibaut et al., 2019; World Health Organization, 2014).

Por lo general, como afirman Babor y Higgins-Biddle (2001) en su manual de *Intervención Breve para uso en Atención Primaria,* las IBs no están diseñadas para ser utilizadas en pacientes dependientes (según antiguos criterios DSM-IV-TR) o con un trastorno por consumo moderado a grave (según criterios del DSM-5). De hecho, antes de la aparición de los nuevos criterios DSM-5 (APA, 2013), el uso de IBs se recomendaba en pacientes que todavía no habían desarrollado dependencia, pero realizaban un consumo abusivo o de riesgo, así como en personas que realizan un

uso ocasional y/o recreativo de sustancias (Salvador y del Pozo, 2010). No obstante, las IBs también se plantearon como una posible alternativa para población con consumos de sustancias más graves, pero que no reconocen tener un problema o quieren evitar el estigma. En esta población, se planteaba que la aplicación de la IB podría actuar como elemento motivador para la búsqueda de un tratamiento especializado. Sin embargo, en el caso del alcohol, por ejemplo, la evidencia de su aplicación en pacientes con patrones de consumo de mayor gravedad es limitada (O'Donnell et al., 2014). Además, los últimos estudios al respecto no han hallado evidencia suficiente para confirmar que las IBs favorecen la derivación de estos pacientes a tratamientos más intensivos (Glass et al., 2015; 2017).

Por todo ello, es importante resaltar que el principal beneficio de estas intervenciones es que permiten abordar de manera temprana patrones de consumo problemáticos. De este modo, se puede prevenir el desarrollo de trastornos más graves y se evita que las opciones de tratamiento se limiten a aquellos que padecen adicciones graves.

## 2. TIPOS DE INTERVENCIÓN BREVE

Teniendo en cuenta la evidente heterogeneidad de las definiciones de este tipo de intervención, podríamos agrupar la mayoría de las definiciones de IB en cuatro grandes tipos, en función de la duración de la misma: *intervención mínima, intervención breve estándar, intervención breve extendida e intervención intensiva,* siendo esta última la de mayor duración y el equivalente a los tratamientos tradicionales más utilizados en este campo de actuación, por lo que no se describirá en este capítulo.

### 2.1. Intervención mínima

La intervención mínima (IM) hace referencia a aquellas intervenciones muy breves que pueden ser realizadas por cualquier profesional de la salud (psicólogos, médicos, enfermeros…), sin necesidad de ser especialistas, en las que el contacto profesional-paciente se da durante una sola sesión, con una duración de entre 3 y 10 minutos. A lo largo de esta sesión se informa y aconseja al paciente sobre sus opciones de manera personalizada, teniendo en cuenta el consumo de sustancias que realiza y habiendo sido este evaluado previamente. Esta intervención es de carácter oportunista, lo que significa que no tiene por qué darse siempre en el marco de un tratamiento de problemas relacionados con el uso de sustancias, sino ante cualquier otra consulta en la que el profesional estime oportuna su realización. En algunos documentos la IM también recibe el nombre de *consejo breve*. Esta intervención puede incluir además el uso de materiales de autoayuda que se entregan al paciente.

## 2.2. Intervención breve estándar

El concepto de intervención breve estándar (IBS) ya ha sido descrito con anterioridad, y aunque no existe una definición homogénea, especialmente en lo que respecta a la duración, cabe resaltar que, en la mayoría de las definiciones, las acciones realizadas bajo el nombre de IBS no exceden las 3-4 sesiones, con un máximo de aproximadamente 30 minutos de duración cada una de ellas. Cuando la IBS sobrepasa ese rango de duración, recibe entonces el nombre de intervención breve extendida.

## 2.3. Intervención breve extendida

La intervención breve extendida **(**IBE) engloba a aquellas intervenciones que se realizan desde un enfoque esencialmente motivacional, por lo que su aplicación debe ser realizada por un

profesional especialista y cualificado (NICE, 2011), como psicólogos, psiquiatras o terapeutas especialistas en adicciones. Mientras que la IM, por su duración, solo permite dar al paciente consejo breve, la IBE se centra en aumentar la motivación del paciente para realizar cambios en su conducta, reduciendo su ambivalencia y ayudándole en el desarrollo de planes de acción y estrategias con las que realizar dichos cambios. Además, en la IBE generalmente se incluyen también sesiones de seguimiento, por lo que el profesional puede evaluar la evolución del paciente con respecto al consumo de sustancias. La duración de las IBE es de entre 15-30 minutos por sesión, pudiendo extenderse desde las 3 hasta las 12 sesiones, incluyendo la realización de seguimientos y pudiendo contemplarse la realización de una evaluación post-intervención al año.

## 3. MODELOS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BREVE

### 3.1. Los modelos FRAMES y 5 «A» de intervención breve

Pese a la variabilidad en las definiciones y formatos de las IBs, existen principios comunes subyacentes que configuran una serie de modelos generales sobre los que se construye cualquier IB. En este sentido, la mayoría de las IBs se implementan utilizando dos principales modelos: el *modelo FRAMES* (Miller y Sánchez, 1994) y el *modelo de las 5 «A»* adoptado por la United States Preventive Service Task Force como un marco de trabajo conceptual para las intervenciones para el abandono del tabaco en los servicios de salud (Whitlock et al., 2002).

FRAMES corresponde a las siglas en inglés de *feedback,* es decir, dar información sobre el riesgo del cliente de tener problemas con el alcohol u otras drogas; *responsabilidad* personal del sujeto sobre el cambio en su conducta de consumo; consejo médico *(advice)* que facilite y refuerce ese cambio; *menú* de opciones y alternativas para el cambio; *empatía* y escucha reflexiva como estilo

de entrevista, evitando la confrontación; y aumento de la autoeficacia *(self-efficacy)* percibida del sujeto.

Por otro lado, el modelo de las 5 «A» establece que todas las intervenciones deben centrarse en 1) evaluar *(assess)* el patrón actual y pasado de consumo de la sustancia, factores de riesgo, síntomas, preferencias, etc.; 2) *aconsejar* al paciente sobre las consecuencias para la salud del consumo actual, dando feedback sobre su situación, hablando con él de los beneficios de realizar cambios en el consumo, ofreciéndole alternativas y opciones personalizadas de tratamiento; 3) *acordar* de manera conjunta con el paciente las metas del tratamiento basándose en los intereses del paciente; 4) *ayudar* al paciente dándole información y entrenándole en habilidades que le permitan alcanzar sus metas y, por último, 5) planificar *(arrange)* con el paciente planes específicos de seguimiento (visitas, llamadas…) o la posible derivación a otro tipo de tratamiento, si fuera necesario.

Pese a que estos dos son los dos modelos de IB más utilizados, también existen otros, como el modelo ABC, por sus siglas en inglés de *ask* (averiguar), *brief advice* (consejo breve) y *cessation support* (ayuda en la cesación, ofreciendo tratamiento, consejo adicional o derivación si fuera necesario). Este modelo fue desarrollado inicialmente para la cesación tabáquica como alternativa al modelo de las 5 «A» (McRobbie et al., 2008), aunque posteriormente su aplicación se ha visto ampliada a otras sustancias.

## 3.2. Programas basados en el modelo SBIRT

Es habitual que las IBs en conductas adictivas formen parte de programas más amplios, que engloban diferentes componentes para el tratamiento y prevención de estas conductas. De entre todos estos programas, destacan aquellos que se basan en el modelo SBIRT, que son las siglas en inglés de *screening* (cribado)*, brief intervention* (intervención breve) y *referral to treatment* (derivación a tratamiento).

El modelo SBIRT es un enfoque universal y de salud pública, basado en la evidencia, que se desarrolló en los años 60 con el objetivo de dotar de herramientas al personal hospitalario para la identificación, prevención y reducción del consumo problemático de sustancias (Babor et al., 2017). Su implantación en diferentes recursos médicos, destacando los centros de Atención Primaria, ha sido especialmente promovida por el SAMHSA desde el año 2003 (Substance Abuse and Mental Health & Services Administration, 2013). Los beneficiosos resultados obtenidos con la implementación de SBIRT han favorecido que estos programas se hayan diseminado por todo el mundo (Kaner et al., 2018; O'Donnell et al., 2014). En el caso de Europa, también se ha impulsado su implementación a través de varios proyectos a nivel comunitario, como son el proyecto ODHIN para la optimización de la implementación del cribado y la intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial, o el BISTAIRS Project (Brief Interventions in the Treatment of Alcohol Use Disorders in Relevant Settings), ambos destinados a intensificar y favorecer la implementación y sistematización del *screening* o cribado de pacientes y de las intervenciones breves en Europa.

La IB dentro del modelo SBIRT se considera apropiada para pacientes que, en el *screening* previo, han sido catalogados como consumidores con riesgo moderado. No obstante, en problemas de consumo más graves puede ser utilizada como un paso previo al acceso a un tratamiento más especializado. Su duración puede variar en función del riesgo y gravedad del problema de consumo, abarcando entre una y cinco sesiones, con una duración cada una de ellas de entre 5 minutos y una hora. Estas sesiones se centran en aumentar la conciencia del paciente sobre su patrón de consumo a través de tres componentes principales: 1) la información sobre su situación actual y los resultados de la evaluación previa, 2) la comprensión de la percepción del paciente sobre su consumo de alcohol y el aumento de la motivación para el cambio, y 3) la negociación de un plan para la reducción del consumo de riesgo y el

consejo. Las principales técnicas utilizadas en esta IB son el consejo simple, el modelo FRAMES y elementos de la entrevista motivacional.

Uno de los ejemplos más representativos de este tipo de IB es la intervención breve vinculada a la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ASSIST (Humeniuk et al., 2011). Esta IB ha sido impulsada por la Organización Mundial de la Salud y se aplica tras la evaluación con la prueba ASSIST del nivel de riesgo (bajo, moderado o alto) del consumo de cualquier sustancia. Con una duración de entre 3 y 15 minutos, el paciente recibe información sobre la puntuación obtenida en la evaluación e IB en caso de haber puntuado riesgo moderado o alto riesgo. Esta IB combina la utilización de las técnicas anteriormente mencionadas (FRAMES y entrevista motivacional), permitiendo que, en los casos de mayor riesgo, se pueda incrementar la motivación para la búsqueda de tratamiento especializado. Los componentes del modelo FRAMES a los que se le da mayor importancia en esta IB son el feedback, la responsabilidad y el consejo. La IB vinculada a ASSIST ha sido validada también para su aplicación en población española (Humeniuk et al., 2008, 2011; Rubio-Valladolid et al., 2014).

Además, desde el año 2015 también está presente en formato *online* a través de la página web Assistete.es*,* creada por el Plan Nacional sobre Drogas. Esta contiene la herramienta de autoevaluación ASSIST para todos los consumos de sustancias y ofrece al usuario IB autoaplicada y adaptada a los resultados obtenidos en la evaluación (Lopez-Rodriguez y Rubio Valladolid, 2018). La adaptación de los programas tipo SBIRT al contexto *online* y electrónico (webs, aplicaciones móviles, programas para ordenadores, mensajes de texto…) recibe el nombre de E-SBIRT o E-SBI, en el caso de no incluir la derivación a tratamiento especializado. Estas adaptaciones se han planteado como una alternativa a la tradicional IB, con la que se pretende llegar a un

mayor número de personas y eliminar algunas de las barreras que aparecen cuando se implementa de forma presencial.

Otros ejemplos de SBIRT aplicada en España es el programa Beveu Menys (Bebed Menos). Este programa se inició en Cataluña en el año 1995 en colaboración con la Oficina Regional Europea de la OMS y fue uno de los primeros programas tipo SBIRT en aparecer en nuestro país. Al igual que el resto, se creó con el objetivo de dotar a los profesionales sanitarios que trabajan en Atención Primaria de herramientas para la detección y tratamiento del consumo de alcohol de riesgo (Segura García et al., 2006), objetivo que también ha sido perseguido por otros programas de más reciente creación, como el programa ARGOS desarrollado en Murcia (Jiménez-Roset et al., 2014) o el programa «Mójate con el Alcohol» del Ministerio de Sanidad (2017).

Pese a que la mayoría de los programas anteriormente mencionados se han centrado en el abordaje del consumo de alcohol de riesgo, la aplicación de SBIRT se ha ido extendiendo a otras sustancias como el tabaco, el cannabis e incluso los psicofármacos. Asimismo, estos programas se han ido especializando con el fin de poder abordar a poblaciones específicas como los adolescentes, la población universitaria o las embarazadas.

En lo que respecta a programas que combinan técnicas de IB con un mayor grado de especialización y que, por tanto, requieren ser aplicados por psicólogos, el más conocido es el Modelo de autocambio dirigido (Sobell y Sobell, 1993, 2011). Este modelo establece un protocolo de evaluación e IB sobre el consumo de sustancias que inicialmente se creó para el abordaje de bebedores problemáticos. No obstante, su utilización ya se ha hecho extensible a consumidores de otras sustancias e, incluso, a población adolescente (Wagner et al., 2014; Zarghami et al., 2019). Este programa está basado en principios terapéuticos del enfoque cognitivo-conductual, el modelo de prevención de recaídas y técnicas de entrevista motivacional. Puede ser aplicado tanto en

formato grupal como individual, con una duración de cuatro sesiones de 60-90 minutos de duración. Estas sesiones están precedidas de una evaluación inicial y se ofrece la posibilidad de realizar sesiones adicionales, en el caso de ser necesario. El Modelo de autocambio dirigido está recomendado por la división 12 de la APA para el tratamiento de bebedores problemáticos, y tanto el material (también disponible en la web del programa) como el contenido de las sesiones está estandarizado y validado en diferentes idiomas, entre ellos el español (Ayala et al., 1998; Carballo et al., 2020).

### 3.3. Técnicas empleadas en intervención breve

Durante la intervención breve se combinan diferentes tipos de técnicas, entre las que destacan las cognitivo-conductuales y las motivacionales. Al inicio de la intervención, al igual que en otros tratamientos, generalmente se lleva a cabo el análisis funcional de la conducta con la finalidad tanto de evaluar la conducta adictiva en sí, como los antecedentes y consecuentes de la misma. El uso de autorregistros en los que se recoge el consumo semanal, situaciones en las que se ha realizado o, por ejemplo, emociones y cogniciones asociadas a dicho consumo, está ampliamente extendido en la IB, siendo una herramienta fundamental en el análisis funcional de la conducta, ayudando a delimitar los objetivos del tratamiento.

Una vez analizada la conducta, y puesto que una de las principales funciones de la IB es el aumento de la motivación del paciente a realizar cambios en su conducta de consumo, se elabora un contrato conductual en el que se establecen, de manera consensuada con el paciente, las metas del tratamiento (abstinencia, reducción progresiva o consumo de bajo riesgo). Este establecimiento de metas debe realizarse utilizando técnicas motivacionales donde el terapeuta debe explorar, sin juzgar y de manera objetiva, las necesidades del paciente (Sobell y Sobell, 2011).

Además de estas técnicas descritas, otra gran parte de las técnicas utilizadas en la IB se fundamentan en dos principales modelos de intervención, detallados a continuación: la *entrevista motivacional* y la *prevención de recaídas*.

### 3.3.1. *Entrevista motivacional*

La entrevista motivacional (EM) (Miller y Rollnick, 1991) engloba a una serie de técnicas y principios que destacan por el uso de un estilo terapéutico directivo y centrado en el paciente, que evita la confrontación y cuyo principal objetivo es promover el cambio trabajando con la ambivalencia (sentimientos opuestos sobre la decisión de querer cambiar la conducta de consumo) del paciente (Rollnick y Miller, 1995). Desde sus inicios, los principios fundamentales en los que la EM basa la interacción terapeuta-paciente han ido variando. Inicialmente, podían agruparse bajo el acrónimo DARES, por las iniciales en inglés de los siguientes cinco principios (Miller y Rollnick, 1991): creación de discrepancia en el paciente sobre su conducta actual de consumo y sus objetivos personales *(develop discrepancy);* evitación de la argumentación o discusión con el paciente sobre la importancia de hacer cambios *(avoid argumentation),* como una forma de manejar también la resistencia al cambio *(roll with resistance);* expresión de empatía al paciente *(express empathy)* sobre la reticencia a cambiar o sobre las dificultades encontradas para ello; y, por último, fomento de la autoeficacia y de la creencia de que el cambio es posible *(support self-efficacy)*. Posteriormente, los principios se han resumido en cuatro grandes procesos (Miller y Rollnick, 2002): *vincular* estableciendo una relación colaborativa con el paciente de trabajo y ayuda; *enfocar* el diálogo de cambio dirigiéndolo hacia unos objetivos concretos; *evocar* las distintas motivaciones del paciente para el cambio a través de técnicas de EM. Finalmente *planificar* acciones para alcanzar el cambio conductual. A lo largo de todas estas fases se deben aplicar las estrategias terapéuticas

características de la EM. Las más importantes son el uso de preguntas abiertas, afirmaciones, la escucha reflexiva y los resúmenes. La descripción de estas principales técnicas, junto con el propósito de otras estrategias que también se aplican habitualmente en las IB que utilizan EM, se resumen en la tabla 11.1 de la página anterior.

TABLA 11.1
*Resumen de técnicas y estrategias de la entrevista motivacional*

| Técnica | Descripción | Propósito |
|---|---|---|
| *Consejo y feedback* | Presentar información sobre el patrón de consumo de manera neutral. El consejo no se aporta de manera directa ni se otorgan soluciones específicas al problema. | Animar al cliente a tomar decisiones informadas con relación a su conducta problemática. El feedback se utiliza como herramienta motivacional, permitiendo que el paciente pueda comparar su consumo con el de otros (p. ej., conocer el porcentaje real de fumadores o de hombres y mujeres que realizan determinado patrón de consumo de alcohol). |
| *Balance decisional* | Técnica cognitiva basada en solicitar al paciente la valoración de costes y beneficios de su conducta o de realizar cambios en la misma. Debe dotarse de un peso a cada coste y beneficio, en función del valor que consideren que tiene cada uno de ellos. | Ayudar al paciente a tomar una decisión, generando en él discrepancias y aumentando su disposición al cambio con la reducción de la ambivalencia. Permite también determinar en qué estadio de cambio del modelo de Prochaska & DiClemente (1984) se encuentra el paciente. |
| *Preguntas abiertas* | Usar preguntas abiertas (p. ej., cuéntame cómo ha sido tu consumo desde la última vez que nos vimos), en lugar de preguntas cerradas (p. ej., ¿cuánto has | Propiciar que el paciente se extienda en sus respuestas y reflexione sobre su consumo, generando un diálogo en el que |

| | | |
|---|---|---|
| | bebido esta semana?), para favorecer que el paciente elabore sus respuestas. | el terapeuta generalmente escucha de manera reflexiva. |
| *Escucha reflexiva* | Demostrar al paciente que se está realizando una escucha activa a través de estrategias como el reflejo o el resumen, realizados en tono de afirmación y no de pregunta. | Identificar en qué aspectos de los comentados por el paciente es necesario profundizar, así como mostrar posibles discrepancias en sus argumentos, sin persuadirle de manera directa de la necesidad de realizar cambios en su conducta. |
| *Reforzamiento positivo* | Uso de comentarios positivos y de apoyo realizados por el terapeuta en respuesta a los cambios o intentos de cambio de la conducta de consumo realizados por el paciente. Consiste en reconocer y reforzar los esfuerzos y logros alcanzados por el paciente. También en expresar empatía por su situación o por las dificultades que pueda encontrarse en el proceso de cambio. | Incrementar la confianza y autoeficacia percibida del paciente. Generar alianza terapéutica que permita explorar en profundidad la situación del paciente. Afirmar y reforzar las habilidades o herramientas utilizadas para la realización de cambios en la conducta de riesgo. |
| *Resúmenes* | Usar el parafraseo o resaltar puntos clave mencionados por el paciente, para finalizar la intervención o mover el foco de la conversación hacia otros temas. | Permite que el paciente vea con perspectiva lo que ha mencionado a lo largo de la sesión, así como cerrar la sesión estableciendo planes de acción. Es, además, especialmente útil para el reflejo de la ambivalencia. |

### 3.3.2. *Prevención de recaídas*

El modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) está compuesto por diferentes técnicas cognitivo-conductuales que tienen como finalidad la prevención o reducción del riesgo de recaída una vez abandonado o realizado cambios en el consumo de sustancias. Uno de los principales componentes del modelo es el de

la *identificación de situaciones de alto riesgo de recaída*. Trabajar con el paciente el conocimiento y anticipación de estas situaciones de riesgo le permite desarrollar y establecer planes de acción con las que afrontar dichas situaciones con éxito, evitando volver al patrón de consumo previo. Junto a esta técnica se incluyen otras como el autorregistro y análisis funcional del consumo de sustancias, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo y el *craving* —deseo de consumir—, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas (Marlatt y Donovan, 2005). Una descripción extensa del modelo de prevención de recaídas se encuentra en el capítulo 13 de este manual. La tabla 11.2 muestra un resumen de las características de cada una de estas técnicas.

TABLA 11.2
*Resumen de técnicas de la prevención de recaídas*

| Técnica | Descripción | Propósito |
|---|---|---|
| *Identificación de situaciones de alto riesgo* | Trabajar con el paciente la identificación de las denominadas situaciones de alto riesgo (p. ej., emociones agradables o desagradables, situaciones de ansiedad o estrés, la presión social, estar cerca de gente que consume, etc.), que pueden, además, favorecer la aparición de *craving* (ansia de consumir). | Que el paciente pueda desarrollar y establecer planes de acción con los que afrontar dichas situaciones con éxito, evitando volver al patrón de consumo previo. |

| Técnica | Descripción | Propósito |
|---|---|---|
| *Entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo* | Elemento fundamental de la prevención de recaídas. Se basa primordialmente en principios teóricos de la terapia cognitivo-conductual y se centra en entrenar al paciente en el afrontamiento de situaciones de riesgo a través de técnicas como el modelado o el *role-playing*. | Disminuir la probabilidad de recaída incrementando las habilidades de afrontamiento del paciente. Las principales habilidades de afrontamiento se pueden englobar en cuatro factores (Litman et al., 1983): pensamientos positivos, pensamientos negativos, evitación y distracción. |
| *Aumento de la autoeficacia* | Incrementar la autoeficacia a través de dos estrategias: 1) motivar al paciente a convertirse en un observador objetivo de su comportamiento y 2) simplificar las tareas, descomponiendo el objetivo general de cambio de conducta en pequeños objetivos a alcanzar. | Lograr que el paciente se considere más responsable de los cambios a realizar en su conducta de consumo, y que la autoeficacia se incremente a través del afrontamiento exitoso de tareas más pequeñas. |
| *Reestructuración cognitiva* | Eliminar los mitos y percepciones erróneas del paciente sobre los efectos del consumo. Modificar las atribuciones desadaptativas sobre la naturaleza del proceso de cambio. Enseñar al paciente la diferencia entre una caída y una recaída (vuelta al consumo inicial). | Conseguir que el paciente adopte una visión realista del proceso de cambio. Fomentar la autoeficacia del paciente y aumentar su percepción de responsabilidad dentro de dicho proceso. Favorecer que las dificultades encontradas se interpreten como una oportunidad de aprendizaje de tal manera que el paciente modifique o incorpore nuevas estrategias de afrontamiento, en lugar de volver al consumo inicial, en el caso de encontrarlas. |

## 4. EVIDENCIAS DE EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES BREVES

En este apartado se revisa el apoyo empírico existente de la efectividad de las intervenciones breves en los diferentes tipos de sustancias en donde han sido aplicadas.

### 4.1. Alcohol

El alcohol es la sustancia que cuenta con un mayor análisis de la utilidad de las IBs en la reducción de su consumo. En 2012, el Informe sobre Alcohol de la Unión Europea de la OMS concluía que las IBs aplicadas en bebedores de alcohol de riesgo eran una medida eficaz, efectiva y eficiente a la hora de reducir este tipo de problemáticas (Moeller et al., 2012). En dicha recopilación se presentaban datos de revisiones sistemáticas y metanálisis que reflejaban el éxito en la reducción del consumo de alcohol y el ahorro de costes, con tamaños del efecto que van desde 0,20 hasta 0,88. Asimismo, las IBs destacaban como una medida costo-efectiva frente a los tratamientos tradicionales y de mayor duración. Los datos obtenidos reflejaban, además, que los países europeos que implementaban en sus sistemas sanitarios IBs para bebedores de riesgo ahorraban una media de 6.256 dólares al día en gastos asociados a este tipo de problemas (World Health Organization, 2012).

El impacto de las IBs en la reducción del consumo de alcohol también se ha observado en una revisión de la Cochrane Data-Base, donde se ha analizado la efectividad de las IBs a través de 69 estudios realizados en centros Atención Primaria y servicios de urgencias (Kaner et al., 2018). Esta revisión sistemática sugiere que, pasado un año, aquellos que recibieron intervención breve consumen menos alcohol que los que recibieron una intervención mínima o ninguna (diferencia de medias –20 g/semana; intervalo de confianza (IC) 95 por 100: –28 a –12), siendo el nivel de evidencia

moderado. Este efecto se observó tanto en hombres como en mujeres, y las intervenciones prolongadas, con una duración superior a las cinco sesiones, no mostraron tener un efecto adicional sobre estos resultados. En consonancia con estos hallazgos, el reciente metaanálisis de Tanner-Smith et al. (2022) concluye que la aplicación de IBs en centros de atención sanitaria produce una reducción equivalente a eliminar un día de consumo de alcohol al mes. Aunque los tamaños del efecto son pequeños, ambas revisiones concluyen que la aplicación de IBs en entornos sanitarios puede tener un beneficio positivo en la salud pública.

No obstante, como se ha mencionado anteriormente, sigue siendo necesario implantar nuevas medidas que incrementen la efectividad de las IBs sobre los trastornos por consumo de alcohol de mayor gravedad. En este sentido, autores como Babor et al. (2017) insisten en la importancia de unir SBIRT a tratamientos por consumo de alcohol más extensos y a terapias grupales, mediante la coordinación e integración de diferentes recursos sanitarios. Las revisiones sistemáticas realizadas también señalan la importancia de profundizar en el análisis de la efectividad de las IBs para consumo de alcohol en nuevos contextos, como la teleasistencia sanitaria y en poblaciones más jóvenes.

En relación con esto último, el metaanálisis de Tanner-Smith y Lipsey (2015) concluía que la aplicación de IBs también reducía significativamente el consumo de alcohol en población adolescente y adulta joven que no busca tratamiento. Asimismo, se destacaba que, aunque el efecto obtenido era modesto ($g$ = 0,17-0,27), era un beneficio a tener en cuenta, dado el bajo coste de implementación de las IBs y la posibilidad que ofrecen de ser aplicadas a gran escala. Poniendo el foco exclusivamente en población adolescente y en la aplicación de las IBs en el contexto escolar, la revisión sistemática de Carney et al. (2016) concluye que las terapias breves motivacionales podrían ser más efectivas que la simple evaluación en la reducción de la frecuencia de consumo y del abuso y dependencia del alcohol. No obstante, el nivel de evidencia de los

estudios realizados en el contexto escolar es bajo. Por ello los autores recalcan que todavía es pronto para extraer conclusiones sobre el nivel de efectividad de las IBs cuando se aplican el ámbito escolar. De manera similar, Hogue et al. (2018) señalan que las IBs aplicadas en adolescentes son intervenciones probablemente eficaces.

## 4.2. Tabaco

La aplicación del consejo médico es recomendada a todos los fumadores por su capacidad de incrementar de manera significativa las tasas de abstinencia a largo plazo, con datos de metaanálisis que señalan un incremento de las mismas desde el 10,9 por 100 (sin aplicación de consejo) hasta el 13,4-22,1 por 100, en función de la intensidad del consejo aplicado (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2010). Estos resultados se han visto respaldados por metaanálisis como el de Aveyard et al. (2012), que concluye que el consejo medico frente a la no intervención, incrementa el número de intentos de abandono [Riesgo Relativo: 1,24, IC 95 por 100: 1,16-1,33] y parece aumentar el éxito de los mismos. Los autores sugieren también que los médicos podrían incrementar su efectividad si ofreciesen el consejo médico a todos los fumadores, y no solo a aquellos que muestran interés por dejar de fumar.

Los beneficios de las IBs en el tabaquismo también han sido analizados por Hartmann-Boyce et al. (2019), que evaluaron el efecto de la inclusión del apoyo conductual como adyuvante en el tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica. Los resultados obtenidos revelaron que las intervenciones de apoyo conductual, entre las que se incluían el asesoramiento breve o el consejo breve en persona o telefónico, aumentaban las tasas de abandono del hábito tabáquico, incrementando la probabilidad de éxito entre un 10 y un 20 por 100. Estos hallazgos han sido confirmados en otro metaanálisis posterior (Hartmann-Boyce et al.,

2021), que añade que estas tasas de abandono podrían llegar a mantenerse incluso a largo plazo (6 meses o más). Además, el estudio concluye también que existe evidencia de calidad alta de los beneficios de la intervención breve en fumadores que van a someterse a cirugía.

### 4.3. Cannabis y otras drogas ilegales

La aplicación de IBs en población consumidora de cannabis y otras drogas ilegales ha obtenido resultados menos esperanzadores. Los datos son heterogéneos y se ven limitados, entre otros aspectos, por la variabilidad de métodos utilizados para la medición del consumo (Cortés-Tomás y Giménez-Costa, 2022). Tal y como analizan estos autores en la *Guía Clínica de Cannabis* (López-Pelayo y Cortés-Tomás, 2022), las IBs para población consumidora de cannabis aplicadas en contextos sanitarios no parecen ser eficaces en la reducción de la frecuencia y gravedad del consumo (Imtiaz et al., 2020).

Hasta la fecha tampoco se han obtenido resultados que permitan confirmar la utilidad de las IBs en la reducción del consumo de otras drogas ilegales. Como destacan Bradley et al. (2020), pese a que las guías de práctica clínica recomiendan que desde Atención Primaria se evalúe el uso de drogas ilegales, no existen estudios experimentales rigurosos que confirmen el efecto beneficioso de esta práctica. Además, el consumo de estas sustancias está más estigmatizado que el de otras, por lo que muchos profesionales sanitarios consideran no tener las suficientes herramientas (tanto de tiempo como de formación) para su diagnóstico y abordaje (Bradley et al., 2020; McNeely et al., 2018).

En lo que respecta al contexto escolar, los metaanálisis y revisiones sistemáticas realizados muestran un efecto beneficioso de las IBs sobre la frecuencia del consumo de cannabis, aunque la calidad de la evidencia es baja e inconsistente (Carney et al., 2016; Halladay et al., 2018; Li et al., 2019). Estos hallazgos señalan que la

IB sí podría contribuir a la reducción de la frecuencia del consumo de cannabis a corto y largo plazo, aunque este efecto no es superior al observado en consumidores que solo han recibido información. Las IBs también parecen favorecer la reducción de los síntomas de dependencia de cannabis a largo plazo.

### 4.4. Psicofármacos y opioides de prescripción

Tras la crisis de los opioides en Estados Unidos, se han planteado nuevas estrategias para el abordaje de la adicción a opioides, entre las que se incluye la aplicación de herramientas de *screening* e IBs (Blanco et al., 2020). Algunos autores señalan que las IBs motivacionales podrían ser útiles en la mejora de la adherencia al tratamiento con estos fármacos, lo que contribuiría a reducir el riesgo de desarrollar adicción (Chang et al., 2015). Otro estudio señala también que el modelo SBIRT podría ser útil para la detección en farmacias de pacientes que abusan de fármacos de prescripción y drogas ilegales (Shonesy et al., 2019). Sin embargo, la evidencia de su efectividad en la reducción del uso problemático de opioides de prescripción sigue siendo hasta la fecha insuficiente (Alenezi et al., 2021; Young et al., 2014).

En lo que respecta a los psicofármacos, sí se ha observado un efecto positivo de la aplicación de IBs para reducir su consumo. El metaanálisis llevado a cabo por Lynch et al. (2020) concluye que las IBs aplicadas en Atención Primaria son más efectivas que el tratamiento habitual en la reducción y abandono del uso a largo plazo de benzodiazepinas y los denominados fármacos Z (p. ej., zolpidem o zoplicona), habitualmente utilizados para el tratamiento del insomnio.

## 5. CONCLUSIONES

Las IBs se han planteado desde sus inicios como una alternativa costo-efectiva a los tratamientos tradicionales en el campo de las conductas adictivas. Aunque el nivel de calidad de evidencia varía en función de las sustancias, son múltiples los estudios que demuestran que la aplicación de este tipo de intervenciones es una medida eficaz, efectiva y eficiente a la hora de reducir o eliminar el consumo problemático o de riesgo, especialmente en sustancias como el alcohol o el tabaco.

Además, la totalidad de las revisiones sistemáticas insisten en que, aunque los efectos sean pequeños, debe favorecerse la implementación de IBs tanto en centros de Atención Primaria como en otros servicios de salud. No solo por la consiguiente reducción tanto de costes económicos como sociales derivados del consumo problemático, sino también por la oportunidad que estas intervenciones ofrecen de ampliar el espectro de pacientes que pueden verse beneficiados por la intervención. Al contrario de lo que ocurre con los programas tradicionales, las IBs se desarrollaron inicialmente para pacientes con problemas menos graves de consumo, teniendo como objetivos principales aumentar la motivación para el cambio, la reducción del daño y del consumo a niveles de bajo riesgo, o incluso llegar a la abstinencia. No obstante, el hecho de que estén pensadas para pacientes que no presentan dependencia o abuso de sustancias no impide que estas intervenciones puedan ser utilizadas como un paso previo a la derivación a tratamientos más especializados, especialmente en aquellos pacientes que se niegan a reconocer o no son conscientes de que tienen un problema de consumo.

Pese a la importancia de estos programas y a que su aplicación se recomienda por numerosas guías de práctica clínica, la evidencia señala que son pocas las personas que finalmente se benefician de las IBs. Tal es así, que en el caso de los bebedores problemáticos que acuden a Atención Primaria, solo el 5,3 por 100 son identificados y reciben consejo breve por parte de su médico o demás profesionales sanitarios (Anderson et al., 2014, 2016;

Bendtsen et al., 2015). La escasez de tiempo en consulta, el miedo a debilitar la relación con el paciente, así como la falta de entrenamiento y el desconocimiento sobre herramientas de cribado, son algunas de las principales barreras que los profesionales sanitarios encuentran para el abordaje del consumo de sustancias en estas dependencias (Beyer et al., 2018; Coloma-Carmona et al., 2017). De hecho, aunque pocos estudios han profundizado en este aspecto, parece que los profesionales sanitarios consideran que la aplicación de intervención breve dentro del modelo SBIRT en Atención Primaria debería ser llevada a cabo por psicólogos clínicos, ya que estos son los que cuentan con formación experta en aspectos claves como las técnicas de entrevista motivacional (Rahm et al., 2014).

Aunque a nivel nacional ya existen algunos programas que trabajan facilitando la implantación de las IBs, las líneas de actuación deberían continuar centrándose en el fomento de su aplicación, ofreciendo a los distintos profesionales sanitarios no solo la formación en detección precoz y su aplicación, sino también los materiales (instrumentos de cribado, guías clínicas, manuales de autoayuda, folletos informativos, etc.) para su uso en la intervención. Además de dotar a los profesionales de las herramientas necesarias, la evidente falta de homogeneización en las definiciones de la IB pone de manifiesto la necesidad de continuar trabajando en la estandarización del concepto y en la creación de protocolos que permitan acotar los diferentes tipos de IB, facilitando así la evaluación de la eficacia y efectividad de estas intervenciones.

Finalmente, es necesaria la realización de más estudios que valoren los beneficios del uso de las IBs en otras sustancias distintas al alcohol y el tabaco, donde sí existe una mayor cantidad de estudios que avalan su eficacia y efectividad. Asimismo, a la vista de la escasa evidencia disponible, parece importante evaluar si la aplicación de estas intervenciones por psicólogos expertos en la materia podría ayudar a incrementar las tasas de efectividad y eficacia encontradas hasta la fecha.

## LECTURAS RECOMENDADAS


Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (2015). *Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias: Un enfoque cognitivo-conductual* (M. Bernaldo de Quirós, Trad.). Ediciones Pirámide.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar* (3.ª ed., M. Asensio, Trad.). Ediciones Paidós.

Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Brief interventions and brief therapies for substance abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP), Series, 34. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.


## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Alenezi, A., Yahyouche, A. y Paudyal, V. (2021). Interventions to optimize prescribed medicines and reduce their misuse in chronic non-malignant pain: A systematic review. *European Journal of Clinical Pharmacology, 77*(4), 467-490.

Alinsky, R. H., Percy, K., Adger, H., Fertsch, D. y Trent, M. (2020). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment in Pediatric Practice: A Quality Improvement Project in the Maryland Adolescent and Young Adult Health Collaborative Improvement and Innovation Network. *Clinical Pediatrics, 59*(4-5), 429-435.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.

Anderson, P., Bendtsen, P., Spak, F., Reynolds, J., Drummond, C., Segura, L., Keurhorst, M. N., Palacio-Vieira, J., Wojnar, M., Parkinson, K., Colom, J., Kłoda, K., Deluca, P., Baena, B., Newbury-Birch, D., Wallace, P., Heinen, M., Wolstenholme, A., van Steenkiste, B. … y Gual, T. (2016). Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: Outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. *Addiction, 111*(11), 1935-1945.

Anderson, P., Wojnar, M., Jakubczyk, A., Gual, A., Segura, L., Sovinova, H., Csemy, L., Kaner, E., Newbury-Birch, D., Fornasin, A., Struzzo, P., Ronda, G., van Steenkiste, B., Keurhorst, M., Laurant, M., Ribeiro, C., do Rosário, F., Alves, I., Scafato, E. … y Kolsek, M. (2014). Managing Alcohol Problems in General Practice in Europe: Results from the European ODHIN Survey of General Practitioners. *Alcohol and Alcoholism, 49*(5), 531-539.

Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A. y West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: A systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction, 107*(6), 1066-1073.

Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento, 6*(1), 71-93.

Babor, T. F. y Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Intervención Breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol*. Organización Mundial de la Salud.

Babor, T. F., Robaina, K. y Noel, J. (2017). Enhancing Access to Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment to Better Serve Individuals and Populations. En *Preventing Alcohol-Related Problems: Evidence and Community-Based Initiatives*. American Public Health Association.

Barbosa, C., McKnight-Eily, L. R., Grosse, S. D. y Bray, J. (2020). Alcohol screening and brief intervention in emergency departments: Review of the impact on healthcare costs and utilization. *Journal of Substance Abuse Treatment, 117,* 108096.

Beaton, A., Shubkin, C. D. y Chapman, S. (2016). Addressing substance misuse in adolescents: A review of the literature on the screening, brief intervention, and referral to treatment model. *Current Opinion in Pediatrics, 28*(2), 258-265.

Bendtsen, P., Anderson, P., Wojnar, M., Newbury-Birch, D., Müssener, U., Colom, J., Karlsson, N., Brzózka, K., Spak, F., Deluca, P., Drummond, C., Kaner, E., Kłoda, K., Mierzecki, A., Okulicz-Kozaryn, K., Parkinson, K., Reynolds, J., Ronda, G., Segura, L. … y Gual, A. (2015). Professional's attitudes do not influence screening and brief interventions rates for hazardous and harmful drinkers: Results from ODHIN Study. *Alcohol and Alcoholism, 50*(4), 430-437.

Beyer, F., Lynch, E. y Kaner, E. (2018). Brief Interventions in Primary Care: An Evidence Overview of Practitioner and Digital Intervention Programmes. *Current Addiction Reports, 5*(2), 265-273.

Blanco, C., Wiley, T. R. A., Lloyd, J. J., Lopez, M. F. y Volkow, N. D. (2020). America's opioid crisis: The need for an integrated public health approach. *Translational Psychiatry, 10,* 167.

Bradley, K. A., Lapham, G. T. y Lee, A. K. (2020). Screening for Drug Use in Primary Care: Practical Implications of the New USPSTF Recommendation. *JAMA Internal Medicine*, *180*(8), 1050-1051.

Carballo, J. L., Carmona, A. C., Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (2020). Programa de auto-cambio Dirigido en abuso de alcohol en población española: Un estudio de caso. *Revista de Psicología de la Salud, 8*(1), 1-32.

Carney, T., Myers, B. J., Louw, J. y Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1,* CD008969.

Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

Chang, Y.-P., Compton, P., Almeter, P. y Fox, C. H. (2015). The Effect of Motivational Interviewing on Prescription Opioid Adherence Among Older Adults With Chronic Pain. *Perspectives in Psychiatric Care, 51*(3), 211-219.

Coloma-Carmona, A., Carballo, J. L. y García-Rodríguez, O. (2015). Intención de cambio y búsqueda de ayuda en bebedores problemáticos. *Health and Addictions/Salud y Drogas, 15*(2), 127-136.

Coloma-Carmona, A., Carballo, J. L. y Tirado-González, S. (2017). Barriers for identification and treatment of problem drinkers in primary care. *Gaceta Sanitaria, 31*(2), 95-99.

Cortés-Tomás, M. T. y Giménez-Costa, J. A. (2022). Programas de prevención selectiva e indicada: ¿Cuáles son las medidas más eficaces? En H. López-Pelayo y M. T. Cortés-Tomás (coords.) (2022), *Guía clínica de Cannabis* (pp. 101-140). Socidrogalcohol.

Evans, D. S., Martin, L., Neeson, B., O'Brien, M. y Cahill, D. (2011). *Brief interventions and motivational interviewing: Literature review and guidance for practice*. Health Service Executive.

Glass, J. E., Andréasson, S., Bradley, K. A., Finn, S. W., Williams, E. C., Bakshi, A.-S., Gual, A., Heather, N., Sainz, M. T., Benegal, V. y Saitz, R. (2017). Rethinking alcohol interventions in health care: A thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). *Addiction Science & Clinical Practice, 12,* 14.

Glass, J. E., Hamilton, A. M., Powell, B. J., Perron, B. E., Brown, R. T. e Ilgen, M. A. (2015). Specialty substance use disorder services following brief alcohol intervention: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction, 110*(9), 1404-1415.

Halladay, J., Petker, T., Fein, A., Munn, C. y MacKillop, J. (2018). Brief interventions for cannabis use in emerging adults: Protocol for a systematic review, meta-analysis, and evidence map. *Systematic Reviews, 7*(1), 106-114.

Hartmann-Boyce, J., Hong, B., Livingstone-Banks, J., Wheat, H. y Fanshawe, T. R. (2019). Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*(6), CD009670.

Hartmann-Boyce, J., Livingstone-Banks, J., Ordóñez-Mena, J. M., Fanshawe, T. R., Lindson, N., Freeman, S. C., Sutton, A. J., Theodoulou, A. y Aveyard, P. (2021). Behavioural interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1,* CD013229.

Hogue, A., Henderson, C. E., Becker, S. J. y Knight, D. K. (2018). Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use, 2014-2017: Outcomes, Treatment Delivery, and Promising Horizons. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 47*(4), 499-526.

Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T. F., Farrell, M., Formigoni, M. L., Jittiwutikarn, J., de Lacerda, R. B., Ling, W., Marsden, J., Monteiro, M., Nhiwatiwa, S., Pal, H., Poznyak, V. y Simon, S. (2008). Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction, 103*(6), 1039-1047.

Humeniuk, R. E., Henry-Edwards, S., Ali, R. L., Poznyak, V. y Monteiro, M. (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias: Manual para uso en la atención primaria.* Organización Mundial de la Salud.

Imtiaz, S., Roerecke, M., Kurdyak, P., Samokhvalov, A. V., Hasan, O. S. M. y Rehm, J. (2020). Brief Interventions for Cannabis Use in Healthcare Settings: Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Trials. *Journal of Addiction Medicine, 14*(1), 78-88.

Jiménez Roset, J., López Santiago, A., Puerta Ortuño, C., Villar Lorenzo, A. B., Medina Infante, B. A., Alcaraz Velasco, A. y Consejería de Sanidad y Política Social, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2014). *ARGOS-Murcia: Programa de Prevención de Drogodependencias desde Atención Primaria*. http://www.argos.e-drogas.es/

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B. y Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2,* CD004148.

Li, L. Y., Mann, R. y Wickens, C. M. (2019). Brief Interventions for Cannabis Problems in the Postsecondary Setting: A Systematic Review. *International Journal of Mental Health and Addiction, 17,* 681-698.

Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M. y Jackson, P. (1983). Situations Related to Alcoholism Relapse. *British Journal of Addiction, 78*(4), 381-389.

López-Pelayo, H. y Cortés-Tomás, M. T. (coords.) (2022). *Guía clínica de Cannabis.* Socidrogalcohol.

López-Rodríguez, J. A. y Rubio Valladolid, G. (2018). Web-Based Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test Results for the General Spanish Population: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research, 20*(2), e57.

Lynch, T., Ryan, C., Hughes, C. M., Presseau, J., van Allen, Z. M., Bradley, C. P. y Cadogan, C. A. (2020). Brief interventions targeting long-term benzodiazepine and Z-drug use in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Addiction, 115*(9), 1618-1639.

Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press.

Mattoo, S. K., Prasad, S. y Ghosh, A. (2018). Brief intervention in substance use disorders. *Indian Journal of Psychiatry, 60*(Suppl. 4), S466-S472.

McCambridge, J. (2021). Reimagining brief interventions for alcohol: Towards a paradigm fit for the twenty first century? *Addiction Science & Clinical Practice, 16,* 41-51.

McNeely, J., Kumar, P. C., Rieckmann, T., Sedlander, E., Farkas, S., Chollak, C., Kannry, J. L., Vega, A., Waite, E. A., Peccoralo, L. A., Rosenthal, R. N., McCarty, D. y Rotrosen, J. (2018). Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: A qualitative study of patients, providers, and staff. *Addiction Science & Clinical Practice, 13,* 8.

McRobbie, H., Bullen, C., Glover, M., Whittaker, R., Wallace-Bell, M., Fraser, T. y New Zealand Guidelines Group (2008). New Zealand smoking cessation guidelines. *The New Zealand Medical Journal*, *121*(1276), 57-70.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2.º ed.). Guilford Press.

Miller, W. R. y Sánchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. En G. Howard (ed.), *Issues in Alcohol Use and Misuse by Young Adults*. University of Notre Dame Press.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. SEMFYC (2012). *Mójate con el alcohol. Programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde la atención primaria*. https://bit.ly/3V1B7Vj

Moeller, L., Galea, G. y Europe, W. H. O. R. O. for. (2012). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. WHO Regional Office for Europe.

NICE (2011). *Services for the identification and treatment of hazardous drinking, harmful drinking and alcohol dependence in children, young people and adults | 31-opportunistic-screening-and-brief-interventions-for-adults-who-are-hazardous-and-harmful | Guidance and guidelines | NICE*. National Institute for Health and Clinical Excellence Press.

O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J. y Kaner, E. (2014). The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism, 49*(1), 66-78.

Rahm, A. K., Boggs, J. M., Martin, C., Price, D. W., Beck, A., Backer, T. E. y Dearing, J. W. (2014). Facilitators and Barriers to Implementing SBIRT in Primary Care in Integrated Health Care Settings. *Substance Abuse, 36*(3), 281-288.

Rollnick, S. y Miller, W. R. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(04), 325-334.

Rubio-Valladolid, G., Martínez-Raga, J., Martínez-Gras, I., Ponce Alfaro, G., de la Cruz Bértolo, J., Jurado Barba, R., Rigabert Sánchez-Junco, A. y Zarco Montejo, J. (2014). Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema, 26*(2), 180-185.

Salvador, T. y del Pozo, J. A. (2010). *Drogas y atención primaria: Guía práctica de intervención sobre el abuso de alcohol y otras drogras*. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Rioja Salud.

Sarkar, S., Pakhre, A., Murthy, P. y Bhuyan, D. (2020). Brief Interventions for Substance Use Disorders. *Indian Journal of Psychiatry, 62*(Suppl. 2), S290-S298.

Segura García, L., Gual Solé, A., Montserrat Mestre, O., Bueno Belmonte, Á. y Colom Farran, J. (2006). Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. *Atención Primaria, 37*(9), 484-488.

Shonesy, B. C., Williams, D., Simmons, D., Dorval, E., Gitlow, S. y Gustin, R. M. (2019). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in a retail pharmacy setting: The pharmacist's role in identifying and addressing risk of substance use disorder. *Journal of Addiction Medicine, 13*(5), 403-407.

Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. Guilford Press.

Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (2011). *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach*. Guilford Press.

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (2010). *Guía de tratamiento del tabaquismo*. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

StanojloviĆ, M. y Davidson, L. (2021). Targeting the Barriers in the Substance Use Disorder Continuum of Care With Peer Recovery Support. *Substance Abuse: Research and Treatment, 15,* 1178221820976988.

Substance Abuse and Mental Health & Services Administration (2013). *Systems-Level Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services (2016). Early intervention, treatment, and management of substance use disorders. En *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health [Internet]*. US Department of Health and Human Services. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424859/.

Tanner-Smith, E. E. y Lipsey, M. W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 51,* 1-18.

Tanner-Smith, E. E., Parr, N. J., Schweer-Collins, M. y Saitz, R. (2022). Effects of brief substance use interventions delivered in general medical settings: A systematic review and meta-analysis. *Addiction, 117*(4), 887-889.

Thibaut, F., Chagraoui, A., Buckley, L., Gressier, F., Labad, J., Lamy, S., Potenza, M. N., Rondon, M., Riecher-Rössler, A., Soyka, M. y Yonkers, K. (2019). WFSBP and IAWMH Guidelines for the treatment of alcohol use disorders in pregnant women. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 20*(1), 17-50.

United Nations International Drug Control Programme., United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention y United Nations Office on Drugs and Crime (2021). *World*

*drug report 2021*. United Nations.
Wagner, E. F., Hospital, M. M., Graziano, J. N., Gil, A. G. y Morris, S. L. (2014). A Randomized Controlled Trial of Guided Self-Change with Minority Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(6), 1128-1139.
Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N. y Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine, 22*(4), 267-284.
Winters, K. C. (2016). Brief Interventions for Adolescents. *Journal of Drug Abuse, 2*(1), 14.
World Health Organization (2012). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. WHO Regional Office for Europe.
World Health Organization (2014). *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy*. World Health Organization.
Young, M. M., Stevens, A., Galipeau, J., Pirie, T., Garritty, C., Singh, K., Yazdi, F., Golfam, M., Pratt, M., Turner, L., Porath-Waller, A., Arratoon, C., Haley, N., Leslie, K., Reardon, R., Sproule, B., Grimshaw, J. y Moher, D. (2014). Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: A systematic review. *Systematic Reviews, 3,* 50.
Zarghami, M., Taghizadeh, F., Sharifpour, A. y Alipour, A. (2019). Efficacy of guided self-change for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease patients: A randomized controlled clinical trial. *Tobacco Induced Diseases, 17,* 90.

# 12

# Técnicas de manejo de contingencias

SARA WEIDBERG,
GEMA AONSO-DIEGO
Y ROBERTO SECADES-VILLA

## 1. INTRODUCCIÓN

El manejo de contingencias (MC) se fundamenta en la evidencia de que el uso de sustancias es una conducta operante que se adquiere, mantiene y modifica por las consecuencias que la siguen (Bigelow y Silverman, 1999; Gagnon et al., 2021; Higgins, 1997). De forma específica, el MC se sirve del empleo de reforzadores positivos y negativos (McPherson et al., 2018), con el objetivo de que el reforzador proporcionado compita con los efectos positivos asociados al consumo de sustancias (p. ej., euforia) y/o con las consecuencias negativas asociadas a la abstinencia (p. ej., ansiedad; Ginley et al., 2021). Históricamente, el origen de las intervenciones de MC se remonta a los años 70, con los estudios de Miller y colaboradores con pacientes con trastorno por uso de alcohol (Miller, 1975; Miller et al., 1974).

La abstinencia del consumo de sustancia es la conducta objetivo más frecuentemente seleccionada en las intervenciones de MC (de Queiroz Constantino Miguel et al., 2019; Holtyn et al., 2017; Jirapramukpitak et al., 2020; Secades-Villa, González-Roz et al., 2019). En aquellos consumidores cuya abstinencia total no es factible a corto plazo, se puede seleccionar como conducta objetivo la reducción gradual del consumo (Lamb et al., 2004; Secades-Villa, López-Núñez et al., 2019). Asimismo, los programas de MC se

pueden emplear para reforzar conductas como la asistencia a sesiones, la productividad laboral o la adherencia a la medicación (Koffarnus et al., 2011; Raiff et al., 2016; Rush et al., 2020; Sorensen et al., 2007). No obstante, si el objetivo terapéutico final es el abandono de una sustancia, el reforzamiento de la abstinencia se ha mostrado más eficaz que el reforzamiento de otros objetivos terapéuticos (Lussier et al., 2006).

El MC se vale de diferentes procedimientos según el programa de reforzamiento que se utilice. El procedimiento de la pecera *(fishbowl-drawing procedure)* se sirve de un programa de reforzamiento de razón variable, donde la persona puede conseguir, mediante un sorteo, mensajes reforzantes (p. ej., «enhorabuena») o reforzadores monetarios (p. ej., 100 euros; Alessi et al., 2008; Alessi y Petry, 2014). Sin embargo, el procedimiento que ha recibido mayor atención es el MC basado en incentivos, mediante el que se entregan reforzadores tangibles, como *vouchers* (vales), dinero en efectivo, diversos premios, el acceso a empleo o privilegios clínicos (véase Rash et al., 2020 para revisión).

Una ventaja de los *vouchers* es que permite a las personas elegir reforzadores naturales que compiten con el consumo de drogas en función de sus preferencias, dentro del abanico de bienes y servicios disponibles (p. ej., acceso a gimnasios o a actividades recreativas al aire libre, al cine, tarjetas y cajas regalo).

Una aplicación particular del MC entre los usuarios con trastorno por uso de opiáceos es el reforzamiento basado en el empleo (*Therapeutic Workplace;* Aklin et al., 2014; Holtyn et al., 2021; Jarvis et al., 2019). Consiste en permitir el acceso a empleo de forma contingente a la abstinencia, y tiene como objetivo proporcionar un vínculo terapéutico entre el usuario y la comunidad. Los contextos de empleo presentan ciertas características que les hacen ser útiles para promover la abstinencia. En este tipo de programas se utiliza el salario como reforzador contingente a la abstinencia y a otras conductas ligadas a la participación en un módulo de empleo (p. ej., puntualidad, aprendizaje, productividad…; Donlin et al., 2008).

En definitiva, las intervenciones de MC están dirigidas a aumentar de forma sistemática el coste de oportunidad del consumo de drogas, es decir, establecen condiciones controladas a través de las cuales el usuario deja de ganar reforzadores potenciales cuando no realiza la conducta objetivo. Si el objetivo terapéutico es la abstinencia del consumo de drogas, el hecho de recibir reforzadores contingentes a la misma acentúa el coste de oportunidad asociado al consumo de drogas (Bickel et al., 2016; Chivers y Higgins, 2012).

## 2. PRINCIPIOS GENERALES DEL MANEJO DE CONTINGENCIAS

La aplicación de un programa de MC implica el empleo de un contrato conductual en el que se define de forma explícita e inequívoca la conducta objetivo que ha de ser monitorizada, el procedimiento de monitorización y las contingencias asociadas a la consecución de la conducta objetivo (Petry, 2000). Este contrato conductual puede ser adaptado a las necesidades individuales o implementado en el contexto general de un recurso asistencial.

Las intervenciones de MC basadas en incentivos se basan en varios principios básicos para ser efectivas (Secades-Villa et al., 2021), a saber: 1) selección adecuada de la conducta objetivo; 2) monitorización frecuente de la misma; 3) aplicación del reforzador de forma inmediata a la emisión de la conducta objetivo (o eliminación del mismo cuando la conducta objetivo no ocurre); 4) selección de reforzadores de magnitud suficiente para competir con el valor reforzante de la sustancia, y 5) aumento del valor del incentivo para reforzar la abstinencia continuada y reinicio a niveles iniciales del mismo cuando la conducta objetivo no ocurre.

### 2.1. Selección de la conducta objetivo

La conducta objetivo debe ser observable y cuantificable. Como se ha dicho con anterioridad, la conducta objetivo puede ser la

abstinencia de una sustancia, su reducción, u otras variables relevantes en el tratamiento tales como la asistencia a las sesiones, la retención en el tratamiento o la adherencia a la medicación.

Aunque la conducta objetivo a reforzar suele ser la abstinencia, existen condiciones particulares, en función de cada sustancia, que indican que reforzar otras conductas tiene un efecto indirecto sobre la abstinencia. Un ejemplo en personas con trastorno por uso de alcohol es reforzar la ingesta de los antagonistas de la sustancia (i.e., disulfiram, carbimida), dada la importancia de la toma de la medicación en esta población. Se trataría de fomentar la adhesión al tratamiento farmacológico, e indirectamente conseguir la abstinencia del alcohol. Por otro lado, la medicación agonista (p. ej., metadona) puede ser utilizada como reforzador ante diversas conductas objetivo (p. ej., asistencia a las sesiones), especialmente en programas de reducción de daños.

## 2.2. Monitorización de la conducta objetivo

La monitorización de la conducta objetivo es esencial en los programas de MC, ya que las consecuencias (proporcionar o no el reforzador) deben ser aplicadas de forma sistemática para ser efectivas (Stanger y Budney, 2019). En este sentido, la monitorización de la conducta objetivo debe ser precisa y periódica, con el fin de poder proporcionar el reforzador de forma frecuente, sobre todo en las primeras fases del tratamiento. Las analíticas bioquímicas son el instrumento empleado para valorar la conducta objetivo cuando esta es la abstinencia o la reducción del consumo. Si se trata de objetivos terapéuticos diferentes al consumo, se deberán emplear otros procedimientos para evaluar de forma precisa la consecución o no de la conducta (p. ej., justificante de la realización de ciertas actividades, informes de personas de referencia, etc.).

La monitorización del consumo de algunas sustancias presenta ciertas peculiaridades. En el caso del alcohol y la nicotina, estas

sustancias tienen una vida media en el organismo muy corta, ya que se eliminan rápidamente, lo que obliga a monitorizar más a menudo el consumo de dichas sustancias. Una de las soluciones a esta limitación relativa a la vida media del alcohol es el uso de monitores de alcohol transdérmicos durante el desarrollo de protocolos de MC. Este dispositivo es un brazalete que se le coloca al usuario y que, mediante un sensor electroquímico, permite estimar los niveles de alcohol de forma continuada. El uso de estos monitores en los protocolos de MC ha demostrado ser eficaz para reducir el consumo de esta sustancia (Averill et al., 2018; Barnett et al., 2017; Villalba et al., 2020).

Con relación a la monitorización del tabaco, dada la vida media del monóxido de carbono en aire espirado (en torno a 8 horas), algunos estudios optan por la medición de la cotinina, un metabolito de la nicotina, cuya vida media es de 48 horas aproximadamente (Benowitz et al., 2020). De esta forma se reduce la necesidad de monitorizar el consumo diariamente. En los últimos años se han desarrollado programas de MC mediante el empleo de las nuevas tecnologías. Una de ellas es el teléfono móvil, donde el fumador realiza los análisis de cooximetría desde su propio dispositivo y es reforzado inmediatamente después a través de transferencia bancaria (Beckham et al., 2018; Dallery et al., 2019; Dallery y Raiff, 2011; Getty et al., 2019; Harvanko et al., 2020).

El cannabis presenta una vida media larga en el organismo, por lo que las analíticas de orina pueden seguir siendo positivas hasta períodos de entre 10 y 15 días después del último consumo de cannabis. En este caso, los protocolos de MC suelen emplear un período de limpieza *(washout period)* las dos primeras semanas de tratamiento, con el fin de garantizar análisis bioquímicos negativos. Durante este tiempo, los participantes son reforzados de forma contingente a la entrega de las analíticas, con independencia de su resultado. Tras este período se suele modificar el protocolo de MC, y en lugar de reforzar la entrega de las analíticas, la conducta objetivo pasaría a ser la abstinencia del consumo.

## 2.3. Inmediatez y magnitud del reforzador

Los protocolos de MC requieren de una inmediatez entre la monitorización de la conducta y la entrega de los reforzadores en función de si el usuario ha realizado o no la conducta objetivo. La inmediatez es una variable fundamental que demostrado moderar la eficacia del MC (Rash et al., 2020).

La magnitud hace referencia al valor total de los reforzadores que puede recibir el usuario si realiza la conducta objetivo. Los reforzadores proporcionados han de tener la suficiente magnitud para competir con el valor reforzante de la sustancia, por lo que la consideración de un reforzador como de alta o baja magnitud dependerá en gran medida de las circunstancias socioeconómicas de los usuarios (Adams et al., 2014). La evidencia muestra que la magnitud del reforzador tiene un impacto directamente proporcional a la probabilidad de alcanzar la abstinencia (Higgins et al., 2007; Packer et al., 2012). Sin embargo, existen estudios que evidencian que, una vez que se proporcionan incentivos con una magnitud mínima, aumentar la magnitud del reforzador no redunda en mayores tasas de abstinencia (Breen et al., 2020). En este sentido, Petry et al. (2015) demostraron que proporcionar incentivos con valor de 300 dólares era igual de eficaz para promover la abstinencia de la cocaína que proporcionarlos con valor de 900 dólares.

## 2.4. Incremento del valor del reforzador

Una característica central del MC es la naturaleza creciente de los reforzadores, esto es, a medida que el usuario consigue períodos cada vez más largos de abstinencia, la magnitud de los reforzadores aumenta. Otra forma de incrementar el valor de los reforzadores es mediante *bonus* adicionales por un número concreto de analíticas negativas. El objetivo de este procedimiento es incrementar el coste de implicarse en la conducta adictiva y

promover la abstinencia continuada. Por ejemplo, si en la primera analítica negativa el usuario recibe 10 euros, en la siguiente analítica el valor del reforzador se incrementa 5 euros, recibiendo un total de 25 euros, y así consecutivamente. A este programa se le pueden añadir *bonus* de 20 euros cada tres analíticas negativas.

## 3. EVIDENCIAS DE EFECTIVIDAD

El MC ha mostrado excelentes resultados para el tratamiento del tabaquismo, en términos de abstinencia (Secades-Villa et al., 2014), reducción del consumo (Alessi y Petry, 2014) y adhesión al tratamiento (Baker et al., 2018). El metaanálisis de Notley et al. (2019) ratifica la eficacia de este tipo de intervención en población fumadora, encontrando tamaños del efecto elevados en seguimientos a largo plazo (seis o más meses tras la finalización del tratamiento). La evidencia de la coste-eficacia de esta intervención se ha demostrado cuando se implementa combinada con otras de corte cognitivo-conductual para dejar de fumar (González-Roz et al., 2021; López-Núñez et al., 2016). Asimismo, la investigación sobre la eficacia del MC en poblaciones especiales de fumadores es prolífica; en particular, se ha constatado en mujeres embarazadas (Wilson et al., 2018), personas con depresión (Secades-Villa, González-Roz et al., 2019), diabéticos (Martinez et al., 2020), personas sin hogar (Rash et al., 2018) y en fumadores con otros trastornos por uso de sustancias (Aonso-Diego et al., 2021).

La evidencia de la eficacia del MC para el tratamiento por consumo de cannabis es también extensa (Fernández-Artamendi et al., 2014; Litt et al., 2020), maximizándose los resultados cuando se refuerza la abstinencia en comparación con la adherencia al tratamiento (Kaminer et al., 2014). En concreto, la evidencia metaanalítica destaca la superioridad del MC frente a la lista de espera, el placebo o el tratamiento estándar (Davis et al., 2016). La eficacia del MC para abordar el consumo de cannabis también se ha comprobado en diferentes poblaciones específicas, tales como

aquellas con historia de psicosis (Johnson et al., 2019), adolescentes (Stanger et al., 2015) o adultos jóvenes (Carroll et al., 2012). Asimismo, se han obtenido resultados positivos en términos de coste-eficacia, especialmente cuando el MC se integra con otros tratamientos de tipo cognitivo-conductual o motivacional (Olmstead et al., 2007; Sheridan-Rains et al., 2019).

Con relación a los estimulantes, la mayoría de las intervenciones de MC se han centrado en usuarios con trastorno por uso de cocaína. Diversos estudios demuestran la eficacia del MC para promover la abstinencia de la cocaína durante y al final de tratamiento (Farronato et al., 2013; Kampman, 2019). Las elevadas tasas de abstinencia han demostrado mantenerse a largo plazo cuando se combina esta intervención con otros tratamientos eficaces de corte cognitivo conductual, como la aproximación de reforzamiento comunitario (*Community Reinforcement Approach,* CRA; véase capítulo 13; De Crescenzo et al., 2018; García-Fernández et al., 2013). Algunos de los estudios sobre eficacia del MC han sido llevados a cabo con policonsumidores de cocaína y otras drogas como opiáceos (Petry et al., 2015) o marihuana (Alessi et al., 2011). La conducta objetivo a reforzar en estos casos es la abstinencia de la cocaína, y en ocasiones el abuso de otras sustancias o la adherencia a la medicación en el caso de los opiáceos. Con este tipo de usuarios policonsumidores también se han encontrado altas tasas de abstinencia y retención. La coste-eficacia del MC también ha sido probada en población con trastorno por uso de cocaína (Olmstead y Petry, 2009), lo que demuestra una vez más su capacidad de generalización en entornos comunitarios.

En lo que a los opiáceos se refiere, las intervenciones de MC suelen aparecer combinadas con tratamiento farmacológico. El más común de ellos es el mantenimiento de metadona. Este tipo de programas de tratamiento combinado han demostrado ser eficaces a la hora de incrementar las tasas de abstinencia (Chen et al., 2013; Dugosh et al., 2016; Marsden et al., 2019). Asimismo, los protocolos de MC han resultado ser útiles para aumentar la adherencia a la

medicación en usuarios que reciben naltrexona (Carroll et al., 2001) o antirretrovirales (Sorensen et al., 2007). La incorporación de una intervención de MC a un tratamiento estándar para la adicción a opiáceos ha demostrado ser coste-eficaz (Marsden et al., 2019).

Finalmente, la evidencia del MC para el abordaje del trastorno por uso de alcohol es prometedora, aunque limitada en comparación con la literatura disponible para otras sustancias, lo que sitúa a esta técnica en fase de experimentación para el tratamiento de esta sustancia en particular (Secades-Villa et al., 2021). No obstante, existen algunos estudios que apuntan a la eficacia del MC para reducir el consumo de alcohol e incrementar la adherencia al tratamiento tanto en población adulta (Fitzsimons et al., 2015; Jirapramukpitak et al., 2020) como adolescente (Godley et al., 2014).

## 4. CONCLUSIONES

Los programas de MC han demostrado ser efectivos y eficientes en el tratamiento de la adicción a una variedad de sustancias y con distintas poblaciones. La evidencia metaanalítica reciente destaca que, cuando se consideran pruebas bioquímicas, los efectos positivos del MC se mantienen a largo plazo, una vez que los reforzadores ya no se proporcionan (Ginley et al., 2021). Sin embargo, los resultados acerca del mantenimiento de los efectos a largo plazo, una vez que los incentivos han sido retirados, no son consistentes. Mientras que algunos estudios señalan que los efectos aditivos desaparecen una vez finalizado el protocolo de incentivos (Benishek et al., 2014; Prendergast et al., 2006; Sayegh et al., 2017), otros indican que los efectos se mantienen (Davis et al., 2016; Ginley et al., 2021). Las diferencias en el protocolo de MC utilizado, en el procedimiento de evaluación de la abstinencia (p. ej., autoinformada *vs*. verificada bioquímicamente) y en los parámetros del MC (p. ej., magnitud del reforzador) explican en parte la disparidad de los resultados.

A pesar de la efectividad demostrada del MC, su generalización en contextos comunitarios sigue siendo escasa, sobre todo en comparación con otros tratamientos psicológicos con igual o, incluso, menor evidencia, como, por ejemplo, el tratamiento cognitivo-conductual (Ginley et al., 2021). A pesar de que las intervenciones que emplean incentivos han demostrado ser altamente eficientes (López-Núñez et al., 2016; Murphy et al., 2016), el supuesto coste asociado a la implementación del MC (tanto en términos estrictamente económicos como no económicos) continúa siendo una de las mayores barreras percibidas para su implementación por parte de los clínicos (Roll et al., 2009). En algunos casos se han empleado protocolos de búsqueda de reforzadores, a través donaciones de bienes y servicios por parte de empresas e instituciones públicas y privadas (Amass y Kamien, 2004). En España se ha empleado esta estrategia con excelentes resultados (García-Rodríguez et al., 2008; 2009). Además, también es importante considerar el uso de fuentes de reforzamiento naturales de tipo no monetario, como podrían ser el acceso el acceso a privilegios clínicos o a un empleo de forma contingente a la abstinencia, procedimientos que abaratan costes y que son eficaces. Otras estrategias para reducir el coste de los incentivos son el empleo de programas de reforzamiento intermitente o aleatorio (Cunningham et al., 2017), como por ejemplo el procedimiento de la pecera *(fishbowl-drawing procedure)* (Alessi et al., 2008; Alessi y Petry, 2014) o el uso de depósitos de dinero *(deposit contracts)* provenientes del propio usuario, los cuales va recuperando de forma contingente en la medida que alcance la conducta objetivo (Jarvis y Dallery, 2017).

Un aspecto tan importante como la implementación de tratamientos basados en la evidencia es el abandono de prácticas que no demuestran eficacia para reducir las conductas de consumo de drogas (Oluwoye et al., 2020). La adaptabilidad del MC a los contextos comunitarios es una dificultad añadida para su implementación. No obstante, varios estudios han demostrado el

potencial de implantar el MC a gran escala en contextos clínicos (Dallery et al., 2017; Volpp et al., 2009). Existen varios estudios realizados en España que muestran la efectividad del MC en contextos de intervención comunitaria, tanto con personas dependientes de la cocaína (García-Rodríguez et al., 2009; Secades-Villa et al., 2013) como en personas que demandan tratamiento para dejar de fumar (Aonso-Diego et al., 2021; González-Roz et al., 2020; Secades-Villa et al., 2014).

Un aspecto importante que puede facilitar la implementación del MC es el desarrollo de guías estructuradas para los proveedores de tratamiento que describan cómo obtener financiación en un determinado entorno comunitario, cómo realizar evaluaciones de coste-eficacia, y los aspectos clave para el mantenimiento del MC a medio y largo plazo. En este sentido, existen varías guías dirigidas a los terapeutas que solventan las principales dudas relativas a su puesta en marcha del MC en este tipo de entornos (Oluwoye et al., 2020; Petry, 2000; Pfund et al., 2021). Finalmente, han de ser los propios clínicos quienes deben combatir la falsa concepción entre sus homólogos de que el MC es una intervención no costo-efectiva (Roll et al., 2009).

Por último, a pesar de la evidencia de la efectividad del MC, se requieren más ensayos clínicos que diluciden los componentes específicos que incrementan la abstinencia, como, por ejemplo, el tipo o la magnitud del reforzador, la duración del protocolo de MC o el empleo de incentivos en los seguimientos. Por otra parte, la implementación de los programas de MC en diferentes sustancias a través de las nuevas tecnologías (Dallery et al., 2019; Getty et al., 2019) es un asunto de gran interés en la investigación reciente sobre MC, en la medida que puede reducir el coste y facilitar su adaptación a contextos naturales.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS

Henggeler, S. W., Cunnigham, P. B., Rowland, M. D. y Schoenwald, S. K. (2011). *Contingency Management for adolescent substance abuse: A Practitioner's Guide*. The Guilford Press.

Petry, N. M. (2012). *Contingency management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidence-based practice*. Nueva York: Routledge/Taylor & Francis Group.

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O. y Fernández-Hermida, J. R. (2015). Contingency management for substance use disorders in Spain: Implications for research and practice. *Preventive Medicine, 80,* 82-88.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, J., Giles, E. L., McColl, E. y Sniehotta, F. F. (2014). Carrots, sticks and health behaviours: a framework for documenting the complexity of financial incentive interventions to change health behaviours. *Health psychology review, 8*(3), 286-295.

Aklin, W., Wong, C., Hampton, J., Svikis, D., Stitzer, M., Bigelow, G. y Silverman, K. (2014). A therapeutic workplace for the long-term treatment of drug addiction and unemployment: Eight-year outcomes of a social business intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment, 47*(5), 329-338.

Alessi, S. M. y Petry, N. M. (2014). Smoking reductions and increased self-efficacy in a randomized controlled trial of smoking abstinence- contingent incentives in residential substance abuse treatment patients. *Nicotine and Tobacco Research, 16*(11), 1436-1445.

Alessi, S. M., Petry, N. M. y Urso, J. (2008). Contingency management promotes smoking reductions in residential substance abuse patients. Journal of *Applied Behavior Analysis, 41*(4), 617-622.

Alessi, S. M., Rash, C. y Petry, N. M. (2011). Contingency management is efficacious and improves outcomes in cocaine patients with pretreatment marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence, 118*(1), 62-67.

Amass, L. y Kamien, J. (2004). A tale of two cities: financing two voucher programs for substance abusers through community donations. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 12*(2), 147-155.

Aonso-Diego, G., González-Roz, A., Krotter, A., García-Pérez, Á. y Secades-Villa, R. (2021). Contingency management for smoking cessation among individuals with substance use disorders: In-treatment and post-treatment effects. *Addictive Behaviors, 119,* 106920.

Averill, F., Brown, T., Robertson, R., Tchomgang, A., Berbiche, D., Nadeau, L. y Ouimet, M. (2018). Transdermal alcohol monitoring combined with contingency management for driving while impaired offenders: A pilot randomized controlled study. *Traffic Injury Prevention, 19*(5), 455-461.

Baker, T. B., Fraser, D. L., Kobinsky, K., Adsit, R., Smith, S. S., Khalil, L., Alaniz, K. M., Sullivan, T. E., Johnson, M. L. y Fiore, M. C. (2018). A randomized controlled trial of financial incentives to low income pregnant women to engage in smoking cessation

treatment: Effects on post-birth abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(5), 464-473.

Barnett, N., Celio, M., Tidey, J., Murphy, J., Colby, S. y Swift, R. (2017). A preliminary randomized controlled trial of contingency management for alcohol use reduction using a transdermal alcohol sensor. *Addiction, 112*(6), 1025-1035.

Beckham, J. C., Adkisson, K. A., Hertzberg, J., Kimbrel, N. A., Budney, A. J., Stephens, R. S., Moore, S. D. y Calhoun, P. S. (2018). Mobile contingency management as an adjunctive treatment for co-morbid cannabis use disorder and cigarette smoking. *Addictive Behaviors, 79,* 86-92.

Benishek, L. A., Dugosh, K. L., Kirby, K. C., Matejkowski, J., Clements, N. T., Seymour, B. L. y Festinger, D. S. (2014). Prize-based contingency management for the treatment of substance abusers: A meta-analysis. *Addiction, 109*(9), 1426-1436.

Benowitz, N. L., Bernert, J. T., Foulds, J., Hecht, S. S., Iii, P. J., Ba, M. J. J., Joseph, A., Oncken, C. y Piper, M. E. (2020). Biochemical Verification of Tobacco Use and Abstinence: 2019 Update. *Nicotine & Tobacco Research,* 1-12.

Bickel, W. K., Mellis, A. M., Snider, S. E., Moody, L., Stein, J. S. y Quisenberry, A. J. (2016). Novel Therapeutics for Addiction: Behavioral and Neuroeconomic Approaches. *Curr Treat Options Psychiatry, 3*(3), 277-292.

Bigelow, G. E. y Silverman, K. (1999). Theoretical and empirical foundations of contingency management treatments for drug abuse. En S. T. Higgins y K. Silverman (eds.), *Motivating behavior change among illicitdrug abusers: Research and contingency management interventions*. APA.

Breen, R. J., Ferguson, S. G. y Palmer, M. A. (2020). Higher incentive amounts do not appear to be associated with greater quit rates in financial incentive programmes for smoking cessation. *Addictive Behaviors, 110,* 106513.

Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., O'Connor, P. G., Eagan, D. A., Frankforter, T. L. et al. (2001). Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence - Efficacy of contingency management and significant other involvement. *Archives of General Psychiatry, 58*(8), 755-761.

Carroll, K. M., Nich, C., Lapaglia, D. M., Peters, E. N., Easton, C. J. y Petry, N. M. (2012). Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: less can be more, more or less. *Addiction (Abingdon, England)*, *107*(9), 1650-1659.

Chen, W., Hong, Y., Zou, X., McLaughlin, M. M., Xia, Y. H. y Ling, L. (2013). Effectiveness of prize-based contingency management in a methadone maintenance program in China. *Drug and Alcohol Dependence, 133*(1), 270-274.

Chivers, L. L. y Higgins, S. T. (2012). Some observations from behavioral economics for consideration in promoting money management among those with substance use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 38*(1), 8-19.

Cunningham, C., Stitzer, M., Campbell, A. N., Pavlicova, M., Hu, M. C. y Nunes, E. V. (2017). Contingency Management Abstinence Incentives: Cost and Implications for Treatment Tailoring. *Journal of substance abuse treatment, 72,* 134-139.

Dallery, J. y Raiff, B. R. (2011). Contingency management in the 21st century: Technological innovations to promote smoking cessation. *Substance Use and Misuse, 46*(1), 10-22.

Dallery, J., Raiff, B. R., Grabinski, M. y Marsch, L. (2019). Technology-based contingency management in the treatment of substance-use disorders. *Perspectives on Behavior Science, 42*(3), 445-464.

Dallery, J., Raiff, B. R., Kim, S. J., Marsch, L. A., Stitzer, M. y Grabinski, M. J. (2017). Nationwide access to an internet-based contingency management intervention to promote smoking cessation: a randomized controlled trial. *Addiction, 112*(5), 875-883.

Davis, D. R., Kurti, A. N., Skelly, J. M., Redner, R., White, T. J. y Higgins, S. (2016). A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Preventive Medicine, 92,* 36-46.

De Crescenzo, F., Ciabattini, M., D'Alò, G., De Giorgi, R., Del Giovane, C., Cassar, C., Janiri, L., Clark, N., Ostacher, M. y Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS Medicine, 15*(12), e1002715.

De Queiroz Constantino Miguel, A., Sandi Madruga, C., Simões, V., Yamauchi, R., da Silva, C. J., McDonell, M., McPherson, S., Roll, J., Laranjeira, R. R. y de Jesus Mari, J. (2019). Contingency management is effective in promoting abstinence and retention in treatment among crack cocaine users with a previous history of poor treatment response: a crossover trial. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 32*(1), 14.

Donlin, W. D., Knealing, T. W., Needham, M., Wong, C. J. y Silverman, K. (2008). Attendance rates in a workplace predict subsequent outcome of employment-based reinforcement of cocaine abstinence in methadone patients. *Journal of Applied Behavior Analysis, 41*(4), 499-516.

Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., Mcloyd, K., Chalk, M. y Festinger, D. (2016). A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction. *Journal of Addiction Medicine, 10*(2), 91-101.

Farronato, N. S., Duersteler-MacFarland, K. M., Wiesbeck, G. A. y Petitjean, S. A. (2013). A systematic review comparing cognitive-behavioral therapy and contingency manangement for cocaine dependence. *Journal of Addictive Diseases, 32*(3), 274-287.

Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Godley, M. D. y Secades-Villa, R. (2014). Evidence-based treatments for adolescents with cannabis use disorders in the Spanish Public Health System. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(3), 186-194.

Fitzsimons, H., Tuten, M., Borsuk, C., Lookatch, S. y Hanks, L. (2015). Clinician-delivered contingency management increases engagement and attendance in drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 152,* 62-67.

Gagnon, M., Payne, A. y Guta, A. (2021). What are the ethical implications of using prize-based contingency management in substance use? A scoping review. *Harm reduction journal*, *18*(1), 82.

García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Peña-Suárez, E. y Sánchez-Hervás, E. (2013). Contingency management improves outcomes in cocaine-dependent outpatients with depressive symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 21*(6), 482-489.

García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S. T., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2008). Financing a voucher program for cocaine abusers through community donations in Spain. *Journal of Applied Behavior Analysis, 41*(4), 623-628.

García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S. T., Fernandez-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Errasti Perez, J. M. y Al-halabi Diaz, S. (2009). Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction:

a randomized controlled trial. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 17*(3), 131-138.

Getty, C. A., Morande, A., Lynskey, M., Weaver, T. y Metrebian, N. (2019). Mobile telephone-delivered contingency management interventions promoting behaviour change in individuals with substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction, 114*(11), 1915-1925.

Ginley, M. K., Pfund, R. A., Rash, C. J. y Zajac, K. (2021). Long-term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *89*(1), 58-71.

Godley, M., Godley, S., Dennis, M., Funk, R., Passetti, L. y Petry, N. (2014). A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 40-51.

González-Roz, A., Weidberg, S., García-Pérez, Á., Martínez-Loredo, V. y Secades-Villa, R. (2021). One-year efficacy and incremental cost-effectiveness of contingency management for cigarette smokers with depression. *Nicotine & Tobacco Research, 23*(2), 320-326.

Harvanko, A., Sole, S., Shelton, B., Dallery, J., Fields, S. y Reynolds, B. (2020). Web-based contingency management for adolescents tobacco smokers: A clinical trial. *Nicotine and Tobacco Research, 22*(3), 332-338.

Higgins, S. T. (1997). Applying learning and conditioning theory to the treatment of alcohol and cocaine abuse. En B. A. Johnson y J. B. Roache (eds.), *Drug addiction and its treatment: nexus of neuroscience and behavior* (pp. 367-385). Lippincott, Williams y Wilkins.

Higgins, S. T., Heil, S. H., Dantona, R., Donham, R., Matthews, M. y Badger, G. J. (2007). Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction, 102*(2), 271-281.

Holtyn, A. F., Knealing, T. W., Jarvis, B. P., Subramaniam, S. y Silverman, K. (2017). Monitoring cocaine use and abstinence among cocaine users for contingency management interventions. *Psychological Record, 67*(2), 253-259.

Holtyn, A., Toegel, F., Arellano, M., Subramaniam, S. y Silverman, K. (2021). Employment outcomes of substance use disorder patients enrolled in a therapeutic workplace intervention for drug abstinence and employment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 120,* 108-160.

Jarvis, B. y Dallery, J. (2017). Internet-based self-tailored deposit contracts to promote smoking reduction and abstinence. *Journal of Applied Behavior Analysis, 50*(2), 189-205.

Jarvis, B., Holtyn, A., DeFulio, A., Koffarnus, M., Leoutsakos, J., Umbricht, A., Fingerhood, M., Bigelow, G. y Silverman, K. (2019). The effects of extended-release injectable naltrexone and incentives for opiate abstinence in heroin-dependent adults in a model therapeutic workplace: A randomized trial. *Drug and Alcohol Dependence, 197,* 220-227.

Jirapramukpitak, T., Pattanaseri, K., Chua, K. C. y Takizawa, P. (2020). Home-based contingency management delivered by community health workers to improve alcohol abstinence: A randomized control trial. *Alcohol and Alcoholism, 55*(2), 171-178.

Johnson, S., Rains, L. S., Marwaha, S., Strang, J., Craig, T., Weaver, T., McCrone, P., King, M., Fowler, D., Pilling, S., Marston, L., Omar, R. Z., Craig, M., Spencer, J. y Hinton, M. (2019). A contingency management intervention to reduce cannabis use and time to

relapse in early psychosis: the CIRCLE RCT. *Health technology assessment (Winchester, England)*, *23*(45), 1-108.

Kaminer, Y., Burleson, J. A., Burke, R. y Litt, M. D. (2014). The efficacy of contingency management for adolescent cannabis use disorder: a controlled study. *Substance abuse*, *35*(4), 391-398.

Kampman, K. (2019). The treatment of cocaine use disorder. *Science Advances, 5*(10), eaax1532.

Koffarnus, M. N., Wong, C. J., Diemer, K., Needham, M., Hampton, J., Fingerhood, M., Svikis, D. S., Bigelow, G. E. y Silverman, K. (2011). A randomized clinical trial of a Therapeutic Workplace for chronically unemployed, homeless, alcohol-dependent adults. *Alcohol and Alcoholism, 46*(5), 561-569.

Lamb, R. J., Morral, A. R., Kirby, K. C., Iguchi, M. Y. y Galbicka, G. (2004). Shaping smoking cessation using percentile schedules. *Drug and Alcohol Dependence, 76*(3), 247-259.

Litt, M., Kadden, R., Tennen, H. y Petry, N. (2020). Individualized assessment and treatment program (IATP) for cannabis use disorder: Randomized controlled trial with and without contingency management. *Psychology of Addictive Behaviors, 34*(1), 40-51.

López-Núñez, C., Alonso-Pérez, F., Pedrosa, I. y Secades-Villa, R. (2016). Cost-effectiveness of a voucher-based intervention for smoking cessation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 42*(3), 296-305.

Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J. y Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction, 101*(2), 192-203.

Marsden, J., Stillwell, G., James, K., Shearer, J., Byford, S., Hellier, J., Kelleher, M., Kelly, J., Murphy, C. y Mitcheson, L. (2019). Efficacy and cost-effectiveness of an adjunctive personalised psychosocial intervention in treatment-resistant maintenance opioid agonist therapy: a pragmatic, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet. Psychiatry, 6*(5), 391-402.

Martinez, S. A., Quaife, S. L., Hasan, A., McMillan, K. A., Beebe, L. A. y Muirhead, F. (2020). Contingency management for smoking cessation among individuals with type 2 diabetes: protocol for a multi-center randomized controlled feasibility trial. *Pilot and feasibility studies, 6,* 82.

McPherson, S. M., Burduli, E., Smith, C. L., Herron, J., Oluwoye, O., Hirchak, K., Orr, M. F., McDonell, M. G. y Roll, J. M. (2018). A review of contingency management for the treatment of substance-use disorders: adaptation for underserved populations, use of experimental technologies, and personalized optimization strategies. *Substance Abuse and Rehabilitation, 9,* 43-57.

Miller, P. M. (1975). A behavioral intervention program for chronic public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry, 32*(7), 915-918.

Miller, P. M., Hersen, M., Eisler, R. M. y Watts, J. G. (1974). Contingent reinforcement of lowered blood-alcohol levels in an outpatient chronic alcoholic. *Behaviour Research and Therapy, 12*(3), 261-263.

Murphy, S. M., Campbell, A. N., Ghitza, U. E., Kyle, T. L., Bailey, G. L., Nunes, E. V. y Polsky, D. (2016). Cost-effectiveness of an internet-delivered treatment for substance abuse: Data from a multisite randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence, 161,* 119-126.

Notley, C., Gentry, S., Bauld, L. y Perera, R. (2019). Incentives for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*(7), CD004307.

Olmstead, T. y Petry, N. (2009). The cost-effectiveness of prize-based and voucher-based contingency management in a population of cocaine- or opioid-dependent outpatients. *Drug and Alcohol Dependence, 102*(1-3), 108-115.

Olmstead, T., Sindela, R., Easton, C. y Carroll, K. (2007). The cost-effectiveness of four treatments for marijuana dependence*. Addiction, 102*(9), 1443-1453.

Oluwoye, O., Kriegel, L., Alcover, K. C., McPherson, S., McDonell, M. G. y Roll, J. M. (2020). The dissemination and implementation of contingency management for substance use disorders: A systematic review. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *34*(1), 99-110.

Packer, R. R., Howell, D. N., McPherson, S. y Roll, J. M. (2012). Investigating reinforcer magnitude and reinforcer delay: A contingency management analog study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 20*(4), 287-292.

Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence, 58*(1-2), 9-25.

Petry, N. M., Alessi, S. M., Barry, D. y Carroll, K. M. (2015). Standard magnitude prize reinforcers can be as efficacious as larger magnitude reinforcers in cocaine-dependent methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(3), 464-472.

Pfund, R. A., Cook, J. E., McAfee, N. W., Huskinson, S. L. y Parker, J. D. (2021). Challenges to conducting contingency management treatment for substance use disorders: Practice recommendations for clinicians. *Professional Psychology: Research and Practice, 52*(2), 137-145.

Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L. y Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction, 101*(11), 1546-1560.

Raiff, B. R., Jarvis, B. P. y Dallery, J. (2016). Text-message reminders plus incentives increase adherence to antidiabetic medication in adults with type 2 diabetes. *Journal of Applied Behavior Analysis, 49*(4), 947-953.

Rash, C. J., Alessi, S. M. y Zajac, K. (2020). Examining implementation of contingency management in real-world settings. *Psychology of Addictive Behaviors, 34*(1), 89-98.

Rash, C. J., Petry, N. M. y Alessi, S. M. (2018). A randomized trial of contingency management for smoking cessation in the homeless. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 32*(2), 141-148.

Roll, J. M., Madden, G. J., Rawson, R. y Petry, N. M. (2009). Facilitating the adoption of contingency management for the treatment of substance use disorders. *Behavior analysis in practice, 2*(1), 4-13.

Rush, C. R., Strickland, J. C., Pike, E., Studts, C. R. y Stoops, W. W. (2020). Inhibitory-control training for cocaine use disorder and contingency management for clinic attendance: A randomized pilot study of feasibility, acceptability and initial efficacy. *Drug and Alcohol Dependence, 207,* 107803.

Sayegh, C. S., Huey, S. J., Zara, E. J. y Jhaveri, K. (2017). Follow-up treatment effects of contingency management and motivational interviewing on substance use: A meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors, 31*(4), 403-414.

Secades-Villa, R., García-Fernández, G., Peña-Suárez, E., García-Rodríguez, O., Sánchez-Hervás, E. y Fernández-Hermida, J. R. (2013). Contingency management is effective across cocaine-dependent outpatients with different socioeconomic status. *Journal of Substance Abuse Treatment, 44*(3), 349-354.

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., López-Núñez, C., Alonso-Pérez, F. y Fernández-Hermida, J. R. (2014). Contingency management for smoking cessation among

treatment-seeking patients in a community setting. *Drug and Alcohol Dependence, 140,* 63-68.

Secades-Villa, R., González-Roz, A., Vallejo-Seco, G., Weidberg, S., García-Pérez, A. y Alonso-Pérez, F. (2019). Additive effectiveness of contingency management on cognitive behavioural treatment for smokers with depression: Six-month abstinence and depression outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 204,* 107495.

Secades-Villa, R., González-Roz, A., Weidberg, S. y García-Fernández, G. (2021). Trastornos debido al consumo de sustancias En E. Fonseca-Pedrero (ed.), *Manual de Tratamientos Psicológicos para Adultos*. Pirámide.

Secades-Villa, R., López-Núñez, C., Weidberg, S., Gonzalez-Roz, A. y Alonso-Perez, F. (2019). A randomized controlled trial of contingency management for smoking abstinence versus contingency management for shaping cessation: One-year outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 27*(6), 561-568.

Sheridan-Rains, L., Marston, L., Hinton, M., Marwaha, S., Craig, T., Fowler, D., King, M., Omar, R., McCrone, P., Spencer, J., Taylor, J., Colman, S., Harder, C., Gilbert, E., Randhawa, A., Labuschagne, K., Jones, C., Stefanidou, T., Christoforou, M. … y Johnson, S. (2019). Clinical and cost-effectiveness of contingency management for cannabis use in early psychosis: the CIRCLE randomised clinical trial. *BMC Medicine, 17*(1), 161.

Sorensen, J. L., Haug, N. A., Delucchi, K. L., Gruber, V., Kletter, E., Batki, S. L., Tulsky, J. P., Barnett, P. y Hall, S. (2007). Voucher reinforcement improves medication adherence in HIV-positive methadone patients: A randomized trial. *Drug and Alcohol Dependence, 88*(1), 54-63.

Stanger, C. y Budney, A. J. (2019). Contingency management: Using incentives to improve outcomes for adolescent substance use disorders. *Pediatric Clinics of North America, 66*(6), 1183-1192.

Stanger, C., Ryan, S. R., Scherer, E. A., Norton, G. E. y Budney, A. J. (2015). Clinic- and home-based contingency management plus parent training for adolescent cannabis use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*(6), 445-53.e2.

Villalba, K., Cook, C., Dévieux, J., Ibanez, G., Oghogho, E., Neira, C. y Cook, R. (2020). Facilitators and barriers to a contingency management alcohol intervention involving a transdermal alcohol sensor. *Heliyon, 6*(3), e03612.

Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V., Glick, H. A., Puig, A., Asch, D. A., Galvin, R., Zhu, J., Wan, F., DeGuzman, J., Corbett, E., Weiner, J. y Audrain-McGovern, J. (2009). A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *The New England journal of medicine, 360*(7), 699-709.

Wilson, S. M., Newins, A. R., Medenblik, A. M., Kimbrel, N. A., Dedert, E. A., Hicks, T. A., Neal, L. C., Beckham, J. C. y Calhoun, P. S. (2018). Contingency Management Versus Psychotherapy for Prenatal Smoking Cessation: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health, 28*(6), 514-523.

# 13

# Tratamiento cognitivo-conductual

EMILIO SÁNCHEZ-HERVÁS,
JUAN MIGUEL LLORENTE DEL POZO,
GLORIA GARCÍA-FERNÁNDEZ
Y SARA WEIDBERG

## 1. INTRODUCCIÓN

El tratamiento cognitivo-conductual (TCC) constituye un modelo de intervención comprehensivo que surge de la integración de los principios de la teoría del comportamiento, de la teoría del aprendizaje social y de la terapia cognitiva, y resulta de elección para el abordaje de diversos trastornos psicológicos (Butler et al., 2006; Fonseca et al., 2021; Hofmann et al., 2012; Kazantzis et al., 2018). En el ámbito de los trastornos por uso de sustancias (TUS) y de las conductas adictivas en general, constituye uno de los enfoques de tratamiento con mayor evidencia empírica (Magill et al., 2020; McMain et al., 2015; Zamboni et al., 2021).

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, el comportamiento adictivo se origina y mantiene por factores de naturaleza multidimensional, y las técnicas de intervención empleadas abordan aspectos relativos a la cognición (p. ej., las expectativas sobre los efectos de las drogas, la autoeficacia percibida o las atribuciones de éxito o fracaso), al comportamiento (p. ej., hacer frente a situaciones de alto riesgo o desarrollar alternativas funcionales a la conducta adictiva) y al estilo de vida (p. ej., fomentar el ocio saludable y las relaciones sociales) (Marlatt et al., 2002).

En consonancia con una perspectiva biopsicosocial (Becoña, 2016; 2018), las intervenciones cognitivo-conductuales enfatizan la

importancia de los factores contextuales (estímulos ambientales y procesos cognitivos) como antecedentes de las recaídas. El fenómeno de recaída en sí mismo es conceptualizado desde una óptica dimensional y no categorial (éxito versus fracaso), y se concibe como posible (aunque no deseable) dentro del proceso de recuperación (Miller, 2013). Es por este motivo que la mayoría de las intervenciones para el tratamiento de los TUS que hoy se denominan cognitivo-conductuales integran componentes del modelo de prevención de recaídas (PR) (Marlatt y Gordon, 1980; 1985), lo que ha llevado en muchos casos a utilizar indistintamente los términos tratamiento cognitivo-conductual o terapia cognitivo-conductual, terapia de prevención de recaídas cognitivo-conductual, terapia de prevención de recaídas o, sin más, PR. Una de las claves para hacer una distinción entre la TCC y la PR en el ámbito de las adicciones es que el término TCC se utiliza más a menudo para describir tratamientos primarios independientes, basados en el modelo cognitivo-conductual, mientras que la PR se utiliza más para describir un tratamiento de mantenimiento de la abstinencia posterior. Dado que la TCC se utiliza frecuentemente como un tratamiento independiente, puede incluir también componentes que no siempre se proporcionan en PR.

## 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Los tratamientos cognitivo-conductuales se basan en el supuesto de que los procesos de aprendizaje juegan un papel crítico en el desarrollo de patrones de conducta desadaptados. En el ámbito de las adicciones, se pretende que los individuos aprendan a identificar y modificar las conductas relacionadas con el consumo de drogas mediante el entrenamiento de habilidades de rechazo y de solución de problemas, así como a desarrollar estrategias eficaces de afrontamiento (Parks y Marlatt, 2000).

En su aplicación a las conductas adictivas, la PR ha sido el procedimiento de intervención más utilizado. La PR se desarrolló

inicialmente para el tratamiento de los problemas de consumo de alcohol (Marlatt, 1993; Marlatt y Gordon, 1980; 1985), y posteriormente se adaptó para el tratamiento de la adicción a la cocaína (Carroll et al., 1991; 1994). En la actualidad prácticamente todos los tratamientos para los TUS incluyen estrategias de PR es sus programas.

## 2.1. Prevención de recaídas

El enfoque cognitivo-conductual asume que la conducta adictiva presenta dos características fundamentales: *a*) es una conducta aprendida, y *b*) es una conducta que puede comportar recaídas. La recaída se refiere a la ruptura o el fracaso en el intento de una persona para mantener el cambio conductual. La investigación ha mostrado que la mayoría de las personas que tratan de cambiar su comportamiento en una determinada dirección (p. ej., perder peso, reducir la hipertensión arterial, realizar más ejercicio físico, etc.) experimentarán «lapsos» (caídas o errores) que a menudo conducirán a una recaída (Polivy y Herman, 2002). Las recaídas, en sentido amplio, podrían considerarse el denominador común de los resultados de los tratamientos diseñados para abordar los problemas relacionados con la salud, especialmente los relacionados con el consumo de drogas, en los que la prevalencia de este fenómeno es elevada (Marlatt et al., 2002).

Desde la PR, el propósito básico es ayudar a las personas a reconocer las situaciones en que es probable que consuman sustancias (situaciones de riesgo), a encontrar soluciones funcionales y alternativas para afrontar estas situaciones de riesgo, y a desarrollar estrategias para solucionar las formas de comportamiento y los estados cognitivo-emocionales relacionados con el uso de esas sustancias. La intervención en PR está relacionada con el aumento de la capacidad individual para resistir tentaciones de consumo. En suma, la PR se considera un programa de autocontrol, cuyo objetivo es el de ayudar a las personas a

anticipar y afrontar los problemas de recaída, combinando procedimientos como el entrenamiento en habilidades, la terapia cognitiva y el reequilibrio en el estilo de vida (Marlatt et al., 2002).

En la PR, la caída se concibe como un proceso transitorio, una serie de acontecimientos que pueden conllevar (o no) el regreso de la conducta de consumo a niveles de línea base observados antes del tratamiento (Marlatt, 1993). Cuanto más largo es el período de abstinencia, mayor es la percepción de autocontrol que tiene el individuo y menor, por tanto, la probabilidad de volver a consumir. En este sentido, la investigación evidencia que la mayor parte de las recaídas ocurren en los tres primeros meses tras el cese de consumo. Este hecho es independiente de la sustancia consumida y del método de abandono, lo que sugiere que existen factores comunes que contribuyen a la recaída en los distintos TUS (Donovan y Witkiewitz, 2012). Tradicionalmente, se han considerado tres situaciones de alto riesgo principales que se asocian con casi tres cuartas partes de las recaídas (Cummings et al., 1980): estados emocionales, conflictos interpersonales y presión social.

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento es la piedra angular de la PR (Marlatt y Donovan, 2005), e incluye: *a*) entender la recaída como un proceso; *b*) identificar y hacer frente eficazmente a las situaciones de alto riesgo; *c*) hacer frente a los impulsos y los deseos de consumo; *d*) poner en marcha estrategias para reducir los riesgos o daños durante un consumo puntual (caída); *e*) seguir participando en el tratamiento, incluso después de una recaída, y *f*) aprender a desarrollar un estilo de vida más equilibrado. Se promueve la implicación activa y diligente de la persona, a quien se le otorga la mayor parte de las responsabilidades que se precisan para poder llevar a cabo los cambios necesarios.

Witkiewitz y Marlatt (2004) actualizaron el modelo clásico de PR y ampliaron la naturaleza de las relaciones entre los procesos implicados en la recaída. En esta versión del modelo, los autores aportan una comprensión multidimensional, dinámica y sistémica, para explicar la compleja interacción de los factores que intervienen

en dichos procesos. En el modelo original (Marlatt y Gordon, 1985) se ofrecía una interpretación lineal (estática) del proceso de recaída. Sin embargo, esta reformulación destaca la influencia de las variables predisponentes (p. ej. la historia familiar, el apoyo social, el perfil de personalidad, la historia de consumo, etc.) sobre los procesos cognitivos, afectivos y de afrontamiento que se producirían en una situación específica de riesgo. Estos predisponentes se considerarían variables de vulnerabilidad a la recaída, y en esta nueva versión del modelo a estos factores se les denomina distales. En cambio, a los precipitantes inmediatos, que actuarían en última instancia, en una situación particular, favoreciendo o evitando el consumo, se les denomina factores proximales. Estos precipitantes serían los procesos cognitivos, las estrategias de afrontamiento, el síndrome de abstinencia y los estados afectivos, entre otros.

Al igual que otras terapias cognitivo-conductuales, la PR combina intervenciones conductuales y cognitivas en un planteamiento global que hace hincapié en la autogestión y rechaza el etiquetado de las personas bajo etiquetas estables tales como «alcohólico» o «adicto a las drogas» (Parks y Marlatt, 2000). En definitiva, la PR es la base sobre la que se asientan un conjunto de intervenciones que tienen en cuenta diferentes aspectos importantes en el proceso de abandono de una adicción, como la disposición al cambio, la autoeficacia y la motivación (descritos en los siguientes epígrafes), y que, junto a la PR, constituyen los componentes del tratamiento cognitivo-conductual.

## 2.2. Modelos de cambio y autoeficacia

Los modelos de cambio han permitido desarrollar un marco conceptual adecuado para explicar el proceso de abandono de las diferentes conductas adictivas. Estos modelos describen el cambio como proceso un continuo en el que se pueden perfilar y distinguir una serie de etapas. El más influyente, el modelo transteórico de cambio (Prochaska y DiClemente, 1982; 1986; Prochaska et al.,

1992), presenta un abordaje tridimensional que integra estadios (niveles de predisposición que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva: cuándo ocurren los cambios), procesos (actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por una persona para modificar su conducta adictiva: cómo suceden los cambios), y niveles de cambio (que identifican a qué aspectos afecta la conducta problema y dónde se ha de dirigir la intervención: qué cambios). La importancia del modelo en la práctica clínica radica en el énfasis sobre la dimensión temporal en el proceso de cambio. No solo se trata de considerar si una intervención es adecuada en sí misma, sino de si se adecúa al estadio de cambio en el que se encuentra la persona y conocer los procesos de cambio cognitivos y conductuales necesarios para avanzar de un estadio a otro. Se trata de conseguir que las personas que han recaído se reciclen de un modo más eficiente y efectivo. En el caso de aquellas personas ambivalentes respecto de su capacidad de cambiar, el objetivo inmediato es evitar que desciendan a un estadio de cambio anterior (Prochaska et al., 1992).

Los mismos autores del modelo transteórico de cambio aplicaron la teoría de autoeficacia de Bandura (1997) a las conductas adictivas. La autoeficacia es un juicio autorreferido sobre la capacidad para llevar a cabo una conducta o acción concreta. En el ámbito de las conductas adictivas, podría entenderse como el grado de confianza que tienen las personas para conseguir y mantener la abstinencia en diferentes situaciones de riesgo. La aplicación de esta teoría en el tratamiento de los TUS permite el fortalecimiento del propio juicio de capacidad de las personas en tratamiento, para que estas colaboren de un modo más efectivo en la resolución de sus problemas. La importancia de las expectativas de autoeficacia radica en que pueden predecir los cambios o movimientos entre los diferentes estadios de cambio (Becoña y Cortés, 2016).

## 2.3. Motivación

La motivación es otra de las variables relevantes en los procesos de abandono del consumo de drogas. Se considera que la falta de disposición para el cambio constituye una variable susceptible de ser modificada mediante la utilización de cierto tipo de intervenciones. La variable motivación se interpreta a partir de la operativización realizada por Janis y Mann (1977), en la que se describen los componentes de tipo motivacional y cognitivo implicados en todo proceso de toma de decisiones relacionado con un posible cambio conductual. Estos componentes se concretan en los beneficios (pros) y costes (contras), para uno mismo y para los demás, de las diferentes alternativas conductuales (abandonar la conducta adictiva versus continuar consumiendo; i.e., balance decisional). La discusión sobre estos pros y contras tiene gran importancia en los estadios iniciales de cambio. A medida que los individuos evolucionan hacia estadios más avanzados, se estrecha la diferencia entre los pros y los contras, hasta acabar invirtiéndose en favor de las ventajas para iniciar el cambio conductual.

Miller y Rollnick (2015) desarrollaron la entrevista motivacional (véase capítulo 11 de este manual) como un estilo terapéutico no autoritario, aunque sí directivo, para promover la motivación intrínseca hacia el proceso de cambio. La entrevista motivacional busca en último término situar a la persona en el centro de su propio proceso de cambio, tratando de ayudarle a ocuparse de sus problemas y potenciando su percepción de autoeficacia ante los mismos. El uso de la entrevista motivacional durante la primera entrevista es esencial para retener a la persona en el tratamiento, en especial si esta se encuentra ambivalente frente al cambio. La intervención motivacional se basa en los siguientes principios: expresar empatía, crear discrepancia, evitar la discusión, manejar la resistencia y fomentar la autoeficacia.

# 3. PARÁMETROS DE TRATAMIENTO

## 3.1. Características generales

La TCC aglutina un amplio cuerpo de técnicas y procedimientos de intervención psicológica heterogéneos, para abordar los diversos problemas que puedan estar afectando a la persona que presenta una conducta adictiva. La intervención cognitivo-conductual es estructurada y didáctica. En cada sesión se desarrollan actividades guiadas en pro de una meta terapéutica. Las actividades de la sesión incluyen la revisión de ejercicios prácticos, la discusión de dificultades que pueden haber ocurrido desde la última sesión, las observaciones sobre los logros alcanzados hasta ese momento, el entrenamiento de nuevas habilidades, la retroalimentación de habilidades previamente entrenadas y la propuesta de objetivos para la próxima sesión.

Las características básicas de este tipo de enfoque serían las siguientes: *a*) corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia; *b*) procedimiento activo-directivo, esto es, los cambios requieren compromiso y un rol protagonista de la persona en tratamiento, quien no se limita a acudir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana; *c*) el profesional es directivo, y complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión, sino también la acción; *d*) se incluyen tareas para realizar entre las sesiones como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la sesión; *e*) se genera una relación colaboradora entre profesional y cliente, en la que el rol del psicólogo consiste en asesorar y acompañar a través del proceso de cambio que se desea promover; *f*) es una intervención orientada a resolver las conductas problemáticas actuales, aunque pueda ser útil reflexionar sobre los predisponentes de las mismas, y *g*) se considera que la terapia es efectiva en la medida que la persona en tratamiento logre los objetivos terapéuticos propuestos y mejore su calidad de vida.

## 3.2. Objetivos

En el tratamiento cognitivo-conductual se establecen distintos tipos de objetivos:

*a*) Fomentar la motivación para el cambio y la conciencia sobre el problema.
*b*) Mejorar las habilidades de afrontamiento para alcanzar los objetivos del tratamiento (abstinencia o reducción del consumo) y prevenir recaídas, mediante la evaluación de situaciones de alto riesgo y el manejo de deseos o impulsos de consumo (i.e., *craving,* en terminología anglosajona). Es importante manejar eficazmente las caídas y recaídas mediante la identificación de los factores desencadenantes, conceptualizando los «errores» o «lapsos» como oportunidades para aprender nuevas estrategias de afrontamiento, más que como un signo de fracaso personal.
*c*) Cambiar las contingencias de reforzamiento para reducir la conducta adictiva y otras conductas disfuncionales asociadas y sustituirlas por otras más saludables y adaptativas.
*d*) Mejorar el funcionamiento interpersonal y ampliar la red de apoyo social.

### 3.3. Estilo, formato y duración

Los psicólogos adoptan un enfoque empático que se caracteriza por la aceptación, en lugar de imponer metas terapéuticas o precondiciones para el tratamiento (p. ej., la insistencia en la abstinencia como condición para recibir asistencia). También ayudan a cada persona a definir sus propios objetivos, a través de una combinación de aumento de la motivación hacia el cambio, la mejora de las habilidades de afrontamiento y el aumento de la aceptación de la responsabilidad personal (Marlatt et al., 2002).

Las intervenciones pueden aplicarse en varios formatos. A menudo se aplican en formato ambulatorio individual, como un tratamiento estándar, o como un programa de intervención posterior

tras otro programa de tratamiento inicial (por ejemplo, desintoxicación o atención residencial). Este formato permite adecuar las intervenciones a las necesidades concretas de cada caso particular. Las intervenciones también pueden aplicarse en formato grupal. Además, la TCC puede aplicarse conjuntamente con otras intervenciones como el manejo de contingencias (véase capítulo 12), la terapia familiar y/o de pareja (véase capítulo 16) o los tratamientos farmacológicos (véase capítulo 10).

El esquema clásico de desarrollo de las sesiones de TCC es el siguiente: evaluación del estado de la persona, revisión de los problemas y progresos actuales, introducción de nuevos contenidos-habilidades, y planificación de tareas para casa. La frecuencia aconsejable es semanal, incluyendo de forma rutinaria la monitorización de posibles consumos a través de pruebas bioquímicas, como por ejemplo la realización frecuente y pautada de analíticas de orina (1-2 veces por semana; Sánchez-Hervás et al., 2010). El contenido del programa es variable y su aplicación dependerá de las necesidades de cada persona, por lo que el tiempo de dedicación a cada componente puede variar, ampliándolo o acortándolo en función del caso particular.

## 3.4. Estrategias de intervención

Las técnicas de intervención están diseñadas para entrenar a las personas a anticipar y hacer frente a la posibilidad de una caída o recaída. Al inicio se les entrena para reconocer y hacer frente a situaciones de alto riesgo que pueden precipitar una caída y a modificar las cogniciones y emociones asociadas a un consumo aislado (efecto de violación de la abstinencia —EVA— según el modelo de PR) para evitar que este se convierta en una recaída. El modelo de PR distingue entre estrategias de intervención específicas y globales. Las *estrategias de intervención específicas* se centran en los precipitantes inmediatos del proceso de recaída. No obstante, la práctica clínica se extiende más allá de un

microanálisis del proceso y de las situaciones específicas de recaída, e implica el aprendizaje de estrategias globales de autocontrol diseñadas para modificar el estilo de vida, y de estrategias destinadas a identificar y hacer frente a los determinantes encubiertos de recaída (señales de alerta temprana y distorsiones cognitivas). A estos procedimientos se les denomina *estrategias de intervención global*. La tabla 13.1 presenta una lista de las principales estrategias de intervención específicas y globales.

Ambos tipos de estrategias de intervención (específicas y globales) se pueden distribuir en cinco categorías (Marlatt, 2013; Marlatt et al., 2002): *a*) procedimientos de evaluación; *b*) técnicas de *insight*/conciencia; *c*) entrenamiento en habilidades; *d*) estrategias cognitivas, y *e*) modificación del estilo de vida.

TABLA 13.1
*Estrategias de intervención en prevención de recaídas*

| Estrategias de intervención específicas | Estrategias de intervención global |
|---|---|
| — Evaluación de la motivación.<br>— Matriz de balance decisional.<br>— Evaluación de las etapas de cambio.<br>— Historia y susceptibilidad hacia la recaída.<br>— Evaluación de situaciones de alto riesgo.<br>— Afrontamiento de situaciones de alto riesgo.<br>— Evaluación de competencias.<br>— Entrenamiento en afrontamiento.<br>— Resolución de problemas.<br>— Ensayo de recaída.<br>— Manejo del estrés.<br>— Aumento de la concienciación. | — Reequilibrio del estilo de vida.<br>— Afrontar el impulso de consumo (i. e., *craving*).<br>— Control estimular.<br>— Exposición.<br>— Afrontamiento en imaginación.<br>— Autocontrol; registros.<br>— Intervenir sobre: negación, racionalización y decisiones aparentemente irrelevantes (DAIs). |

— Evaluación y mejora de la autoeficacia.
— Aprender a manejar caídas o *lapsos.*
— Manejar el efecto de violación de la abstinencia (EVA).

FUENTEModificado de Marlatt et al., 2002 y Marlatt y Donovan, 2005.

*a*) Los procedimientos de *evaluación* han de tener una utilidad terapéutica, esto es, han de diseñarse para ayudar a que las personas conozcan la naturaleza de sus problemas adictivos en términos objetivos, para evaluar la motivación hacia el cambio, y para la identificación de situaciones de alto riesgo y otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de recaída.

*b*) Las técnicas de *insight/concienciación* están diseñadas para proporcionar creencias alternativas relativas a la naturaleza de su proceso adictivo. Se les ayuda a identificar sus patrones emocionales, de pensamiento y de comportamiento, y la relación con sus hábitos de consumo de drogas y el proceso de cambio.

*c*) Las estrategias de *entrenamiento en habilidades* incluyen la enseñanza de respuestas conductuales y cognitivas para afrontar situaciones de alto riesgo.

*d*) Los procedimientos de *reestructuración cognitiva* están diseñados para proporcionar cogniciones alternativas relacionadas con la naturaleza del proceso de cambio. Con relación a las respuestas conductuales, se pretende entrenar a la persona en el manejo de situaciones de riesgo simuladas mediante técnicas de *role-playing,* así como a reconocer las primeras señales de alerta y reestructurar las reacciones derivadas de una caída inicial (minimizar el efecto violación de la abstinencia-EVA).

*e*) Las estrategias para la *modificación de estilo de vida* (actividades de ocio saludables, manejo adecuado de horarios, relaciones sociales, ejercicio, etc.) están diseñadas para fortalecer la capacidad global de afrontamiento del individuo, y para reducir la frecuencia e intensidad del *craving.*

## 3.5. Proceso de intervención

El punto de partida en la intervención es la evaluación de los patrones de consumo de sustancias, de las situaciones de alto riesgo y de las habilidades de afrontamiento. Otros aspectos importantes en la evaluación son la valoración de la autoeficacia, las actitudes hacia el consumo, la disposición al cambio, la motivación al tratamiento y los factores concomitantes que podrían influir en la intervención (p. ej., problemas psicopatológicos concomitantes o alteraciones neuropsicológicas). Si fuera necesaria una desintoxicación farmacológica, se determinará la elección del recurso terapéutico más adecuado para ello. La evaluación finaliza informando sobre las fases del proceso de intervención y los mecanismos de desintoxicación (de ser necesarios). Se ha de establecer una previsión sobre el proceso farmacológico que se va a realizar, así como una valoración de los síntomas de intoxicación y/o abstinencia que presenta. Conviene valorar las expectativas que tiene la persona sobre esta fase y sobre el proceso de tratamiento en general. Si fuera posible, es importante contar con la colaboración de familiares o personas significativas del entorno inmediato, pues en muchos casos se hará necesaria una intervención familiar y/o de pareja (véase capítulo 16 de este manual).

En la siguiente fase es conveniente valorar el proceso de desintoxicación (que no siempre ha de ser con ayuda farmacológica), y volver a evaluar la presencia de síntomas psicopatológicos asociados tras constatar la abstinencia durante

días y/o semanas (si fuere el caso). Se valorarán los procesos de cambio y se planificará la aplicación del programa de tratamiento.

Al considerar las situaciones de alto riesgo como punto de partida, el psicólogo ha de identificar predisponentes y precipitantes que desencadenaron las recaídas previas, así como las respuestas de afrontamiento disponibles en el repertorio conductual de la persona, con el fin de evitar una futura caída y/o recaída. Se trabaja el reconocimiento de situaciones de alto riesgo como estímulos discriminativos que señalan el riesgo de recaer, y se identifican estrategias conductuales y cognitivas para afrontarlas o minimizar su impacto (Marlatt et al., 2002; Marlatt y Donovan, 2005).

Los procedimientos de autorregistro ofrecen un método eficaz para evaluar las situaciones de alto riesgo, para resaltar las influencias situacionales y los déficits de habilidades de afrontamiento que subyacen a las conductas adictivas. En la evaluación de la autoeficacia se puede solicitar a la persona que liste las situaciones de recaída potenciales y que estime su expectativa subjetiva de afrontarla satisfactoriamente. Las valoraciones a lo largo de un amplio rango de situaciones capacitan al individuo para identificar tanto las situaciones problemáticas como los déficits de habilidades que requieren entrenamiento, así como el establecimiento de metas alcanzables (Kadden y Litt, 2011).

El siguiente paso consiste en aprender a identificar las situaciones de alto riesgo como estímulos discriminativos que señalan la necesidad de un cambio conductual. Cuando se entienden de este modo, dichas situaciones pueden verse como hechos coyunturales en los que es necesario realizar una elección, más que como peligros inevitables e incontrolables a los que hay que resistir (Donovan y Witkiewitz, 2012). Desde esta perspectiva, la elección previa de evitar o acercarse a situaciones arriesgadas se hace más fácil para el individuo. No obstante, la evitación sistemática y perpetua de situaciones de alto riesgo es, en muchos casos, poco realista, por lo que las personas en tratamiento han de adquirir habilidades de afrontamiento que los capaciten para

manejarse en ese tipo de situaciones. Los módulos de intervención para capacitar a las personas en tratamiento en un afrontamiento efectivo incluyen los siguientes contenidos: control de la ansiedad y el estrés, manejo de emociones, higiene del sueño, asertividad, habilidades de comunicación, habilidades sociales generales y habilidades de afrontamiento a situaciones de riesgo específicas. Además de estas áreas, el enfoque de PR incluye el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas que pueden aplicarse y generalizarse a diversas situaciones y áreas problemáticas.

Para aplicar estos protocolos resulta imprescindible desarrollar un programa individualizado de intervención. La selección de técnicas particulares debe hacerse sobre la base de una cuidada evaluación de la situación de cada persona, de su patrón de consumo y estilo de vida. Finalmente, se constatará la abstinencia a través de pruebas bioquímicas a lo largo del tratamiento. Es importante la coordinación con otro tipo de recursos (sanitarios, sociales, educativos, etc.) que estén relacionados con las problemáticas de la persona. En la tabla 13.2 se presenta un esquema orientativo de las fases y las actuaciones en la intervención. Téngase en cuenta que las fases no siguen necesariamente una secuencia lineal en todos los casos. Por ejemplo, la evaluación tiende a ser continua durante todo el proceso, mientras que la coordinación con otros recursos se realiza habitualmente durante toda la intervención.

TABLA 13.2
*Esquema orientativo de tratamiento cognitivo-conductual*

| Fases | Actuaciones |
|---|---|
| **Acogida y evaluación** | — Evaluación de la historia y los patrones de uso de drogas.<br>— Evaluación motivacional.<br>— Evaluación psicopatológica y neuropsicológica.<br>— Psicoeducación acerca del proceso: paciente y familia.<br>— Recursos y alternativas de tratamiento. |

| Fases | Actuaciones |
|---|---|
| | — Monitorización del consumo de drogas*.<br>— Previsión de una posible intervención farmacológica. |
| **Intervención general** | — Motivación hacia el tratamiento y compromiso para el cambio.<br>— Evaluación de necesidades prácticas.<br>— Control estimular.<br>— Hábitos de vida y funcionamiento.<br>— Manejo del *craving*.<br>— Terapia familia y/o pareja.<br>— Terapia individual / terapia de grupo.<br>— Recursos de apoyo adicionales**. |
| **Entrenamiento en habilidades específicas** | — Módulos de intervención específicos: ansiedad, depresión, habilidades sociales, higiene del sueño, solución de problemas. |
| **Mantenimiento y coordinación** | — Reajuste y gestión del estilo de vida: horarios, actividades ocio/tiempo libre, búsqueda de empleo.<br>— Coordinación con otros recursos: social, sanitario, laboral, educativo, legal, etc. |

* Se realiza durante todo el proceso. ** Si es necesario: Comunidad Terapéutica, Centro de Día, Vivienda Tutelada, etc.

## 4. EVIDENCIAS DE EFECTIVIDAD

La TCC se ha convertido, junto con las técnicas de manejo de contingencias, en la orientación psicoterapéutica que ha obtenido mayor evidencia empírica sobre su eficacia para el tratamiento de los TUS (Secades-Villa et al., 2021). Es por ello que se reconoce como una intervención de elección para las conductas adictivas por parte de los más importantes organismos y agencias internacionales, tanto para adultos como para adolescentes (APA, 2009; APP, 2021; NICE, 2007; NIDA, 2020). La eficacia de la TCC ha demostrado mantenerse tras la finalización del tratamiento y en distintas modalidades de intervención (p. ej., individual *vs.* grupo;

hospitalaria *vs.* ambulatorio) (Dalton et al., 2021; Dutra et al., 2008; Magill y Ray, 2009).

En concreto, en el ámbito del **tabaquismo** la TCC se caracteriza por la combinación de varias técnicas, recomendándose los tratamientos intensivos con sesiones semanales de entre 1 hora y 1 hora y media, durante 6-12 semanas (Kotsen et al., 2018; U.S. Department of Health and Human Services, 2020). En las sesiones iniciales se aumenta el compromiso para el cambio mediante el uso de contratos de contingencias o la discusión de razones a favor y en contra de dejar de fumar. En la fase de abandono, una de las técnicas más utilizadas es la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGINA), en la que se pautan cambios de marca de tabaco a otras con menor cantidad de nicotina, y se reduce el número de cigarrillos diarios progresivamente. Otras técnicas utilizadas son el entrenamiento en relajación y el incremento de ejercicio físico, el control estimular, el entrenamiento en solución de problemas y el manejo del estrés. Una vez conseguida la abstinencia inicial, la TCC se dirige a consolidarla a través de la prevención de recaídas en la que se entrenan habilidades de afrontamiento para manejar situaciones de riesgo para fumar, como la anticipación de situaciones de riesgo o el entrenamiento en habilidades de rechazo del consumo, y el apoyo social. Además, es recomendable establecer seguimientos tras finalizar el tratamiento. Un ejemplo de protocolo de TCC con aval de eficacia lo constituye el *Programa para dejar de fumar* (Becoña, 2007), que incluye los componentes anteriormente mencionados.

En cuanto al tratamiento del trastorno por consumo de **cannabis,** la TCC constituye uno de los programas con mayor apoyo empírico y suele incluir de 6 a 12 sesiones, aplicadas tanto en formato individual como grupal para entrenar estrategias de afrontamiento y resolución de problemas (Gates et al., 2016). Estudios recientes destacan que, para aquellos usuarios con elevados niveles de dependencia y trastornos de ansiedad asociados, está especialmente indicado combinar TCC con intervenciones

específicas para reducir la sintomatología ansiosa (Buckner et al., 2021).

La eficacia de las TCC para el abordaje del trastorno por consumo de **alcohol** también ha sido probada en diversos metaanálisis (Carroll y Kiluk, 2017; Magill et al., 2019). Un protocolo de TCC inicialmente desarrollado para esta sustancia y con eficacia probada (Roozen et al., 2004), lo constituye el programa de reforzamiento comunitario (*Community Reinforcement Approach, CRA;* Hunt y Azrin, 1973). El CRA incluye los siguientes componentes: análisis funcional, establecimiento conjunto de los objetivos terapéuticos, entrenamiento en habilidades de solución de problemas, comunicación, asertividad y búsqueda de empleo, asesoramiento del ocio y tiempo libre, prevención de recaídas y asesoramiento de pareja. Las posteriores adaptaciones del CRA para el tratamiento de otras sustancias como la cocaína (García-Fernández et al., 2011) y en otras poblaciones como adolescentes (Godley et al., 2014) también han demostrado una elevada eficacia.

En el ámbito de los **estimulantes,** se han llevado a cabo estudios de eficacia de la TCC y la terapia de PR con una duración habitual de doce semanas de tratamiento. La TCC, basada en el análisis funcional y el entrenamiento en habilidades, ha sido evaluada en personas consumidoras de cocaína, crack y de estimulantes en mantenimiento con metadona. Además, cuando se combinan las terapias TCC y PR con programas de manejo de contingencias se obtienen mejores resultados (De Giorgi et al., 2018). Aunque se recomienda la aplicación de TCC intensivas, se han desarrollado TCC breves con el objetivo de facilitar la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, para consumidores de metanfetamina se han evaluado TCC breves con folletos de autoayuda, a través de mensajes de texto, en formato web junto con la EM e incluso una única sesión de TCC (Harada et al., 2018; Stuart et al., 2020).

Finalmente, para el abordaje de trastorno por consumo de **opiáceos,** la revisión sistemática de Dugosh et al. (2016) evidencia que las intervenciones psicológicas más investigadas fueron el

manejo de contingencias y la TCC. En la mayoría de los estudios, ambas técnicas se combinaron con programas de mantenimiento de metadona, obteniendo resultados positivos en términos de retención y abstinencia.

Además, la investigación durante la última década se ha centrado en facilitar la diseminación de TCC en el ámbito clínico (Carroll, 2014) y en la evaluación de su eficacia junto con otros tipos de intervención (p. ej., Carroll et al., 2012; Ray et al., 2020; Riper et al., 2014), como las técnicas de manejo de contingencias (véase capítulo 12), la entrevista motivacional (véase capítulo 11), las terapias neuropsicológicas (véase capítulo 18), las TCC de tercera generación (véase capítulo 17) o las estrategias farmacológicas (véase capítulo 10). También se ha investigado la utilización de las nuevas tecnologías en el proceso de tratamiento (Carroll et al., 2014; Olmstead et al., 2010; Moore et al., 2015; Shams et al., 2021). Por ejemplo, se ha evaluado la eficacia de una versión informatizada de la terapia cognitivo-conductual (CBT4CBT) para los TUS como un complemento efectivo del tratamiento estándar ambulatorio (Carroll et al., 2008; 2014).

## 5. CONCLUSIONES

A pesar de que los TUS son un fenómeno complejo, existe un acuerdo generalizado en la comunidad científica en conceptualizar las adicciones como un fenómeno biopsicosocial. Esta perspectiva ha derivado en una visión holística respecto a las intervenciones terapéuticas, en la que los tratamientos psicológicos suponen un recurso ineludible.

Es conveniente disponer de modelos de tratamiento que permitan evaluar las necesidades globales de las personas, y que a su vez permitan identificar qué tipo de técnicas y procedimientos de intervención puedan resultar más adecuados para cada caso. En general, la TCC plantea el abordaje de las adicciones a través de un programa global de prevención de recaídas, considerando los

recursos de las personas, y en el que tienen cabida distintas técnicas. El afrontamiento de situaciones de riesgo mediante el aprendizaje de técnicas y el entrenamiento de habilidades puede mejorarse al considerar la predisposición del individuo hacia el cambio, y sus capacidades para hacerlo efectivo. El empleo de estas técnicas supone la adopción por parte de la persona de un papel activo en la planificación y en la toma de decisiones a lo largo del tratamiento, y la asunción de su responsabilidad personal en todas las etapas del programa. El objetivo general es incrementar sus habilidades de afrontamiento y capacidad de autocontrol, así como desarrollar un mayor sentido de confianza, dominio o autoeficacia en sus vidas.

Las recaídas constituyen un gran desafío en el tratamiento de todos los TUS. Su conocimiento se ha incrementado considerablemente en los últimos veinte años, en los que la investigación se ha centrado en la evaluación retrospectiva de los factores que rodean la aparición de episodios de recaída, mediante el uso de las nuevas tecnologías para obtener datos sobre los precipitantes de las recaídas «en tiempo real» (Apsley et al., 2021; Mckay et al., 2006; Zheng et al., 2015). En paralelo al uso de las nuevas tecnologías, la combinación de la TCC con otras técnicas de tratamiento eficaces, y la investigación sobre su efectividad y coste-efectividad en entornos clínicos, constituyen prometedoras áreas de investigación que se están desarrollando en la actualidad.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Miller, R. M., Forcehimes, A. A. y Zweben, A. (2021). *El tratamiento de la adicción. Guía para profesionales*. Desclée de Brouwer.

Secades-Villa, R., González-Roz, A., Weidberg, S. y García-Fernández, G. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos debidos al consumo de sustancias. En E. Fonseca Pedrero (ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: Adultos* (pp. 505-524). Pirámide.

Sobelll, L. C. y Sobell, M. B. (2015). *Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias*. Pirámide.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


APA (2009). *Addictive Behaviors: New Readings on Etiology, Prevention and Treatment*. En A. Marlatt y K. Witkiewitz (eds.), American Psychological Association.

APP (2021). *The American Psychiatric Association Publishing textbook of substance use disorder treatment*. En K. Brady, F. R. Levin, M. Galanter y M. Kleber (eds.), American Psyquiatric Association Publishing.

Apsley, H. B., Cross-Ramirez, M. y Miller, S. E. (2021). Within-person methodology to study the addiction recovery process of women. *Journal of addictive diseases,* 1-5. Advance online publication.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.

Becoña, E. (ed.) (2007). *Programa para dejar de fumar.* Nova Galicia Edicións.

Becoña, E. (2016). La adicción «no» es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo, 37*(2), 118-125.

Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema, 30*(3), 270-275.

Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* Socidrogalcohol.

Buckner, J. D., Morris, P. E. y Zvolensky, M. J. (2021). Integrated cognitive-behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: The impact of severity of cannabis use. *Experimental and clinical psychopharmacology, 29*(3), 272-278.

Butler, A., Chapman, J., Forman. E. y Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26,* 17-31.

Carroll, K. (2014). Lost in translation? Moving contingency management and cognitive behavioral therapy into clinical practice. *Addiction Reviews, 1372,* 94-111.

Carroll, K. M. y Kiluk, B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. Psychology of addictive behaviors: *Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 31*(8), 847-861.

Carroll, K., Ball, S., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T., Nuro, K., Gordon, M., Portnoy, G. y Rousanville, B. (2008). Computer-Assisted Delivery of Cognitive-Behavioral Therapy for Addiction: A Randomized Trial of CBT4CBT. *The American Journal of Psychiatry, 165,* 881-888.

Carroll, K., Kiluk, B., Nich, C., Gordon, M., Portnoy, G., Mrino, B. y Ball, S. (2014). Computer-Assisted Delivery of Cognitive-Behavioral Therapy: Efficacy and Durability of CBT4CBT Among Cocaine-Dependent Individuals Maintained on Methadone. *The American Journal of Psychiatry, 171,* 436-444.

Carroll, K., Nich, C., LaPaglia, D., Peters, E, Easton, C. y Petry, N. (2012). Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: less can be more, more or less. *Addiction, 107,* 1650-1659.

Carroll, K., Rousanville, B. y Keller, D. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 17,* 249-265.

Carroll, K., Rousanville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P. y Gawin, F. (1994). One-year follow-up psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed

emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry, 51,* 989-997.
Cummings, C., Gordon, J. y Marlatt, G. (1980). Relapse: strategies of prevention and prediction. En W. R. Miller (ed.), *The Addicitive Behaviors: Treatment of alcoholism, Drug, Abuse, Smoking and Obesity*. Pergamon Press.
Dalton, K., Bishop, L. y Darcy, S. (2021). Investigating interventions that lead to the highest treatment retention for emerging adults with substance use disorder: A systematic review. *Addictive Behaviors, 122,* 107005.
De Giorgi, R., Cassar, C., Loreto D'alò, G., Ciabattini, M., Minozzi, S., Economou, A., Tambelli, R., Lucchese, F., Saulle, R., Amato, L., Janiri, L. y De Crescenzo, F. (2018). Psychosocial interventions in stimulant use disorders: a systematic review and qualitative synthesis of randomized controlled trials. *Rivista di psichiatria, 53*(5), 233-255.
Donovan, D. y Witkiewitz, K. (2012). Relapse prevention: From radical idea to common practice. *Addiction Research and Theory, 20,* 204-217.
Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M. y Festinger, D. (2016). A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *Journal of Addiction Medicine, 10*(2), 93-103.
Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S., Leyro, T., Powers, M. y Otto, M. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry. 165,* 179-187.
Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García-Cerdán, L., Osma, J., Peris Baquero, Ó. … y Marrero, R. J. (2021). Evidence-Based Psychological Treatments for Adults: A Selective Review. *Psicothema, 33*(2), 188-197.
García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez-López, H., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S. y Higgins, S. T. (2011). Long-term benefits of adding incentives to the community reinforcement approach for cocaine dependence. *European Addiction Research, 17*(3), 139-145.
Gates, P. J., Sabioni, P., Copeland, J., Le Foll, B. y Gowing, L. (2016). Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews, 2016*(5), CD005336.
Godley, S. H., Smith, J. E., Passetti, L. L. y Subramaniam, G. (2014). The Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) as a model paradigm for the management of adolescents with substance use disorders and co-occurring psychiatric disorders. *Substance Abuse, 35*(4), 352-363.
Harada, T., Tsutomi, H., Mori, R. y Wilson, D. B. (2018). Cognitive-behavioural treatment for amphetamine-type stimulants (ATS)-use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12,* CD011315.
Hofmann, S., Asaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36,* 427-440.
Hunt, G. M. y Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy, 11*(1), 91-104.
Janis, I. y Mann, L. (1977). *A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. The Free Press.

Kadden, R. M. y Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors, 36*(12), 1120-1126.

Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y. y Hofmann, S. G. (2018). The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research, 42,* 349-357.

Kotsen, C., Santorelli, M. L., Bloom, E. L., Goldstein, A. O., Ripley-Moffitt, C., Steinberg, M. B., Burke, M. V. y Foulds, J. (2018). A Narrative Review of Intensive Group Tobacco Treatment: Clinical, Research, and U. S. Policy Recommendations. *Nicotine y tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 21*(12),1580-1589.

Magill, M. y Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*(4), 516-527.

Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S. y Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(12), 1093-1105.

Magill, M., Tonigan, J. S., Kiluk, B., Ray, L., Walthers, J. y Carroll, K. (2020). The search for mechanisms of cognitive behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: A systematic review. *Behaviour research and therapy, 131,* 103648.

Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Gossop y M. Casas (eds.), *Recaída y prevención de recaída*. Neurociencias.

Marlatt, G. A. (2013). Alcohol Use and Problem Drinking: A Cognitive-Behavioral Analysis. En P. C. Kendall y S. D. Hollon (eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures* (pp. 319-356). Academic Press.

Marlatt, G. A. y Donovan, D. (2005). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (2nd ed.). Guildorf Press.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. (1980). Determinants of relapses: Implications for the maintenance of behavior change. En P. Davinson y S. Davinson (eds.), *Behavioral Medicine*. Bruner/Mazel.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. (1985). Relapse Prevention: Theoretical rationale and overview model. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (eds.), *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours* (pp. 93-116). Guildorf Press.

Marlatt, G. A., Parks, G. y Witkiewitz, K. (2002). *Clinical guidelines for implementing Relapse Prevention Therapy: A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*. University of Washington, Addictive Behaviors Research Center.

McKay, J., Franklin, T., Patapis, N. y Lynch, K. (2006). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clinical Psychology Review, 26,* 109-127.

McMain, S., Newman, M., Segal, Z. y DeRubeis, R. (2015). Cognitive behavioral therapy: Current status and future research directions. *Psychotherapy Research, 17,* 1-9.

Miller, P. M. (2013). *Principles of addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders.* Academic Press.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar* (3.ª edición). Paidós.

Moore, B. A., Rosen, M. I., Wang, Y., Shen, J., Ablondi, K., Sullivan, A., Guerrero, M., Siqueiros, L., Daar, E. S. y Liu, H. (2015). A Remotely-Delivered CBT and Contingency

Management Therapy for Substance Using People with HIV. *AIDS and Behavior, 19*(2), 156-162.
NICE (2007). *Clinical guideline, CG 51. Drug Misuse. Psychological Interventions*. National Institute of Clinical Excellence. UK.
NIDA (2020). *Principles of Effective Treatment. National Institute on Drug Abuse*. U. S. Department of Health and Human Services.
Olmstead, T., Ostrow, C. y Carroll, K. (2010). Cost-effectiveness of computer-assisted training in cognitive-behavioral therapys an adjunct to standard care for addiction. *Drug and Alcohol Dependence, 110,* 200-207.
Parks, G. y Marlatt, A. (2000). Relapse Prevention Therapy: A Cognitive Behavioral Approach. *The National Psychologist, 9*(5).
Polivy, J. y Herman, C. (2002). If at first you don't succeed: False hopes of self-change. *American Psychologist, 57,* 677-689.
Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19,* 276-278.
Prochaska, J. y DiClemente, C. (1986). The transtheoretical approach. En J. C. Norcross (ed.), *Handbook of eclectic psychoterapy*. Brumer/Mazel.
Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *American Psychologyst, 47,* 1102-1114.
Ray, L. A., Meredith, L. R., Kiluk, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M. y Magill, M. (2020). Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open, 3*(6), e208279.
Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., de Wit, J., Berking, M. y Cuijpers, P. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction, 109*(3), 394-406.
Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A. y Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, *74*(1), 1-13.
Sánchez-Hervás, E., Zacarés, F., Santonja, F., Secades Villa, R., García Rodríguez, O. y Martín, E. (2010). Urine Testing During Treatment Predicts Cocaine Abstinence. *Journal of Psychoactive Drugs, 42,* 347-352.
Secades-Villa, R., González-Roz, A., Weidberg, S. y García-Fernández, G. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos debidos al consumo de sustancias. En E. Fonseca Pedrero (ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: Adultos* (pp. 505-524). Pirámide.
Shams, F., Wong, J., Nikoo, M., Outadi, A., Moazen-Zadeh, E., Kamel, M. M., Song, M. J., Jang, K. L. y Krausz, R. M. (2021). Understanding eHealth Cognitive Behavioral Therapy Targeting Substance Use: Realist Review. *Journal of Medical Internet Research, 23*(1), e20557.
Stuart, A. M., Baker, A. L., Denham, A., Lee, N. K., Hall, A., Oldmeadow, C., Dunlop, A., Bowman, J. y McCarter, K. (2020). Psychological treatment for methamphetamine use and associated psychiatric symptom outcomes: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 109,* 61-79.
U. S. Department of Health and Human Services (2020). *Smoking cessation. A Report of the Surgeon General*. U. S. Department of Health and Human Services.

Witkiewitz, K. y Marlatt, G. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist, 59,* 224-235.

Zamboni, L., Centoni, F., Fusina, F., Mantovani, E., Rubino, F., Lugoboni, F. y Federico, A. (2021). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Techniques for the Treatment of Substance Use Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 209,* 835-845.

Zheng, Y., Cleveland, H. H., Molenaar, P. C. y Harris, K. S. (2015). An Alternative Framework to Investigating and Understanding Intraindividual Processes in Substance Abuse Recovery. *Evaluation Review, 39,* 229-254.

# 14

# Terapias cognitivas

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS,
ANA LÓPEZ DURÁN
Y LORENA CASETE FERNÁNDEZ

## 1. INTRODUCCIÓN

La psicología se ha caracterizado hasta ahora por ser multifacética, en tensión dinámica entre tres poderosas fuerzas en la experiencia humana: hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991). Para los conductistas, la conducta o acción y sus consecuencias determinan la cognición y el afecto; para los cognitivistas, el papel central lo tiene la cognición, de tal modo que «como tú piensas, así sientes y actúas». Finalmente, para los teóricos de la emoción, el sentimiento es lo primario.

Las técnicas cognitivas (TC) aparecen en los años 70 del siglo XX y se consolidan en pocos años. Clínicos como Albert Ellis, Aaron Beck, Donald Meichenbaum, Thomas D´Zurilla o Michael Mahoney iniciaron esta era. Hoy, las TC son esenciales para el tratamiento de las adicciones, con un uso generalizado y eficacia contrastada (Magill et al., 2019). Con el paso del tiempo la denominación de TC se ha ampliado a la de técnicas cognitivo-conductuales, dado que lo habitual es combinar las TC específicas con las de tipo conductual (Wenzel, 2021a), aunque con un marco filosófico de procedimiento y práctica que parte de los elementos internos (los pensamientos, cogniciones, creencias, etc.), que son los que hay que cambiar porque son los que están en la base de los problemas psicopatológicos del individuo. Como indican Alford y Beck (1997),

la terapia cognitiva permite un lenguaje común para la práctica clínica y una aproximación de eclecticismo técnico que lo hace coherente a través de la teoría cognitiva.

Un concepto central para la terapia cognitiva es el de *cognición*. Para Beck et al. (1979), una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del individuo. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene la persona. Por tanto, las cogniciones están supeditadas a estos esquemas. Marzillier (1980) distingue tres elementos de la cognición: los eventos cognitivos, los procesos cognitivos y las estructuras cognitivas. Los *eventos cognitivos* son los pensamientos e imágenes que ocurren en la corriente de conciencia, que son identificables, conscientes; incluiría, por tanto, pensamientos, imágenes y sentimientos. Los *procesos cognitivos* hacen referencia al modo en que transformamos y procesamos los estímulos ambientales, es decir, cómo, automática o inconscientemente, procesamos la información, incluyendo la atención, abstracción y codificación de la información, mecanismos de búsqueda y almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación; estos procesos forman las representaciones mentales y los esquemas. Finalmente, las *estructuras cognitivas* son características cognitivas generales, como las creencias y actitudes, asunciones tácitas, compromisos y significados, que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo. Las estructuras cognitivas pueden estimarse de un esquema que esté implícito u operando a un nivel inconsciente, siendo altamente interdependiente, estando probablemente las estructuras ordenadas jerárquicamente.

Para Ingram y Scott (1990), las terapias cognitivo-conductuales se basan en siete supuestos: 1) los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos *per se;* 2) el aprendizaje está mediado cognitivamente; 3) la cognición media la disfunción emocional y conductual, aunque

esto no implica una interpretación lineal donde la cognición es primaria, sino más bien que las variables cognitivas están interrelacionadas con variables afectivas y conductuales y cualquier disfunción está mediada por esta interacción; 4) algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas; 5) algunas formas de cognición pueden ser alteradas y, por tanto, 6) alterando la cognición podemos cambiar patrones disfuncionales emocionales y conductuales, y 7) ambos métodos de cambio terapéutico, cognitivo y conductual, son deseables y deben ser integrados en la intervención.

Las intervenciones cognitivo-conductuales tienen las siguientes características: 1) las variables cognitivas son importantes mecanismos causales, lo que no implica que no haya también otros mecanismos causales significativos, pero estas variables son importantes en el proceso que facilita el comienzo y curso de un trastorno; 2) a partir de la asunción de que las variables cognitivas son agentes causales, algunos de los métodos y técnicas de la intervención se dirigen específicamente a objetivos cognitivos; 3) se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, particularmente las variables cognitivas; 4) las aproximaciones cognitivo-conductuales emplean tácticas terapéuticas tanto cognitivas como conductuales. Con frecuencia, sin embargo, la estrategia conductual es dirigida a objetivos cognitivos, tal como es el caso de la aproximación de Beck et al. (1979) a la depresión, en donde emplea la asignación de tareas para casa (elemento conductual) para ayudar a modificar los pensamientos y creencias disfuncionales; 5) hay un importante énfasis en la verificación empírica para establecer la eficacia de los procedimientos terapéuticos y ayudar a determinar los procesos por los que estos procedimientos funcionan; también dentro de la terapia, porque se realiza una evaluación objetiva para examinar el progreso terapéutico (por ejemplo, en el tratamiento de la depresión de Beck se recomienda la utilización del Inventario de la depresión de Beck para evaluar objetivamente la presencia y grado de los síntomas depresivos); 6) las aproximaciones cognitivo-conductuales

son habitualmente de tiempo limitado, o al menos no se consideran terapias a largo plazo en el sentido clásico; 7) las aproximaciones cognitivo-conductuales son colaborativas («empirismo colaborativo»), donde el cliente y el terapeuta forman una alianza de trabajo para aliviar el pensamiento y conducta disfuncional; 8) los terapeutas cognitivo-conductuales son activos y directivos, más que pasivos y no directivos, y 9) las aproximaciones cognitivo-conductuales son educacionales en su naturaleza. Esto es, los clientes deben aceptar la validez del modelo cognitivo-conductual de su trastorno, cara a modificar su conducta y cognición disfuncional.

Desde su aparición en los años 70 del pasado siglo se han desarrollado un gran número de terapias cognitivas (Beck, 2020; Dobson y Dozois, 2019; Farmer y Chapman, 2008; Hollon y Beck, 2004; McMullin, 1986; Wenzel, 2021b) que se han aplicado a todo tipo de trastornos, incluyendo los adictivos. Existe un acuerdo generalizado de que las más relevantes, por su utilidad y aplicabilidad clínica, son la terapia racional emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y la terapia de solución de problemas de D'Zurilla. A continuación, se describen las características más relevantes de cada una de ellas en su aplicación a las drogodependencias. Para una revisión más extensa y detallada de estas y otras TC véase Wenzel (2021b).

Además de las terapias cognitivas «clásicas», recientemente se han desarrollado algunas técnicas cognitivas, como el pensamiento episódico futuro (PEF) (Hollis-Hansen et al., 2019), dirigidas a reducir las respuestas compulsivas de los adictos a sustancias. La aplicación de esta técnica se basa en la relación entre el consumo de sustancias y un déficit en la orientación futura o PEF. Sin embargo, aún existen escasas evidencias de la efectividad del PEF en la reducción en el uso o cese del consumo de sustancias y la factibilidad de su aplicación en contextos de tratamiento (González-Roz et al., 2021).

## 2. TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL DE ELLIS

Albert Ellis (1913-2007) fue uno de los padres de la terapia cognitiva o, como él prefería decir, el padre de la terapia racional-emotiva y el abuelo de la terapia cognitiva-conductual (Ellis, 1992). Su libro *Razón y emoción en psicoterapia* (Ellis, 1962) muestra las líneas fundamentales de su pensamiento. Aunque la terapia racional-emotiva, según el propio Ellis (1993b), ya en el año 1955 era altamente cognitiva, positivista y muy activa-directiva, su relevancia no fue clara hasta los años 70, coincidiendo con el boom de la terapia cognitiva y, especialmente, de las aplicaciones de Beck a distintos trastornos emocionales. Al igual que le sucedió a otros terapeutas cognitivos, esta terapia surgió por la insatisfacción de Ellis con el psicoanálisis como técnica de tratamiento. A partir de los años 90 la renombró terapia racional emotivo-conductual (TREC), porque incluyó técnicas conductuales (Dryden, 1995; Ellis, 1993a; Ellis y Dryden, 1987; Ellis y McLaren, 2005; Lega et al., 1997).

La TREC se basa en el esquema ABC para explicar por qué las personas tienen trastornos. (A) es cualquier evento activante que, según las creencias (B) racionales o irracionales que se tengan sobre (A), producirá consecuencias (C) conductuales y emocionales. Las creencias, racionales o irracionales, están en la base de las consecuencias que va a percibir la persona. La terapia se va a centrar, mediante la disputa (D), en cambiar dichas creencias irracionales. Subyacente a lo anterior está una de las ideas centrales de Ellis: muchos de los problemas emocionales que tienen las personas, por no decir todos, se deben a su modo erróneo e irracional de pensar.

Ellis fue uno de los primeros en apuntar que el pensamiento, la emoción y la conducta están íntimamente interrelacionados entre sí y que el cambio en uno de ellos influye en los otros. Se centra en la importancia del cambio cognitivo, de las creencias y pensamientos irracionales, para cambiar los componentes emocionales y conductuales. Las ideas irracionales más comunes que tienen las

personas con trastornos emocionales son las siguientes: 1) uno debe ser amado y aceptado por cualquier persona significativa y relevante de su vida; 2) uno tiene que ser muy competente y eficaz para poderse considerar útil y válido; 3) hay un cierto tipo de gente indeseable y despreciable que debería ser severamente castigada; 4) es terrible y catastrófico que las cosas no sucedan como a uno le gustaría; 5) la desgracia humana se origina por causas externas y la gente no tiene ninguna posibilidad de controlarlas; 6) si algo puede llegar a ser peligroso o terrible, uno debe estar muy preocupado y deberá estar pensando constantemente en la posibilidad de que esto ocurra; 7) es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida; 8) se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar; 9) el pasado lo determina todo, y si algo sucedió y me conmocionó deberá seguir afectándome indefinidamente; 10) uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás, y 11) existe invariablemente una solución precisa y correcta para los problemas, y es terrible si uno no da con esa solución maravillosa.

Estas ideas irracionales pueden sintetizarse en tres: *a*) debo ser competente, adecuado, eficaz y tengo que ganar la aprobación y aceptación de cualquier persona relevante de mi vida; *b*) los demás me deberían tratar con cariño, bondadosamente, cuando yo lo quisiera, y *c*) necesito y tengo que poseer aquellas cosas que realmente quiero.

Entre las TC de la TREC destaca el debate filosófico, la detección de las creencias irracionales y las técnicas de persuasión verbal y diálogo socrático (análisis y evaluación lógica, reducción al absurdo, análisis y evaluación empírica, reacción incrédula del terapeuta, analogías, fantasía racional-emotiva, etc.). Junto a ellas se encuentran técnicas conductuales, técnicas emocionales (p. ej., ataque a la vergüenza) y las tareas para casa. Debemos indicar también que Ellis da una gran importancia a la relación terapéutica, a la empatía con los clientes y a mostrarse activo-directivo con ellos,

con el uso de la dialéctica y del sentido del humor. Lo que se pretende es que el cliente cambie las creencias o pensamientos irracionales, que son los que le crean su problema, y tenga una nueva filosofía de la vida, fruto del cambio tanto emocional como conductual.

## 2.1. Aplicaciones de la terapia racional emotivo-conductual en drogodependencias

La TREC ha sido aplicada a distintos trastornos emocionales (Dryden, 1995; Ellis y Dryden, 1987; Ellis y Grieger, 1976, 1986; Ellis y McLaren, 2005), con buen nivel de eficacia (Davill et al., 2018). Ellis afirma que su terapia responde adecuadamente bien en la fase inicial de disputa con el 30 por 100 de sus pacientes (Ellis et al., 1987), al tiempo que afirma que si la terapia racional-emotiva «no parece trabajar adecuadamente en casos individuales, yo añado otras modalidades terapéuticas» (Ellis, 1989, p. 219), en la línea de las últimas versiones de la TREC (Ellis y McLaren, 2005; Lega et al., 1997).

Ellis y su equipo aplican la TREC a pacientes con problemas de alcoholismo y toxicomanías a través de intervenciones conductuales y cognitivas para desafiar y combatir activamente sus creencias disfuncionales. La TREC ayuda a los pacientes a dejar de consumir alcohol o drogas y, en el proceso de recuperación, a un mejor manejo de la frustración, del malestar emocional y de los pensamientos autoderrotistas. Ellis et al. (1992) describen la aplicación de técnicas específicas a pacientes adictos a sustancias: ejercicios para superar la vergüenza, imaginación, reestructuración cognitiva, afirmaciones de afrontamiento, autodiálogos, aceptación incondicional, *role-playing* y el uso del humor.

Dedica un apartado al trabajo con «facilitadores» (= codependientes), otro a la aplicación de la terapia en comunidad terapéutica y finaliza con un capítulo dirigido a los terapeutas, aportando «competencias de supervivencia».

En el campo de las adicciones, en los últimos años se ha utilizado la TREC más como una parte del tratamiento, junto con otras técnicas, que como el único tratamiento a aplicar. En sus últimas formulaciones (Ellis y McLaren, 2005; Lega et al., 1997) se puede utilizar la TREC adaptando las distintas técnicas a cada caso particular.

## 3. TERAPIA COGNITIVA DE BECK

De modo semejante a Ellis, Aaron T. Beck (1921-2021) fue formado en el campo psicoanalítico y, ante sus limitaciones, se planteó la validación empírica de distintas formulaciones sobre la depresión, aportando un conocimiento esencial sobre esta y los estados emocionales (Beck, 1967, 1976; Beck et al., 1979). Elaboró un modelo cognitivo de la depresión y un tratamiento sumamente efectivo, al que denominó terapia cognitiva, centrado en el cambio cognitivo, aunque dentro del tratamiento se utilizan técnicas conductuales y cognitivas.

Su terapia cognitiva se basa en un modelo cognitivo de la depresión (Beck et al., 1979), en el que considera: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. La tríada cognitiva son tres patrones cognitivos inadecuados presentes en el paciente depresivo: visión negativa acerca de si mismo, tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa y visión negativa acerca de su futuro. El segundo componente son los esquemas, que son las actitudes, supuestos o creencias que tiene la persona y que le permiten transformar los datos que percibe en cogniciones. Dependiendo de los esquemas, la persona desarrollará pensamientos adecuados o inadecuados (pensamientos automáticos negativos en el caso de la depresión). El tercer componente de su modelo cognitivo son los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información, que son los que mantienen la creencia en la validez de los conceptos negativos, y su cambio es un elemento esencial en la terapia. Son seis: *a*) *inferencia*

*arbitraria:* sacar una determinada conclusión, en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión; *b*) *abstracción selectiva:* centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, conceptualizando toda la experiencia basándose en ese fragmento de la realidad; *c*) *generalización excesiva:* elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como inconexas; *d*) *maximización y minimización:* incrementar o disminuir el grado de significación de un suceso o una conducta hasta el punto de distorsionarlo; *e*) *personalización*: tendencia y facilidad para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión, y *f*) *pensamiento absolutista y dicotómico*: tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas sin tener en cuenta los puntos intermedios.

El tratamiento, por tanto, va a centrarse en detectar las cogniciones erróneas y cambiarlas para que la persona pueda procesar más adecuadamente la realidad, lo que permitirá cambiar la triada cognitiva de visión negativa de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro (Hollon y Beck, 2004).

En los últimos años, Beck amplió la utilización de la terapia cognitiva a los trastornos de ansiedad (Beck y Emery, 1985), trastornos por uso de sustancias TUS (Beck et al., 1993), trastornos de personalidad (Beck et al., 1992), trastorno bipolar (Newman et al., 2002), esquizofrenia (Beck et al., 2009; 2020), trastornos de la alimentación y obesidad, trastornos infantiles y de la adolescencia, distintos trastornos de la medicina conductual y psicología de la salud, y problemas maritales (Beck, 1993; Hollon y Beck, 2004).

Aunque la terapia cognitiva de Beck se conoce por este nombre, realmente incluye TC y conductuales. El objetivo es cambiar la forma de pensar del individuo; por ello, ya sea la técnica cognitiva o conductual, se orienta a cambiar inicialmente los pensamientos distorsionados (cogniciones) para luego cambiar el núcleo más

profundo y arraigado, los *esquemas* del individuo, que son los que le permiten transformar los datos de la realidad en elementos para interpretarlos. Como ejemplo, las TC que se incluyen en la terapia cognitiva de la depresión son (Beck et al., 1979): registro diario de pensamientos disfuncionales, comprobación de la realidad, técnicas de reatribución, técnica de solución de problemas, diseño de experimentos, refutación con respuestas racionales y modificación de las suposiciones disfuncionales. Para reducir al principio la grave sintomatología depresiva utiliza otro amplio conjunto de técnicas conductuales, como la programación de actividades, evaluación de la destreza y del placer, ensayo cognitivo, entrenamiento asertivo y representación de papeles.

A continuación, nos centramos en sus técnicas para el tratamiento de las drogodependencias y los trastornos de personalidad, como trastorno frecuentemente presente en los consumidores de drogas.

## 3.1. Aplicaciones de la terapia cognitiva en las drogodependencias

Beck y sus colaboradores han desarrollado un protocolo de tratamiento para las personas dependientes de sustancias psicoactivas mediante terapia cognitiva (Beck et al., 1993), en el cual los factores de predisposición son importantes y están basados en características cognitivas, más que conductuales o biológicas (p. ej., la poca tolerancia ante la frustración). A partir del patrón cognitivo ocurren hechos conductuales (p. ej., consumo) y biológicos (p. ej., síndrome de abstinencia). Las creencias disfuncionales tienen una gran relación con las urgencias al consumo (*craving*), así como con otros problemas emocionales (p. ej., ansiedad, depresión). Lo que la terapia cognitiva va a hacer es modificar los pensamientos y creencias erróneas del individuo y enseñarle técnicas de control. En la tabla 14.1 aparecen las creencias más

comunes de las personas con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.

TABLA 14.1
*Creencias más frecuentes de las personas con problemas de adicción a drogas*

— Necesita la sustancia para funcionar y sentirse normal.
— La sustancia mejora el funcionamiento personal y mental.
— La sustancia crea sentimientos positivos y estimulantes.
— La sustancia incrementa el sentido de dominio.
— La sustancia reduce el afecto negativo.
— La sustancia es tranquilizante.
— La sustancia es la única cosa que reduce las urgencias.

Las creencias y las urgencias son muy relevantes en la terapia cognitiva. Como dicen Beck et al. (1999), «los *significados* que se derivan de las creencias que se ligan a las situaciones son los que causan el *craving* en la persona. Las personas que tienen creencias que no pueden tolerar, como la ansiedad, la disforia o la frustración, por ejemplo, estarán muy atentos a estas sensaciones y construirán expectativas acerca de poder aliviarse de las mismas solo mediante la utilización de drogas o ingiriendo alcohol. Por tanto, cuando aparece una emoción desagradable, la persona intenta neutralizarla utilizando una droga o bebiendo» (p. 84).

Aunque el planteamiento anterior pudiese parecer reduccionista, a nivel práctico no lo es. Junto al peso que se le da a la parte cognitiva, como causa de la explicación del consumo de sustancias, también se consideran aspectos esenciales, como los problemas vitales, evolución desde la infancia, supuestos, estrategias compensadoras, elementos de vulnerabilidad, conducta, etc. De modo semejante, el tratamiento se va a centrar en varios de los aspectos que se relacionan con el problema.

Una sesión terapéutica consta de ocho elementos: 1) establecer la agenda de la sesión; 2) comprobar el estado de ánimo del

individuo; 3) unir los contenidos de la última sesión con la actual; 4) comentar los puntos programados para abordar durante la sesión; 5) diálogo socrático; 6) resúmenes parciales; 7) asignación de actividades para casa entre esa sesión y la próxima, y 8) retroalimentación del paciente sobre la sesión. Es importante que el paciente vaya asumiendo el modelo cognitivo, para que con ello se puedan cambiar sus pensamientos y creencias erróneas o inadecuadas. El análisis de las situaciones de urgencia puede servir para este propósito.

Las técnicas que se utilizan dentro de la terapia cognitiva son semejantes a las que se utilizan para otros trastornos en los que se aplica la terapia cognitiva de Beck, como el diálogo socrático, la reatribución, tareas para casa, análisis de ventajas y desventajas de consumir, identificar y modificar las creencias asociadas con las drogas, la técnica de la flecha descendente, la técnica de imaginación y los autorregistros. También da una gran importancia a la relación terapéutica. Igualmente, utiliza técnicas conductuales, como programación y control de actividades, experimentos conductuales, juego de roles, entrenamiento en relajación, solución de problemas, ejercicio, control de estímulos, etc.

Junto al control de las urgencias y de las creencias asociadas a ellas, conforme avanza el tratamiento cobra más relevancia la práctica de la activación de creencias de control. Con ello se van superando las creencias básicas y los pensamientos automáticos que tiene el individuo sobre su consumo, y pasa a ejercer un mayor control o un completo control sobre los impulsos al consumo. Tampoco se deben dejar de lado todos los problemas que se han ido asociando al consumo de drogas, lo que en ocasiones conduce al individuo a un círculo vicioso de problemas-consumo-incremento de problemas-consumo, etc. De igual modo, da gran relevancia a la presencia de otros trastornos como la depresión, la ira y la ansiedad, y los trastornos de personalidad, que deben ser detectados y tratados para que la persona consiga la abstinencia y la mantenga en el tiempo.

Dado que la caída y la recaída son muy frecuentes en los trastornos adictivos, la terapia cognitiva también le da una gran importancia, en lo que denomina intervención en crisis, siguiendo una adaptación del modelo de Marlatt y Gordon (1985) para la prevención de recaídas.

La utilización de la terapia cognitiva de Beck en el campo de las drogodependencias es amplia. En el ámbito más tradicional del tratamiento de personas con problemas de alcohol, se usa la terapia cognitiva de Beck para el control de la dependencia alcohólica (Wright et al., 1993), identificando y modificando los patrones de pensamiento del paciente, ayudando a reducir o eliminar sentimientos y conductas desfavorables para la propia persona, y de esta manera incrementa su autoeficacia y asertividad para rechazar el consumo de alcohol como alternativa de afrontamiento. En el caso de los pacientes con problemas psiquiátricos, en concreto el colectivo de personas deprimidas con abuso o dependencia de drogas que demandan tratamiento, el enfoque más recomendado es también la terapia cognitiva de Beck, con un abordaje dual en la intervención desde el mismo modelo (Carroll, 1992). La utilización de la terapia cognitiva de Beck como un componente de tratamientos más amplios es habitual (Becoña, 2018; Magill et al., 2019).

## 3.2. La terapia cognitiva en los trastornos de personalidad en adictos

La relación entre consumo de drogas y trastornos de personalidad es un aspecto relevante a tener en cuenta en el diseño del tratamiento. Martínez y Verdejo (2014) recogen las consecuencias de la presencia de trastornos de personalidad en los consumidores de drogas si no se abordan de forma adecuada: dificultad para alcanzar la abstinencia con frecuentes recaídas en el consumo, baja adherencia al tratamiento y abandono del mismo, consumos importantes de otras sustancias diferentes a la que

motiva el tratamiento, uso abusivo y erróneo de los psicofármacos, deterioro de la relación paciente-terapeuta, entre otras.

La eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en los trastornos de personalidad apenas ha sido estudiada, en comparación con el tratamiento de trastornos del eje I. Beck et al. (1992) señalan los aspectos clave del abordaje del tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad: 1) para cambiar las creencias e interpretaciones incorrectas es preciso tiempo y esfuerzo, mayor que el requerido para el abordaje del pensamiento disfuncional característico de los trastornos del eje I; 2) a partir de la evaluación, se recoge la información necesaria para definir el autoconcepto que tiene el individuo, cuáles son las normas y reglas que rigen en su vida y cuál es el concepto que tiene hacia las personas que le rodean; 3) conocer cuáles son las metas subyacentes que persigue el individuo; 4) es importante la relación entre terapeuta y paciente, basada en la cooperación y en el manejo de las reacciones emocionales del paciente que dan más información sobre su sistema de creencias y pensamientos; 5) la flexibilidad dentro de las sesiones, y 6) el abordaje, tanto cognitivo como conductual, requiere más tiempo y esfuerzo que en otro tipo de trastornos, porque los esquemas cognitivos con frecuencia siguen siendo disfuncionales, aun después de desarrollar conductas adaptativas.

Dentro de las técnicas cognitivas que Beck et al. (1992) consideran apropiadas para el tratamiento de los trastornos de personalidad, destacan: 1) el descubrimiento guiado, con el objetivo de que el individuo conozca cuáles son las interpretaciones disfuncionales que utiliza; 2) subrayar las inferencias o distorsiones que realiza el individuo para que sea consciente de que no son razonables algunas pautas automáticas de pensamiento que tiene; 3) el denominado «empirismo cooperativo», es decir, poner a prueba conjuntamente con el paciente la validez de sus creencias, interpretaciones o expectativas; 4) analizar las explicaciones de la conducta de otras personas; 5) sustituir el frecuente pensamiento dicotómico por uno más gradual; 6) la reatribución o reasignación de

la responsabilidad por acciones o resultados; 7) el análisis de los pros y contras de mantener determinadas creencias o conductas; 8) la exageración deliberada con el objetivo de facilitar el análisis de una conclusión disfuncional, y 9) el entrenamiento en solución de problemas.

Respecto a las técnicas conductuales, Beck et al. (1992) señalan tres objetivos de las mismas: 1) abordar de forma directa conductas autodestructivas; 2) trabajar con los pacientes que tienen una capacidad cognitiva deficiente, y 3) diseñar tareas para que el paciente las realice en casa, lo que permite poner a prueba determinadas cogniciones que de otra forma serían difíciles de abordar. Dentro de las técnicas conductuales que proponen para el abordaje de los trastornos de personalidad, destacan: 1) la observación y programación de actividades que van a permitir la identificación y programación de cambios en la conducta; 2) la programación de actividades agradables; 3) para el desarrollo de habilidades se utiliza el ensayo de conductas, el modelado, el entrenamiento en asertividad y la dramatización; 4) el entrenamiento en relajación y distracción conductual para el abordaje de la ansiedad; 5) la exposición a situaciones concretas para el abordaje de esquemas y acciones disfuncionales, y 6) la realización de tareas de forma gradual para que el paciente sea consciente de los cambios que se van produciendo.

## 4. ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Donald Meichenbaum y Joseph Goodman propusieron la técnica autoinstruccional aplicada a niños impulsivos. A partir de ella se elaboró luego el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) (Meichenbaum, 1985; Meichenbaum y Cameron, 1983), dirigido a la intervención en situaciones de estrés y a los problemas asociados. El objetivo del EIE es que el paciente, siguiendo el simil de la vacunación, reciba una inoculación de tensión para que cree «anticuerpos psicológicos», es decir, estrategias y habilidades

personales que puedan ser utilizadas en situaciones de ansiedad y miedo. Meichembaum (1985) conceptualiza el estrés como una transacción entre el individuo y el ambiente mediado cognitivamente. Esto es, enfatiza el contexto cognitivo interpersonal del estrés.

El EIE es una terapia para abordar distintos problemas relacionados con el estrés, que incluye técnicas cognitivas y conductuales. Consta de tres fases (Meichenbaum, 1985; Meichenbaum y Cameron, 1983): 1) conceptualización; 2) adquisición y ensayo de habilidades, y 3) aplicación y seguimiento.

La primera fase, la de conceptualización, tiene como objetivos: establecer una adecuada relación terapéutica y de colaboración entre el terapeuta y el cliente; identificar los problemas y síntomas relacionados con el estrés con una perspectiva situacional; recoger información sobre ello con entrevistas, cuestionarios, autorregistros, técnicas basadas en la imaginación, etc.; evaluar las expectativas del cliente; planificar el tratamiento; explicarle la conceptualización transaccional del estrés, junto con el papel de las cogniciones y las emociones en generar y mantener el estrés, y analizar las posibles resistencias del cliente y la adherencia al tratamiento.

En la segunda fase, la de adquisición y ensayo de habilidades, se entrena a la persona en una serie de técnicas para afrontar las situaciones de estrés (Meichenbaum, 1985): relajación, estrategias cognitivas, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional y negación. Dentro de las estrategias cognitivas incluye la reestructuración cognitiva, tal como plantea Beck et al. (1979) (véase apartado anterior), y que posteriormente Beck desarrolló para problemas de ansiedad (Beck y Emery, 1985). Otra innovación es el papel que le da a la negación que, en la línea de Lazarus y Folkman (1984), es útil en casos en donde el individuo ve imposible ejercer control sobre la situación de estrés. Por tanto, en este sería un medio de autoprotección, al tiempo que facilitaría el gradual acercamiento al estresor.

En la tercera fase, la de aplicación y seguimiento, el paciente tiene que poner en práctica las distintas estrategias que ha aprendido en la fase anterior. Aunque el paso de una a otra fase no es tan claro en la clínica como a nivel conceptual, se va pasando de situaciones más «in vitro», como las denomina Meichenbaum (1985), a situaciones más en vivo, donde finalmente la persona tiene que enfrentarse con el estrés real. Se utilizan para ello estrategias, en orden de aproximación a la vida real, de ensayo imaginativo, ensayo conductual, juego de roles y modelado para, finalmente, llevar a cabo la exposición graduada en vivo. En esta fase también es importante entrenar a la persona en la prevención de la recaída. Este aspecto, importante especialmente desde la conceptualización de Marlatt y Gordon (1985) para la prevención de recaídas en las conductas adictivas, facilita que el éxito conseguido a corto plazo se mantenga a largo plazo. Por ello, también incide en la necesidad de realizar un seguimiento al paciente, normalmente de un año, para comprobar y facilitar el mantenimiento de los cambios.

Respecto a sus aplicaciones, el EIE se aplicó inicialmente a fobias múltiples (Meichembaum, 1977), siendo extendido en los siguientes años a otros trastornos (Meichenbaum y Jaremko, 1983), tales como problemas de hospitalización, dolor crónico, distintos trastornos psicofisiológicos, afrontamiento en niños ante situaciones de estrés, víctimas de violaciones, reclutas, ansiedad social, ira, etc.

## 4.1. Aplicaciones del entrenamiento en inoculación de estrés en drogodependencias

La utilización del entrenamiento en inoculación de estrés en el campo de las drogodependencias ha estado asociado a la presencia de otros problemas, como el manejo de la ira (Awalt et al., 1997), la disminución del estrés psicológico (Harrison, 1983), los trastornos de ansiedad y, de modo particular, en el trastorno de estrés postraumático (Lee et al., 2016; Meichenbaum, 1994).

En el caso de los trastornos de ansiedad, son muy prevalentes en las personas con problemas con el alcohol o drogas ilegales, oscilando entre el 25 y el 60 por 100 en las personas con alcoholismo. Un gran número de pacientes con un trastorno de ansiedad utilizan el alcohol o las drogas para evitar, olvidar o amortiguar dichos trastornos (Barlow, 2002). Debido a la elevada comorbilidad entre ambos trastornos, deben utilizarse técnicas o tratamientos eficaces para ambos, como el entrenamiento en inoculación de estrés.

Los pacientes con TUS y trastorno por estrés postraumático (TEPT) presentan niveles más graves de psicopatología, mayor sintomatología en cada trastorno, más estresores vitales, mayor utilización de cuidados de salud, menos estrategias de afrontamiento efectivas y una peor respuesta al tratamiento. Además, también es frecuente que haya otros trastornos adicionales (p. ej., depresión, trastornos de personalidad, conductas antisociales). La comorbilidad entre TEPT y consumo de sustancias es muy alta, entre el 50 y el 80 por 100. Los estudios indican que tener un TEPT facilita la aparición posterior de un TUS, aunque también se ha encontrado que consumir drogas facilita la aparición posterior de un TEPT.

Como tratamientos eficaces para el TEPT, disponemos de la terapia de exposición; el entrenamiento en manejo de la ansiedad y su combinación con otras terapias cognitivas, en cuyo lugar se encontraría el entrenamiento en inoculación de estrés; la terapia cognitiva y la reestructuración cognitiva; y la desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares, o EMDR (Resick et al., 2008). También es frecuente encontrar la combinación de varios tratamientos para este trastorno. Como ejemplo, en Resick et al. (2008) se describe el tratamiento de un caso de TEPT de un varón de 23 años que utilizó el alcohol y el consumo de drogas ilegales en la adolescencia como estrategia de afrontamiento para superar el suicidio de su mejor amigo, la muerte de su hermano en un accidente de tráfico, el alcoholismo de su padre y el divorcio de

sus padres. Acudió a tratamiento a los 23 años después de desarrollar un TEPT al estallarle una bomba cuando era soldado en Irak. Un caso similar de TEPT y alcoholismo se puede consultar en Echeburúa et al. (2011).

Meichenbaum (1994) ha desarrollado un manual específico para aplicar el entrenamiento en inoculación de estrés al TEPT que también se puede aplicar a los casos con consumo de sustancias asociado.

## 5. TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La terapia de solución de problemas (TSP) fue inicialmente propuesta por D´Zurilla y Goldfried (1971), siendo luego revisada y ampliada hasta nuestros días (D´Zurilla, 1986; D´Zurilla y Nezu, 1982, 1999, 2007; D´Zurilla et al., 2002; Nezu y Nezu, 2018; Nezu et al., 2004; Nezu et al., 2013). Desde su aparición, su aplicación en las intervenciones psicológicas ha ido aumentando. Puede ser utilizada como técnica de tratamiento independiente o como una técnica más dentro de un tratamiento, lo cual ha favorecido su utilización en múltiples tratamientos o paquetes de tratamiento muy conocidos (se utiliza en la terapia cognitiva de Beck, en el entrenamiento en inoculación de estrés, en distintos entrenamientos en habilidades sociales, etc.).

La TSP es un proceso cognitivo, afectivo y conductual a través del cual el individuo aprende a identificar o descubrir soluciones a los problemas específicos que se le van presentando en su vida cotidiana. El objetivo del entrenamiento en solución de problemas es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico. Con la TSP podemos aprender una habilidad general, la cual nos puede permitir un cambio de conducta más positivo, generalizado y permanente. Se lleva a cabo en el ambiente natural del individuo (D'Zurilla y Nezu, 1982), por lo que puede ser considerada al mismo tiempo como un proceso de aprendizaje, una estrategia de afrontamiento general y un método de autocontrol (D´Zurilla y Nezu,

2007). Es útil para abordar cualquier tipo de problema, sean interpersonales (p. ej., problemas financieros, conflictos maritales, disputas familiares), personales e intrapersonales (p. ej., depresión, ansiedad) y sociales o comunitarios (p. ej., conducta criminal, discriminación, malos tratos).

Los tres principales conceptos de la TSP son los de problema, solución y solución de problemas. Por *problema*, o situación problemática, se entiende cualquier situación de la vida, actividad o tarea, esté presente o sea anticipada por el individuo, que demanda una respuesta para el funcionamiento adaptativo, pero para la que no se dispone en este momento de ninguna respuesta efectiva, bien sea porque los obstáculos han surgido recientemente (p. ej., una enfermedad), por demandas a las que no se les puede hacer frente o porque el individuo está en una situación crónica de soledad, aburrimiento, etc. El problema puede originarse dentro del propio individuo (por sus emociones o pensamientos), entre individuos o debido al ambiente. La ambigüedad, la incertidumbre, las demandas conflictivas, la carencia de recursos o la novedad son elementos que pueden estar en la base del problema.

La *solución* es una respuesta de afrontamiento dirigida a alterar la naturaleza del problema, las reacciones emocionales negativas que produce o ambas. Las soluciones efectivas son aquellas respuestas de afrontamiento que no solo permiten lograr tales objetivos, solucionando el problema, sino que al tiempo maximizan otras consecuencias o beneficios positivos y minimizan otras consecuencias o costes negativos. Tiene en cuenta los resultados personales de la solución, junto a los sociales, a corto y a largo plazo.

La *solución de problemas sociales* es el proceso cognitivo-conductual por el que el individuo intenta descubrir soluciones efectivas o adaptativas para su problema concreto, habitualmente causado por el estrés, y para todos los problemas que le surgen en su vida diaria. Es una actividad consciente, racional, que implica esfuerzo y está dirigida a un fin. Con ello pretendemos cambiar la

situación problemática para mejorar, reducir el malestar emocional que produce, o ambas.

Las emociones tienen un importante papel en la TSP (D´Zurilla y Nezu, 1999, 2007; Nezu y Nezu, 2018). Habría tres fuentes principales de activación emocional en la solución de problemas sociales: *a*) la situación problemática objetiva; *b*) la orientación hacia el problema, y *c*) el estilo de solución de problemas. Las respuestas emocionales pueden ser positivas (facilitan el proceso de solución de problemas) o negativas (lo interfieren o inhiben).

Las situaciones problemáticas objetivas, como fuente de activación emocional, son situaciones aversivas o displacenteras, como la pérdida de reforzadores, el conflicto, la frustración, la incontrolabilidad, la ambigüedad, la complejidad o la novedad, o también estímulos dañinos o dolorosos a nivel corporal (p. ej., en una enfermedad o sensación corporal). Todo ello puede generar ansiedad, depresión, ira, etc., en el individuo. La presencia de emociones de tipo positivo podría contrarrestar las negativas.

En cuanto a la orientación hacia el problema, dependiendo de si la persona tiene una baja o alta tolerancia a la incertidumbre o a la frustración, y dificultades o no respecto a quién atribuye la causa de su problema, puede tener emociones positivas y/o negativas. Las emociones positivas aparecen si el individuo ve el problema como una parte normal de su vida y lo encuentra resoluble, y las negativas aparecen cuando ve el problema como algo que le desborda, que no sabe cómo resolverlo o que es irresoluble.

Por último, el estilo de solución de problemas determina el proceso de solución de problemas. Un estilo adaptativo, o estilo de solución de problemas racional, permite solucionar el problema. En cambio, un estilo desadaptativo, el estilo de solución de problemas impulsivo o evitativo, dificulta o imposibilita resolverlo. Existe un tipo adaptativo de solución de problemas, el racional o constructivo, y dos desadaptativos, el impulsivo/descuidado y el evitativo. El estilo de solución de problemas racional incluye cuatro habilidades de solución de problemas: definición y formulación del problema,

generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, e implementación y verificación de la solución. El estilo de solución de problemas impulsivo/descuidado se caracteriza por una respuesta generalizada de tipo impulsivo cuando se enfrenta a la solución de problemas. En el estilo de solución de problemas evitativo no afronta la solución del problema, retrasándola, mostrando pasividad ante la misma o una fuerte dependencia de otras personas, que son las que deciden la solución al problema. Los diferentes estilos, y sus resultados, inciden directamente sobre las emociones, facilitando o inhibiendo el proceso de solución de problemas en aspectos como el reconocimiento del problema, la motivación para resolverlo, las metas, las preferencias de solución, la anticipación de resultados, la probabilidad de que se repitan los mismos problemas en el futuro y la eficiencia de la ejecución de la solución de problemas.

En ocasiones, las respuestas emocionales interfieren tanto en el proceso de solución de problemas que hay que tratarlas con otras técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en inoculación de estrés, la desensibilización sistemática o la relajación. Solo después de manejadas estas respuestas emocionales adecuadamente, pasaríamos a aplicar la TSP.

En función de los tres estilos de solución de problemas (racional, impulsivo o evitativo), de la aplicación del entrenamiento en solución de problemas y de la experiencia acumulada con el mismo, los objetivos específicos que se plantean cuando se lleva a cabo la TSP son: mejorar la orientación positiva hacia los problemas, disminuir la orientación negativa ante los mismos, mejorar la habilidad de solución de problemas racional, disminuir el estilo impulsivo/descuidado y disminuir el estilo evitativo.

Previamente es necesario motivar hacia la adopción de un estilo diferente ante los problemas y en la búsqueda de soluciones. Las TC y conductuales ayudan a que el sujeto tenga una nueva mentalidad y se esfuerce por opciones racionales con menor coste interpersonal y emocional para él.

El modelo de solución de problemas parte de que los trastornos psicopatológicos que padecen las personas, como depresión, ansiedad, ira, problemas interpersonales, síntomas físicos, etc., son consecuencia de conductas de afrontamiento inefectivas o desadaptativas. El estrés psicológico se entiende como una función de las relaciones recíprocas entre dos tipos de eventos vitales estresantes: eventos vitales negativos y problemas de la vida cotidiana. Si la persona es capaz de solucionar adecuadamente los problemas, este factor reduce o minimiza el peso de los eventos anteriores. Cuando la solución de problemas es inefectiva, entonces los problemas emocionales o los problemas psicológicos se incrementan, pudiendo llegar a convertirse en un trastorno clínico. De ahí que, partiendo de este modelo, toda la intervención terapéutica se dirige a mejorar las habilidades de solución de problemas.

## 5.1. Pasos de la terapia en solución de problemas

La TSP consta de cinco pasos que se siguen secuencialmente: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, e implementación y verificación de la solución (véase la tabla 14.2).

Hoy sabemos que la *fase de orientación* hacia el problema es básica. Si no se realiza bien, falla todo el procedimiento. No incluirla puede llevar al fracaso de todo el tratamiento (Nezu et al., 2004).

Es esencial que la persona, antes de intentar solucionar su problema, adopte una actitud positiva y optimista hacia el problema y hacia sus habilidades para resolverlo. En esta fase debemos lograr: fomentar las creencias de autoeficacia, saber reconocer los problemas, ver los problemas como retos, usar y controlar las emociones en la solución de problemas, y aprender a parar y pensar antes de actuar.

Las estrategias de entrenamiento que se utilizan a lo largo de las distintas fases de la TSP son los métodos didácticos, la práctica, el

modelado, el moldeado, el ensayo conductual, el feedback por la ejecución y el reforzamiento positivo.

TABLA 14.2
*Componentes del proceso de solución de problemas*

1. Orientación hacia el problema:
   — Fomentar las creencias de autoeficacia.
   — Saber reconocer los problemas.
   — Ver los problemas como retos.
   — Usar y controlar las emociones en la solución de problemas.
   — Aprender a parar y pensar antes de actuar.
2. Definición y formulación del problema:
   — Recopilar información relevante sobre el problema basada en hechos.
   — Clarificar la naturaleza del problema.
   — Establecer una meta realista de solución de problemas.
   — Reevaluar el significado del problema para el bienestar personal y social del individuo.
3. Generación de soluciones alternativas:
   — Principio de la cantidad.
   — Principio del aplazamiento del juicio.
   — Principio de la variedad.
4. Toma de decisiones:
   — Anticipación de los resultados de la decisión.
   — Evaluar (juzgar y comparar) los resultados de la solución.
   — Preparar un plan para la solución.
5. Puesta en práctica y verificación de la solución:
   — Realización de la conducta elegida.
   — Autobservación de la conducta y/o del resultado.
   — Autoevaluación, comparando el resultado actual con el resultado esperado.
   — Autorreforzamiento.
   — (Si el resultado no ha sido el esperado) Investigar el proceso y hacer los cambios necesarios para llegar a un resultado satisfactorio.

Una vez que el individuo asume que existen problemas y que podemos encontrar soluciones adecuadas para ellos, la *fase de definición y formulación del problema* es de suma importancia. En esta fase los objetivos son: recopilar información relevante sobre el

problema basado en hechos, clarificar la naturaleza del problema, establecer una meta realista de solución de problemas y reevaluar el significado del problema para el bienestar personal y social del individuo.

El objetivo de la fase siguiente, la de *generación de soluciones alternativas,* es llegar a disponer de tantas soluciones alternativas como sea posible. Con ello esperamos maximizar la probabilidad de que la mejor solución posible esté entre ellas. Habitualmente los obstáculos que impiden elaborar alternativas de solución creativas son el hábito y la convención. Los hábitos son negativos si el individuo responde automáticamente ante una situación problemática de un modo que no logra resolver el problema. Sabemos que las primeras soluciones que vienen a la mente no siempre son las mejores. Por ello, en esta fase se utilizan tres principios derivados de la producción divergente de Guildford y de la tormenta de ideas de Osborn: el principio de la cantidad, el principio del aplazamiento del juicio y el principio de la variedad.

El *principio de la cantidad* se refiere a que cuantas más soluciones alternativas se produzcan ante un problema, más calidad de ideas estarán disponibles y con más probabilidad podremos llegar a la mejor solución. El *principio del aplazamiento del juicio* se refiere a que una persona generará mejores soluciones si no tiene que evaluar dichas soluciones en ese momento; además, el juicio tiende a inhibir la imaginación si se usan ambas al mismo tiempo. El *principio de la variedad* afirma que cuanto mayor es el rango o variedad de ideas de solución, más ideas de buena calidad serán descubiertas. Si el cliente encuentra difícil generar soluciones, el terapeuta puede sugerir soluciones irrealistas o claramente inapropiadas. Esto suele servir para que el cliente proporcione más alternativas y que estas sean más realistas. De igual modo, el terapeuta debe favorecer que el cliente se decante por aquellas soluciones que son relevantes y específicas, en contraposición a las poco relevantes, generales, inespecíficas o irrealistas.

Aspectos que dificultan el proceso de formulación de alternativas de solución son: el bloqueo emocional, la ansiedad, la depresión, el llegar siempre a la misma solución, la falta de información, etc. Si este fuese el caso, sería necesario echar mano de otras técnicas como la reestructuración cognitiva, las autoinstrucciones o el entrenamiento en relajación. También son útiles como procedimientos para incrementar la cantidad y calidad de la generación de alternativas utilizar combinaciones, modificaciones o visualización de las que se le van ocurriendo.

El objetivo de la siguiente fase, la de *toma de decisiones,* es evaluar (comparar y juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores) para ponerla(s) en práctica en la situación problemática. La aproximación a la toma de decisiones se basa en dos modelos de decisión teórica: *a*) la teoría de la utilidad esperada, en la cual la elección de la conducta está basada en un análisis racional coste/beneficio, y *b*) la teoría de la perspectiva, que toma en cuenta los efectos de los factores perceptivos y subjetivos sobre la conducta elegida.

En la fase de *puesta en práctica y verificación de la solución* se evalúa el resultado de la solución y se verifica su efectividad en la situación problemática. D´Zurilla (1986) utiliza como marco conceptual en esta fase la teoría de la cibernética del control y la concepción cognitiva-conductual del autocontrol. Esta última consta de cuatro componentes: ejecución, autobservación, autoevaluación y autorreforzamiento.

La *ejecución* se refiere a la puesta en práctica de la solución. Es importante tener en cuenta que la ejecución de una solución elegida en la vida real puede estar influenciada significativamente por otros factores distintos a la capacidad de solución de problemas. Por ejemplo, tener déficits en otra habilidad (p. ej., aptitud académica), déficits en la habilidad de ejecución (p. ej., habilidades sociales), inhibición emocional y déficits motivacionales (p. ej., reforzamiento). De ser necesario, habría que enseñar al individuo las estrategias de

las que carece, como entrenarlo en habilidades sociales, manejo del estrés, eliminar obstáculos, etc.

La *autoobservación* es la observación de la propia conducta de ejecución de la solución y de sus resultados. Esta debe evaluarse de modo objetivo (p. ej., frecuencia, intensidad, duración). En la *autoevaluación* se compara el resultado de la solución observada con el resultado esperado para la solución, basado en el proceso de toma de decisiones. Si la solución ha sido satisfactoria, quedaría el último paso, el del *autorreforzamiento*, donde refuerza a sí mismo por un «trabajo bien hecho». Este refuerzo puede ser tanto una autoafirmación positiva o un refuerzo más tangible, como comprarse un objeto o realizar una actividad, aunque la resolución del problema en sí mismo es un importante reforzador. No solo se refuerza una ejecución de solución de problemas efectiva, sino que también se fortalece el control percibido y las expectativas de autoeficacia, que son muy importantes en la solución de problemas futuros.

Si hay discrepancias entre el resultado de la solución observada y el resultado esperado, se debe buscar la fuente de dicha discrepancia, especialmente si está en el proceso de solución de problemas o en la ejecución de la solución (p. ej., déficit de habilidades, inhibición emocional). Si después de realizar todas las evaluaciones y todas las correcciones se soluciona adecuadamente el problema, el proceso habrá finalizado. Si no se encuentra una salida al problema y no puede aplicar exitosamente las estrategias, habría que ayudarle a concluir que el problema es irresoluble y centrarse en otro tipo de técnicas. El perfeccionismo en la solución de problemas y la incapacidad de aceptar que algunos problemas son irresolubles tal como están formulados, son características de algunas personas, lo que les lleva una y otra vez a no resolver los problemas.

Un elemento importante de la TSP son las tareas para casa. Consisten en la puesta en práctica de las alternativas de solución a las que se van llegando poco a poco a lo largo de todo el proceso de tratamiento.

## 5.2. Aplicaciones de la terapia de solución de problemas en drogodependencias

En la actualidad se dispone de un gran número de estudios que se han realizado con la TSP, sola o como una técnica dentro de un paquete de tratamiento. Las aplicaciones más relevantes de la misma han sido las referidas al tratamiento de la depresión (p. ej., Nezu et al., 1989), junto a trastornos de ansiedad, problemas de estrés y abuso de sustancias (D´Zurilla y Nezu, 2007; Nezu et al., 2004).

La solución de problemas inadecuada media en el consumo de drogas (Jaffee y D´Zurilla, 2009). De ahí que varios estudios han utilizado la TSP en pacientes con problemas de alcoholismo, con dependencia de opiáceos o de otras sustancias (Carey et al., 1990; Platt et al., 1993). En la mayoría de estos estudios suele encontrarse que la TSP mejora aspectos importantes de la vida del individuo, como, por ejemplo, el empleo (D´Zurilla y Nezu, 2007). También, con frecuencia, se ha combinado la TSP con otras terapias conductuales o cognitivas para tratar la comorbilidad asociada (p. ej., trastorno por consumo de sustancias y trastorno límite de la personalidad; Nezu et al., 2004), o se ha utilizado como un componente de un tratamiento más amplio, como se puede ver en Becoña (2008) en el caso de una persona con dependencia de la cocaína. Así, en la mayoría de los manuales de tratamiento de los problemas con el consumo de sustancias psicoactivas, suele incluirse la TSP como uno de sus componentes (p. ej., Becoña et al., 2020; Carroll, 2001).

## 6. CONCLUSIONES

En las últimas décadas, las terapias cognitivas han tenido un importante desarrollo en el ámbito de la psicología clínica y de la salud, incluyendo el campo de las drogodependencias y otras adicciones. Las técnicas cognitivas se emplean a lo largo de las

fases de preparación para el cambio, consecución de la abstinencia y prevención de recaídas. Varias de las técnicas que se han descrito en este capítulo han mostrado gran utilidad para el tratamiento de las adicciones, incluyendo el abordaje de trastornos asociados, como depresión, ansiedad o los trastornos de personalidad. Estas terapias han mostrado ser efectivas y eficientes en el tratamiento de la adicción a sustancias, incluyendo problemas de uso de tabaco, cocaína, cannabis y alcohol (Magill et al., 2019). Todo ello se ha visto favorecido por la denominada «psicología basada en la evidencia» y, más concretamente, por impulso de los estudios de evaluación de los tratamientos psicológicos para distintos trastornos (p. ej., NIDA, 2018).

Además de las terapias descritas en detalle en este capítulo, algunas técnicas cognitivas como el PEF suponen un componente de tratamiento prometedor para la reducción de la toma de decisiones impulsiva implicadas en las conductas adictivas. Sin embargo, las evidencias de su efectividad para el tratamiento de las adicciones son escasas hasta el momento, y su implementación en contextos clínicos es aún limitada (González-Roz et al., 2021).

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Guildford Press (traducción castellana en Paidós, 1995).

Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cocaína, cannabis y heroína*. Síntesis.

Carroll, K. M. (2001). *Un enfoque cognitivo-conductual: el tratamiento de la adicción a la cocaína.* FAD-CITRAN (original 1998)

Nezu, A. M., Nezu, C. M. y D´Zurilla, T. J. (2013). *Problem solving therapy: A treatment manual*. Springer.

Wenzel, A. (ed.) (2021a). *Handbook of cognitive behavioral therapy (vol 1. Overview and Approaches; vol. 2. Applications)*. American Psychological Association.


---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alford, B. A. y Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. Guildford Press.

Awalt, R. M., Reilly, P. M. y Shopshire, M. S. (1997). The angry patient: An intervention for managing angry in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 29,* 353-358.

Barlow, D. H. (2002). The experience of anxiety. Shadow of intelligence or specter of death? En D. H. Barlow (ed.), *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 1-36). Guildford Press.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* Harper & Row.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.

Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 194-198.

Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.

Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D. D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J., Simon, K. M., Padasky, C. Meyer, J. y Trexler, L. (1992). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guildford Press (traducción castellana en Barcelona, Paidós, 1995).

Beck, A. T., Grant, P., Inverso, E., Brinen, A. P. y Perivoliotis, D. (2020). *Revovery-oriented cognitive therapy for serious mental health conditions*. Guildford Press.

Beck, A. T., Rector, N. A., Stolan, N. y Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. Guildford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guildford Press (traducción castellana en Bilbao, Desclée de Brouwer, 1983).

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse.* Guildford Press (traducción castellana en Barcelona, Paidós, 1995).

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós (original 1993).

Beck, J. S. (2020). *Cognitve behavior therapy. Basics and beyons, 2nd ed.* Guildford Press.

Becoña, E. (2008). Terapia de solución de problemas. En F. J. Labrador (coord.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 461-482). Pirámide.

Becoña, E. (2018). *Trastornos adictivos*. Síntesis.

Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cocaína, cannabis y heroína*. Síntesis.

Carey, M. P., Carey, K. B. y Meisler, A. W. (1990). Training mentally ill chemical abusers in social problem solving. *Behavior Therapy, 21,* 511-518.

Carroll, K. M. (1992). Psychotherapy for cocaine abuse: Approaches, evidence, and conceptual models. En T. R. Kosten y H. D. Kleber (eds.), *Clinician´s guide to cocaine addiction: theory, research, and treatment* (pp. 290-313). Guilford Press.

Carroll, K. M. (2001). *Un enfoque cognitivo-conductual: el tratamiento de la adicción a la cocaína*. FAD-CITRAN (original 1998).

David, D., Cotet, C., Matu, S., Mogoase, C. y Stefan, S. (2018). 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74,* 304-318.

Dobson, K. S. y Dozois, D. J. A. (eds.) (2019). *Handbook of cognitive behavioral therapies, 4th edition.* Guildford Press.

Dryden, W. (1995). *Brief rational emotive behaviour therapy*. Wiley.

D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical interventions.* Springer.

D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78,* 107-126.

D' Zurilla, T. J. y Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. En P. C. Kendall (ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy, vol. 1* (pp. 201-274). Academic Press.

D´Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (1999). *Problem solving therapy. A social competence approach to clinical intervention (2nd. ed.)*. Springer Publishing.

D´Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (2007). *Problem solving therapy. A positive approach to clinical intervention (3rd. ed.)*. Springer Publishing.

D´Zurilla, T. J., Nezu, A. M. y Maydeu-Olivares, A. (2002). *Manual for the social problem solving inventory revised*. Multi-Health System.

Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (2011). Trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo. En V. E. Caballo, J. C. Salazar y J. A. Carrobles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 266-285). Pirámide.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* Secaucus, Citadel (traducción castellana en Desclée de Brouwer, 1980).

Ellis, A. (1989). Comments on my critics. En M. E. Bernard y R. DiDouseppe (eds.), *Inside rational-emotive therapy: A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis* (pp. 199-233). Academic Press.

Ellis, A. (1992). My early experiences in developing the practice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 23,* 7-10.

Ellis, A. (1993a). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *The Behavior Therapist, 16,* 257-258.

Ellis, A. (1993b). Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 199-201.

Ellis, A. y Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy.* Springer (traducción castellana en Desclée de Brouwer, 1989).

Ellis, A. y Grieger, R. (eds.) (1976). *Handbook of rational-emotive therapy*. Springer (traducción castellana en Desclée de Brouwer, 1981).

Ellis, A. y Grieger, R. (eds.) (1986). *Handbook of rational-emotive therapy, vol. 2*. Springer (traducción castellana en Desclée de Brouwer, 1990).

Ellis, A. y McLaren, C. (eds.) (2005). *Rational emotibve thearpy: A therapist guide, 2nd ed*. Impact Publishers.

Ellis A., McInerney, J. F., DiGiuseppe, R. y Yeager, R. J. (1992). *Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos.* Desclée de Brouwer (original 1988).

Ellis, A., Young, J. y Lockwood, G. (1987). Cognitive therapy and rational-emotive therapy: A dialogue. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 1,* 205-255.

Farmer, R. F. y Chapman, A. L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy. Practical guidance for putting theory in action*. American Psychological Association.

González-Roz, A., Aonso-Diego, G. y Secades-Villa, R. (2021). Pensamiento episódico futuro para el tratamiento de las adicciones a examen: conceptualización y evidencias de su efectividad. *Revista Española de Drogodependencias, 46,* 4, 29-47.

Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39). Pergamon Press.

Hollis-Hansen, K., O'Donnell, S. E., Seidman, J. S., Brande, S. J. y Epstein, L. H. (2019). Improvements in episodic future thinking methodology: establishing a standardized episodic thinking control. *Plos One, 14,* 3, e0214397.

Hollon, S. D. y Beck, A. T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. En M. J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield´s handbook of psychotherapy and behavior change 5th ed.* (pp. 447-492). Wiley.

Ingram, R. E. y Scott, W. D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (eds.), *International handbook of behavior modification and therapy,* 2nd ed. (pp. 53-65). Plenum Press.

Jaffee, W. B. y D´Zurilla, T. J. (2009). Personality, problem solving, and adolescent substance use. *Behavior Therapy, 40,* 93-101.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* Springer (traducción castellana en Martinez Roca, 1986).

Lee, D. U., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M. y Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety, 33,* 792-806.

Lega, L. I., Caballo, V. E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual.* Siglo XXI.

Magill, M., Ray, OL., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S. y Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87,* 1093-1105.

Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy.* Basic Books.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guildford Press.

Martínez, J. M. y Verdejo, A. (2014). *Drogodependientes con trastornos de personalidad. Guía de intervenciones psicológicas.* Biblioteca Nueva.

Marzillier, J. S. (1980). Cognitive therapy and behavioural practice. *Behaviour Research and Therapy, 18,* 249-258.

McMullin, R. E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques.* Norton and Company.

Meichembaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach.* Plenum.

Meichembaum, D. (1985). *Stress inoculation training.* Pergamon.

Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with posttraumatic stress disorder (PTSD).* Institute Press.

Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichembaum y M. E. Jaremko (eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 115-157). Plenum Press.

Meichembaum, D. y Jaremko, M. E. (eds.) (1983). *Stress reduction and prevention*. Guildford Press.

Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A. y Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach.* American Psychological Association.

Nezu, A. M. y Nezu, C. M. (2018). *Emotion-centered problem-solving therapy. Treatment guidelines.* Springer.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. y D´Zurilla, T. J. (2013). *Problem solving therapy: A treatment manual.* Springer.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. R. (2004). *Cognitive behavioral case formulation and treatment design: A problem-solving approach*. Springer Publishing.

Nezu, A. M, Nezu, C. M. y Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research and clinical guidelines*. Wiley.

NIDA (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3rd ed.).* National Institute on Drug Abuse.

Platt, J. J., Husband, S. D., Hermalin, J., Cater, J. y Metzger, D. S. (1993). Cognitive problem-solving employment readiness intervention for methadone clients. *Journal of Psychotherapy, 7,* 21-33.

Resick, P. A., Monson, C. M. y Rizvi, S. L. (2008). Posttraumatic stress disordrs. En D. H. Barlow (ed.), *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual* (4th ed., 65-122). Guildford Press.

Wenzel, A. (ed.) (2021a). *Handbook of cognitive behavioral therapy. 1. Overview and approaches*. American Psychological Association.

Wenzel, A. (ed.) (2021b). *Handbook of cognitive behavioral therapy. 2. Applications*. American Psychological Association.

Wright, F. T., Beck, A. T. y Newman, C. (1993). Cognitive Therapy of substance abuse: Theoretical rationale. *NIDA Monography, 133,* 123-146.

# 15

# Técnicas de exposición a estímulos

MARTA FERRER GARCÍA,
IRENE PERICOT-VALVERDE
Y JOSÉ GUTIÉRREZ MALDONADO

## 1. INTRODUCCIÓN

La teoría de exposición a estímulos propone el condicionamiento clásico como uno de los mecanismos que permiten explicar la conducta de abuso de sustancias. Esto es, estímulos originalmente neutros que preceden o acompañan dicha conducta pueden, después de asociaciones repetidas, llegar a provocar respuestas condicionadas de activación que aumenten la probabilidad de consumo. Los tratamientos basados en este paradigma están orientados a reducir esa reactividad mediante procedimientos de extinción. La intervención consiste en la exposición repetida a estímulos asociados con la droga, impidiendo su consumo (prevención de respuesta), con la consiguiente extinción de las respuestas condicionadas. La respuesta condicionada más habitual es el deseo incontrolable de consumo, o *craving,* que es, en muchas ocasiones, el precipitante de las recaídas. En algunas intervenciones, la exposición pasiva constituye la primera fase de la intervención, complementada a continuación por estrategias activas, como, por ejemplo, entrenamiento en habilidades sociales o de afrontamiento. Son técnicas orientadas fundamentalmente a la prevención de recaídas, que pueden y deben ser incorporadas en programas de tratamiento más amplios que proporcionan a los

pacientes las estrategias necesarias para iniciar y mantener la abstinencia a largo plazo.

En este capítulo se revisarán las bases teóricas de las técnicas de exposición a señales (TE), los aspectos metodológicos a tener en cuenta para su aplicación y los estudios que se han llevado a cabo en adicciones a diferentes sustancias.

## 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En la actualidad se cuenta con tratamientos psicológicos eficaces para el abuso y dependencia de sustancias (American Psychiatric Association, 2006; Secades Villa y Fernández Hermida, 2003). Los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) basados en el modelo de prevención de recaídas y las intervenciones de manejo de contingencias han demostrado su utilidad para promover la abstinencia en pacientes con adicciones a diversas sustancias. No obstante, las recaídas tras un período de abstinencia, bien durante el tratamiento, bien tras el alta terapéutica, son un fenómeno frecuente. Las recaídas se producen, por definición, en presencia de la sustancia y, en general, tienen lugar en contextos y situaciones previamente asociados con su consumo.

La teoría de exposición a estímulos explica este fenómeno a través de procesos de condicionamiento clásico. Desde este modelo, un estímulo neutro (EN) que se empareje repetidas veces con el consumo de una sustancia (EI), se convierte en un estímulo condicionado (EC) que puede producir en el futuro una respuesta condicionada (RC) que incremente la probabilidad de consumo. La naturaleza de la RC, no obstante, parece estar aún sin aclarar. En ocasiones la RC toma la misma forma que la RI (efectos similares a los producidos por la sustancia), pero otro resultado puede ser una RC de signo contrario a la RI, o una respuesta similar a los síntomas propios del síndrome de abstinencia. El primer modelo, conocido como modelo apetitivo-motivacional condicionado (Stewart et al., 1984) se apoya en el efecto de las drogas como reforzador positivo.

En concreto, los EC provocarían estados fisiológicos y motivacionales positivos, consistentes con las RI propias de las sustancias, incrementando la probabilidad de consumo por un proceso de reforzamiento condicionado. Por su parte, el modelo de tolerancia condicionada o respuesta condicionada compensatoria propone que las respuestas psicofisiológicas producidas por el EC serán de signo contrario al producido por la sustancia, o en todo caso similares al síndrome de abstinencia, produciendo así la necesidad de consumo (Siegel, 1979). Este modelo se apoya en la existencia de respuestas condicionadas compensatorias (RCC) de naturaleza inversa a la RI. A pesar de la aparente falta de acuerdo en uno de los puntos clave del modelo de exposición a señales, no debe entenderse esto como una contradicción, ya que las drogas tienen múltiples efectos y el condicionamiento puede producirse de forma simultánea a distintos niveles (Graña Gómez, 1994).

Tampoco debe olvidarse que los estímulos asociados al consumo de sustancias pueden adquirir tanto funciones de EC, según lo explicado, como de estímulo discriminativo indicador de la disponibilidad de la sustancia (reforzador positivo), dentro de un modelo operante. Por tanto, la teoría de exposición a señales no debe entenderse como alternativa a otras explicaciones basadas en las teorías del aprendizaje social o del condicionamiento operante. Al igual que otras muchas conductas, el consumo de sustancias, y más concretamente las recaídas, pueden y deben explicarse como un fenómeno multicausal, por lo que la conjunción de estos paradigmas es necesaria para una explicación completa del proceso adictivo.

Sea como fuere, la exposición a estímulos relacionados con el consumo de sustancias se ha relacionado directamente con respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras que pueden llevar a la búsqueda y consumo de la droga. Las respuestas fisiológicas asociadas con la exposición a esos estímulos incluyen alteraciones en la frecuencia cardiaca, en la temperatura superficial, en la salivación, en la conductancia y resistencia electrodérmica o en la

frecuencia de parpadeo (Carter y Tiffany, 1999). Recientemente, la utilización de técnicas de neuroimagen ha permitido conocer las áreas cerebrales que se activan durante la exposición a señales (Ekhtiari et al., 2016). De acuerdo con algunos estudios, parece que estos circuitos, principalmente el núcleo accumbens, el córtex orbitofrontal, el giro anterior del cíngulo y la ínsula, no son diferentes a los que se activan ante otros tipos de estímulos apetitivos o reforzantes (Hommer, 1999). En la actualidad, existe ya un gran número estudios publicados con análisis del efecto de la exposición a señales mediante técnicas de neuroimagen, en los que se muestra que la actividad en ciertas áreas del cerebro está asociada con la gravedad de la adicción (Sjoerds et al., 2014; Smolka et al., 2006), correlaciona con el pronóstico de recuperación a largo plazo (Kosten et al., 2006; Janes et al., 2010), predice la respuesta a intervenciones específicas (Courtney et al., 2016; Mann et al., 2014) y puede usarse como una medida indirecta de la efectividad de diferentes intervenciones en ensayos clínicos (Lukas et al., 2013; Sadraee et al., 2021).

Las respuestas cognitivas hacen referencia a un deseo irresistible de consumo de la sustancia, o *craving,* así como a expectativas relacionadas con la sustancia o pensamientos relacionados con la autoeficacia. En la mayoría de los estudios son estas respuestas cognitivas o, en todo caso, las fisiológicas, como correlato de estas, las que se han tomado como medida de reactividad. Por su parte, la respuesta motora haría referencia a la autoadministración de la sustancia. A pesar de que la utilidad de cualquier tipo de intervención debería ir dirigida precisamente a modificar esas conductas de autoadministración, pocos estudios han evaluado la reactividad en estos términos, prevaleciendo el interés por supuestas variables intermedias, como las cognitivas o las fisiológicas, sobre el propio consumo de la sustancia.

Por otra parte, el tipo de estímulos que pueden adquirir funciones respondientes y provocar las respuestas mencionadas son múltiples. Determinados estados de ánimo (euforia, tristeza, ira,

miedo), así como ciertos pensamientos relacionados con la sustancia o los síntomas propios del síndrome de abstinencia, pueden funcionar como estímulos interoceptivos potencialmente condicionables. Junto a estos, los estímulos exteroceptivos pueden dividirse en señales proximales y distales (Conklin, 2006). Las señales proximales harían referencia a objetos o personas estrechamente relacionadas con el uso de la sustancia, tales como jeringuillas, parafernalia, ceniceros, mecheros o personas consumiendo, entre otros muchos estímulos posibles. Las señales distales se referirían a situaciones más amplias y complejas, como ciertos momentos del día o diferentes contextos que conformarían los entornos típicos de consumo, como, por ejemplo, estar en una fiesta, estar con amigos, tomar un café, etc.

La teoría de exposición a señales ha tenido dos vertientes diferenciadas en el ámbito de la investigación. Por una parte, los estudios en los que se presentan estímulos relacionados con el uso de una sustancia y se evalúan diferentes respuestas (cognitivas, fisiológicas o motoras) suponen un campo fructífero dentro de la investigación básica para estudiar diferencias individuales que puedan afectar a las RC (Niaura et al., 1998; Sterling et al., 2004), el efecto de la manipulación de diferentes parámetros de la exposición (Conklin y Tiffany, 2001; Field et al., 2005) y el efecto de diferentes fármacos (Modesto-Lowe y Kranzler, 1999; Reid y Thakkar, 2009; Santa Ana et al., 2009). Desde un punto de vista aplicado y orientado al tratamiento de las conductas adictivas, las TE a señales tratarían de extinguir las RC producidas por los EC, a través de la exposición repetida a dichos estímulos en ausencia del consumo de la sustancia (prevención de respuesta).

## 3. PARÁMETROS DE LA EXPOSICIÓN

Las TE han demostrado su eficacia en el tratamiento de diferentes trastornos psicopatológicos, estableciéndose como opciones de primera elección, bien de forma aislada, bien dentro de

programas multicomponentes, en la mayoría de los trastornos de ansiedad (Pérez Álvarez et al., 2003). Las diferentes modalidades de exposición, así como los parámetros apropiados para estos trastornos, están bien establecidos y pueden servir como guía para desarrollar procedimientos de exposición a señales en adicciones. No obstante, es necesario tener en cuenta que determinadas técnicas, como por ejemplo la inundación, o algunos parámetros que se manejan en los trastornos de ansiedad, pueden no ser los más adecuados en la exposición a señales en adicciones. No debe olvidarse que, desde un punto de vista estrictamente respondiente, el número de asociaciones entre el EI y el EC es superior en el caso de las drogodependencias, lo que puede influir en los parámetros indicados para la extinción. Además, a pesar de que se ha comprobado que la exposición a señales en contextos experimentales no incrementa la búsqueda de sustancias tras la exposición (DeSantis et al., 2009), es necesario establecer mecanismos de extinción adecuados que eviten posibles consumos no deseados o recaídas tras la intervención debidos a la propia exposición.

Aunque algunos estudios muestran resultados esperanzadores, aún existen bastantes dudas sobre los parámetros de la exposición, que deberían ser resueltas con investigaciones bien controladas; por ejemplo, el tiempo de exposición con relación a la abstinencia y al uso de la droga, la duración y la frecuencia de las sesiones para asegurar la habituación, la selección de las señales o el método de presentación de estas.

La modalidad de presentación de las señales puede ser muy diversa. Los diferentes modos que se describen a continuación no han sido utilizados necesariamente en protocolos de tratamiento; la mayor parte de ellos corresponden a experimentos cuyo objetivo ha sido evaluar la reactividad, no la extinción de la RC.

Muchos estudios han utilizado modalidades de exposición *in vivo* de señales proximales; por ejemplo, ver o sujetar un cigarrillo o un mechero, ver o manipular una botella de cierta bebida alcohólica,

manipular parafernalia relacionada con la administración intravenosa de heroína, o incluso tomar un pequeño sorbo de la bebida preferida como señal gustativa y olfativa (Drummond y Glautier, 1994; Kasvikis et al., 1991; LaRowe et al., 2007; Upadhyaya et al., 2006). El uso de señales proximales *in vivo* tiene la ventaja de que dichas señales son comunes a todos los consumidores o, en todo caso, fácilmente individualizables (p, ej. marca de tabaco o tipo de bebida alcohólica), pero tiene la desventaja de no representar la complejidad de estímulos que pueden condicionarse, como determinados lugares, momentos del día o situaciones frecuentemente mencionadas por los pacientes.

El uso de fotografías en las que se muestra a personas consumiendo, situaciones o contextos habituales de consumo, rituales de compra o preparación de la sustancia (Pollak et al., 2021; Carter et al., 2006; Lubman et al., 2009) tiene la ventaja de incluir tanto señales proximales como distales. Sin embargo, la vivencia en primera persona de la situación es baja, dado que el único canal de presentación es visual. Los vídeos, por su parte, añadirían a las fotografías la presentación de información sensorial auditiva y no únicamente visual (Bernaldo de Quirós Aragón et al., 2005; Streeter et al., 2002; Tong et al., 2007), pudiendo incrementarse la sensación de realismo.

Al igual que en los trastornos de ansiedad, el uso de la imaginación es otra de las alternativas para realizar la exposición (Conklin y Tiffany, 2001), pero sus ventajas e inconvenientes son conocidos. En este caso, la imaginación permitiría una exposición tanto a señales proximales como distales, y más cercana a la situación natural de cada paciente, frente a modalidades prefijadas como las fotografías o los vídeos, pero la falta de control sobre lo que el paciente imagina y las diferencias individuales en la capacidad de visualización limitan seriamente la eficacia de esta modalidad.

Un campo de investigación reciente se interesa por el desarrollo de nuevos procedimientos de exposición haciendo uso de

tecnologías como la realidad virtual (RV). La expresión RV hace referencia a aquella tecnología informática que genera entornos tridimensionales inmersivos con los que el usuario interactúa en tiempo real, produciéndose de esa manera una ilusión de presencia en el mundo virtual (Gutiérrez-Maldonado, 2002). La principal ventaja de esta tecnología frente a otros métodos de presentación de señales es que los pacientes tienen la sensación de formar parte de los entornos, incrementando así la validez ecológica del estudio o del tratamiento. Esta tecnología, que ya ha demostrado su utilidad en otros problemas tales como las fobias específicas, los trastornos alimentarios, el dolor crónico o la rehabilitación psíquica y psicomotora (Gregg y Tarrier, 2007; Riva, 2022) parece presentarse como una alternativa prometedora para el desarrollo de procedimientos de exposición a señales (Bordnick y Washburn, 2019; Ferrer-Garcia et al., 2010; García-Rodríguez et al., 2009; Lee et al., 2007; Saladin et al., 2006; Lebiecka et al., 2021).

Por último, la alternativa de realizar exposiciones *in vivo* en los contextos reales de consumo ha sido la menos estudiada, probablemente debido a los inconvenientes asociados a este tipo de exposición (alto coste, escaso control sobre los parámetros, etc.). Además, la mayoría de los estudios que se han realizado en contextos naturales han tenido como objetivo fundamental analizar las situaciones que precipitan el consumo y las respuestas ante dichos precipitantes, y no tanto la exposición para la extinción de respuestas (Epstein et al., 2009; Shiffman et al., 1996). No obstante, algunos estudios han utilizado la exposición en contextos naturales como tareas para casa, después de la exposición a señales proximales en la consulta (Kavanagh et al., 2006).

Uno de los problemas metodológicos que se presentan para aclarar qué tipo de modalidad es la más adecuada según la literatura es que en ocasiones se han utilizado varios tipos de exposición en el mismo estudio (estímulos *in vivo*, imaginación, vídeos, fotografías), lo que no permite discernir el efecto de las modalidades de presentación.

En la tabla 15.1 se resumen las características de las diferentes modalidades de presentación de las señales.

TABLA 15.1
*Características de las modalidades de presentación de estímulos*

| | Estímulos *in vivo* en consulta | Fotografías | Vídeos | Imaginación | Realidad Virtual | Contextos naturales *in vivo* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Señales proximales** | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| **Señales distales** | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| **Individualización** | Alta | Media | Baja | Alta | Media | Alta |
| **Control de los parámetros de exposición** | Alta | Alta | Alta | Baja | Alta | Media |
| **Varios canales de información** | Sí (Visual, auditivo, táctil y olfativo). | No (Visual). | Sí (Visual y auditivo). | Sí (Depende de la capacidad del sujeto). | Sí (Visual y auditivo; olfativo y táctil en sistemas avanzados). | Sí (Visual, auditivo, táctil y olfativo). |
| **Coste** | Bajo | Bajo | Medio | Bajo | Medio-alto | Alto |

Respecto a los procedimientos utilizados, la literatura sobre exposición a señales en adicciones es mucho más escasa que en otros trastornos, y no existe un consenso acerca de cuáles son los parámetros adecuados (duración de la exposición, intensidad o saliencia de los estímulos, criterios de extinción, etc.). Los estudios publicados difieren en el procedimiento utilizado, hasta el punto de que prácticamente cada estudio establece su propio protocolo, con la dificultad que esto supone a la hora de comparar resultados. Los estudios clínicos que han utilizado TE siguen, aunque con una gran variabilidad, los siguientes pasos (Graña Gómez, 1994):

1. Selección individual de las señales a las que se expondrá cada paciente en función de su historia de consumo y/o preferencias. Pueden utilizarse listados de situaciones, objetos, personas o momentos del día en los que el paciente

califica su deseo de consumo para cada uno de ellos. Otra forma con mejor validez ecológica serían los autorregistros, que pueden realizarse, por ejemplo, durante la semana anterior a iniciar el procedimiento. En estos registros, el paciente anota la situación en la que se encuentra y describe los estímulos presentes (dónde, cuándo, con quién, qué hacía, qué pensaba, etc.) y cuán intenso fue el deseo de consumo.

2. Elaboración de una jerarquía de exposición. En función de la información recogida en la fase previa, se elabora una jerarquía individual para cada paciente con el objetivo de ir extinguiendo las respuestas de *craving,* comenzando por las situaciones que producen menos deseo y siguiendo en orden ascendente.
3. Selección del tipo de respuesta que se tendrá en cuenta para evaluar la reactividad. Por lo general, se utiliza el deseo subjetivo de consumo o *craving*.
4. Selección del criterio de extinción. Es necesario determinar cuál va a ser la magnitud del objetivo de reducción para las sesiones. Dependiendo de la medida de línea base y de la reactividad que lleguen a producir las señales, puede optarse por una reducción porcentual (generalmente en torno al 50 por 100) de la reactividad máxima producida durante la sesión, o por una recuperación de la línea base.
5. Exposición a los ítems de la jerarquía. Las sesiones suelen tener una duración de unos 45 minutos, dependiendo del formato de presentación. No obstante, no se recomienda que la exposición finalice hasta que se produzcan respuestas claras de habituación. Igualmente, para pasar de un ítem de la jerarquía al siguiente es necesario que se haya extinguido con éxito la RC ante el primero.
6. La exposición puede ser totalmente pasiva, en la que únicamente se buscan respuestas de habituación, o activa, donde la exposición se acompaña de estrategias de afrontamiento entrenadas previamente.

7. Durante la exposición, es necesario garantizar que el paciente no realice conductas de evitación o escape, desatendiendo al estímulo.
8. Se utilizan tareas para casa en las que se programa una exposición *in vivo* con prevención de respuesta. El paciente puede poner en marcha, si es el caso, las técnicas que se hayan ensayado durante las sesiones.

## 4. EVIDENCIAS DE EFECTIVIDAD

En este apartado se revisan los resultados de los principales estudios que han evaluado la efectividad de las TE en cuatro sustancias: alcohol, opiáceos, cocaína y tabaco.

### 4.1. Alcohol

A diferencia de lo que ocurre con otras drogas, el consumo de alcohol es legal y socialmente aceptado en la mayor parte de países occidentales. La exposición a bebidas alcohólicas y a estímulos relacionados con su consumo está presente en multitud de situaciones de la vida cotidiana, siendo imposible evitarla. En este contexto, la terapia de exposición a señales parece especialmente adecuada para el tratamiento del trastorno por uso de alcohol (TUA), ya que tiene como objetivo facilitar el afrontamiento de aquellas situaciones inductoras de *craving* que no se pueden evitar.

No es extraño, pues, que algunos de los primeros estudios con pacientes bajo el paradigma de exposición se llevaran a cabo con personas dependientes del alcohol. En general, las señales que han mostrado una mayor reactividad en pacientes con TUA en estudios controlados son la ingestión de una pequeña cantidad de la bebida alcohólica preferida, así como la expectativa de consumo y estados de ánimo disfóricos. La visión y/u olor de alcohol no parecen funcionar como señales eficaces en todos los pacientes, al menos

de forma aislada, sin el entorno habitual en el que se suele consumir. Respecto a la duración de la exposición, se recomiendan entre seis y siete sesiones de entre 45 y 60 minutos cuando se trabaja con estímulos *in vivo* (Drummond et al., 1995). La aplicación del procedimiento puede hacerse tanto en contextos residenciales como ambulatorios, con la ventaja en estos últimos de poder proponer exposiciones pautadas en el entorno natural del paciente.

El primer estudio controlado (Rankin et al., 1983) comparó los efectos de una exposición a señales *in vivo* frente a exposición en imaginación en un grupo reducido de pacientes en un contexto hospitalario residencial. Se encontró que el descenso en el deseo de consumo era mayor en el formato *in vivo,* pero no se aportan datos acerca de la evolución de los pacientes tras el alta hospitalaria. Un estudio posterior analizó el efecto de añadir TE activas (exposición acompañada de estrategias de afrontamiento) a un tratamiento estándar (Monti et al., 1993). Los pacientes eran expuestos a estímulos *in vivo* (preparar su bebida o combinado preferido, oler la bebida y mantener la atención durante la exposición, verbalizando los cambios en las sensaciones experimentadas), con la indicación de que se imaginasen en una situación de riesgo y que pusiesen en marcha las estrategias de afrontamiento previamente entrenadas durante las sesiones. Igualmente, se les indicaba que utilizasen las estrategias de afrontamiento como tareas para casa. En este caso, los pacientes que recibieron la exposición activa refirieron menor deseo de consumo en las evaluaciones, así como un mayor número de días abstinentes en los seguimientos a 3 y 6 meses. Otro estudio posterior, en el que se comparaba una técnica de relajación frente a exposición pasiva a estímulos *in vivo,* encontró que, a pesar de que el porcentaje de abstinentes en el seguimiento era similar, la vuelta al consumo abusivo era más tardía en el grupo de exposición (Drummond y Glautier, 1994).

Durante la primera década del siglo XXI, estudios con diseños más complejos y mayor número de participantes han mostrado que las TE activas resultan igual de eficaces que otros abordajes, como

el entrenamiento en habilidades de comunicación (Rohsenow et al., 2001), pero con el añadido de un menor deseo de consumo y mayor uso de estrategias de afrontamiento en situaciones de riesgo. En esta misma línea, una revisión sistemática y metaanálisis mostró que la terapia de exposición a señales, combinada con entrenamiento en habilidades de afrontamiento, es más efectiva que si se aplica en solitario (Mellentin et al., 2017). Por otra parte, en pacientes cuyo objetivo es la bebida controlada, la exposición pasiva parece funcionar igual o mejor que programas de TCC de bebida controlada (Dawe et al., 2002; Sitharthan et al., 1997).

En años recientes la utilización de RV como modo de exposición ha crecido de manera muy importante. Lee y cols. (2007) encontraron que el deseo de consumo se reducía paulatinamente a lo largo de ocho sesiones de exposición. El procedimiento se basaba en una breve navegación en un bar virtual más una discusión guiada por un terapeuta acerca de la experiencia. Otros estudios posteriores han mostrado resultados similares (Choi y Lee, 2015; Hyun et al., 2013; Lee et al., 2009; Kwon et al., 2006), evidenciándose la capacidad de la exposición virtual para inducir y reducir el *craving* por alcohol, así como la necesidad de realizar ensayos clínicos aleatorizados controlados que permitan obtener una mejor estimación de la eficacia de esta forma de llevar a cabo la exposición a señales como tratamiento del TUA (Ghiată et al., 2018, 2021; Ghiată, Hernández-Serrano et al., 2019; Ghiată, Teixidor et al., 2019).

En resumen, parece que las TE a señales, sobre todo cuando van acompañadas de estrategias de afrontamiento activas que los pacientes pueden generalizar fuera del contexto terapéutico, pueden ser útiles para mejorar los tratamientos del TUA.

### 4.2. Opiáceos

Las señales que parecen funcionar como desencadenantes del deseo de consumo en pacientes con adicción a opiáceos son todos

aquellos estímulos relacionados con la situación de compra y el uso de la sustancia. Así, fotos que muestran escenas representativas, vídeos o grabaciones que reproducen conversaciones relacionadas con la adquisición y el uso, así como *role playing* con estímulos *in vivo* en los que se simulan dichas situaciones, son señales eficaces. Al contrario que en el TUA, el uso de pequeñas cantidades de sustancia no es adecuado en la adicción a opiáceos, ya que no funcionaría como estímulo desencadenante del *craving,* sino todo lo contrario.

Los primeros estudios fueron llevados a cabo por el grupo de Childress con pacientes en mantenimiento con metadona, y con pacientes abstinentes (Childress et al., 1993). A pesar de que los pacientes que realizadon la exposición referían menores niveles de *craving* ante las señales como resultado del procedimiento, estos resultados no parecían generalizarse más allá del contexto de tratamiento. Se encontró que la exposición no añadía mejoras significativas en el seguimiento, ni siquiera en el deseo subjetivo de consumo, cuando se añadía a un tratamiento de psicoterapia grupal estándar. Otro estudio posterior, con una muestra amplia de pacientes en un contexto residencial, evaluó la reactividad de los pacientes que recibieron varias sesiones de exposición frente a un grupo control. Tras el alta terapéutica, no se encontraron diferencias en la reactividad tras seis semanas, ni tras seis meses, entre ambos grupos (Dawe et al., 1993).

Estudios posteriores han evaluado el efecto de la exposición sobre variables como el deseo de consumo, variables psicofisológicas o estado de ánimo, encontrando cambios tras la exposición sistemática (Bernaldo de Quirós Aragón et al., 2005; Franken et al., 1999; Lubman et al., 2009). No obstante, el único estudio que evaluó el efecto de esta técnica sobre variables directamente relacionadas con el consumo encontró que, a pesar de que la reactividad se reducía en el grupo de exposición, las tasas de recaídas y abandonos eran más altas que en el grupo control (Marissen et al., 2007).

Los escasos estudios realizados hasta el momento sobre la aplicación de las TE para el tratamiento de la adicción a opiáceos no permiten afirmar que haya evidencia suficiente que avale su eficacia. Es necesario realizar más estudios para ampliar la información disponible. Los resultados obtenidos hasta ahora sobre la reducción de la reactividad no son consistentes y no parece que la exposición reduzca el consumo o las posibles recaídas.

### 4.3. Cocaína

Probablemente sea esta sustancia la que menos atención ha recibido desde las TE a estímulos. En este caso, las señales que pueden producir reactividad son, al igual que en el caso de los opiáceos, estímulos estrechamente relacionados con la adquisición y uso, considerando que la vía de administración debe ser tenida en cuenta para la selección de los estímulos. Al igual que en caso del alcohol, el efecto directo de la administración de pequeñas dosis de cocaína puede servir como estímulo interoceptivo que incremente el deseo de consumo.

Algunos resultados presentados a finales de la década de 1980 parecían indicar que, a pesar de que la reactividad ante las señales disminuye a lo largo de las sesiones, esto no se generalizaba fuera del tratamiento ni tenía ningún efecto sobre la abstinencia (Rohsenow et al., 1990). Mejores resultados fueron encontrados por O'Brien et al. (1990) en un estudio no completamente aleatorizado en el que compararon grupos que recibían terapia usual con grupos que recibían terapia usual más exposición a señales. Los grupos experimentales mostraron más adherencia al tratamiento y períodos de abstinencia más largos tras el tratamiento que los controles. Otro estudio mostraba cómo estos pacientes se beneficiaban de recibir varias sesiones de exposición (a través de vídeos) junto con feedback psicofisiológico (Sterling et al., 2001). No obstante, los resultados definitivos no fueron publicados. En nuestro país se llevó

a cabo un estudio clínico en un contexto ambulatorio con resultados prometedores (Perelló del Río et al., 2010).

En definitiva, los datos sobre la utilidad o eficacia de estas técnicas para la adicción a la cocaína son muy escasos y poco concluyentes. A la espera de ensayos clínicos completos, la eficacia de la exposición a señales como tratamiento para la adicción a la cocaína queda pendiente de comprobación empírica.

### 4.4. Tabaco

Al igual que ocurre con el alcohol, el uso de tabaco está ligado a multitud de contextos sociales que no pueden o no deben ser evitados. Por esta razón, la habituación mediante TE podría ser una estrategia útil para el abordaje del tabaquismo y la prevención de recaídas. Los estímulos que se asocian con el consumo de tabaco y que pueden ser utilizados como señales son prácticamente ilimitados. Estímulos discretos tales como un cigarrillo, una cajetilla, un mechero, un cenicero, humo en el ambiente o personas fumando son capaces de desencadenar deseo de consumo. Igualmente, ciertas situaciones sociales (fiestas, celebraciones) o momentos del día (después de comer, cenar, antes de acostarse) también se asocian frecuentemente con el deseo de fumar (Garcia-Rodriguez et al., 2011). Por último, y aunque más difícilmente manipulables, tanto estados afectivos positivos como negativos pueden precipitar la conducta de fumar.

Si bien parece haber cierta evidencia sobre la eficacia de la terapia de exposición a señales para el tratamiento del tabaquismo (Hone-Blanchet et al., 2014), esta es todavía débil, debido a que los resultados de los estudios realizados hasta el momento son muy diversos. Sí que se cuenta con evidencia suficiente sobre su eficacia para reducir el consumo y el *craving* (Culbertson et al., 2012; Pericot-Valverde et al., 2014), pero hay una mayor inconsistencia entre los resultados de los diferentes estudios respecto a su capacidad para eliminar por completo el hábito y respecto a su

comparación con otros tratamientos. Niaura et al. (1999), por ejemplo, encontraron que los grupos de su estudio que recibieron exposición a señales como adición a otros tratamientos no mostraron mejores resultados que los grupos control en seguimientos a 1, 3, 6 y 12 meses. Ya antes, en los primeros estudios que pusieron a prueba este tipo de intervención comparándola con procedimientos aversivos, no se encontraron diferencias de eficacia (Lowe et al., 1980; Raw y Russell, 1980).

En la investigación sobre esta adicción, como ocurre en el TUA, durante los últimos años han aparecido un gran número de estudios en los que se utiliza la tecnología de RV como método de exposición. Entre los primeros que se realizaron se encuentra el de Lee et al. (2004), quienes informaron de reducciones en el *craving* y en el número de cigarrillos fumados tras seis sesiones de exposición a entornos de RV. Otro estudio combinó TE a través de RV con entrevista motivacional para adolescentes. Los resultados fueron positivos respecto al número de cigarrillos fumados al día, número de días de consumo e intentos de dejar de fumar (Woodruff et al., 2007). Estudios realizados en fechas más recientes han encontrado que la terapia de exposición con RV es tan eficaz como la TCC (Malbos et al., 2018; Park et al., 2014), o más eficaz, al incluirla en un paquete de tratamiento junto con TCC, que un tratamiento basado en la aplicación de parches de nicotina (Bordnick et al., 2012). En un ensayo clínico aleatorizado, Pericot-Valverde et al. (2019) compararon un grupo control que recibió TCC con un grupo experimental que recibió TCC más terapia de exposición a señales mediante RV, encontrando que el grupo experimental mostró una reducción significativa de los niveles de *craving*, aunque no hubo diferencias significativas entre las tasas de abstinencia de los dos grupos en seguimientos a 1, 6 y 12 meses y se observó un mayor número de recaídas a los 12 meses en el grupo experimental. En cualquier caso, hasta el momento ni la terapia de exposición a señales ni ningún otro tratamiento ha demostrado ser eficaz para prevenir completamente las recaídas a largo plazo, por lo que se

hace necesaria más investigación en este campo. Una posible vía de intensificación de las TE viene dada por su potenciacion mediante la utilización de fármacos como la N-acetilcisteína, como en el estudio de Moro et al. (2020), donde se encontraron resultados positivos en esa línea.

## 5. CONCLUSIONES

Con lo expuesto, parece que las TE a estímulos para el tratamiento de las adicciones pueden ser útiles en algunas sustancias, como es el caso del alcohol y, en cierta medida, del tabaco, pero todavía se encuentran en fase de desarrollo y pendientes de una evaluación definitiva acerca de su eficacia tanto en esas como en el resto de las drogas. Algunos autores (Drummond et al., 1995) hacían referencia en su día al peligro que supondría trasladar este tipo de procedimientos, que han sido utilizados principalmente en investigación básica, a la investigación aplicada, argumentando la necesidad de refinar la metodología antes de realizar ensayos clínicos. Se justificaban así algunos resultados poco alentadores en los primeros estudios clínicos llevados a cabo. Teniendo en cuenta el avance que se ha producido en este campo durante los últimos años, sobre todo en lo que hace referencia a nuevos procedimientos de exposición, es totalmente necesario el desarrollo de un mayor número de ensayos clínicos para poder dilucidar si las TE a señales, utilizadas aisladamente o formando parte de intervenciones multicomponentes, son o no herramientas eficaces en el tratamiento de las diferentes adicciones. En el momento actual, y siguiendo los criterios al uso, pueden ser consideradas como probablemente eficaces (Secades-Villa et al., 2021). También son necesarios estudios de eficiencia, en los que su relación coste-beneficio se pueda comparar con la de otros tratamientos.

Las TE tienen, a diferencia de otros abordajes terapéuticos, una sólida fundamentación teórica que parte de la investigación básica y

que explica los mecanismos responsables del cambio conductual. Sin embargo, no parece que eso haya sido suficiente para que las intervenciones derivadas de este paradigma puedan ser consideradas como tratamientos de primera elección. Probablemente uno de los errores haya sido considerar la exposición a señales como un tratamiento, en lugar de como una técnica a incorporar en programas de intervención más amplios. La mayoría de las intervenciones que han demostrado su eficacia son tratamientos multicomponente, en los que la suma de diferentes herramientas explica la eficacia global. La propuesta que aquí se hace es la de incorporar estas herramientas en programas multicomponente, teniendo en cuenta la necesidad de individualizar las intervenciones. En este caso, estas técnicas tendrían sentido para aquellos pacientes que presentan una mayor reactividad y para los que el mantenimiento o recaída puede estar determinado por la presencia de señales.

Una de las críticas que se han hecho a las TE a estímulos es que en la mayoría de los estudios la extinción se lleva a cabo en un solo contexto, generalmente en una sala o habitación de la clínica, con estímulos relacionados con la sustancia. Esto hace que la generalización de la extinción sea muy difícil, dado que los contextos naturales donde se produce el consumo poco tienen que ver con las clínicas para tratamiento de adicciones. El uso de nuevas tecnologías, como la RV, puede compensar en cierta medida este déficit de validez ecológica, ya que permite recrear entornos similares a los contextos naturales en los que se produce el consumo. Como ya se apuntó en la introducción, a pesar de que el origen de las TE a señales se fundamenta en el modelo de condicionamiento clásico, la utilidad de las mismas puede ir más allá de una mera extinción de respuestas o habituación a estímulos condicionados. Por una parte, la reducción de la reactividad ante estímulos relacionados con el consumo a través de la exposición repetida y controlada puede facilitar la puesta en marcha de otro tipo de estrategias de afrontamiento para no consumir, evitando recaídas

puntuales, incrementando así la percepción de autoeficacia en esas situaciones y previniendo futuras recaídas. Por otra parte, en los tratamientos para la adicción a sustancias se encuentra frecuentemente (sobre todo en contextos de tratamiento residenciales) que los pacientes no son capaces de generalizar las estrategias y habilidades aprendidas más allá del contexto terapéutico. En este sentido, la exposición controlada a contextos complejos (señales proximales y distales) que simulen las situaciones habituales de consumo pueden servir para ensayar las estrategias y habilidades aprendidas durante las sesiones de tratamiento en una situación a medio camino entre el entorno terapéutico y el real.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Conklin, C. A. (2006). Environments as cues to smoke: implications for human extinction-based research and treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 14*(1), 12-19.

Drummond, D. C., Tiffany, S. T., Glautier, S. y Remington, B. (1995). *Addictive Behaviour: Cue Exposure Theory and Practice*. John Wiley & Sons.

Lebiecka, Z., Skoneczny, T., Tyburski, E., Samochowiec, J. y Kucharska-Mazur, J. (2021). Is virtual reality cue exposure a promising adjunctive treatment for alcohol use disorder? *Journal of Clinical Medicine, 10*(13), 2972.


---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


American Psychiatric Association (2006). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, 2nd edition, *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006* (pp. 291-563): American Psychiatric Association.

Bernaldo de Quirós Aragón, M., Labrador, F. J. y de Arce, F. (2005). Evaluation of a group cue-exposure treatment for opiate addicts. *The Spanish Journal of Psychology, 8,* 229-237.

Bordnick, P. S., Traylor, A. C., Carter, B. L. y Graap, K. M. (2012). A feasibility study of virtual reality-based coping skills training for nicotine dependence. *Research on Social Work Practice, 22*(3), 293-300.

Bordnick, P. S. y Washburn, M. (2019). Virtual Environments for Substance Abuse Assessment and Treatment. En A. Rizzo y S. Bouchard (eds.), *Virtual Reality for Psychological and Neurocognitive Interventions. Virtual Reality Technologies for Health and Clinical Applications* (pp. 131-160), Springer.

Carter, B. L. y Tiffany, S. T. (1999). Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research. *Addiction, 94*(3), 327-340.

Carter, B. L., Robinson, J. D., Lam, C. Y., Wetter, D. W., Tsan, J. Y., Day, S. X. y Cinciripini, P. M. (2006). A psychometric evaluation of cigarette stimuli used in a cue reactivity study. *Nicotine & Tobacco Research, 8*(3), 361-369.

Childress, A. R., Hole, A. V., Ehrman, R. N., Robbins, S. J., McLellan, A. T. y O'Brien, C. P. (1993). Cue reactivity and cue reactivity interventions in drug dependence. *NIDA Research Monographs, 137,* 73-95.

Choi, Y. J. y Lee, J. H. (2015). The effect of virtual covert sensitization on reducing alcohol craving in heavy social drinkers. *Virtual Reality, 19*(2), 111-117.

Conklin, C. A. (2006). Environments as cues to smoke: implications for human extinction-based research and treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 14*(1), 12-19.

Conklin, C. A. y Tiffany, S. T. (2001). The impact of imagining personalized versus standardized urge scenarios on cigarette craving and autonomic reactivity. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 9*(4), 399-408.

Courtney, K. E., Schacht, J. P., Hutchison, K., Roche, D. J. y Ray, L. A. (2016). Neural substrates of cue reactivity: association with treatment outcomes and relapse. *Addiction Biology, 21*(1), 3-22.

Culbertson, C. S., Shulenberger, S., De La Garza, R., Newton, T. F. y Brody, A. L. (2012). Virtual reality cue exposure therapy for the treatment of tobacco dependence. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation, 5*(1), 57-64.

Dawe, S., Powell, J., Richards, D., Gossop, M., Marks, I., Strang, J. y Gray, J. (1993). Does post-withdrawal cue exposure improve outcome in opiate addiction? A controlled trial. *Addiction, 88*(9), 1233-1245.

Dawe, S., Rees, V. W., Mattick, R., Sitharthan, T. y Heather, N. (2002). Efficacy of moderation-oriented cue exposure for problem drinkers: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(4), 1045-1050.

DeSantis, S. M., Bandyopadhyay, D., Back, S. E. y Brady, K. T. (2009). Non-treatment laboratory stress- and cue-reactivity studies are associated with decreased substance use among drug-dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence, 105*(3), 227-233.

Drummond, D. C. y Glautier, S. (1994). A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(4), 809-817.

Drummond, D. C., Tiffany, S. T., Glautier, S. y Remington, B. (1995). *Addictive behaviour. Cue exposure theory and practice*. John Wiley & Sons.

Ekhtiari, H., Faghiri, A., Oghabian, M. A. y Paulus, M. P. (2016). Functional neuroimaging for addiction medicine: From mechanisms to practical considerations. *Progress in Brain Research, 224,* 129-153.

Epstein, D. H., Willner-Reid, J., Vahabzadeh, M., Mezghanni, M., Lin, J. L. y Preston, K. L. (2009). Real-time electronic diary reports of cue exposure and mood in the hours before cocaine and heroin craving and use. *Archives of General Psychiatry, 66*(1), 88-94.

Ferrer-Garcia, M., Garcia-Rodriguez, O., Gutierrez-Maldonado, J., Pericot-Valverde, I. y Secades-Villa, R. (2010). Efficacy of virtual reality in triggering the craving to smoke: its

relation to level of presence and nicotine dependence. *Studies in Health Technology and Informatics, 154,* 123-127.

Field, M., Mogg, K. y Bradley, B. P. (2005). Alcohol increases cognitive biases for smoking cues in smokers. *Psychopharmacology (Berl), 180*(1), 63-72.

Franken, I. H., de Haan, H. A., van der Meer, C. W., Haffmans, P. M. y Hendriks, V. M. (1999). Cue reactivity and effects of cue exposure in abstinent posttreatment drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*(1), 81-85.

Garcia-Rodriguez, O., Ferrer-Garcia, M., Pericot-Valverde, I., Gutierrez-Maldonado, J., Secades-Villa, R. y Carballo, J. L. (2011). Identifying Specific Cues and Contexts Related to Smoking Craving for the Development of Effective Virtual Environments. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 14(3)*, 91-97.

García-Rodríguez, O., Pericot Valverde, I., Gutiérrez Maldonado, J. y Ferrer García, M. (2009). La Realidad Virtual como estrategia para la mejora de los tratamientos del tabaquismo. *Salud y Drogas, 9,* 39-55.

Ghiţă, A. y Gutiérrez-Maldonado, J. (2018). Applications of virtual reality in individuals with alcohol misuse: A systematic review. *Addictive Behaviors, 81,* 1-11.

Ghiţă, A., Hernández-Serrano, O., Fernández-Ruiz, Y., Monras, M., Ortega, L., Mondon, S., Teixidor, L., Gual, A., Porras-García, B., Ferrer-García, M. y Gutiérrez-Maldonado, J. (2019). Cue-Elicited Anxiety and Alcohol Craving as Indicators of the Validity of ALCO-VR Software: A Virtual Reality Study. *Journal of Clinical Medicine, 8*(8), 1153.

Ghiţă, A., Hernández-Serrano, O., Fernández-Ruiz, J., Moreno, M., Monras, M., Ortega, L., Mondon, S., Teixidor, L., Gual, A., Gacto-Sanchez, M., Porras-García, B., Ferrer-García, M. y Gutiérrez-Maldonado, J. (2021). Attentional Bias, Alcohol Craving, and Anxiety Implications of the Virtual Reality Cue-Exposure Therapy in Severe Alcohol Use Disorder: A Case Report. *Frontiers in Psychology, 12,* 543-586.

Ghiţă, A., Teixidor, L., Monras, M., Ortega, L., Mondon, S., Gual, A., Paredes, S. M., Villares Urgell, L., Porras-García, B., Ferrer-García, M. y Gutiérrez-Maldonado, J. (2019). Identifying Triggers of Alcohol Craving to Develop Effective Virtual Environments for Cue Exposure Therapy. *Frontiers in Psychology, 10,* 74.

Graña Gómez, J. L. (1994). Intervención conductual individual en drogodependencias. En J. L. Graña Gómez (ed.), *Conductas Adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Debate.

Gregg, L. y Tarrier, N. (2007). Virtual reality in mental health: a review of the literature. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(5), 343-354.

Gutiérrez Maldonado, J. (2002). Aplicaciones de la realidad virtual en Psicología clínica. *Aula Médica Psiquiátrica, 4,* 92-126.

Hernández-Serrano, O., Ghiţă, A., Fernández-Ruiz, J., Monràs, M., Gual, A., Gacto, M., Porras-García, B., Ferrer-García, M. y Gutiérrez-Maldonado, J. (2021). Determinants of cue-elicited alcohol craving and perceived realism in virtual reality environments among patients with alcohol use disorder. *Journal of Clinical Medicine, 10*(11), 2241.

Hernández-Serrano, O., Ghiţă, A., Figueras-Puigderrajols, N., Fernández-Ruiz, J., Monras, M., Ortega, L., Mondon, S. et al. (2020). Predictors of changes in alcohol craving levels during a virtual reality cue exposure treatment among patients with alcohol use disorder. *Journal of Clinical Medicine, 9*(9), 3018.

Hommer, D. W. (1999). Functional imaging of craving. *Alcohol Research & Health, 23*(3), 187-196.

Hone-Blanchet, A., Wensing, T. y Fecteau, S. (2014). The use of virtual reality in craving assessment and cue-exposure therapy in substance use disorders. *Frontiers in Human Neuroscience, 8,* 844.

Hyun, S. J., Hyun, H. D., Churl, N., Hoon, L. S. y Won, S. J. (2013). Virtual reality therapy decreased metabolism of lentiform nucleus in patients with alcohol dependence: PET study. *European Neuropsychopharmacology, 23,* 563-563.

Janes, A. C., Pizzagalli, D. A., Richardt, S., de Frederick, B., Chuzi, S., Pachas, G., Culhane, M. A., Holmes, A. J., Fava, M., Evins, A. E. y Kaufman, M. J. (2010). Brain reactivity to smoking cues prior to smoking cessation predicts ability to maintain tobacco abstinence. *Biological Psychiatry, 67*(8), 722-729.

Kasvikis, Y., Bradley, B., Powell, J., Marks, I. y Gray, J. A. (1991). Postwithdrawal exposure treatment to prevent relapse in opiate addicts: a pilot study. *International Journal of the Addictions, 26*(11), 1187-1195.

Kavanagh, D. J., Sitharthan, G., Young, R. M., Sitharthan, T., Saunders, J. B., Shockley, N. y Giannopoulos, V. (2006). Addition of cue exposure to cognitive-behaviour therapy for alcohol misuse: a randomized trial with dysphoric drinkers. *Addiction, 101*(8), 1106-1116.

Kosten, T. R., Scanley, B. E., Tucker, K. A., Oliveto, A., Prince, C., Sinha, R., Potenza, M. N., Skudlarski, P. y Wexler, B. E. (2006). Cue-induced brain activity changes and relapse in cocaine-dependent patients. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 31*(3), 644-650.

Kwon, H., Choi, J., Roh, S., Yang, B. H. y Lee, J. H. (2006). Application of virtual reality-cue exposure therapy for reducing alcohol craving. *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine, 4,* 161-166.

LaRowe, S. D., Saladin, M. E., Carpenter, M. J. y Upadhyaya, H. P. (2007). Reactivity to nicotine cues over repeated cue reactivity sessions. *Addictive Behaviors, 32*(12), 2888-2899.

Lebiecka, Z., Skoneczny, T., Tyburski, E., Samochowiec, J. y Kucharska-Mazur, J. (2021). Is virtual reality cue exposure a promising adjunctive treatment for alcohol use disorder? *Journal of Clinical Medicine, 10*(13), 2972.

Lee, J., Lim, Y., Graham, S. J., Kim, G., Wiederhold, B. K., Wiederhold, M. D., Kim, I. Y. y Kim, S. I. (2004). Nicotine craving and cue exposure therapy by using virtual environments. *CyberPsychology & Behavior, 7*(6), 705-713.

Lee, J. H., Kwon, H., Choi, J. y Yang, B. H. (2007). Cue-exposure therapy to decrease alcohol craving in virtual environment. *CyberPsychology & Behavior, 10*(5), 617-623.

Lee, S. H., Han, D. H., Oh, S., Lyoo, I. K., Lee, Y. S., Renshaw, P. F. y Lukas, S. E. (2009). Quantitative electroencephalographic (qEEG) correlates of craving during virtual reality therapy in alcohol-dependent patients. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 91*(3), 393-397.

Lowe, M. R., Green, L., Kurtz, S. M., Ashenberg, Z. S. y Fisher, E. B., Jr. (1980). Self-initiated, cue extinction, and covert sensitization procedures in smoking cessation. *Journal of Behavioral Medicine, 3*(4), 357-372.

Lubman, D. I., Yucel, M., Kettle, J. W., Scaffidi, A., Mackenzie, T., Simmons, J. G. y Allen, N. B. (2009). Responsiveness to drug cues and natural rewards in opiate addiction: associations with later heroin use. *Archives of General Psychiatry, 66*(2), 205-212.

Lukas, S. E., Lowen, S. B., Lindsey, K. P., Conn, N., Tartarini, W., Rodolico, J., Mallya, G., Palmer, C. y Penetar, D. M. (2013). Extended-release naltrexone (XR-NTX) attenuates brain responses to alcohol cues in alcohol-dependent volunteers: a bold FMRI study. *NeuroImage, 78,* 176-185.

Malbos, E., Borwell, B., Cantalupi, R. y Lancon, C. (2018). Virtual reality cue exposure for smoking relapse prevention: a comparative trial. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine, 16,* 124-130.

Mann, K., Vollstädt-Klein, S., Reinhard, I., Leménager, T., Fauth-Bühler, M., Hermann, D., Hoffmann, S., Zimmermann, U. S., Kiefer, F., Heinz, A. y Smolka, M. N. (2014). Predicting naltrexone response in alcohol-dependent patients: the contribution of functional magnetic resonance imaging. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 38*(11), 2754-2762.

Marissen, M. A., Franken, I. H., Blanken, P., van den Brink, W. y Hendriks, V. M. (2007). Cue exposure therapy for the treatment of opiate addiction: results of a randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(2), 97-105.

Mellentin, A. I., Skøt, L., Nielsen, B., Schippers, G. M., Nielsen, A. S., Stenager, E. y Juhl, C. (2017). Cue exposure therapy for the treatment of alcohol use disorders: A metanalytic. *Clinical Psychology Review, 57,* 195-207.

Modesto-Lowe, V. y Kranzler, H. R. (1999). Using cue reactivity to evaluate medications for treatment of cocaine dependence: a critical review. *Addiction, 94*(11), 1639-1651.

Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Rubonis, A. V., Niaura, R. S., Sirota, A. D., Colby, S. M., Goddard, P. y Abrams, D. B. (1993). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(6), 1011-1019.

Moro, F., Giannotti, G., Caffino, L., Marzo, C. M., Di Clemente, A., Fumagalli, F. y Cervo, L. (2020). Lasting reduction of nicotine-seeking behavior by chronic N-acetylcysteine during experimental cue-exposure therapy. *Addiction Biology, 25*(4), e12771.

Niaura, R., Abrams, D. B., Shadel, W. G., Rohsenow, D. J., Monti, P. M. y Sirota, A. D. (1999). Cue exposure treatment for smoking relapse prevention: a controlled clinical trial. *Addiction, 94*(5), 685-695.

Niaura, R., Shadel, W. G., Abrams, D. B., Monti, P. M., Rohsenow, D. J. y Sirota, A. (1998). Individual differences in cue reactivity among smokers trying to quit: effects of gender and cue type. *Addictive Behaviors, 23*(2), 209-224.

O'Brien, C. P., Childress, A. R., McLellan, T. y Ehrman, R. (1990). Integrating systemic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients. *Addictive Behaviors, 15*(4), 355-365.

Park, C. B., Choi, J. S., Park, S. M., Lee, J. Y., Jung, H. Y., Seol, J. M., Hwang, J. Y., Gwak, A. R. y Kwon, J. S. (2014). Comparison of the effectiveness of virtual cue exposure therapy and cognitive behavioral therapy for nicotine dependence. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 17*(4), 262-267.

Perelló del Río, M., Llorens Aleixandre, N., Dorado García, M., Malea Fernández, A., Palau Mauñoz, C., Sánchez Máñez, A. y López Escamilla, I. (2010). *Técnicas de exposición con prevención de respuesta en deshabituación de cocaína.* Paper presented at the XXXVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Oviedo.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Pirámide.

Pericot-Valverde, I., Secades-Villa, R. y Gutiérrez-Maldonado, J. (2019). A randomized clinical trial of cue exposure treatment through virtual reality for smoking cessation. *Journal of Substance Abuse Treatment, 96,* 26-32.

Pericot-Valverde, I., Secades-Villa, R., Gutiérrez-Maldonado, J. y García-Rodríguez, O. (2014). Effects of systematic cue exposure through virtual reality on cigarette craving. *Nicotine & Tobacco Research, 16*(11), 1470-1477.

Pollak, K. I., Oliver, J. A., Pieper, C., Davis, J. M., Gao, X., Noonan, D., Kennedy, D., Granados, I. y Fish, L. J. (2021). Cue-based treatment for light smokers: A proof of concept pilot. *Addictive Behaviors, 114,* 106717.https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106717.

Rankin, H., Hodgson, R. y Stockwell, T. (1983). Cue exposure and response prevention with alcoholics: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy, 21*(4), 435-446.

Raw, M. y Russell, M. A. (1980). Rapid smoking, cue exposure and support in the modification of smoking. *Behavior Research and Therapy, 18*(5), 363-372.

Reid, M. S. y Thakkar, V. (2009). Valproate treatment and cocaine cue reactivity in cocaine dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence, 102*(1-3), 144-150.

Riva, G. (2022). Virtual Reality in Clinical Psychology. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, B978-0-12-818697-8.00006-6.

Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A. y Abrams, D. B. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes. *Addiction, 96*(8), 1161-1174.

Rohsenow, D. J., Niaura, R. S., Childress, A. R., Abrams, D. B. y Monti, P. M. (1990). Cue reactivity in addictive behaviors: theoretical and treatment implications. *International Journal of the Addictions, 25*(7A-8A), 957-993.

Sadraee, A., Paulus, M. y Ekhtiari, H. (2021). fMRI as an outcome measure in clinical trials: A systematic review in clinicaltrials.gov. *Brain and Behavior, 11*(5), e02089.

Saladin, M. E., Brady, K. T., Graap, K. y Rothbaum, B. O. (2006). A preliminary report on the use of virtual reality technology to elicit craving and cue reactivity in cocaine dependent individuals. *Addictive Behaviors, 31*(10), 1881-1894.

Santa Ana, E. J., Rounsaville, B. J., Frankforter, T. L., Nich, C., Babuscio, T., Poling, J., Gonsai, K., Hill, K. P. y Carroll, K. M. (2009). D-Cycloserine attenuates reactivity to smoking cues in nicotine dependent smokers: a pilot investigation. *Drug and Alcohol Dependence, 104*(3), 220-227.

Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J. R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (pp. 107-139). Pirámide.

Secades Villa, R., González-Roz. A., Weidberg, S. y García Fernández, G. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos debidos al consumo de sustancias. En E. Fonseca (coord.), *Manual de tratamientos psicológicos* (pp. 503-528). Pirámide.

Shiffman, S., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. A. y Hickcox, M. (1996). First lapses to smoking: within-subjects analysis of real-time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 366-379.

Siegel, S. (1979). The role of conditioning in drug tolerance and addiction. En J. D. Keehn (ed.), *Psychopathology in animals: research and treatment implications* (pp. 143-168). Academic Press.

Sitharthan, T., Sitharthan, G., Hough, M. J. y Kavanagh, D. J. (1997). Cue exposure in moderation drinking: a comparison with cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 878-882.

Sjoerds, Z., van den Brink, W., Beekman, A. T., Penninx, B. W. y Veltman, D. J. (2014). Cue reactivity is associated with duration and severity of alcohol dependence: an FMRI study. *PloS one*, *9*(1), e84560.

Smolka, M. N., Bühler, M., Klein, S., Zimmermann, U., Mann, K., Heinz, A. y Braus, D. F. (2006). Severity of nicotine dependence modulates cue-induced brain activity in regions involved in motor preparation and imagery. *Psychopharmacology, 184,* 577-588. https://doi.org/10.1007/s00213-005-0080-x

Sterling, R., Weinstein, S., Gottheil, E. y Murphy, J. (2001). *Evaluating the Effects of Cue Exposure on Abstinence Efficacy.* Paper presented at the Anual Meeting of the College on Problems of Drug Dependence, Scottsdale, AZ.

Sterling, R. C., Dean, J., Weinstein, S. P., Murphy, J. y Gottheil, E. (2004). Gender differences in cue exposure reactivity and 9-month outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(1), 39-44.

Stewart, J., de Wit, H. y Eikelboom, R. (1984). Role of unconditioned and conditioned drug effects in the self-administration of opiates and stimulants. *Psychological Review, 91*(2), 251-268.

Streeter, C. C., Gulliver, S. B., Baker, E., Blank, S. R., Meyer, A. A., Ciraulo, D. A. y Renshaw, P. F. (2002). Videotaped cue for urge to drink alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26*(5), 627-634.

Tong, C., Bovbjerg, D. H. y Erblich, J. (2007). Smoking-related videos for use in cue-induced craving paradigms. *Addictive Behaviors 32*(12), 3034-3044.

Upadhyaya, H. P., Drobes, D. J. y Wang, W. (2006). Reactivity to in vivo smoking cues in older adolescent cigarette smokers. *Nicotine & Tobacco Research, 8*(1), 135-140.

Wikler, A. (1948). Recent progress in research on the neurophysiologic basis of morphine addiction. *The American Journal of Psychiatry, 105*(5), 329-338.

Woodruff, S. I., Conway, T. L., Edwards, C. C., Elliott, S. P. y Crittenden, J. (2007). Evaluation of an Internet virtual world chat room for adolescent smoking cessation. *Addictive Behaviors, 32*(9), 1769-1786.

# 16

# Terapia familiar y de pareja

GLORIA GARCÍA-FERNÁNDEZ,
EMILIO SÁNCHEZ-HERVÁS
**Y** ANDREA KROTTER

## 1. INTRODUCCIÓN

La familia influye en el proceso de inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, así como en la búsqueda y el resultado del tratamiento. Las interacciones con la familia pueden convertirse en una fuente de apoyo o, por el contrario, de dificultades, repercutiendo en la dinámica de los problemas asociados al consumo de drogas, perpetuándolas y agravándolas, o contribuyendo a resolverlas.

Las relaciones familiares pueden potenciar la motivación para el cambio de las personas con adicciones, influir en la búsqueda activa de tratamiento, en la retención y en el mejor aprovechamiento de la terapia. Por estas razones, es importante considerar el entorno de las personas que buscan tratamiento, tanto en la elección como en la planificación y aplicación de la intervención. Por ejemplo, resulta relevante contar con miembros de la familia durante la evaluación para contrastar información, así como para obtener información adicional sobre los problemas derivados del consumo de sustancias. También es importante evaluar la necesidad de apoyo psicológico de los propios familiares y si estos también consumen sustancias. En este contexto, si incluimos a la familia y a otras personas significativas en la evaluación e intervención, ambos procedimientos resultarán más apropiados y se reforzará el apoyo social a lo largo

del tratamiento (American Psychiatric Association, 2018; Organización Mundial de la Salud [OMS] y Oficina de las Naciones Unidad Contra la Droga y el Delito, 2020).

La terapia familiar se recomienda cuando el consumo de sustancias se relaciona estrechamente con las relaciones familiares. Sin embargo, no es recomendable en los casos en los que los familiares presenten problemas de consumo de sustancias o cuando existan comportamientos violentos. Los problemas familiares, caracterizados por un deterioro de la comunicación entre los componentes de la familia y dificultades para establecer límites y normas apropiadas, se asocian a un mal pronóstico. A través de la terapia de familia, el psicólogo puede ayudar a los familiares a identificar y mejorar las áreas problemáticas, a sustituir la comunicación disfuncional por una comunicación clara, directa y efectiva, y a evaluar los factores mantenedores del consumo de drogas (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2020). Por otro lado, la psicoeducación sobre el tratamiento ayuda a la familia a comprender los procesos de cambio, las modalidades e indicaciones del tratamiento, las estrategias para prevenir las caídas y recaídas, y, en consecuencia, a aumentar las expectativas de cambio. Por último, cuando toda la familia participa en la terapia, los cambios son más rápidos y fáciles de mantener.

La terapia familiar y/o de pareja habitualmente se focaliza en tres objetivos (Copello et al., 2005): *a*) involucrar a los familiares para proporcionar apoyo durante el tratamiento; *b*) resolver las pautas familiares problemáticas, y *c*) fomentar el bienestar de todos los miembros de la familia. Se trata de que la persona en tratamiento se beneficie del papel de los familiares como fuente de apoyo social, mientras que se promueve un entorno familiar que a largo plazo favorezca el mantenimiento de la abstinencia.

Aunque existen múltiples enfoques basados en la interacción familiar, la mayoría combinan diversos procedimientos y técnicas, como la terapia individual, el entrenamiento de familiares en

habilidades para motivar, prevenir y manejar situaciones de riesgo de consumo, o la participación de personas relevantes del entorno que no procedan de la familia. Diversas revisiones señalan que incorporar a personas significativas en el tratamiento de las adicciones resulta beneficioso para usuarios y familiares (Ariss y Fairbairn, 2020; Hogue et al., 2021; Kourgiantakis et al., 2021; McGovern et al., 2021). A continuación, se presentan los enfoques de tratamiento familiar y/o de pareja que cuentan con mayor soporte empírico en la actualidad.

## 2. TERAPIA CONDUCTUAL DE FAMILIA

La terapia conductual de familia (*Family Behavior Therapy - FBT*) integra a familiares de la persona que demanda tratamiento, y tiene como objetivo principal conseguir la abstinencia o reducir el consumo de drogas. Adicionalmente, aborda otros problemas comunes, como la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa, los conflictos familiares, el desempleo o las dificultades de crianza de los hijos (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2018).

### 2.1. Fundamentación teórica

La FBT se sustenta en las bases teóricas de la aproximación de reforzamiento comunitario (*Community Reinforcement Approach* – CRA) (Hunt y Azrin, 1973). En la FBT cada miembro de la familia ayuda a definir los objetivos de la intervención, teniendo en cuenta que los familiares pueden presentar dificultades en habilidades de resolución de problemas y que pueden ayudar a fomentar la abstinencia (Fals-Stewart et al., 2009). En el transcurso del tratamiento, las actividades incompatibles con el consumo de drogas que la persona pone en marcha se convierten en más gratificantes y refuerzan la abstinencia. A su vez, la propia abstinencia promueve la

normalización de otras áreas de funcionamiento, retroalimentando su mantenimiento a largo plazo.

## 2.2. Componentes del tratamiento

Los participantes en la FBT asisten a sesiones de terapia acompañados por, al menos, una persona significativa, que por lo general es un familiar o un amigo cercano. El tratamiento se desarrolla habitualmente en 16-20 sesiones de una o dos horas de duración a lo largo de 4-12 meses (Donohue y Allen, 2011). Las sesiones iniciales duran 90 minutos y se realizan con frecuencia semanal. En función de la evolución de los participantes, la duración y frecuencia de las sesiones disminuye gradualmente hasta programarse sesiones de 60 minutos que se realizan mensualmente. Es una intervención que suele desarrollarse de forma ambulatoria, aunque también puede realizarse en un contexto residencial, cuando existen problemas concomitantes graves, como en aquellos casos en los que haya niños involucrados y se detecte maltrato infantil (Donohue et al., 2009; LaPota et al., 2011). La FBT incorpora, en primer lugar, una fase de orientación sobre el programa, en la que se plantean objetivos conductuales y de manejo de contingencias. Así, tras la evaluación inicial, se orienta a la familia en la selección de su propio plan de tratamiento, discutiendo un menú de alternativas terapéuticas. A continuación, se ajusta un plan de tratamiento que garantice las necesidades básicas de la familia y la puesta en marcha de estrategias de control estimular, para posteriormente iniciar el entrenamiento en habilidades. Por tanto, se trata de un programa semiestructurado que utiliza procedimientos variados en función de las necesidades de las personas en tratamiento (Donohue et al., 2014):

1. *Contratos de conducta*: el objetivo es crear un entorno que facilite el desarrollo de actividades alternativas asociadas a la abstinencia.

2. *Control estimular y entrenamiento en estrategias*: dirigidas a pasar menos tiempo con personas y en situaciones relacionadas con las drogas.
3. *Entrenamiento en habilidades para manejar el deseo de consumo o* craving.
4. *Entrenamiento en habilidades de comunicación*: se dirigen a mejorar las relaciones familiares y a establecer relaciones con personas no consumidoras.

Además, la FBT dispone de una serie de opciones de intervención útiles para manejar factores contextuales que están directa o indirectamente relacionados con el consumo de sustancias (Donohue y Allen, 2011). Por ejemplo, incluye el asesoramiento en habilidades para la búsqueda de empleo, el entrenamiento para gestionar dinero o la orientación de padres con hijos con problemas de conducta. Finalmente, el intercambio de reforzadores en el contexto familiar puede resultar útil para aumentar la motivación al cambio y para mejorar los resultados de tratamiento (Donohue et al., 2014, 2017).

### 2.3. Evidencias de efectividad

La FBT es un programa recomendado por el NIDA (2018) y el SAMHSA (2020). Es una intervención eficaz para que las personas reduzcan el consumo de sustancias y que también produce mejoras en el estado de ánimo, en las relaciones familiares y en el estilo crianza de los hijos (Azrin et al., 2001; Donohue et al., 2014, 2017; Dutra et al., 2008; Hogue et al., 2021; Kourgiantakis et al., 2021; McGovern et al., 2021; Urgelles et al., 2017; Waldron y Turner, 2008).

## 3. TERAPIA CONDUCTUAL DE PAREJA

La terapia de conducta para parejas (*Behavioral Couples Therapy* – BCT) es una modalidad de tratamiento para personas con trastorno por consumo de sustancias que tiene como objetivo generar apoyos para alcanzar la abstinencia y mejorar el funcionamiento de la relación de pareja. Puede utilizarse como complemento a la intervención individual, o puede ser la única intervención realizada (O'Farrell y Fals-Stewart, 2006). El procedimiento es muy similar a la FBT anteriormente descrita, y produce mejores resultados que la terapia individual, tanto para reducir el consumo de sustancias como para mejorar la calidad de las relaciones de pareja.

## 3.1. Fundamentación teórica

La conexión entre el consumo de sustancias y los conflictos de pareja es compleja. Las parejas donde uno de los miembros presenta problemas relacionados con el consumo de sustancias suelen caracterizarse por un amplio espectro de dificultades que producen conflictos e insatisfacción en la relación (p. ej., agresiones verbales y/o físicas o problemas de adaptación de los hijos). Además, el estrés generado en la relación de pareja se asocia a un aumento de la probabilidad de consumo y/o recaída después del tratamiento, generándose un círculo vicioso (O'Farrell y Fals-Stewart, 2006). En la perpetuación de este círculo, los problemas familiares como la falta de comunicación y de habilidades de solución de problemas, las discusiones frecuentes y las dificultades económicas a menudo predisponen el escenario para desencadenar el consumo de sustancias (Fals-Stewart et al., 2004).

Los enfoques conductuales de terapia de pareja se centran en el aprendizaje y el entrenamiento de habilidades de comunicación y resolución de problemas, en la mejora de la relación de pareja, en el aprendizaje de habilidades de afrontamiento y en el manejo adecuado de las caídas y recaídas. La eficacia que muestra esta intervención a largo plazo indica que la terapia de pareja puede

ayudar a prevenir recaídas mediante la estabilización del contexto interpersonal de las personas en tratamiento.

## 3.2. Componentes del tratamiento

El programa tiene principalmente tres objetivos (Fals-Stewart et al., 2004): 1) eliminar el consumo de sustancias; 2) lograr el apoyo de la pareja para fortalecer los esfuerzos de cambio de la persona en tratamiento, y 3) reestructurar los patrones de interacción de la pareja para conseguir y mantener la abstinencia a largo plazo.

La intervención pretende crear un ciclo constructivo entre la recuperación del consumo de sustancias y la mejora del funcionamiento de la relación a través de intervenciones que abordan ambas cuestiones simultáneamente (Fals-Stewart et al., 2004). Por ello, su aplicación se recomienda para parejas que muestren un compromiso mutuo, estableciéndose como criterio haber mantenido una relación estable durante al menos un año. Sin embargo, hay ciertos casos en los que no es recomendable aplicarla: cuando uno de los miembros presenta dificultades que puedan interferir en el curso del tratamiento (p. ej., deterioro cognitivo o psicosis), en aquellos casos que cuenten con un historial de agresiones reiteradas, o si ambos miembros de la pareja necesitan recibir tratamiento por consumo de drogas (Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler et al., 2009).

La FBT es un tratamiento ambulatorio en el que se realizan normalmente 15-20 sesiones de pareja durante un período de cinco o seis meses (Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler et al., 2009). En algunos casos se aplica en formato grupal, entre tres y cinco parejas conjuntamente, durante un total de once semanas (Dunlap et al., 2020). Las sesiones tienden a ser estructuradas, y al inicio de cada una de ellas el terapeuta establece un guion específico para cada sesión. Habitualmente, se revisa si la persona continúa abstinente y si la pareja ha podido realizar las actividades acordadas en la sesión anterior, de manera que se va evaluando el progreso a lo largo de

todo el tratamiento. En caso de detectar un conflicto durante la semana, se diseña un plan para resolverlo (Fals-Stewart et al., 2004).

Durante las sesiones iniciales, el objetivo es atenuar el malestar de la pareja, promover las interacciones positivas y reducir la probabilidad de consumo de sustancias. Posteriormente, se realizan entrenamientos en solución de problemas y en habilidades comunicativas, y se negocian acuerdos de cambios de comportamiento. Los componentes del programa incluyen (Fals-Stewart et al., 2009a):

1. *Contrato de recuperación y abstinencia:* diariamente uno de los integrantes de la pareja se compromete a verbalizar la intención de no consumir, mientras que el otro lo refuerza positivamente. Además, se acuerda no hablar fuera de las sesiones de tratamiento tanto de eventos del pasado relacionados con el consumo de sustancias, como de las preocupaciones en torno al consumo en situaciones futuras. El objetivo de este acuerdo es prevenir la aparición de conflictos que puedan desencadenar caídas entre las sesiones.
2. *Reconocimiento de comportamientos positivos:* cada miembro de la pareja señala y reconoce diariamente un comportamiento positivo realizado por el otro.
3. *Actividades destinadas a aumentar la presencia de emociones agradables*: se establecen planes para sorprender al otro y mostrarle cariño.
4. *Actividades compartidas:* planificación y participación de mutuo acuerdo en actividades conjuntas que resulten importantes y agradables (incluyendo solo a la pareja, o también a los hijos u otros adultos).
5. *Comunicación constructiva:* la pareja participa en entrenamientos de habilidades de comunicación (p. ej., parafraseo, empatía, validación) y de resolución de problemas, así como en la negociación de cambios comportamentales.

6. *Prevención de recaídas:* se organizan planes y se entrenan habilidades para afrontar caídas y recaídas.

### 3.3. Evidencias de efectividad

La BCT es un procedimiento recomendado por la OMS (2020) y el SAMHSA (2020). La intervención ha mostrado mejores resultados que la terapia individual para reducir el consumo de sustancias y mejorar la satisfacción en la relación de pareja (Ariss y Fairbairn, 2020; Bradbury y Bodenmann, 2020; Hogue et al., 2021; Kourgiantakis et al., 2021; McCrady et al., 2016; McGovern et al., 2021; O'Farrell y Clements, 2012; Powers et al., 2008).

Los estudios se han focalizado en evaluar la BCT en diversos colectivos, mostrando buenos resultados en mujeres (McCrady et al., 2009; O'Farrell et al., 2017; Schumm et al., 2014), así como en parejas homosexuales (Fals-Stewart, O'Farrell y Lam, 2009) e interviniendo con personas significativas distintas a la pareja (O'Farrell et al., 2010). Otra de las ventajas de la BCT es que reduce problemas conductuales y emocionales de los hijos de las personas en tratamiento (Schumm y O'Farrell, 2021). Finalmente, se ha desarrollado una versión breve de la BCT y otra en formato grupal. Mientras que la primera ha mostrado eficacia similar a la terapia estándar (Fals-Stewart et al., 2005), la segunda no obtuvo los mismos resultados (O'Farrell et al., 2016). Sin embargo, dada la importancia de desarrollar intervenciones coste-eficaces, es posible que en los próximos años se siga investigando esta línea de tratamiento (Dunlap et al., 2020).

## 4. ENFOQUE DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO Y ENTRENAMIENTO FAMILIAR

El programa *Community Reinforcement and Family Training* (CRAFT) (Meyers et al., 2003) se diseñó para intervenir con

familiares de personas consumidoras de drogas desmotivadas y resistentes a iniciar tratamiento. En general, los familiares poseen mucha información acerca de los patrones de consumo de sus familiares, y el objetivo de CRAFT consiste en que estos aprendan a utilizar esta información de forma eficaz, y conozcan estrategias para motivarles a iniciar tratamiento y/o reducir el consumo. Otro de los objetivos es ayudar a los familiares a mejorar su calidad de vida, incluso en aquellos casos en los que los que sus familiares con problemas de consumo no inicien tratamiento.

## 4.1. Fundamentación teórica

Es una adaptación del programa CRA (Hunt y Azrin, 1973) para intervenir con familiares de personas con adicción a drogas resistentes a iniciar un tratamiento (Meyers et al., 1998). Los programas CRAFT y CRA se fundamentan teóricamente en el aprendizaje operante y en los principios de reforzamiento. Se sustentan en la premisa básica de que las personas que comparten un mismo ambiente pueden desempeñar un papel importante en reforzar o extinguir el consumo de sustancias, ya que la recuperación de un individuo está influida por el contexto que le rodea (Smith et al., 2001). Este entorno se compone de la familia, los amigos, las actividades sociales, el uso del tiempo libre y el contexto laboral o académico. El enfoque CRA trata de reorganizar la relación del individuo con su entorno para desarrollar un estilo de vida gratificante que no esté relacionado con el uso de drogas. El programa CRAFT está ideado para intervenir indirectamente con los usuarios de drogas, a través de personas significativas de su entorno, con el objetivo de que estos les ayuden a reducir su consumo y les motiven a iniciar un tratamiento (Meyers et al., 2005).

## 4.2. Componentes del tratamiento

El CRAFT utiliza un enfoque motivacional y flexible, evitando la confrontación. El programa tiene como objetivos fundamentales: 1) entrenar a los familiares en estrategias para motivar a las personas con adicciones a iniciar tratamiento y reducir su consumo, y 2) mejorar las relaciones y el funcionamiento familiar mediante el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

La terapia puede dividirse en dos fases, y existe un manual estructurado para el terapeuta para el desarrollo de las sesiones (Smith y Meyers, 2008) y un manual dirigido a familiares (Meyers y Wolfe, 2014). La primera fase tiene una duración máxima de seis meses o doce sesiones, con la posibilidad de disponer de dos sesiones adicionales «de emergencia» si resultan necesarias. En esta fase, los familiares acuden a CRAFT para aprender habilidades y técnicas de modificación de conducta para ayudar a reducir el consumo de drogas, para motivar e involucrar a sus familiares resistentes en el tratamiento, y para mejorar el funcionamiento familiar. Algunos de los componentes específicos son los que a continuación se describen (Meyers et al., 2005):

1. *Plan de seguridad:* las conductas violentas pueden representar un riesgo importante, por lo que es recomendable enseñar a los familiares a permanecer seguros: planificar medidas de prevención, identificar precozmente los primeros signos de violencia y manejar situaciones de riesgo de forma eficaz.
2. *Estrategias motivacionales:* los familiares aprenden, sin recurrir a la confrontación, la forma de expresarse para que sus familiares tomen conciencia de las consecuencias negativas causadas por el consumo, y los potenciales beneficios de iniciar un tratamiento.
3. *Análisis funcional:* los familiares aprenden a identificar los desencadenantes y los consecuentes del consumo de drogas, con el fin de anticipar y prevenir situaciones de riesgo de consumo.

4. *Manejo de contingencias:* se entrena a los familiares para reforzar adecuadamente las conductas saludables y alternativas al consumo de drogas (para reforzar la abstinencia o la reducción del consumo), y para retirar reforzamientos positivos ante conductas de consumo, con el objetivo de no reforzar involuntariamente el consumo de drogas.
5. *Habilidades de afrontamiento:* entrenamiento familiar para mejorar la comunicación interpersonal y las habilidades de solución de problemas.
6. *Planificación de actividades alternativas al consumo de drogas:* los familiares conocerán cómo motivar y reforzar apropiadamente a la persona con problemas de consumo de drogas para que realice actividades incompatibles con el estilo de vida asociado al consumo.
7. *Práctica de estrategias que dificulten el consumo actual y potencial:* estrategias orientadas a que los familiares no interfieran en las consecuencias negativas naturales del consumo de drogas, para que los usuarios las experimenten y las afronten.
8. *Elaboración de un plan «de inicio rápido» de tratamiento para el familiar con problemas de consumo:* se entrenan habilidades para identificar el cómo y cuándo más propicio para persuadir al usuario de sustancias para que acuda a tratamiento.
9. *Estrategias de apoyo a las personas que inician tratamiento:* se ofrecen pautas e indicaciones a los familiares en el caso de que sus familiares con problemas hayan iniciado el programa de tratamiento, para perseverar si continúan rechazándolo o si han abandonado de forma prematura.
10. *Estrategias para mejorar la calidad de vida de los familiares independientemente de la situación del familiar con problemas de consumo de drogas:* consiste en aumentar las actividades gratificantes de los familiares al margen de la

relación con el familiar con problemas de adicción, identificar las áreas de funcionamiento que les producen insatisfacción, y desarrollar planes específicos para mejorarlas o reforzarse a sí mismos más a menudo.

En la segunda fase, son los propios usuarios de drogas los que participan activamente en el tratamiento. Durante las primeras 2-4 sesiones se interviene mediante terapia motivacional *(MET-Motivational Enhancement Therapy),* con el objetivo de incrementar la motivación para el cambio, para posteriormente intervenir mediante el enfoque CRA durante un máximo de seis meses o doce sesiones. En esta fase, los familiares pueden continuar en el programa para mejorar aquellas áreas de funcionamiento que se estimen oportunas. Los componentes en esta fase son:

1. Análisis funcional de la conducta de consumo de drogas.
2. Desarrollo de objetivos específicos como plan de tratamiento.
3. Monitorización de abstinencia mediante pruebas biológicas (análisis de orina).
4. Entrenamiento en habilidades para el rechazo de consumo de drogas.
5. Entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas.
6. Asesoramiento laboral u ocupacional.
7. Consejo en actividades sociales, de ocio y tiempo libre.
8. Entrenamiento en prevención de recaídas.
9. Asesoramiento en relaciones de pareja.

## 4.3. Evidencias de efectividad

El programa CRAFT está registrado en el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en la Evidencia de Estados Unidos y su aplicación se ha recomendado en varias revisiones de la literatura (Archer et al., 2020; Fals-Stewart y Lam, 2011; O'Farrell y

Clements, 2012; SAMHSA, 2020; Stanton, 2004). Distintos estudios de evaluación sobre la eficacia de este enfoque han demostrado un éxito notable para enseñar a los familiares los procedimientos CRAFT y contribuir a que las personas con adicciones inicien tratamiento. Alrededor del 70 por 100 de los usuarios del programa consiguen que la persona con problemas de consumo de drogas asista a tratamiento. CRAFT se muestra eficaz en la reducción de síntomas de ansiedad, ira y sintomatología depresiva de los familiares (Meyers et al., 2011; Roozen et al., 2010). Además, se ha investigado su aplicabilidad en contextos clínicos en formato grupal y en formato de libros de autoayuda (Archer et al., 2020), y actualmente en formato *online* (Eék et al., 2020) y para el abordaje de otros problemas como los problemas de juego e incluso para familiares de *hikikomoris* en Japón (Kubo et al., 2021). Finalmente, Kirby et al. (2017) han desarrollado y evaluado un formato reducido denominado *Treatment Entry Training* (TEnT).

## 5. TRATAMIENTOS CON FAMILIARES Y OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS: NETWORK THERAPY

La *Network Therapy (NT)* (Galanter, 2003) complementa a la terapia individual o grupal, involucrando a familiares y compañeros del entorno en el tratamiento, para crear una red social que les ayude a conseguir y mantener la abstinencia. La NT combina apoyo social y familiar, técnicas de prevención de recaídas y terapia individual.

### 5.1. Fundamentación teórica

La mayoría de las personas con problemas de adicciones disponen en su entorno de amigos no consumidores potenciales para participar en el tratamiento (Kidorf et al., 2016). Galanter (1993, 2015) denominó esta aproximación como *«Network Therapy»,*

porque involucra al grupo familiar y social en el tratamiento de las adicciones. Se sustenta en la premisa básica de que el entorno social y las relaciones personales influyen en el tratamiento y funcionan como predictores de resultados positivos a largo plazo. Este programa se basa en un enfoque cognitivo-conductual para la prevención de recaídas, y en el papel de la cohesión social para asegurar la retención en tratamiento. En definitiva, se interviene en la red de personas cercanas de la persona, con el fin de potenciar la asistencia al tratamiento y prevenir recaídas (Galanter, 2003).

## 5.2. Componentes del tratamiento

La NT incorpora algunos de los componentes de la CRA y la BCT, como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la supervisión de la medicación por familiares o personas significativas. Los usuarios acuden a tratamiento ambulatorio dos veces por semana durante 12-24 semanas. Participan en sesiones individuales y sesiones *«network»* a las que acuden un grupo de familiares y/o amigos autorizados por el terapeuta y el paciente. Generalmente se lleva a cabo una sesión a la semana durante el primer mes, y a partir de este momento se disminuye la frecuencia de las sesiones de forma gradual, hasta que al final del tratamiento las sesiones se programan una vez al mes. Estas sesiones se llevan a cabo como complemento a la terapia individual. Las sesiones *«network»* se utilizan para establecer acuerdos con la familia y amigos, con el fin de ayudar a la persona en tratamiento a cumplir con los objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento. Los usuarios negocian contratos de contingencias, donde aceptan consecuencias negativas si consumen drogas.

Los componentes clave de este enfoque incluyen (Galanter, 2003):

1. Una aproximación cognitivo-conductual de prevención de recaídas, en la que las personas aprenden a identificar

situaciones de riesgo y entrenan estrategias eficaces de afrontamiento.
2. Búsqueda de apoyo de la red social natural de la persona para potenciar los resultados de la terapia, y entrenamiento de la red social para reforzar la abstinencia.
3. Uso de técnicas de reforzamiento comunitario para tratar de involucrar a la persona en tratamiento en recursos y actividades sociales y de ocio alternativas al consumo, que ayuden a favorecer la abstinencia fuera de las sesiones.

También se ha desarrollado un sistema para evaluar el ajuste de los terapeutas a la intervención. Se trata de una escala de 14 ítems, denominada *Network Therapy Rating Scale* (NTRS), que evalúa el uso de la red de apoyo social y de otras técnicas por parte del terapeuta (Galanter et al., 1997).

### 5.3. Evidencias de efectividad

El enfoque NT es considerado como un programa basado en la evidencia en el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en la Evidencia de Estados Unidos y se ha mostrado eficaz para reducir el consumo de diferentes drogas (OMS et al., 2020; SAMHSA, 2020). En concreto, en un estudio en el que se comparaba un grupo de personas en tratamiento con metadona y la NT, con un grupo de personas en tratamiento con metadona y terapia individual, el grupo tratado con NT presentaba mayores tasas de abstinencia (Galanter et al., 2004). En otro estudio en el que se investigó la eficacia de la NT para el tratamiento de la cocaína (Galanter et al., 2002) se encontró que el grupo tratado con NT presentó mayores tasas de abstinencia en comparación con un programa estándar.

## 6. CONCLUSIONES

La mayoría de las personas con problemas de adicción a drogas mantienen estrechos vínculos con sus familiares. No obstante, los conflictos que genera el consumo y los tratamientos suelen producir una situación estresante para las familias. La influencia de las relaciones familiares en la perpetuación o reducción de estos problemas hacen que las intervenciones familiares resulten importantes en el tratamiento de las adicciones (Hellum et al., 2021; Kourgiantakis et al., 2021; McGovern et al., 2021).

Puede observarse cómo los distintos enfoques de tratamiento desarrollados a lo largo del capítulo se componen de estrategias y componentes muy similares, aunque los objetivos y los procedimientos difieran en distintos parámetros. En general, los objetivos de la terapia familiar y/o de pareja, a través de una relación terapéutica continuada o a través de un contacto periódico menos frecuente, incluyen: *a*) promoción del apoyo familiar para ayudar a conseguir y mantener la abstinencia; *b*) facilitación de información sobre el proceso de tratamiento; *c*) orientación social y laboral; *d*) asesoramiento sobre las relaciones familiares; *e*) supervisión y reforzamiento de la abstinencia; *f*) mejora de las actividades y comunicación familiar, y *g*) mejora de la adherencia y resultados del tratamiento (American Psychiatric Association, 2006).

La investigación ha puesto de relieve la eficacia de las intervenciones familiares y/o de pareja tanto para los usuarios como para sus familiares. Algunos de los problemas que se han planteado en la aplicación de estos tratamientos es que, con un coste mayor, no está claro que ofrezcan resultados superiores a los tratamientos individuales (Vedel et al., 2008). En este sentido, se han desarrollado versiones breves y en formato grupal para reducir los costes de aplicación (Fals-Stewart et al., 2005; O'Farrell et al., 2016). Además, uno de los mayores desafíos es la difusión y prestación del tratamiento familiar de forma rutinaria, porque, a pesar de la evidencia, estos programas no se utilizan habitualmente en la práctica clínica (Copello et al., 2006; Fals-Stewart et al., 2001; Kourgiantakis et al., 2021).

Otro de los problemas habituales es la escasa disponibilidad de algunos miembros de la familia para asistir a las sesiones de terapia y las dificultades para poder reclutar a familiares dispuestos a ofrecer apoyo de una forma constante y continuada. Es especialmente difícil el trabajo conjunto con la familia de personas con un largo historial de consumo y que ya han realizado diversos intentos de tratamiento. En cualquier caso, al iniciar un proceso de terapia se recomienda solicitar que la persona que demanda tratamiento acuda acompañado a las sesiones, y comenzar a generar desde el primer contacto una relación terapéutica que implique a la familia en el proceso de recuperación.

Desde la perspectiva de la investigación, es preciso continuar investigando para conseguir que las intervenciones actualmente consideradas como eficaces lo sean aún más. Desde un punto de vista asistencial, es importante que los profesionales del ámbito de las adicciones dispongan de los medios y conocimientos necesarios para poder ofertar y hacer más accesibles los enfoques de tratamiento familiar efectivos, con el fin de que las personas afectadas puedan beneficiarse de ellos.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Donohue, B. y Allen, D. N. (2011). *Treating adult substance abuse using family behavior therapy : a step-by-step approach*. John Wiley & Sons.

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R. y Lam, W. K. K. (2009). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. En J. H. Bray y M. Stanton (eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Family Psychology* (pp. 388-401). John Wiley and Sons.

Meyers, R. J. y Wolfe, B. L. (2014). *Cómo mantener sobrio a tu ser querido: guía para ayudar a las personas que sufren adicciones, sin pelear, suplicar ni amenazar*. Editorial Diana.


---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders*. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf.

American Psychiatric Association (2018). *Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder*. https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9781615371969.

Archer, M., Harwood, H., Stevelink, S., Rafferty, L. y Greenberg, N. (2020). Community reinforcement and family training and rates of treatment entry: a systematic review. *Addiction, 115*(6), 1024-1037.

Ariss, T. y Fairbairn, C. E. (2020). The effect of significant other involvement in treatment for substance use disorders: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(6), 526-540.

Azrin, N. H., Donohue, B., Teichner, G. A., Crum, T., Howell, J. y De Cato, L. A. (2001). A Controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family-behavior therapies in dually-diagnosed conduct-disordered and substance-dependent youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 11*(1), 1-43.

Bradbury, T. N. y Bodenmann, G. (2020). Interventions for Couples. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*(16), 99-123.

Copello, A. G., Templeton, L. y Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry, 19*(3), 271-276.

Copello, A. G., Velleman, R. D. B. y Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review, 24*(4), 369-385.

Donohue, B. y Allen, D. N. (2011). *Treating adult substance abuse using family behavior therapy: a step-by-step approach*. John Wiley & Sons.

Donohue, B., Azrin, N., Allen, D. N., Romero, V., Hill, H. H., Tracy, K., Lapota, H., Gorney, S., Abdel-al, R., Caldas, D., Herdzik, K., Bradshaw, K., Valdez, R. y Van Hasselt, V. B. (2009). Family behavior therapy for substance abuse and other associated problems: a review of its intervention components and applicability. *Behavior Modification, 33*(5), 495-519.

Donohue, B., Azrin, N. H., Bradshaw, K., Van Hasselt, V. B., Cross, C. L., Urgelles, J., Romero, V., Hill, H. H. y Allen, D. N. (2014). A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(4), 706-720.

Donohue, B., Plant, C. P., Loughran, T. A. y Torres, A. (2017). Family assisted contingency management within the context of evidence-supported treatment for child neglect and drug abuse. *Journal of Child and Family Studies, 26*(8), 2224-2236.

Dunlap, L. J., O'Farrell, T. J., Schumm, J. A., Orme, S. S., Murphy, M. y Murchowski, P. M. (2020). Group versus standard behavioral couples' therapy for alcohol use disorder patients: cost-effectiveness. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 81*(2), 152-163.

Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B. y Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry, 165*(2), 179-187.

Eék, N., Romberg, K., Siljeholm, O., Johansson, M., Andreasson, S., Lundgren, T., Fahlke, C., Ingesson, S., Bäckman, L. y Hammarberg, A. (2020). Efficacy of an internet-based community reinforcement and family training program to increase treatment engagement for AUD and to improve psychiatric health for CSOs: a randomized controlled trial. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire), 55*(2), 187-195.

Fals-Stewart. W. y Lam, W. K. K. (2011). Family/couples approaches to treatment engagement and teherapy. En P. Ruiz y E. Strain (eds.), *Substance abuse: a comprehensive textbook* (pp. 584-592). Lippincott Williams & Wilkins.

Fals-Stewart, W., Klostermann, K., O'Farrell, T. J., Yates, B. T. y Birchler, G. R. (2005). Brief relationship therapy for alcoholism: a randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 19*(4), 363-371.

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J. y Birchler, G. R. (2001). Behavioral couples therapy for male methadone maintenance patients: effects on drug-using behavior and relationship adjustment. *Behavior Therapy, 32*(2), 391-411.

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J. y Birchler, G. R. (2004). Behavioral couples therapy for substance abuse: rationale, methods, and findings. *Science & Practice Perspectives, 2*(2), 30-41.

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R. y Lam, W. K. K. (2009). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. En J. H. Bray y M. Stanton (eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Family Psychology* (pp. 388-401). John Wiley and Sons.

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J. y Lam, W. K. K. (2009). Behavioral couple therapy for gay and lesbian couples with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*(4), 379-387.

Galanter, M. (1993). Network therapy for addiction: A model for office practice. *American Journal of Psychiatry, 150*(1), 28-36.

Galanter, M. (2003). *Network Therapy for alcohol and drug abuse: Effective office-based treatment*. American Psychiatric Publishing Inc.

Galanter, M. (2015). Network Therapy in Addiction Treatment. En N. El-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter y A. M. Baldachchino (eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 927-940). Springer.

Galanter, M., Dermatis, H., Glickman, L., Maslansky, R., Sellers, M. B., Neumann, E. y Rahman-Dujarric, C. (2004). Network therapy: decreased secondary opioid use during buprenorphine maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(4), 313-318.

Galanter, M., Dermatis, H., Keller, D. y Trujillo, M. (2002). Network therapy for cocaine abuse: use of family and peer supports. *The American Journal on Addictions, 11*(2), 161-166.

Galanter, M., Keller, D. S. y Dermatis, H. (1997). Network Therapy for addiction: assessment of the clinical outcome of training. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 23*(3), 355-367.

Hellum, R., Bilberg, R. y Nielsen, A. S. (2021). «He is lovely and awful»: the challenges of being close to an individual with alcohol problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs,* 1-16.

Hogue, A., Schumm, J. A., MacLean, A. y Bobek, M. (2021). Couple and family therapy for substance use disorders: evidence-based update 2010-2019. *Journal of Marital and Family Therapy, 48,* 178-203.

Hunt, G. M. y Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy, 11*(1), 91-104.

Kidorf, M., Latkin, C. y Brooner, R. K. (2016). Presence of drug-free family and friends in the personal social networks of people receiving treatment for opioid use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 70,* 87-92.

Kirby, K. C., Benishek, L. A., Kerwin, M. E., Dugosh, K. L., Carpenedo, C. M., Bresani, E., Haugh, J. A., Washio, Y. y Meyers, R. J. (2017). Analyzing components of community

reinforcement and family training (CRAFT): is treatment entry training sufficient? *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 31*(7), 818-827.

Kourgiantakis, T., Ashcroft, R., Mohamud, F., Fearing, G. y Sanders, J. (2021). *Family-Focused Practices in Addictions: A Scoping Review, 21*(1), 18-53.

Kubo, H., Urata, H., Sakai, M., Nonaka, S., Kishimoto, J., Saito, K., Tateno, M., Kobara, K., Fujisawa, D., Hashimoto, N., Suzuki, Y., Honda, Y., Otsuka, K., Kanba, S., Kuroki, T. y Kato, T. A. (2021). Development of a 3-day intervention program for family members of hikikomori sufferers. *Japanese Psychological Research*. Publicación anticipada en línea.

LaPota, H. B., Donohue, B., Warren, C. S. y Allen, D. N. (2011). Incorporating a healthy living curriculum within family behavior therapy: a clinical case example in a woman with a history of domestic violence, child neglect, drug abuse, and obesity. *Journal of Family Violence, 26*(3), 227-234.

McCrady, B. S., Epstein, E. E., Cook, S., Jensen, N. y Hildebrandt, T. (2009). A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 243-256.

McCrady, B. S., Wilson, A. D., Muñoz, R. E., Fink, B. C., Fokas, K. y Borders, A. (2016). Alcohol-focused behavioral couple therapy. *Family Process, 55*(3), 443.

McGovern, R., Smart, D., Alderson, H., Araújo-Soares, V., Brown, J., Buykx, P., Evans, V., Fleming, K., Hickman, M., Macleod, J., Meier, P. y Kaner, E. (2021). Psychosocial interventions to improve psychological, social and physical wellbeing in family members affected by an adult relative's substance use: A systematic search and review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(4), 1793.

Meyers, R. J. y Wolfe, B. L. (2014). *Cómo mantener sobrio a tu ser querido: guía para ayudar a las personas que sufren adicciones, sin pelear, suplicar ni amenazar*. Editorial Diana.

Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E. y Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse, 10*(3), 291-308.

Meyers, R. J., Roozen, H. G. y Smith, J. E. (2011). The community reinforcement approach: an update of the evidence. *Alcohol Research & Health, 33*(4), 380-388.

Meyers, R. J., Smith, J. E. y Lash, D. N. (2005). A program for engaging treatment-refusing substance abusers into treatment: CRAFT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 1*(2), 90-100.

Meyers, R. J., Smith, J. E., Serna, B. y Belon, K. E. (2003). Community reinforcement approaches: CRA and CRAFT. En P. M. Miller (ed.), *Interventions for addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders* (pp. 47-56). Academic Press.

National Institute on Drug Abuse (2018). *Principles on drug addiction treatment: a research-based guide (third edition)*. https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment.

O'Farrell, T. J. y Clements, K. (2012). Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 122-144.

O'Farrell, T. J. y Fals-Stewart, W. (2006). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. The Guilford Press.

O'Farrell, T. J., Murphy, M., Alter, J. y Fals-Stewart, W. (2010). Behavioral family counseling for substance abuse: a treatment development pilot study. *Addictive Behaviors, 35*(1), 1-

6.
O'Farrell, T. J., Schumm, J. A., Dunlap, L. J. y Murphy, M. M. (2016). A randomized clinical trial of group versus standard behavioral couples therapy plus individually based treatment for patients with alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 497-510.
O'Farrell, T. J., Schumm, J. A., Murphy, M. M. y Muchowski, P. M. (2017). A Randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually-based treatment for drug abusing women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(4), 309-322.
Organización Mundial de la Salud y Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2020). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Revised edition incorporating results on field-testing*. https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders.
Powers, M. B., Vedel, E. y Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*(6), 952-962.
Roozen, H. G., De Waart, R. y Van Der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction (Abingdon, England), 105*(10), 1729-1738.
Schumm, J. A. y O'Farrell, T. J. (2021). A comparison of psychosocial adjustment among children of women who received behavioral couples therapy versus individually based therapy for substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 108560.
Schumm, J. A., O'Farrell, T. J., Kahler, C. W., Murphy, M. M. y Muchowski, P. (2014). A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for women with alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(6), 993-1004.
Smith, J. E. y Meyers, R. J. (2008). *Motivating substance abusers to enter treatment: working with family members*. The Guilford Press.
Smith, J. E., Meyers, R. J. y Miller, W. R. (2001). The Community Reinforcement Approach to the Treatment of Substance Use Disorders. *American Journal on Addictions, 10*(0), 51-59.
Stanton, M. D. (2004). Getting reluctant substance abusers to engage in treatment/self-help: a review of outcomes and clinical options. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*(2), 165-182.
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020). *Substance use disorder treatment and Family Therapy updated 2020: treatment improvement protocol TIP 39*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571080/.
Urgelles, J., Donohue, B., Holland, J., Denby, R., Chow, G., Plant, C. P. y Allen, D. N. (2017). Examination of the relationship between social support and treatment outcomes in mothers referred by Child Protective Services utilizing the Significant Other Support Scale. *Journal of Family Social Work, 20*(3), 213-232.
Vedel, E., Emmelkamp, P. M. G. y Schippers, G. M. (2008). Individual cognitive-behavioral therapy and behavioral couples therapy in alcohol use disorder: a comparative evaluation in community-based addiction treatment centers. *Psychotherapy and Psychosomatics, 77*(5), 280-288.
Waldron, H. B. y Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 238-261.

# 17

# Terapias contextuales

ANA GONZÁLEZ-MENÉNDEZ,
GLORIA GARCÍA-FERNÁNDEZ,
ANDREA KROTTER
Y ALBA GONZÁLEZ-ROZ

## 1. INTRODUCCIÓN

El sello distintivo de los problemas de abuso de sustancias y de las adicciones conductuales es el consumo habitual y compulsivo de sustancias, compras, sexo o juego. Las personas insisten en tales comportamientos, al margen del daño personal y familiar que el hábito, implacable, termina generando (véase el capítulo 1 de este manual).

Distintos procesos están implicados en la aparición y progresión de los llamados trastornos adictivos. Se trata de procesos psicológicos derivados del deseo y la atracción hacia lo que nos complace y que también forman parte de nuestra lógica paliativa de evitación del malestar y sufrimiento que nos caracteriza como seres verbales. El individualismo posmoderno favorece su crecimiento y multiplica las variantes y la sintomatología. El clima cultural actual, cada vez más enfocado en anestesiar la angustia, estimular el humor y cambiar a voluntad los estados de conciencia, instala la paradoja de que sucumbir a la gratificación inmediata hace que se pierdan otros intereses y significados disponibles en el mundo de la vida (Schalow, 2017).

Como en el Derecho Romano, el adicto es un esclavo. *Addictus,* el hombre que fue libre y cuyas deudas impagables le convirtieron en siervo, queda a merced de su acreedor, y por tanto dominado y

encadenado a las paredes de un amo. El servilismo que conlleva la adicción tiene una estructura tripartita: conductual, emocional y de pensamiento. Las adicciones no solo son hábitos conductuales; son hábitos mentales y hábitos emocionales. La parte sentida de la adicción incorpora el sentimiento de deseo y urgencia *(craving),* que se regula automáticamente mediante el acto de consumir, comprar o jugar. La experiencia de deseo se amplifica, el sujeto se fusiona con sus urgencias y la recaída se vive como inevitable. Así se va acrecentando un sentido de ineficacia y de pasividad que destruye la disponibilidad y el atractivo de actividades alternativas y que impide al adicto proyectarse en el tiempo. Este conjunto de acciones y reacciones sumergen al sujeto en el conocido *bucle* que caracteriza a la adicción (véase el capítulo inicial de este manual).

La noción de problemas psicológicos como situaciones vitales en las que uno ha entrado y de las que es difícil salir —bucle— (Pérez Álvarez, 2021) también se solidariza con una perspectiva sociocultural, no médica, en la que deberían encuadrarse los viejos y nuevos trastornos adictivos (Becoña, 2018; García-Montes et al., 2021). Como señala el neuropsicólogo Marc Lewis, los problemas adictivos son el resultado de un funcionamiento normal del cerebro, no de una enfermedad cerebral. La adicción simplemente crece y se estabiliza en un cerebro evolutivamente diseñado para cambiar y estabilizarse. Igual que reconocemos al hablar de otros problemas psicológicos, el caso de la adicción necesita perspectivas que la contemplen como un asunto de personas y circunstancias o, en palabras del propio Lewis, como bucles de acciones y reacciones que se retroalimentan entre sí al servicio de un deseo irrefrenable, como neurocircuitos de deseo o túneles de atención (Lewis, 2015).

Por lo mismo, los problemas que enfrentan las personas con adicciones son demasiado numerosos e importantes para quedar encerrados en una etiqueta sindrómica. Problemas de tal calado exigen modelos explicativos y de intervención que pongan su punto de mira más allá del síntoma evidente. En su lugar, enfoques que ayuden al individuo a restaurar los límites, a «adueñarse» de sus

impulsos y pensamientos y entonces integrarlos como dimensiones de su identidad. Enfoques, en definitiva, con diana en el pequeño conjunto de procesos que subyacen a tan variadas áreas problemáticas.

Las terapias de tercera generación, o terapias contextuales (Pérez Álvarez, 2014), ofrecen alternativas al tratamiento de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en la adicción. El término contextual se aplica a terapias que, en el marco de un enfoque empírico, se centran en principios que analizan los eventos psicológicos en términos de su contexto y funciones (Hayes, 2004). Se trata de métodos directamente interesados en estrategias de cambio contextual y experiencial que facilitan la reconstrucción de repertorios conductuales más amplios, flexibles y efectivos. El estudio y análisis de la *función* de los eventos psicológicos (conductas abiertas, pensamientos, sentimientos, emociones), y no tanto de los contenidos, validez, intensidad o frecuencia de tales eventos, es el interés principal de este conjunto de psicoterapias.

Las terapias contextuales también amplían y reformulan la tradición de terapias cognitivo-conductuales (TCC) o de segunda generación. Lo hacen incorporando facetas y dominios más profundos y complejos, que trascienden a la psicopatología. Conceptos como valores, propósito, significado y aceptación, propios de tradiciones menos empiristas, se han integrado de lleno al desenredo de los problemas psicológicos (Hayes y Levin, 2012). Las terapias contextuales, son, en este sentido, tecnológicamente eclécticas. Incluyen con libertad principios y procedimientos derivados de otros enfoques, principalmente humanistas, existenciales y fenomenológicos, que facilitan el trabajo terapéutico y la apertura del clínico a formas distintas de conceptualizar su trabajo.

De entre las distintas terapias que actualmente se recogen bajo el paraguas «contextual», en este capítulo desarrollamos las siguientes: la *terapia de aceptación y compromiso* (ACT; Hayes et

al., 1999), la *terapia de activación conductual* (Barraca Mairal, 2018), la *terapia de conducta dialéctica* (DBT; Linehan, 1993) y la *prevención de recaídas basada en mindfulness* (MBRP; Witkiewitz et al., 2005). Todas adoptan un enfoque contextual funcional para comprender y tratar los problemas psicológicos, que pone el énfasis en la función de la conducta sobre el contenido de la misma, así como en la aceptación psicológica sobre el cambio cognitivo o emocional. La aceptación de eventos que no pueden cambiarse a voluntad se articula asimismo con la clarificación de valores personales y el compromiso conductual con ellos. Se trata, en definitiva, de elegir vivir la vida de acuerdo con lo que cada uno considera importante, valioso y significativo, o elegir vivir con la servidumbre de no experimentar urgencias, dolor, tristeza o miedo.

El planteamiento transdiagnóstico es otra característica compartida (Hayes et al., 2015). Las terapias contextuales asumen que los problemas psicológicos, aunque topográficamente diversos (ansiedad, depresión, adicciones…), son, en realidad, funcionalmente equivalentes. El marco transdiagnóstico constituye todo un desafío a la clasificación psicopatológica tradicional, ya que, en lugar de dividir los problemas en categorías formales de trastornos, los terapeutas contextuales trabajan con categorías funcionales e interactivas, definidas por el contexto y no por descripciones estáticas de problemas psicológicos. Estas categorías funcionales se superponen al conjunto de procesos que forman la coreografía de la adicción. Muy a menudo interrelacionadas, tales categorías pueden resumirse así: aproximación a eventos deseables, evitación y escape de eventos aversivos, e inacción; en esencia, el bucle o circuito de deseo anteriormente mencionado.

Las terapias que se presentan en este capítulo abordan el trabajo en estos procesos de manera diferencial, enfatizan singularmente aspectos distintos de la relación terapéutica y emplean técnicas y procedimientos terapéuticos peculiares, como exponemos a continuación.

## 2. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

La terapia de aceptación y compromiso (ACT, pronunciado como una palabra) es la terapia contextual más investigada hasta la fecha como modalidad de intervención dirigida a la flexibilidad psicológica. Desarrollada por Steven Hayes y cols. en 1999, la ACT define la flexibilidad psicológica como la capacidad para mantener o cambiar el comportamiento de acuerdo con los significados y valores que, en un sentido genuino, importan a la persona (Hayes et al., 1999). En la ACT, la flexibilidad psicológica está en la base del cambio de conducta, porque ser flexible supone estar dispuesto a aceptar todos los aspectos de la experiencia, sin defenderse con conductas de evitación innecesarias. Esto permite al individuo adaptarse a situaciones incoherentes, reestructurar recursos, cambiar de perspectiva y, esencialmente, equilibrar deseos y necesidades. El objetivo de la flexibilidad psicológica que la ACT promueve no es otro que el de vivir una vida personalmente valiosa.

### 2.1. Fundamentación teórica

La flexibilidad psicológica está indisolublemente ligada a la conducta observable y, por eso, la ACT hinca sus raíces teóricas en el análisis de conducta tradicional (Skinner, 1957) y en la más contemporánea teoría del lenguaje y la cognición, conocida como teoría del marco relacional (TMR). Un postulado clave de la TMR es que el lenguaje opera a través de *marcos relacionales* aprendidos incluso en ausencia de un historial de aprendizaje directo (Törneke, 2016). Brevemente, el marco relacional es el proceso mediante el cual estímulos públicos (conductuales) y privados (cognitivos, fisiológicos, emocionales) se relacionan entre sí y adquieren las cualidades y funciones de los demás. Los intentos de control de estas relaciones derivadas resultan en un efecto paradójico en el que se forman nuevas relaciones que interfieren aún más con el cambio de conducta. La TMR también demuestra que el lenguaje es

una fuente primaria de sufrimiento. Los humanos empleamos el lenguaje para juzgarnos a nosotros mismos y a los demás, para revivir eventos desagradables o traumáticos en nuestras mentes, y para preocuparnos y obsesionarnos. El lenguaje puede llevar a algunas personas, metafóricamente, a «vivir en sus cabezas» en lugar de ser conscientes del contexto que las rodea. Cuando es el lenguaje el que guía el comportamiento, los individuos comienzan a perder contacto con las contingencias presentes y se enredan en un bucle de evitación infinito. El abuso de sustancias, las compras compulsivas y el juego patológico son ejemplos de estos bucles relacionales.

Uno de los principales problemas que enfrentan las personas con adicciones es la presencia pertinaz de conductas cuyo único propósito es controlar y regular la vivencia de experiencias internas negativas (*craving*, urgencias, pensamientos angustiantes e ingobernables). Distintas tradiciones psicológicas subrayan como objetivo terapéutico la reducción o extinción de tales eventos privados. Por ejemplo, incluyen en sus protocolos estrategias que ayudan a evitar estímulos desencadenantes (Stephens et al., 2000) o a detectar y cuestionar la base fáctica de las cogniciones erróneas (Beck y Wright, 2011). Ninguno de esos objetivos está, sin embargo, en el radar de la ACT. La ACT muestra que las experiencias privadas no ejercen control sobre la conducta de consumo, y por tanto no necesitan ser modificadas ni tratadas. Esta es la razón por la que la ACT no aborda contenidos cognitivos, emociones determinadas ni respuestas fisiológicas concretas. El tratamiento se enfoca al yo-como-contexto o lugar en el que ocurren los pensamientos, el *craving*, la urgencia y la ansiedad, así como a la respuesta que la persona da a esas experiencias. Cuando la terapia logra reducir la dominancia de la contingencia cognitiva, el cliente ya puede entrar en mayor contacto con las contingencias del mundo real que moldean conductas más funcionales. La ACT ayuda a reducir esa dominancia estableciendo la conducta de aceptación y

vinculando explícitamente la conducta abierta con los valores elegidos por el cliente.

ACT es más una terapia de procesos que de técnicas. Aunque la promoción de la flexibilidad psicológica se realiza empleando diferentes estrategias (metáforas, paradojas, ejercicios experienciales), estas u otras técnicas se destinan a disminuir la rigidez psicológica mediante los seis procesos funcionales e interrelacionados que aborda la terapia y que, en general, se describen como aceptación, defusión cognitiva, conciencia del momento presente, fomento del yo-contexto, vida basada en valores y compromiso conductual con los valores elegidos. Dado que los seis procesos pueden organizarse en un hexágono, la comunidad ACT, no sin cierta ironía, tiende a referirse al modelo general de flexibilidad psicológica como «hexaflex». La distinción entre estos procesos es puramente pragmática, de manera que muchas de las conductas que se observan en sesión pueden analizarse en términos de cualquiera de esos procesos. Los cuatro primeros procesos ayudan a los clientes a aceptar sus vivencias internas, reconocerlas como fenómenos contextuales cambiantes y a renunciar a la necesidad de defenderse de ellas mientras mantienen, levemente, su concepto de sí mismos. Los dos últimos procesos ayudan a salir adelante en un marco de vida personalmente significativo. Los clientes ya no se esfuerzan en cambiar sus sentimientos y cogniciones, sino que avanzan conductualmente hacia metas valiosas (Hayes, 2004).

## 2.2. Componentes de la terapia

1. *Aceptación y mindfulness*. Quizá una de las razones por las que el tratamiento de la adicción sea tan desafiante es porque la estrategia de evitación principalmente implicada, el consumo de sustancias, es inmediatamente efectiva para sortear dificultades (Wilson y DuFrene, 2012). El análisis funcional del comportamiento adictivo es un paso necesario para que el cliente vivencie su

inutilidad a largo plazo. Este aspecto de la terapia, denominado *desesperanza creativa*, emplea la propia experiencia del cliente como rasero sobre el que evaluar la verdadera eficacia del consumo, del juego o de las compras. La presentación vivencial entre lo que importa, lo que se hace y lo que se consigue permite al cliente experimentar el estado de desesperanza creativa que promueve la terapia (Luciano et al., 2010).

La alternativa al control que ofrece la ACT se concreta en el proceso de flexibilidad psicológica denominado aceptación. La aceptación implica abrazar activamente los eventos privados mientras ocurren (malestar emocional o físico, autoevaluaciones negativas, recuerdos de malas acciones). La aceptación no es un sentimiento ni una nueva forma de pensar sobre eventos privados; es simplemente una conducta que puede ser aprendida. Los procedimientos de aceptación se diseñan para alterar las funciones de evitación de eventos privados negativos —*evitación experiencial* en su propia terminología— y para aprender a vivenciarlos plenamente y con conciencia. Por ejemplo, si la abstinencia de alcohol se asocia a un sentimiento de agitación o de incompetencia social, ACT alentaría al cliente a observarlo y experimentarlo tal y como es (dónde ocurre, cómo es, viene y se va…), mientras la persona continúa sin consumir y únicamente motivada por lo quiere para su vida. Esta apertura a las experiencias emocionales disminuye sus propiedades aversivas y aumenta la disposición a participar en actividades difíciles, pero personalmente enriquecedoras. La ACT dedica mucho tiempo, dentro y fuera de la sesión, a ayudar a los clientes a ser más hábiles y competentes en aceptar los eventos privados que interfieren con conductas alineadas con valores. Este ejercicio de estar presente para los propios pensamientos y emociones también debilita la relación funcional entre pensamientos, sensaciones corporales y conductas de consumo. Aunque topográficamente pueda parecerse a la terapia de exposición, la función de la aceptación no es la reducción de los

eventos privados molestos, sino la apertura hacia los mismos para así desvanecer el poder que adquirió su evitación.

La aceptación con conciencia plena (mindfulness) crea un espacio para que los clientes piensen y sientan sus pensamientos y emociones en lugar de continuar haciendo mecánicamente lo que hacen. Los ejercicios de mindfulness que la ACT incorpora animan al cliente a describir lo que ocurre («ahora noto las ganas»; «ahora estoy pensando en lo bien que me vendría un trago») sin hacer evaluaciones ni juicios y sin querer librarse de lo que se está experimentando. Entrar en contacto con lo que ocurre aquí y ahora también contradice la fusión cognitiva, porque la conducta de evaluación verbal se debilita. Estos ejercicios de mindfulness comparten afinidades con otras terapias contextuales, como la DBT de Linehan (1993) y la terapia cognitiva basada en mindfulness (Segal et al., 2004). Sin embargo, la finalidad de estos ejercicios en la ACT no es la distracción ni la disminución del impacto emocional. El enfoque de atención plena o contacto con el momento presente no se dirige al control, reducción o mejoría de ninguna de las partes de la experiencia privada. Más bien al contrario, la aceptación con conciencia plena enseña a vivenciar todas las facetas de la experiencia.

2. *Defusión cognitiva.* Cuando el cliente puede experimentar sus pensamientos (p. ej., «necesito una dosis») como mera conducta verbal y no como una verdad literal, los efectos evocativos de tales pensamientos deberían disminuir, y la relación funcional entre el pensamiento y las acciones correspondientes (p. ej., inyectarse una droga) podría debilitarse. Este proceso ha sido denominado *defusión cognitiva* e implica extinguir sistemáticamente las razones emocionales (el permiso) que se da a sí mismo el cliente para justificar que su conducta abierta continúe guiada por estímulos privados. Por tanto, la defusión implica alterar el contexto en el que se experimentan los pensamientos/emociones, con el fin de socavar su impacto e importancia automáticos.

Como ocurre con el resto de los procesos, la defusión no es una técnica particular. Los procedimientos de defusión cognitiva no van dirigidos al contenido ni a la validez de las evaluaciones negativas del cliente, sino al proceso de evaluación en sí mismo. El objetivo de estas estrategias es promover nuevas posturas y repertorios ante los impulsos/pensamientos/deseos de consumir cuando estos aparecen. Cuando el cliente experimenta ganas y urgencias, sus únicos movimientos funcionan al servicio de regularse (consumiendo, comprando, jugando). La defusión ayuda a la persona a responder a su urgencia, no a evaluarla. Para lograrlo, la relación terapéutica se construye de manera que los pensamientos sean tratados solo como pensamientos, no como hechos o asuntos reales. De ahí que la ACT no emplee discusiones directas ni cuestionamiento socrático; aunque estas sean herramientas útiles en otras aproximaciones, son inconsistentes con el modelo de la ACT, porque podría incrementarse la dependencia del cliente en la lógica o en el pensamiento racional relacionado con sus evaluaciones.

Además de en la relación terapéutica, la ACT emplea muchos ejercicios estructurados que apoyan la defusión cognitiva. La metáfora de los *pasajeros en el autobús* (Hayes et al., 2012) es, a este respecto, una intervención principal destinada a desliteralizar los contenidos psicológicos provocativos. Se trata de una estrategia particularmente eficaz para las personas con adicciones, pues ayuda a mirar al deseo/urgencia/ganas de una manera menos amenazante y, por tanto, más sencilla de aceptar.

3. *Yo-como-contexto.* Las vivencias sobre nuestra vida, junto con las creencias que los demás tienen sobre nosotros, configuran nuestra identidad y moldean el concepto de quiénes somos («soy un jugador», «soy inteligente», «soy un alcohólico»). Identificarnos con nuestras acciones y experiencias no sería necesariamente un problema si no influyera en nuestra conducta, enredándonos en comportamientos circulares y destructivos. La ACT trata de disminuir ese apego al yo conceptualizado, creando una plataforma segura

(un yo-como-contexto) desde la que socavar el concepto que el cliente tiene de sí mismo.

La idea de un yo que sea un contexto frente a un yo definido por su contenido resulta bastante abstracta y difícil de captar inicialmente. El yo-como-contexto es una actitud respecto de uno mismo y respecto del mundo. Aquí, el yo no se representa en la vivencia, sino que simplemente proporciona el contexto para que la vivencia tenga lugar. La ACT moldea este proceso mediante actividades experienciales y metáforas que alientan la autoconciencia de un yo-observador, un yo que simplemente observa la experiencia presente sin defenderse de la misma, evaluarla o tomar partido en ella («ahora estoy pensando esto, sintiendo eso, viendo aquello»). A menudo, las personas con adicciones muestran dificultades para establecer contacto con el sentido del yo que existía antes de la adicción y con otros posibles yoes que pudieran existir en el futuro. ACT trata de impulsar ese sentido fluido y trascendente del yo, también denominado toma de perspectiva, mediante la práctica de ejercicios y observaciones que se hacen desde un lugar consistente: yo/aquí/ahora (Twohig y Hayes, 2008). Muchas de estas actividades (reformulación verbal, metáfora del tablero de ajedrez, ejercicio del observador…) están concebidas para ayudar a los consultantes a experimentar que ellos no son el contenido de sus experiencias.

4. *Valores y compromiso conductual.* La identificación, y especialmente, la decisión de comportarse de acuerdo con lo que uno quiere para su vida, es uno de los procesos más importantes e impactantes de la ACT. En la terapia, el concepto de elección es deliberado, porque *elegir* esquiva la fusión cognitiva y se erige como el antídoto de la compulsión que caracteriza a las conductas adictivas (Lewis, 2015). Comportarse de acuerdo con valores también es una forma de dignificar el sufrimiento asociado al abandono del consumo que tantas veces sirvió como escape del malestar, del *craving* y de las consecuencias de la propia adicción (Wilson y DuFrene, 2012). En personas con adicciones, la

clarificación de valores ayuda a reducir la ambivalencia respecto del tratamiento y a preparar el camino para el proceso de cambio de conducta. Muchas de estas personas han abandonado la familia, el trabajo y las relaciones, por lo que el restablecimiento de conductas congruentes con lo que estiman es un paso desafiante pero esencial.

Para la ACT, los valores son áreas de importancia (familia, salud, formación, trabajo) que reconocemos y adoptamos como guías de conducta. En sentido orteguiano, los valores no valen porque nos agraden o los deseemos, sino que, por el contrario, nos agradan y los deseamos porque nos parece que valen. Por tanto, los valores tienen su validez antes e independientemente de que funcionen como metas de nuestro interés (Ortega y Gasset, 1961). Los valores son cualidades de la vida que elegimos momento a momento, pero que no pueden poseerse como se poseen los objetos. Tratan de lo que nos importa y de las cosas por la que estamos dispuestos a pelear. Los valores dan sentido (significado y dirección) a la vida del cliente y también proporcionan dirección para la terapia.

Por su parte, la acción comprometida está en el corazón de la terapia de conducta de primera generación y, por tanto, de la ACT. Sin embargo, en la ACT se trabaja más el lenguaje que en la terapia de conducta tradicional y se busca reducir su dominancia animando al cliente a implicarse en acciones comprometidas con valores. De esta manera, tras haber trabajado los procesos de aceptación y defusión, la ACT emplea cualquier técnica conductual siempre y cuando esté al servicio de los cinco procesos de flexibilidad anteriormente trabajados.

El compromiso con valores implica definir y cumplir metas (aproximaciones) a lo largo de una trayectoria de valor. En la terapia, los ejercicios de compromiso se hacen al servicio de los valores elegidos, nunca con la intención de controlar o extinguir los eventos privados ni de manera inmediata ni a largo plazo. Estos ejercicios conductuales, que elige el cliente más que el terapeuta, se estructuran por tiempo o por actividad, no por la gravedad o el nivel

de los síntomas (p. ej., *craving*). Mientras el cliente se comporta en dirección, la ACT anima a practicar el resto de los procesos de flexibilidad que ya se han trabajado en la terapia (aceptación, defusión, yo-contexto…).

Como previamente se ha mencionado, en la ACT no se trabaja proceso a proceso, sino que durante la terapia suele producirse un baile o movimiento entre procesos. En este sentido, durante las fases iniciales de la terapia tanto los valores como las tareas de compromiso son más pequeños, más concretos, más cortos. A medida que avanzan las sesiones y el cliente muestra más flexibilidad psicológica, el «tamaño» de los valores y de la acción comprometida es mayor. Valores como la educación, las relaciones, etc., pueden discutirse ya. El terapeuta debe tratar luego los valores como perspectiva, porque ACT pretende que este encuadre de valores motive acciones comprometidas en el futuro, una vez que ha concluido la terapia.

En definitiva, la ACT aborda las adicciones tratando de situarse en el contexto particular en que se desarrollan y mantienen. Esto supone analizar las facetas y relaciones que se ven afectadas por las conductas de consumo, y especialmente mostrar que la adicción invierte y usurpa las prioridades del individuo, recordándose así el sentido de entrega y desposeimiento incorporado en la raíz etimológica de *addictus*.

En la ACT, la transición a la recuperación es un proceso o camino que se inicia con la conducta de aceptación. Aceptar que las vivencias internas son inevitables constituye un nuevo comienzo porque reorienta a la persona a tomar decisiones. Este acto de decidir, casi inaugural, abre un horizonte más amplio de sentidos y significados en los que la persona, ahora por propia iniciativa, desarrolla y se compromete con una nueva trayectoria de vida (escoge elegir) y da pasos sucesivos en un camino de autotrascendencia.

## 2.3. Evidencias de efectividad

Especialmente en los últimos quince años, distintos ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y estudios de metaanálisis han examinado la eficacia de la ACT en el tratamiento de las adicciones respecto de otros tratamientos activos. Una serie de ensayos han mostrado (formatos individual y grupal) que la ACT es al menos tan eficaz, cuando no superior, a otras terapias bien establecidas. Esta competencia se ha podido demostrar en el abordaje del tabaquismo (p. ej., Bricker et al., 2013, 2014; Gifford et al., 2004, 2011), del policonsumo (p. ej., González-Menéndez et al., 2014; Luoma et al., 2012), del alcoholismo (Stappenbeck et al., 2015), así como en la adicción a los opioides (Stotts et al., 2012) y a las anfetaminas (Smout et al., 2010). Esta base de evidencia, aún pequeña, ha sido confirmada meta-analíticamente (Lee et al., 2015), subrayándose que, en el seguimiento, la abstinencia del consumo de sustancias se mantuvo mejor en quienes habían recibido ACT frente a otras condiciones activas (Stotts y Northrup, 2015). Una reciente revisión de los metaanálisis de ACT indicó que los tamaños del efecto observados favorecían a la ACT en el tratamiento del abuso de sustancias respecto de otros tratamientos activos (Gloster et al., 2020). También ACT ha sido reconocida por la Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) como tratamiento empíricamente respaldado para los trastornos por uso de sustancias TUS (Dindo et al., 2017; Stotts y Northrup, 2015).

El modelo transdiagnóstico de la ACT ha mostrado su potencial en el tratamiento de problemas más amplios y a menudo concomitantes que se observan en la clínica de las adicciones. Estos resultados ya se han comprobado en problemas como la depresión (p. ej., Vujanovic et al., 2017), el autoestigma (p. ej., Gul y Aqeel, 2021; Luoma et al., 2012) o el estrés postraumático (Meyer et al., 2018).

# 3. TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

La activación conductual (AC) es una terapia inicialmente desarrollada para el tratamiento de los trastornos depresivos que presenta una mirada distinta de los problemas psicopatológicos. Se desvía de la explicación biológica de la adicción y hace énfasis en una explicación contextual del comportamiento (Pérez Álvarez, 2014). Sus orígenes pueden situarse en el ensayo realizado por Jacobson et al. (1996), en el que se evidenció que no existían diferencias entre la terapia cognitiva, la cognitiva-conductual y la puramente conductual, en la reducción de la depresión. Desde ese momento, la AC ha sido objeto de estudio de numerosas investigaciones, encontrando respaldo empírico para el tratamiento de otros problemas que cursan con sintomatología depresiva, entre las que se encuentran las adicciones (Pott et al., 2022).

Las evidencias acumuladas por estas investigaciones se suman a los datos que sugieren que la AC es una pieza clave en el proceso de cambio de la depresión (Manos et al., 2010). No se promueve en esencia el aumento de actividades como fin último. La AC es una terapia de procesos, y su objetivo último es eliminar los comportamientos de huida y evitación, al tiempo que promueve una vida con sentido, significativa y orientada a la acción (Barraca Mairal, 2018).

El interés que ha recibido la AC en las últimas décadas responde a su modelo teórico, fácilmente comprensible, su relativa brevedad y la elevada efectividad para los problemas depresivos (Lejuez et al., 2011; Simmonds-Buckley et al., 2019; Stein et al., 2021). Estos elementos han facilitado su aplicación en poblaciones específicas, como las personas con deterioro cognitivo (Orgeta et al., 2019), o con discapacidad intelectual (Jahoda et al., 2017).

En las últimas décadas se han descrito al menos seis versiones distintas de la AC (Daughters et al., 2008; Lewinsohn et al., 1980; Lejuez et al., 2011; Martell, 2010; Ross et al., 2016), siendo la terapia breve de activación para la depresión, «BATD-R» por sus siglas en inglés, la que ha mostrado mayor respaldo empírico en el ámbito de las adicciones (Lejuez et al., 2011). Recientemente se ha

desarrollado la terapia de aumento vital para el tratamiento de los problemas debidos a sustancias (LETS ACT; Daughters et al., 2016). LETS ACT comparte algunos de los procedimientos de la BATD-R e incorpora elementos específicamente dirigidos a los problemas de las personas con trastornos adictivos. Todas las terapias presentan elementos distintivos, pero los principios, fundamentos teóricos y el enfoque general del terapeuta son elementos constantes. A continuación, se presenta el modelo teórico que subyace a los distintos protocolos de AC y se describen los procedimientos y componentes específicos de AC que se aplican en personas con TUS.

## 3.1. Fundamentación teórica

A la AC puede atribuirse un modelo teórico propio (Kanter et al., 2011), *el modelo contextual de la depresión*, inspirado por las propuestas iniciales de Lewinsohn (1974) y Ferster (1973) sobre la relación contingente entre la pérdida de reforzadores positivos y las conductas depresivas. El modelo mencionado se basa en la teoría conductual de la depresión y se asienta sobre los principios filosóficos del *contextualismo funcional* descritos por Gifford y Hayes (1999). Describe la conducta depresiva como el producto de una serie de eventos interrelacionados: i) circunstancias personales negativas; ii) disminución de alicientes, valores y reforzadores naturales, y iii) conductas de evitación.

En el ámbito de las adicciones, la AC resulta un modelo de trabajo muy pertinente, puesto que las conductas adictivas pueden entenderse en los mismos términos que las conductas depresivas, ya que operan procesos de reforzamiento negativo y una pérdida generalizada de reforzadores naturales (véase capítulo 1 de este manual). Por ello, no resulta extraño el hecho de que la aplicación de la AC se haya hecho extensiva a las conductas adictivas.

La AC conceptualiza la depresión como una situación, en palabras de Pérez Álvarez (2007) *«como una posibilidad del ser*

*humano»,* pero también como una respuesta lógica a los hechos negativos de la vida y dificultades ambientales que se enmarcan en un contexto particular (historia de vida, biología y experiencias de aprendizaje previas). Esta conceptualización permite explicar distintas clínicas depresivas. Aunque en la mayoría de las ocasiones los precedentes e historias son complejos y evidentes, en otros los desencadenantes son más sutiles y la pérdida de reforzadores gradual.

En todo caso, el modelo de AC se aleja de las conceptualizaciones médicas en las que se presupone una alternación en la estructura o función neurológicas (Barraca Mairal y Pérez Álvarez, 2015). Los eventos vitales estresantes (pérdida de un trabajo, separación de la pareja, problemas económicos, etc.) representan importantes desencadenantes de la sintomatología depresiva, pues se asocian a una disminución del reforzamiento positivo, que llevan a su vez a conductas de evitación que terminan por envolver a la persona en una suerte de círculo vicioso – conducta depresiva – conducta de evitación – empeoramiento de la depresión (Pérez-Álvarez, 2007).

Las personas con problemas de adicción suelen actuar de una manera similar a las que presentan depresión. Así, las personas que usan sustancias o se implican de forma repetida en un comportamiento adictivo (juego, internet) lo hacen en un gran número de ocasiones con una función específica, *la de evitar* el malestar físico o emocional. La evitación adopta formas diversas, desde el aislamiento social, la interrupción de las rutinas habituales (sueño y alimentación) y la rumiación. Sea como fuere, las conductas de evitación se pueden entender como problemas secundarios de las situaciones depresógenas que funcionan como importantes mantenedores de la depresión. Además, en las personas consumidoras, la disminución en los reforzadores naturales es un precedente, y cuando co-existe sintomatología depresiva, la AC es una estrategia altamente efectiva (Daughters et al., 2008).

## 3.2. Componentes de la terapia

La AC es una terapia breve y estructurada que puede aplicarse en formato individual y grupal. Es una terapia contextual, orientada a la acción y la resolución de problemas. Quizá su característica más sobresaliente sea la individualización, en tanto y cuanto el terapeuta y el consultante trabajan para identificar los patrones de conducta relacionados con la depresión (Martell et al., 2010).

Habitualmente se administra en 3-24 sesiones con una duración de entre 30-60 minutos (Pott et al., 2022). Aunque la AC resulta eficaz por sí sola, suele combinarse con otro tipo de terapias dirigidas específicamente a las adicciones, como la TCC, el manejo de contingencias y las técnicas basadas en el mindfulness (Daughters et al., 2008; Pott et al., 2022). Los componentes de las distintas terapias de AC son compartidos e incluyen: i) programación, estructuración y monitorización de actividades agradables; ii) solución de problemas; iii) reforzamiento positivo; iv) desvanecimiento; v) entrenamiento en habilidades sociales, y vi) métodos para facilitar un contacto directo con la experiencia (Barraca, 2016).

LETS ACT (Daughters et al., 2008) es uno de los protocolos que cuenta con mayor repaldo empírico para el tratamiento de las adicciones y la sintomatología depresiva co-ocurrente. Esta variante ha recibido un apoyo empírico sólido en el tratamiento de las conductas adictivas y ha sido específicamente desarrollada para abordar este tipo de casos. Se aplica en 5-8 sesiones, aunque puede adaptarse (extendiendo o reduciendo su duración), dependiendo de las necesidades del consultante. En este apartado, y sobre la base de la investigación clínica realizada, se presentan los componentes específicos del protocolo «LETS ACT» (Daughters et al., 2016). El modo de presentación de los componentes de la terapia sigue una secuencia lógica, atendiendo al orden en el que se presentarían en un contexto clínico.

1. *Racionalidad del tratamiento*. Este componente representa la primera fase de la terapia y persigue que el consultante entienda el modelo contextual sobre el que se asienta la terapia. El propósito es que la persona simpatice con el modelo subyacente, pues solo así se implicará y adherirá al proceso terapéutico. El terapeuta presenta la relación entre el estado de ánimo y el uso de drogas. La idea central que se trata de transmitir es que la clave para cambiar las conductas depresivas y el uso de sustancias pasará por modificar aquello que la persona hace, en lugar de reflexionar sobre las posibles causas de estos comportamientos. Durante la terapia, suelen utilizarse ejercicios que incitan a las personas consumidoras de sustancias a discutir las experiencias de manejo de emociones negativas (desesperanza, vergüenza, estrés), las sensaciones físicas (tensión muscular) y las urgencias negativas en respuesta a las emociones negativas y sensaciones físicas (aislamiento y uso de sustancias). Estructurar y planificar una vida con significado mediante la identificación de actividades gratificantes incompatibles con el consumo de drogas le permitirá entrar en contacto con situaciones valiosas y placenteras. El consultante tenderá a pensar que, para lograr un cambio, necesitará experimentar un impulso interior, ganar más energía o ánimo, pero el planteamiento que hace el terapeuta es justo el contrario. Esto es, la persona debe actuar «de dentro hacia afuera», sin tener en cuenta si le apetece o no, al menos inicialmente. Es lo que Martell et al. (2013) describen como un *campo de los sueños*, para hacer referencia a la construcción de una vida rica y gratificante donde se suceden una suerte de sentimientos positivos. Los consultantes son invitados a generar una lista de actividades incompatibles con el uso de drogas, que normalmente practican o en las que se han implicado en el pasado (p. ej., dar un paseo, pasar tiempo con la familia) y las sensaciones o emociones asociadas. Estos aspectos se trabajan mediante la herramienta del análisis funcional de la conducta que muestra la relación contingente entre las emociones/experiencias físicas

negativas, el incremento de la urgencia a consumir y las conductas de huida/evitación (consumo de drogas, aislamiento).

2. *Monitorización de actividades*. Este componente es un elemento esencial de la terapia y construye las bases para el trabajo posterior relacionado con la programación de actividades. Durante las fases iniciales se solicita a las personas que no hagan ningún cambio en su comportamiento. Se pretende en cambio que comprendan el valor de disfrutar del equilibrio que supone contar con distintas actividades asociadas a un nivel elevado de importancia y disfrute. El trabajo intersesiones consistirá en el registro del nivel de actividad general, atendiendo tanto al número de actividades como al placer y disfrute asociados (en una escala de 1 a 10). El registro diario de actividad se extiende a lo largo de toda la terapia y facilita que el terapeuta discuta la utilidad de identificar actividades vinculadas con distintos valores y áreas vitales. Las actividades que se corresponden con puntuaciones bajas en las dimensiones de importancia y disfrute constituirán claves contextuales para la selección de otras nuevas, más reforzantes y orientadas a valores.

3. *Programación de actividades: áreas y valores vitales*. La programación de actividades agradables, incompatibles con el uso de drogas, representa uno de los procedimientos centrales de la terapia y descansa sobre el trabajo en valores, tal y como los entiende la terapia ACT. No representan objetivos, más bien guías de comportamiento, y de hecho se conciben como inalcanzables. Se invita a los clientes a identificar valores en distintas áreas vitales, incluyendo: las relaciones personales, la salud física, la emocional, el trabajo/educación, la espiritualidad y los hobbies o actividades de ocio. Se direcciona a la persona para que seleccione las tres áreas más relevantes en su vida. El terapeuta discute el concepto de valor, tal y como se describió en la terapia ACT, e invita a las personas a programar actividades congruentes con los valores propuestos e incompatibles con el consumo de drogas. Esta tarea se realiza entre sesiones, como una tarea para casa.

4. *Planificación diaria de la actividad.* El terapeuta y el consultante trabajan de forma colaborativa en una planificación diaria, que persigue programar actividades específicas, medibles y alcanzables en la rutina diaria de la persona. A diferencia del registro diario de actividad, la planificación diaria persigue una función concreta: crear hábitos saludables mediante el desarrollo de actividades diarias congruentes con valores personales. En la misma planificación, al final del día, se invita a la persona a registrar el número de actividades programadas que completó con éxito y la valoración del nivel de importancia y disfrute asociadas.

5. *Contrato conductual*. La familia y amigos pueden representar fuentes de apoyo significativas en la vida de las personas, al fortalecer las relaciones personales y aumentar la probabilidad de experimentar una mejoría de la sintomatología depresiva y conseguir la ansiada abstinencia. En este sentido, la terapia LETS ACT utiliza los contratos conductuales para identificar personas del entorno del consultante que faciliten su implicación en conductas saludables, incompatibles con el consumo de drogas. El contrato de apoyo puede resultar útil para pedir ayuda a la gente de la forma en la que lo necesite y, especialmente, para realizar las actividades diarias. Previamente, deberá definir la forma específica en la que podrían hacerse estas actividades. No obstante, no todas las personas pueden percibir que se encuentran preparadas para pedir ayuda a su entorno, en parte por un déficit en sus habilidades sociales y de comunicación. Este procedimiento debe considerarse con cierta flexibilidad; en estos casos, el contrato conductual puede utilizarse como un método de sondeo para la identificación de personas que representen apoyos significativos y que puedan ser movilizados en el momento en el que el consultante se encuentre listo.

6. *Ejercicios de relajación y mindfulness*. Constituye el último componente de la terapia y persigue entrenar a la persona en habilidades de relajación y/o mindfulness. LETS ACT los introduce como una estrategia de afrontamiento específica y es

particularmente útil para las personas que experimentan dificultades a la hora de implicarse en otras actividades incompatibles con el uso de drogas. Aunque las aplicaciones iniciales de LETS ACT no incorporaban el entrenamiento en relajación o en atención plena (Magidson et al., 2011), los manuales de esta terapia más recientes incluyen ejercicios de mindfulness dirigidos a dotar a la persona de una forma eficaz de manejo del *craving* o deseo de consumo (Daughters et al., 2016). Los ejercicios de mindfulness potencian la focalización de la persona en su respiración y sensaciones corporales, a menudo precipitantes del consumo. Los ejercicios de respiración y/o *mindfulness* se incorporan en la rutina de la persona, como una actividad más en la planificación diaria de la actividad.

### 3.3. Evidencias de efectividad

Los estudios que han evaluado la efectividad y eficacia de los distintos protocolos de la terapia de AC en adicciones son muy numerosos, aunque la mayor parte han empleado muestras reducidas y diseños piloto o de factibilidad. En particular, la AC ha mostrado ser efectiva en personas en tratamiento por consumo de sustancias (Banducci et al., 2013), con dependencia a la nicotina y depresión (González-Roz et al., 2021; MacPherson et al., 2010; Secades-Villa et al., 2019), y en mujeres con trastornos por uso de alcohol (Meshesha et al., 2021). Del mismo modo, los estudios de revisión sistemática y metaanalíticos respaldan el uso de la AC para el tratamiento de las adicciones, incluyendo el alcohol, el tabaco y el consumo de metanfetaminas, tanto en personas que no siguen un tratamiento formal (en centros de salud mental o de adicciones) como en personas que se encuentran en un tratamiento residencial (Fazzino et al., 2019; Martínez-Vispo et al., 2018; Pott et al., 2022; Secades-Villa et al., 2017). Además, la AC se ha mostrado efectiva en fumadores de la población general con sintomatología depresiva subclínica (Martínez-Vispo et al., 2019; Secades-Villa et al., 2015), sugiriendo que integrar la AC en una terapia más amplia para el

tratamiento del tabaquismo podría minimizar la incidencia de la abstinencia sobre el ánimo depresivo, muy habitual durante las primeras semanas tras la abstinencia del tabaco (Leventhal et al., 2013).

Las terapias más empleadas, la BATD-R y LETS ACT, se relacionan con una mejoría clínicamente significativa de la sintomatología depresiva y de ansiedad, la reducción del *craving* y la abstinencia a largo plazo, hasta un año, de drogas legales e ilegales (Daughters et al., 2016). Recientemente, la factibilidad y aceptabilidad de la aplicación de LETS ACT en formato App, mediante dispositivos móviles, ha sido evaluada en personas con problemas de adicción a sustancias, aunque su efectividad en términos de abstinencia aún no ha sido examinada (Paquette et al., 2021).

La mejoría en los pacientes que reciben la terapia de AC parece producirse en mayor medida en la abstinencia de drogas en comparación con la sintomatología depresiva (Pott et al., 2022; Secades-Villa et al., 2019). Esto puede relacionarse con el impacto de la abstinencia sobre la depresión, fenómeno ampliamente constatado en distintos estudios (Liu et al., 2021; Secades-Villa et al., 2015; Secades-Villa et al., 2019). Por otra parte, aunque la efectividad de la AC es hoy muy consistente, algunos estudios han evidenciado que no existen grandes diferencias en la efectividad entre este tipo de terapia y otras condiciones de comparación, como la TCC (Pott et al., 2022). Lo anterior no minimiza la potencialidad y relevancia de esta terapia contextual e invita a una toma de decisiones clínica que pasa por primar una u otra opción terapéutica en función de la sintomatología depresiva concomitante, siendo preferible la AC en este último caso. Además, la mayor brevedad de la AC y su coste-eficacia pueden ser dos criterios adicionales que faciliten la toma de decisiones clínica (Richards et al., 2016).

Es relevante mencionar que la AC se relaciona también con un impacto positivo en otras variables no específicas de drogas, como, por ejemplo, el incremento en el nivel general de activación de la

persona (Stein et al., 2021) y la reducción de la tasa de abandonos en los contextos de tratamientos, especialmente cuando se administra en un formato grupal (Daughters et al., 2008; González-Roz et al., 2021; MacPherson et al., 2010). Este último aspecto es de gran relevancia, debido a la relación entre la asistencia al tratamiento y la mejoría de la depresión (Pott et al., 2022).

## 4. TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL

La terapia dialéctico conductual (*Dialectical Behavior Therapy*; DBT) fue desarrollada por la psicóloga Marsha Linehan para el tratamiento de personas con trastorno límite de personalidad. Posteriormente ha sido adaptada como una terapia transdiagnóstica para la intervención de otros problemas psicológicos en los que la inestabilidad emocional e impulsividad son aspectos centrales (Linehan, 1993).

Uno de los elementos esenciales de la DBT es el abordaje de las dificultades en la regulación emocional, también conocida como desregulación emocional, para manejar emociones intensas que desencadenan comportamientos impulsivos, autodestructivos o autolesivos. A finales del siglo xx comienzan a realizarse estudios de eficacia de la DBT para el tratamiento de trastornos alimentarios, problemas de consumo de drogas y otros problemas que presentan características similares, como la inestabilidad emocional, los pensamientos suicidas, las conductas impulsivas o las dificultades en las relaciones interpersonales, y que pueden beneficiarse de la DBT por su intervención sobre la desregulación emocional y la impulsividad (Ritschel et al., 2015).

### 4.1. Fundamentación teórica

La DBT está basada en la teoría biosocial, la cual propone que los comportamientos problemáticos a menudo emergen en el

contexto de la desregulación emocional, como respuestas desadaptativas para modificar estados afectivos desagradables. La DBT se encamina a reducir estas estrategias de regulación inadecuadas entrenando habilidades efectivas para tolerar y regular emociones y situaciones difíciles (Warner y Murphy, 2021). De acuerdo con el modelo biosocial, la desregulación emocional es el resultado de la interacción entre una cierta vulnerabilidad y un ambiente invalidante.

En concreto, las personas que experimentan una adicción presentan a menudo niveles elevados de ansiedad y estrés (pensamientos y emociones desagradables), comportamientos inestables y dificultades en las habilidades de regulación emocional, que se asocian con una probabilidad más alta de recaída (McHugh y Kneeland, 2019; Prosek et al., 2018). La conducta adictiva funcionaría como una estrategia para manejar el malestar, y el propio malestar funcionaría como un desencadenante para la conducta adictiva. Los procesos implicados en la DBT para los TUS implicarían aprender a identificar los desencadenantes del consumo, saber orientar la atención, afrontar el malestar como algo transitorio, ser capaz de tolerar el malestar y sentir emociones agradables/refuerzos naturales, así como manejar los conflictos y la presión social.

La DBT integra dos procesos opuestos: la aceptación y el cambio. Además, enfatiza en la dialéctica con la premisa de que la realidad está interrelacionada, es diversa y está en continuo cambio. Por tanto, un aspecto característico de la DBT es la combinación de técnicas para entrenar estrategias de cambio, propias de las terapias de conducta de primera y segunda generación, junto con técnicas dirigidas a entrenar estrategias para la aceptación de la realidad, propias de la tercera. La DBT se podría definir como una forma de TCC que incluye estrategias de aceptación, validación y atención plena, y que se rige por tres principios básicos: la aceptación (p. ej., fomentar la comprensión, ser compasivos y comunicar de forma clara), el cambio (p. ej., establecer objetivos y

pasos para lograrlos) y la dialéctica (p. ej., búsqueda del equilibrio entre la validación y aceptación de los pensamientos y emociones, y la motivación al cambio) (McKay et al., 2017).

## 4.2. Componentes de la terapia

La DBT es una terapia intensiva que incluye terapia individual, entrenamiento en habilidades, apoyo telefónico y trabajo en un equipo terapéutico. La duración del programa estándar oscila entre seis meses y un año (el programa se aplica en 24 semanas y se repite, conformando una duración total de 48 semanas). No obstante, se han venido desarrollando versiones con menor duración, que varían entre la versión estándar hasta programas de cuatro semanas de duración, en los que se reducen los contenidos para que resulten menos intensivos y sean más aplicables en la práctica clínica (Linehan y Wilks, 2015).

La DBT cuenta con cuatro módulos aplicables en formato grupal para entrenar cuatro habilidades clave: tolerancia al malestar, atención plena, regulación emocional y eficacia interpersonal, que pueden consultarse en el manual de tratamiento protocolizado (Linehan, 2015). Combina el entrenamiento en estrategias de aceptación (habilidades de atención plena y tolerancia al malestar) y estrategias de cambio (habilidades de regulación emocional y eficacia interpersonal).

El módulo de habilidades de atención plena o mindfulness se dirige a entrenar a los participantes en la capacidad de prestar atención, observar y describir sus pensamientos, emociones e impulsos, sin reaccionar de forma impulsiva. El módulo de tolerancia al malestar se centra en entrenar habilidades para afrontar situaciones estresantes y dolorosas, inevitables de la vida, sin recurrir a conductas problemáticas para aprender a aceptar y afrontar la realidad de forma efectiva. El módulo de regulación emocional consiste en aprender a identificar y conocer el funcionamiento de las emociones y en reducir la vulnerabilidad a las

emociones desagradables, como son el miedo o la ansiedad. También se hace hincapié en el fomento de la búsqueda y experimentación de emociones agradables. Finalmente, el módulo de habilidades interpersonales se encamina a mejorar las relaciones sociales a través del entrenamiento en habilidades para decir no, para manejar conflictos interpersonales y para pedir ayuda de una forma efectiva.

Además, la DBT incorpora habilidades complementarias para el consumo de drogas que inciden en fomentar la adherencia al tratamiento, manejar los impulsos de consumo y el *craving,* y el entrenamiento en habilidades para afrontar las consecuencias del consumo. Finalmente, ha sido adaptada para el tratamiento de adolescentes teniendo en cuenta aspectos del desarrollo y culturales. Entre estas modificaciones se encuentra la reducción de la primera fase de tratamiento, la inclusión de los familiares en grupos multifamiliares de entrenamiento de habilidades, sesiones de terapia familiar, reducción del número de habilidades a entrenar y la adaptación de los materiales para atender a las necesidades de esta población y sus familias (Gibert, 2015a, 2015b).

### 4.3. Evidencias de efectividad

Se han publicado estudios en los que la DBT se ha mostrado eficaz en el tratamiento de personas con TUS y otros problemas psicopatológicos concomitantes (Flynn et al., 2019; Owens et al., 2017; Rady et al., 2021; Van den Bosch et al., 2002), de personas con trastorno por consumo de opiáceos (Rezaie et al., 2021), para problemas de alcohol (Cavicchioli et al., 2019) o para personas con trastorno por consumo de cannabis (Davoudi et al., 2021). Los resultados de estos estudios son positivos tanto en variables relacionadas con el consumo y con la retención en el tratamiento, como en otras variables relacionadas con la regulación emocional. No obstante, los estudios son escasos y presentan algunas

limitaciones, por lo que es necesario continuar investigando acerca de su eficacia diferencial.

Recientemente se ha publicado una revisión sistemática y un metaanálisis sobre la eficacia de la DBT para el tratamiento del TUS. En el metaanálisis de Haktanir y Callender (2020) se incluyeron un total de seis estudios, con un total de 278 participantes, en el que se investigaba la eficacia de la DBT con protocolos con una duración media de 38 semanas y un rango de 8 a 52 semanas de duración. Los resultados son prometedores, aunque debido al limitado número de estudios y a su heterogeneidad, los resultados han de considerarse como preliminares.

Además, en la revisión sistemática de Warner y Murphy (2021) se incluyeron un total de nueve estudios llevados a cabo desde el año 2015, en los que la duración de la DBT variaba de 6 a 24 semanas, de 8 a 35 sesiones y de 7 a 105 horas. A pesar de la variabilidad del tratamiento en cuanto a contenido, duración e intensidad, en todos los estudios la DBT resultó aceptable para los participantes. Se han encontrado resultados positivos tanto en variables relacionadas con el consumo de drogas como en variables relacionadas con la regulación emocional, particularmente en contextos ambulatorios de intervención. No obstante, es importante finalizar indicando que resulta necesaria una mayor investigación de la DBT para el tratamiento de los TUS, con el fin de conocer qué parámetros de tratamiento resultan más adecuados, así como un mayor número de estudios controlados aleatorizados con una mayor muestra y que incluyan grupos de comparación activos, como por ejemplo intervenciones con evidencia para el TUS.

## 5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS BASADA EN MINDFULNESS

El programa de prevención de recaídas basado en mindfulness (Mindfulness-Based Relapse Prevention; MBRP) combina técnicas de prevención de recaídas de la TCC (Daley y Marlatt, 2015) con

prácticas de atención plena, procedentes del programa de reducción de estrés basado en mindfulness (Kabat-Zinn, 1990) y de la terapia cognitiva basada en mindfulness (Segal et al., 2013). El MBRP surgió con el objetivo de mejorar los resultados de las intervenciones para el consumo de sustancias, ya que tienen tasas de recaída muy elevadas (Bowen et al., 2009).

## 5.1. Fundamentación teórica

El MBRP se dirige a identificar los potenciales desencadenantes de la recaída en el consumo de sustancias. Simultáneamente, promueve el desarrollo de habilidades de consciencia de las experiencias internas y externas, y fomenta una relación con esas experiencias desde una postura libre de juicios (Bowen et al., 2013). Esas habilidades son las que se denominan de atención plena o mindfulness. Implican prestar atención de forma intencionada al momento presente sin juzgar la experiencia que se está viviendo (Kabat-Zinn, 1994), lo cual desencadena la aceptación de los eventos que ocurren. A lo largo de la intervención se va discutiendo la aplicación del mindfulness como método para hacer frente a la adicción en la vida cotidiana.

Cuando las personas entrenan la atención plena aprenden a no juzgar las sensaciones, pensamientos y emociones que viven, por lo que las reacciones automáticas asociadas al consumo de sustancias se rompen, facilitándose su recuperación (Zullig et al., 2021). Son varios los mecanismos que explican la utilidad del mindfulness para el tratamiento de las adicciones (Garland y Howard, 2018). Estas habilidades promueven la conciencia de los factores desencadenantes de los comportamientos adictivos y aumentan la tolerancia y la aceptación de las experiencias emocionales, cognitivas o físicas que resultan incómodas. Además, reducen la frecuencia de comportamientos automáticos ligados a la adicción, atenúan el estrés que habitualmente se asocia a las conductas adictivas y disminuyen el *craving*.

## 5.2. Componentes de la terapia

El MBRP es una intervención protocolizada que se desarrolla en grupos de entre seis y doce personas. Este tamaño resulta óptimo, porque permite que haya tiempo suficiente para que cada participante comparta sus experiencias mientras que se fomenta el aprendizaje mutuo. Habitualmente se realizan ocho sesiones de dos horas de duración, a lo largo de ocho semanas, y se considera fundamental asistir a las sesiones de forma regular para poder aprender las habilidades de atención plena (Bowen et al., 2013).

El programa contiene prácticas de meditación guiada y ejercicios experienciales dirigidos a fomentar una postura vivencial entre los participantes. Tras la realización de cada práctica se discute sobre el papel del mindfulness como método de prevención de recaídas (Korecki et al., 2020). Las prácticas invitan a las personas a indagar y describir las experiencias inmediatas que están viviendo en el momento presente (p. ej., sensaciones corporales, pensamientos), sin discutirlas ni realizar interpretaciones sobre ellas. El objetivo es que las personas distingan entre la experiencia directa inicial y las reacciones a la experiencia, hasta que con la práctica detecten cuándo están en contacto con el momento presente y cuándo se han quedado atrapadas en sus interpretaciones. El MBRP también incluye tareas para casa dirigidas a entrenar las habilidades y a revisar prácticas previas. A continuación se presenta el contenido de las sesiones, incluyendo ejemplos de prácticas y ejercicios experienciales (Bowen et al., 2013; Witkiewitz et al., 2014).

1. *Piloto automático*. Se introduce el «piloto automático» como la tendencia a comportarse de manera mecánica, perdiendo el contacto con la experiencia física inmediata, y se discute su relación con el consumo de drogas. En ese modo, la persona se enreda en el impulso por consumir drogas eludiendo sus efectos contraproducentes. *Ejemplo:* meditación de exploración corporal. Para entrenar la consciencia corporal y contactar con el «piloto

automático», los participantes observan su experiencia física sin reaccionar a los pensamientos, emociones o sensaciones que van surgiendo.

2. *Consciencia de los desencadenantes y deseos de consumo*. Los participantes aprenden a percibir y reconocer los desencadenantes, deseos y pensamientos sobre el consumo sin actuar sobre ellos. La reacción automática a los eventos internos y externos conducen a la pérdida de la consciencia de lo que ocurre en el aquí y ahora. El mindfulness les permite tomar decisiones estando presentes y siendo conscientes de las alternativas de respuesta ante la situación de riesgo. *Ejemplo*: ejercicio de surfear los impulsos. El participante visualiza una situación de alto riesgo y utiliza el mindfulness para crear una «pausa» frente al impulso habitual de consumir.

3. *Mindfulness en la vida cotidiana*. El mindfulness permite tomar mejores decisiones porque sitúa a las personas en una postura menos reactiva. *Ejemplo*: práctica de la *zona sobria* para respirar. Esta práctica, que contiene cinco pasos, puede ser útil para salir del modo «piloto automático». S – Stop: ante una situación de riesgo, para y comprueba qué está ocurriendo. OB – Observa las reacciones que están teniendo lugar en tu cuerpo. R – Respira y concentra tu atención en tu respiración. I – Incrementa la consciencia de tu respiración y de la situación en la que te encuentras. A – Aplica una respuesta siendo consciente de qué es más conveniente, ya que, al margen de lo que pase en tu mente y tu cuerpo, tienes la capacidad de elegir cuál es la mejor reacción.

4. *Mindfulness en situaciones de alto riesgo.* Se analiza la secuencia de reacciones que siguen a las señales relacionadas con la sustancia. También se identifican y comparten las situaciones de riesgo de los participantes y se exploran las formas de desenvolverse ante la urgencia por consumir en ellas. *Ejemplo*: ejercicio de la *zona sobria* para respirar, aplicado a la visualización de una situación de alto riesgo.

5. *Aceptación y acción eficaz*. Se remarca la importancia de mantener el equilibrio entre la aceptación de las circunstancias y la búsqueda de un comportamiento eficaz ante ellas. Aceptar implica no luchar ni resistirnos a los hechos, y por consiguiente ser más flexibles, lo cual supone el primer paso para iniciar el cambio de conducta. *Ejemplo:* ejercicios de movimiento consciente. Se realizan varias posturas corporales para que los participantes sean conscientes de distintas sensaciones físicas mientras exploran cómo actúa su mente, que con frecuencia reacciona vagando entre pensamientos ajenos a la práctica.

6. *Ver los pensamientos como pensamientos*. El objetivo es reducir la identificación de la persona con sus pensamientos, convirtiéndolos simplemente en palabras o imágenes que pueden creerse o no, ya que no son un reflejo fidedigno de la realidad. Se discute la veracidad de esos pensamientos y su papel en el ciclo de recaídas. *Ejemplo*: hoja de trabajo del ciclo de recaída. Se analiza un ciclo de una recaída anterior en el que actuaron en modo «piloto automático». Se discute cómo podrían haber actuado de manera distinta y qué ventajas habría tenido utilizar las habilidades de la *zona sobria*.

7. *Autocuidado y estilo de vida equilibrado.* Se identifican los factores que favorecen una vida saludable y los que suponen un riesgo. Realizar actividades enriquecedoras será crucial para reducir la vulnerabilidad de la recaída y mantener los cambios a largo plazo. *Ejemplo*: hoja de trabajo de actividades diarias. Los participantes exploran qué situaciones y personas están asociadas a las emociones complicadas, cuáles les generan bienestar y confianza, y cómo se sienten ante cada una de ellas.

8. *Apoyo social y continuación de la práctica.* Se remarca la importancia de saber pedir ayuda, contar con un sistema de apoyo y reconocer las primeras señales de recaída. *Ejemplo*: los participantes comparten reflexiones sobre el programa y diseñan un plan de continuación de la práctica del mindfulness en la vida diaria.

### 5.3. Evidencias de efectividad

El MBRP reduce la frecuencia de consumo de sustancias (Korecki et al., 2020; Li et al., 2017; Ramadas et al., 2021; Sancho et al., 2018) y el *craving* (Korecki et al., 2020; Li et al., 2017; Ramadas et al., 2021). Además, disminuye la sintomatología depresiva (Ramadas et al., 2021; Roos et al., 2020; Zemestani y Ottaviani, 2016) y el estrés (Davis et al., 2018; Li et al., 2017), lo que podría explicarse por las mejorías que el mindfulness produce sobre las habilidades de regulación emocional (Ramadas et al., 2021; Sancho et al., 2018). Además, ha mostrado resultados prometedores en adicciones comportamentales, como el juego patológico (p. ej., Chen et al., 2014) o el trastorno de conducta sexual compulsiva (p. ej., Holas et al., 2020). También en poblaciones especiales como mujeres con problemas legales (p. ej., Witkiewitz et al., 2014) o jóvenes con bajos ingresos (p. ej., Davis et al., 2018).

Sin embargo, el programa no ha logrado menores tasas de recaídas que otras intervenciones tradicionalmente dirigidas al TUS (p. ej., TCC) (Goldberg et al., 2021; Grant et al., 2017). Dado que la aplicación del mindfulness a los trastornos adictivos es un campo de estudio bastante novedoso, futuras investigaciones deberían dirigirse tanto a dilucidar los mecanismos subyacentes a este enfoque de tratamiento, como a mejorar sus resultados y promover su aplicación en la práctica clínica (Garland y Howard, 2018).

## 6. CONCLUSIONES

En este capítulo se han descrito cuatro de las terapias recogidas bajo el paraguas «tercera generación». Todas tratan de fortalecer la saga de generaciones anteriores, añadiendo nuevos elementos al tratamiento psicológico de las adicciones. Sus datos empíricos, a distancia aún de terapias más avaladas, se amplían cada día y empiezan a mostrar que tienen algo que ofrecer a las personas con

adicciones. Aunque heterogéneas entre sí, se valen de procedimientos relacionados con la aceptación, la validación, la atención plena y los valores. Estos elementos se consideran indispensables al objetivo de favorecer el cambio conductual. En general, se apartan de la segunda ola por su énfasis en mantener el contenido, frecuencia o intensidad de los eventos privados molestos, y en su lugar cambiar la relación que la persona mantiene con tales vivencias.

Las terapias aquí mencionadas ayudan a tomar conciencia de la transitoriedad de la vida y animan a comportarse de manera que la persona reacomode sus prioridades (que la adicción ha invertido) y recalibre su conducta de acuerdo con lo que genuinamente quiere hacer con su vida. Emplean un lenguaje experiencial que orienta a los clientes hacia su conducta y contexto, fomentando la apertura psicológica y facilitando la descripción en lugar del juicio. Esto permite a los clientes entender sus pensamientos y sentimientos como fenómenos transitorios y contingentes, en lugar de como reflejos de la realidad. Se facilita asimismo el distanciamiento y la aceptación de la propia experiencia, y, desde ahí, se sientan las bases para el cambio. Como en las terapias existenciales, las contextuales animan a la persona a entrar en pleno contacto con su forma particular y multifacética de estar en el mundo y a tomar la iniciativa tras re-descubrir que es posible elegir.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Barraca Mairal, J. (2018). *Tratando con activación conductual: habilidades terapéuticas para su puesta en práctica*. Pirámide.

Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G. A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness: guía clínica*. Desclée de Brouwer.

Hayes, S. C. y Levin, M. E. (2012). *Mindfulness & acceptance for addictive behaviors: Applying contextual CBT to substance abuse & behavioral addictions.* New Harbinger Publications.

Linehan, M. (2015). *DBT skills training manual* (2.ª ed.). Guilford Press.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Banducci, A. N., Lejuez, C. W. y MacPherson, L. (2013). Pilot of a behavioral activation-enhanced smoking cessation program for substance users with elevated depressive symptoms in residential treatment. *Addictions Newsletter, 2013,* 16-20.

Barraca, J. (2016). La activación conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta, 42,* 165-166.

Barraca Mairal, J. (2018). *Tratando con… activación conductual. Habilidades terapéuticas para su puesta en práctica.* Pirámide.

Barraca Mairal, J. y Pérez Álvarez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión.* Editorial Síntesis.

Beck, A. T. y Wright, F. D. (2011). *Cognitive Therapy of substance abuse.* Guilford Publications.

Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema, 30*(3), 270-275.

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E. y Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse, 30*(4), 295-305.

Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G. A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness: guía clínica*. Desclée de Brouwer.

Bricker, J. B., Mull, K. E., Kientz, J. A., Vilardaga, R., Mercer, L. D., Akioka, K. J. y Heffner, J. L. (2014). Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. *Drug and Alcohol Dependence, 143,* 87-94.

Bricker, J., Wyszynski, C., Comstock, B. y Heffner, J. L. (2013). Pilot randomized controlled trial of web-based acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research, 15*(10), 1756-1764.

Cavicchioli, M., Movalli, M., Vassena, G., Ramella, P., Prudenziati, F. y Maffei, C. (2019). The therapeutic role of emotion regulation and coping strategies during a stand-alone DBT Skills training program for alcohol use disorder and concurrent substance use disorders. *Addictive Behaviors, 98,* 106035.

Chen, P., Jindani, F., Perry, J. y Turner, N. L. (2014). Mindfulness and problem gambling treatment. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health, 4*(2).

Daley, D. C. y Marlatt, G. A. (2015). *Overcoming your alcohol or drug problem: Therapist guide*. Oxford University Press.

Daughters, S. B., Braun, A. R., Sargeant, M. N., Reynolds, E. K., Hopko, D. R., Blanco, C. y Lejuez, C. W. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: the life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). *The Journal of Clinical Psychiatry, 69,* 122-129.

Daughters, S. B., Magidson, J. F., Anand, D., Seitz-Brown, C. J., Chen, Y. y Baker, S. (2018). The effect of a behavioral activation treatment for substance use on post-treatment abstinence: a randomized controlled trial. *Addiction, 113*(3), 535-544.

Daughters, S. B., Magidson, J. F., Lejuez, C. W. y Chen, Y. (2016). LETS Act: a behavioral activation treatment for substance use and depression. *Advances in Dual Diagnosis, 9,*

74-84.
Davis, J. P., Berry, D., Dumas, T. M., Ritter, E., Smith, D. C., Menard, C. y Roberts, B. W. (2018). Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial. *Journal of Substance Abuse Treatment, 91,* 37-48.
Davoudi, M., Allame, Z., Foroughi, A. y Taheri, A. A. (2021). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy (DBT) for reducing craving and achieving cessation in patients with marijuana use disorder: feasibility, acceptability, and appropriateness. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 43*(4), 302-310.
Dindo, L., van Liew, J. R. y Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics, 14*(3), 546-553.
Fazzino, T. L., Bjorlie, K. y Lejuez, C. W. (2019). A systematic review of reinforcement-based interventions for substance use: efficacy, mechanisms of action, and moderators of treatment effects. *Journal of Substance Abuse Treatment, 104,* 83-96.
Ferster, C. B. (1973). A function analysis of depression. *American Psychologist, 28,* 857-870.
Flynn, D., Joyce, M., Spillane, A., Wrigley, C., Corcoran, P., Hayes, A., Flynn, M., Wyse, D., Corkery, B. y Mooney, B. (2019). Does an adapted dialectical behaviour therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods study. *Addiction Science & Clinical Practice, 14*(1), 28.
García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., Sánchez-Moya, M. Á., Torres, J. A. C., Carreno, D. F., Garcelán, S. P. y Sánchez-Sánchez, L. del C. (2021). Ecstasy (MDMA): a rebellion coherent with the system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 38*(1), 89-102.
Garland, E. L. y Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addiction Science and Clinical Practice, 13*(1), 1-14.
Gibert, M. (2015a). Aplicación de la terapia didáctico-conductual en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad y de la patología dual. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, 26,* 81-88.
Gibert, M. (2015b). El trabajo con adolescentes con tendencia límite y trastorno por uso de sustancias en un hospital de día. *Revista de Patología Dual, 2*(3), 16.
Gifford, E. V. y Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En W. O'Donohue y R. Kitchnener (eds.), *Handbook of behaviorism*. Academic Press.
Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L. y Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy, 35*(4), 689-705.
Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O. y Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy, 42*(4), 700-715.
Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P. y Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18,* 181-192.
Goldberg, S. B., Pace, B., Griskaitis, M., Willutzki, R., Skoetz, N., Thoenes, S., Zgierska, A. E. y Rösner, S. (2021). Mindfulness-based interventions for substance use disorders.

*Cochrane Database of Systematic Reviews, 20*(10), CD011723.
González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F. y Villagrá, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(1), 18-27.
González-Roz, A., Weidberg, S., García-Pérez, Á., Martínez-Loredo, V. y Secades-Villa, R. (2021). One-year efficacy and incremental cost-effectiveness of contingency management for cigarette smokers with depression. *Nicotine & Tobacco Research, 23*(2), 320-326.
González-Roz, A., Secades-Villa, R. y Alonso-Pérez, F. (2019). Effects of combining contingency management with behavioral activation for smokers with depression. *Addiction Research & Theory, 27*(2), 114-121.
Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M. y Hempel, S. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine, 11*(5), 386-396.
Gul, M. y Aqeel, M. (2021). Acceptance and commitment therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: a double-blind, parallel-group, randomized controlled trial. *Journal of Substance Use, 26*(4), 413-419.
Haktanir, A. y Callender, K. A. (2020). Meta-Analysis of Dialectical Behavior Therapy (DBT) for treating substance use. *Research on Education and Psychology, 4,* 74-87.
Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665.
Hayes, S. C. y Levin, M. (2012). *Mindfulness & acceptance for addictive behaviors: applying contextual CBT to substance abuse & behavioral addictions*. New Harbinger Publications.
Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. Guilford Press.
Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso: proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Desclée de Brouwer.
Holas, P., Draps, M., Kowalewska, E., Lewczuk, K. y Gola, M. (2020). A pilot study of mindfulness-based relapse prevention for compulsive sexual behaviour disorder. *Journal of Behavioral Addictions, 9*(4), 1088-1092.
Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295-304.
Jahoda, A., Hastings, R., Hatton, C., Cooper, S. A., Dagnan, D., Zhang, R., McConnachie, A., McMeekin, N., Appleton, K., Jones, R., Scott, K., Fulton, L., Knight, R., Knowles, D., Williams, C., Briggs, A., MacMahon, K., Lynn, H., Smith, I., Thomas, G. … y Melville, C. (2017). Comparison of behavioural activation with guided self-help for treatment of depression in adults with intellectual disabilities: a randomised controlled trial. *The Lancet. Psychiatry, 4*(12), 909-919.
Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* Bantam Dell.
Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in every-day life*. Hyperion Books.

Kanter, J. W., Busch, A. M. y Rusch, L. C. (2011). *Activación conductual. Refuerzos positivos ante la depresión*. Psicología Alianza Editorial.

Korecki, J. R., Schwebel, F. J., Votaw, V. R. y Witkiewitz, K. (2020). Mindfulness-based programs for substance use disorders: a systematic review of manualized treatments. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 15*(1), 51.

Lee, E. B., An, W., Levin, M. E. y Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 155,* 1-7.

Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B. y Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior Modification, 35*(2), 111-161.

Leventhal, A. M., Ameringer, K. J., Osborn, E., Zvolensky, M. J. y Langdon, K. J. (2013). Anxiety and depressive symptoms and affective patterns of tobacco withdrawal. *Drug and Alcohol Dependence, 133*(2), 324-329.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. M. Friedman y M. M. Katz (eds.), *The psychology of depression: contemporary theory and research.* (pp. 157-185). John Wiley.

Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M. y Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 17*(3), 322-334.

Lewis, M. D. (2015). *The biology of desire: why addiction is not a disease*. Public Affairs Books.

Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P. y Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 75,* 62-96.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2.ª ed.). Guilford Press.

Linehan, M. M. y Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy, 69*(2), 97-110.

Liu, N. H., Wu, C., Pérez-Stable, E. J. y Muñoz, R. F. (2021). Longitudinal association between smoking abstinence and depression severity in those with baseline current, past, and no history of major depressive episode in an international online tobacco cessation study. *Nicotine & Tobacco Research, 23*(2), 267-275.

Luciano, C., Páez-Blarrina M. y Valdivia- Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(1), 141-165.

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C. y Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 43-53.

MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., Hopko, D. R., Zvolensky, M. J., Brown, R. A. y Lejuez, C. W. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(1), 55-61.

Magidson, J. F., Gorka, S. M., MacPherson, L., Hopko, D. R., Blanco, C., Lejuez, C. W. y Daughters, S. B. (2011). Examining the effect of the Life enhancement treatment for

substance use (LETS ACT) on residential substance abuse treatment retention. *Addictive Behaviors, 36*(6), 615-623.

Manos, R. C., Kanter, J. W. y Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 547-561.

Martell, C. R., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.

Martínez-Vispo, C., Martínez, Ú., López-Durán, A., Fernández del Río, E. y Becoña, E. (2018). Effects of behavioural activation on substance use and depression: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 13*(1), 36.

Martínez-Vispo, C., Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Senra, C., Fernández del Río, E. y Becoña, E. (2019). Cognitive-behavioral treatment with behavioral activation for smoking cessation: randomized controlled trial. *PloS one, 14*(4), e0214252.

McHugh, R. K. y Kneeland, E. T. (2019). Affective vulnerability in substance use disorders. *Current Opinion in Psychology, 30,* 54-58.

McKay, M., Brantley, J. y Jeffrey, C. W. (2017). *Manual práctico de terapia dialectico conductual: ejercicios prácticos de TDC para aprendizaje de Mindfulness, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia a la angustia*. Desclée De Brouwer.

Meshesha, L. Z., Emery, N. N., Blevins, C. E., Battle, C. L., Sillice, M. A., Marsh, E., Feltus, S., Stein, M. D. y Abrantes, A. M. (2021). Behavioral activation, affect, and self-efficacy in the context of alcohol treatment for women with elevated depressive symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology.* Publicación en avance online.

Meyer, E. C., Walser, R., Hermann, B., Bash, H., DeBeer, B. B., Morissette, S. B., Kimbrel, N. A., Kwok, O., Batten, S. V. y Schnurr, P. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and alcohol use disorders in veterans: pilot treatment outcomes. *Journal of Traumatic Stress, 31*(5), 781-789.

Orgeta, V., Tuijt, R., Leung, P., Verdaguer, E. S., Gould, R. L., Jones, R. y Livingston, G. (2019). Behavioral activation for promoting well-being in mild dementia: Feasibility and outcomes of a pilot randomized controlled trial. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD, 72*(2), 563-574.

Ortega y Gasset, J. (1961). *Introducción a la estimativa: ¿Qué son los valores?* Ediciones Encuentro.

Owens, M. D., Nason, E. y Yeater, E. (2017). Dialectical behavior therapy for multiple treatment targets: A case study of a male with comorbid personality and substance use disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction, 16*(2), 436-450.

Paquette, C. E., Rubalcava, D. T., Chen, Y., Anand, D. y Daughters, S. B. (2021). A mobile app to enhance behavioral activation treatment for substance use disorder: App design, use, and integration into treatment in the context of a randomized controlled trial. *JMIR Formative Research, 5*(11), e25749.

Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo, 28,* 97-110.

Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Editorial Síntesis.

Pérez Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría: más allá de la corriente principal*. Alianza Editorial.

Pott, S. L., Delgadillo, J. y Kellett, S. (2022). Is behavioral activation an effective and acceptable treatment for co-occurring depression and substance use disorders? A meta-

analysis of randomized controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment, 132,* 108478.

Prosek, E. A., Giordano, A. L., Woehler, E. S., Price, E. y McCullough, R. (2018). Differences in emotion dysregulation and symptoms of depression and anxiety among illicit substance users and nonusers. *Substance Use & Misuse, 53*(11), 1915-1918.

Rady, A., Abdelkarim, A., Ivanoff, A. y Molokhia, T. (2021). Efficacy of Dialectical Behavioral Therapy for emotion dysregulation in patients with dual diagnosis of borderline personality disorder and substance use disorder. *Current Psychiatry Research and Reviews, 17*(2), 105-119.

Ramadas, E., de Lima, M. P., Caetano, T., Lopes, J. y Dixe, M. D. A. (2021). Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention in individuals with substance use disorders: A systematic review. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, *11*(10), 133.

Rezaie, Z., Afshari, B. y Balagabri, Z. (2021). Effects of Dialectical Behavior Therapy on emotion regulation, distress tolerance, craving, and depression in patients with opioid dependence disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Publicación en avance online.

Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., Barrett, B., Farrand, P. A., Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, E. R., Wright, K. A., Hollon, S. D., Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E. y Finning, K. (2016). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet, 388*(10047), 871-880.

Ritschel, L. A., Lim, N. E. y Stewart, L. M. (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American Journal of Psychotherapy, 69*(2), 111-128.

Roos, C., Bowen, S. y Witkiewitz, K. (2020). Approach coping and substance use outcomes following mindfulness-based relapse prevention among individuals with negative affect symptomatology. *Mindfulness, 11*(10), 2397-2410.

Ross, J., Teesson, M., Lejuez, C., Mills, K., Kaye, S., Brady, K., Dore, G., Prior, K., Larkin, X., Cassar, J., Ewer, P., Memedovic, S., Kihas, I. y Masters, S. L. (2016). The efficacy of behavioural activation treatment for co-occurring depression and substance use disorder (the activate study): A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 16,* 221.

Sancho, M., de Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S. y Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-Based Interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry, 9,* 95.

Schalow, F. (2017). *Toward a phenomenology of addiction: embodiment, technology, transcendence*. Springer.

Secades-Villa, R., González-Roz, A., García-Pérez, Á. y Becoña, E. (2017). Psychological, pharmacological, and combined smoking cessation interventions for smokers with current depression: A systematic review and meta-analysis. *PloS one, 12*(12), e0188849.

Secades-Villa, R., González-Roz, A., Vallejo-Seco, G., Weidberg, S., García-Pérez, Á. y Alonso-Pérez, F. (2019). Additive effectiveness of contingency management on cognitive behavioural treatment for smokers with depression: Six-month abstinence and depression outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 204,* 107495.

Secades-Villa, R., Vallejo-Seco, G., García-Rodríguez, O., López-Núñez, C., Weidberg, S. y González-Roz, A. (2015). Contingency management for cigarette smokers with depressive symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 23*(5), 351-360.

Segal, J. V., Teasdale, J. D. y Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical rationale and empirical status. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M.

M. Linehan (eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45-65). The Guilford Press.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression* (2.ª ed.). The Guildford Press.

Simmonds-Buckley, M., Kellett, S. y Waller, G. (2019). Acceptability and efficacy of group behavioral activation for depression among adults: A meta-Analysis. *Behavior Therapy, 50*(5), 864-885.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Prentice-Hall.

Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. y White, J. M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of Cognitive Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Substance Abuse, 31*(2), 98-107.

Stappenbeck, C. A., Luterek, J. A., Kaysen, D., Rosenthal, C. F., Gurrad, B. y Simpson, T. L. (2015). A controlled examination of two coping skills for daily alcohol use and PTSD symptom severity among dually diagnosed individuals. *Behaviour Research and Therapy, 66,* 8-17.

Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E. y Smits, J. (2021). Looking beyond depression: a meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological Medicine, 51*(9), 1491-1504.

Stephens, R. S., Roffman, R. A. y Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 898-908.

Stotts, A. L. y Northrup, T. F. (2015). The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychology, 2,* 75-81.

Stotts, A. L., Green, C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K., Northrup, T. F., Moeller, F. G. y Schmitz, J. M. (2012). A Stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence, 125*(3), 215-222.

Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR: una introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus aplicaciones clínicas*. DidacBook.

Twohig, M. P. y Hayes, S. C. (2008). *ACT verbatim for depression & anxiety: annotated transcripts for learning acceptance & commitment therapy*. Context Press.

Van den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Schippers, G. M. y Van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors, 27*(6), 911-923.

Vujanovic, A. A., Meyer, T. D., Heads, A. M., Stotts, A. L., Villarreal, Y. R. y Schmitz, J. M. (2017). Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 43*(4), 402-415.

Warner, N. y Murphy, M. (2021). Dialectical behaviour therapy skills training for individuals with substance use disorder: A systematic review. *Drug and Alcohol Review, 41*(2), 501-516.

Wilson, K. G. y DuFrene, T. (2012). *The wisdom to know the difference: An Acceptance & Commitment Therapy workbook for overcoming substance abuse*. New Harbinger Publications.

Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. y Walker, D. (2005). Mindfulness-Based Relapse Prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(3), 211-228.

Witkiewitz, K., Warner, K., Sully, B., Barricks, A., Stauffer, C., Thompson, B. L. y Luoma, J. B. (2014). Randomized trial comparing mindfulness-based relapse prevention with relapse prevention for women offenders at a residential addiction treatment center. *Substance Use & Misuse, 49*(5), 536-546.

Zemestani, M. y Ottaviani, C. (2016). Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention for co-occurring substance use and depression disorders. *Mindfulness, 7*(6), 1347-1355.

Zullig, K. J., Lander, L. R., Tuscano, M., Garland, M., Hobbs, G. R. y Faulkenberry, L. (2021). Testing Mindfulness-Based Relapse Prevention with medications for opioid use disorder among adults in outpatient therapy: A quasi-experimental study. *Mindfulness*, *12*(12), 3036-3046.

# 18

# Intervención neuropsicológica

SARA FERNÁNDEZ GUINEA,
M.ª ROSARIO GARCÍA VIEDMA
Y ANDREA OTERO CUEVAS

## 1. INTRODUCCIÓN

Los hallazgos científicos y la evidencia clínica destacan que el consumo de drogas afecta al funcionamiento cerebral (Kaur et. al., 2020; Volkow et al., 2001) y produce alteraciones en múltiples sistemas neurobiológicos e importantes déficits neuropsicológicos (De Oliveira et al., 2019; Robinson y Kolb, 1999; Yang et al., 2021). Recientes estudios de revisión y metaanálisis han mostrado cómo cada una de las drogas menoscaba los sistemas cerebrales de un modo específico, produciendo así perfiles característicos de déficit neuropsicológicos, que conllevan alteraciones principalmente de la velocidad de procesamiento de información, el sistema atencional, el aprendizaje y la memoria, las funciones ejecutivas, y aspectos emocionales, del carácter y del comportamiento (Baldacchino et al., 2012; Bernardin et al., 2014; Biernacki et al., 2016; Hirsiger et al., 2019; Kaur et al., 2020; Leung et al., 2017; Oscar-Berman y Marinkovic, 2007; Potvin et al., 2018; Verdejo-García et al., 2019). Estos déficits afectan a las habilidades para llevar a cabo con éxito las actividades cotidianas, disminuyen el grado de autonomía y explican muchos de los problemas que surgen en las relaciones de las personas con trastornos por uso de sustancias (TUS).

Las alteraciones neuropsicológicas contribuyen al desarrollo y/o cronificación de los procesos adictivos (Maillard et. al., 2020; Volkow

et al., 2001). Por ejemplo, la presencia de dificultades en los procesos ejecutivos puede incrementar la probabilidad de conductas de búsqueda y consumo de drogas (Beck et al., 2012). Estos cambios pueden interferir en la capacidad de la persona con TUS para asimilar los contenidos, practicar nuevas conductas en su ambiente y llevar a cabo actividades de los programas de intervención con fuerte contenido educativo o cognitivo (Aharonovich et al., 2006).

Diversas investigaciones han mostrado la relación entre estas dificultades cognitivas y emocionales con la efectividad del tratamiento en consumidores de diferentes tipos de sustancias, ya que se requiere que el sujeto sea capaz de mantener la atención y la concentración, aprender y memorizar contenidos y estrategias, buscar alternativas para solucionar problemas, inhibir respuestas, tomar decisiones, etc. Del mismo modo, limitan la eficacia del tratamiento, disminuyen la adherencia al mismo y provocan abandonos tempranos (Verdejo-García et al., 2019). Por estas razones, se han propuesto adaptaciones, para compensar las alteraciones neuropsicológicas habitualmente presentes en personas con TUS, de la terapia cognitivo-conductual para las adicciones (TCC-M; terapia cognitivo-conductual modificada), con menos exigencia a nivel cognitivo (p. ej., duración de las sesiones breve y aumento de su frecuencia, comunicación simplificada y corta, presentación concreta y visual del contenido de las sesiones, materiales de trabajo con ilustraciones y listas de tareas, ayudas mnemotécnicas y de memoria externa o repetición). No obstante, la TCC-M no se ha demostrado superior a la TCC en términos de retención o reducción del consumo, aunque los participantes de la versión modificada expresaron una mayor satisfacción con el tratamiento (Aharonovich et al., 2018).

La rehabilitación de los déficits cognitivos desde una perspectiva neuropsicológica podría contribuir a mejorar los resultados de los programas de tratamiento en personas con adicción. La intervención neuropsicológica se basa en los hallazgos científicos sobre la

plasticidad y la capacidad de reorganización funcional del cerebro (Fernández Guinea, 2007; Kolb, 2004) y en el principio de que los individuos tienen la capacidad para hacer cambios en su conducta cuando las circunstancias lo requieren. El avance en los conocimientos en neurociencia cognitiva posibilita que los neuropsicólogos puedan diseñar y aplicar técnicas y estrategias que sean eficaces para cada individuo, considerando los aspectos relevantes, y teniendo en cuenta su perfil cognitivo, su nivel de conciencia y su capacidad de autorregulación (Fernández Guinea, 2004; Frank et al., 2007).

Hasta el momento, el número de estudios publicados sobre los efectos de las intervenciones neuropsicológicas para personas con TUS ha sido escaso, pero ha ido en aumento durante la última década. Aunque los resultados son prometedores, se requiere una mayor investigación para establecer conclusiones sólidas acerca de su eficacia en los resultados del tratamiento.

## 2. OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Los programas de intervención para personas con TUS siguen un enfoque ecológico centrado en cómo las alteraciones neuropsicológicas implican problemas prácticos en la realización de las ocupaciones diarias. Los objetivos se establecen según el funcionamiento del individuo en los distintos ámbitos de su vida, ajustándose a sus características y peculiaridades, para que pueda realizar sus actividades cotidianas (Verdejo-García, 2020). Es importante que se establezcan objetivos relevantes y significativos para el individuo a corto y a largo plazo (Wilson et al., 2009). Recibir *feedback* regular de los progresos y del estado cognitivo favorece de manera notable la consecución de las metas, y ayuda al paciente a ser más consciente de la distancia para conseguir los objetivos planteados y participar en la terapia (Wilson et al., 2009).

Uno de los propósitos principales de los programas de rehabilitación neuropsicológica en personas con TUS es ayudar a desarrollar una mejor conciencia de sus propias dificultades cognitivas, así como adquirir un mayor conocimiento y disponer de estrategias para mejorar estos problemas. Por esta razón, es importante incluir un módulo en el que se explique: cómo las drogas afectan al funcionamiento de las diferentes estructuras cerebrales y al sistema de recompensa; las habilidades cognitivas, los factores que pueden afectarlas y qué problemas conllevan su alteración; las estrategias y métodos de entrenamiento y manejo de las mismas, las diferentes técnicas de compensación, etc. Esta formación se incluye en todas las sesiones de intervención, y el contenido se ajusta a los objetivos específicos que se persigan en cada una de las sesiones.

La intervención neuropsicológica pretende favorecer una mayor autonomía e independencia funcional. Busca no solo prevenir pérdidas, sino también restaurar la función, revirtiendo el daño cuando esto sea una posibilidad o recurriendo a la compensación de funciones mediante el aprendizaje de nuevas estrategias (Dwyer y Katz, 2021). Para lograr estos objetivos se pueden utilizar diversas metodologías y enfoques.

En este capítulo se aborda la neurorehabilitación de las capacidades cognitivas más afectadas en personas con TUS, como son la atención, la memoria y las funciones ejecutivas. Estas funciones inciden en las actividades y situaciones de la vida diaria y en el éxito de los tratamientos. En la intervención de las capacidades cognitivas se pueden seleccionar diversas estrategias, métodos y técnicas, como el entrenamiento cognitivo específico, procedimientos compensatorios, multidimensionales, la enseñanza de las rutinas específicas de la tarea, el entrenamiento en estrategias metacognitivas, la modificación del ambiente/acomodación de la tarea, los enfoques centrados en la colaboración, el entrenamiento en el uso de ayudas externas, etc. El clínico en cada caso puede seleccionar aquellos tratamientos que

considere más adecuados para las características y necesidades particulares de un individuo (Fernández Guinea, 2007).

## 3. INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LOS PROCESOS ATENCIONALES

Las personas con problemas de adicción pueden presentar alteraciones en alguno o en varios componentes del sistema atencional, como son la atención focalizada, sostenida, selectiva, alternante, dividida y control atencional (Sohlberg y Mateer, 1986). El tipo de intervención más adecuado para cada individuo dependerá de los componentes atencionales que se encuentren afectados.

Un aspecto importante en el inicio del tratamiento es enseñar al paciente a detectar los estados y situaciones que pueden afectar a su rendimiento y concentración, así como los síntomas de fatiga, cansancio o sueño, el estado de ánimo y de salud física (p. ej., el dolor). De este modo, pueden conocer en qué momentos es aconsejable hacer breves descansos para mejorar su rendimiento y cometer menos errores, así como mejorar su confianza sobre el manejo de situaciones.

A diferencia de otras capacidades cognitivas, los procesos atencionales pueden beneficiarse de su entrenamiento directo. Este hecho ha motivado el desarrollo de programas para intervenir específicamente sobre los diferentes componentes del sistema atencional. Uno de los primeros planteamientos lo realizaron Ben Yishay et al. (1987) con un modelo de rehabilitación de la orientación con módulos específicos: *a*) atender y reaccionar ante determinados estímulos ambientales; *b*) aumentar la velocidad de procesamiento; *c*) control atencional y conciencia sobre los procesos atencionales; *d*) estimación del tiempo, y *e*) interiorización de lo aprendido, control atencional y atención dividida para estímulos internos y externos.

El planteamiento que más éxito ha tenido, y que ha servido de modelo para diseñar diferentes pruebas de evaluación e intervención, es el propuesto por Sohlberg y Mateer, el *Attention Process Training* (APT-I, y II) (1986; Sohlberg et al., 2001). Se trata de un programa de intervención individual que se adapta a los déficits y necesidades de cada individuo. Incluye actividades para cada componente atencional (atención selectiva, sostenida, alternante y dividida), además de favorecer la autorregulación (supervisión y control). Se aplican de forma estructurada y jerárquica y con un nivel de dificultad creciente, incorporando componentes de memoria operativa, y que procura la generalización de las mejorías en otras áreas y situaciones de la vida diaria.

Una propuesta diferente es realizar este entrenamiento de los subcomponentes del sistema atencional a través de programas de ordenador, apps, plataformas, realidad virtual, etc. La atención es una de las capacidades cognitivas que más se benefician de las oportunidades que ofrecen estos métodos, como programar la duración de las sesiones, el número y la calidad perceptiva de los estímulos, la velocidad de presentación de los mismos y la de respuesta, el número de repeticiones, los tipos de reforzadores y la presentación de las instrucciones, lo cual permite una gran flexibilidad en el diseño del programa para cada uno de los usuarios. La interacción con los distintos dispositivos puede realizarse por diferentes vías, lo que reduce los problemas de acceso de las personas con déficit sensoriomotores. Además, permite guardar los resultados de cada usuario, ofreciendo un perfil gráfico de la evolución (Penkman y Mateer, 2004). Algunos ejemplos de estos programas son los de Lamberti et al. (1998) para mejorar el tiempo de respuesta del paciente y su atención sostenida; el programa AIXTENT de Sturm et al. (1997), centrado en mejorar el nivel de alerta, vigilancia, atención selectiva y atención dividida; o el C-40, enfocado a mejorar la velocidad de procesamiento de la información verbal (Voelbel et al., 2014). Un ejemplo son los ejercicios cognitivos mediante software de los programas *Cognitive Bias Modification*

(CBM) para intervenir sobre los sesgos atencionales hacia estímulos relacionados con las drogas (Kakoschke et al., 2019), en los que se entrena a los participantes para evitar imágenes relacionadas con las drogas y aproximarse a imágenes alternativas. Los programas CBM han sido investigados principalmente para los problemas de alcohol y tabaco, aunque es necesaria una mayor investigación para probar su efectividad en este tipo de problemas (Boffo et al., 2019).

## 4. INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LAS CAPACIDADES DE APRENDIZAJE Y MEMORIA

Las propuestas más relevantes para intervenir en los problemas de memoria se enmarcan en cuatro tipos de estrategias complementarias: las intervenciones de modificación del entorno, las estrategias para adquirir nuevos aprendizajes, las estrategias mnemotécnicas y las intervenciones para el manejo de ayudas externas.

### 4.1. Modificación del entorno

Estas estrategias tienen como principal objetivo entrenar a los individuos a manejar distracciones, disminuir la participación o sobrecarga de los procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas, así como reducir el impacto de estos déficits cognitivos en la realización de las actividades cotidianas. Aunque se han empleado relativamente poco en el ámbito de las conductas adictivas, el impacto potencial de su uso en pacientes adictos con deterioro funcional es prometedor.

Existen numerosas actuaciones que pueden modificar el entorno: organizar el lugar de trabajo para que esté libre de distractores y minimizar las posibles interrupciones; ordenar el espacio físico, armarios, cajones, etc.; mantener siempre el mismo orden en los espacios de uso cotidiano; disponer tablones para colocar avisos y

mensajes; emplear calendarios y agendas de planificación; utilizar etiquetas, instrucciones, señales u otros tipos de indicadores y claves visibles; organizar listas con los pasos a seguir; elaborar menús y recetas; establecer un sistema adecuado y sencillo para revisar cuentas del banco y pago de facturas; colocar pegatinas en lugares estratégicos para revisar los objetos o los pasos que son necesarios para una actividad concreta o para el manejo de electrodomésticos; usar dispositivos que inciten y favorezcan la interacción social, como álbumes de fotos, películas; instaurar rutinas, hábitos y pautas de alimentación, higiene, regularización de los ciclos de sueño y vigilia; adhesión a las pautas de toma de medicación, etc. Estos ajustes requieren baja participación activa por parte del paciente y son útiles incluso en aquellos casos de déficit graves (Glisky y Glisky, 2008).

### 4.2. Entrenamiento en estrategias para adquirir nuevos aprendizajes

Las personas con TUS pueden presentar dificultades para adquirir nuevas destrezas, habilidades y contenidos. En muchas ocasiones se puede plantear una intervención basada en la adquisición de nuevos procedimientos, siguiendo las técnicas habituales de aprendizaje, como el ensayo de rutinas o la simple repetición de material. En cambio, en otros momentos se pueden utilizar estrategias basadas en habilidades preservadas, como la memoria implícita y procedimental. Algunos de los métodos más empleados son: el *desvanecimiento de claves o pistas decrecientes* (se proporcionan inicialmente tantas claves como sean necesarias para favorecer que el paciente responda correctamente, y de forma gradual se van eliminando estas pistas en los ensayos de aprendizaje) (Riley y Heaton, 2000; Wilson, 2009); el *aprendizaje sin errores* (cuyo objetivo es minimizar el número de errores que comete una persona en el aprendizaje, dándole instrucciones verbales o escritas, o guiando y modelando al paciente a través de

la tarea) (Wilson, 2009); la *práctica distribuida* y la *recuperación espaciada* (este método requiere recuperar y repasar la información incrementando gradualmente los intervalos de tiempo) (Camp et al., 2000); el *sobreaprendizaje* (Butters et al., 1993), o el aprendizaje por *prueba* y *error* (Scheper et al., 2019).

Algunas pautas que se pueden seguir para enseñar información nueva a pacientes con déficit mnésicos son (Ehlhardt et al., 2008): *a*) los objetivos de la intervención deben ser claramente delimitados; *b*) se deben evitar errores; *c*) se debe realizar suficiente práctica; *d*) la práctica debe ser espaciada; *e*) se deben facilitar múltiples ejemplos para evitar la hiperespecificidad en al aprendizaje y facilitar la generalización; *f*) se deben utilizar estrategias para promover un procesamiento más eficaz, y *g*) los nuevos aprendizajes se deben focalizar en objetivos significativamente importantes para cada persona.

### 4.3. Entrenamiento en estrategias mnemotécnicas

Estas estrategias enseñan a codificar la información para que se asocie con conocimientos ya adquiridos o con claves que se pueden aprender y generar cuando se quiera recuperar dicha información. Estas estrategias permiten organizar el material y la información de modo sistemático, obligan a concentrarse en la tarea durante la codificación, ofrecen una mejor retroalimentación durante el aprendizaje y dan sentido al material que hay que recordar.

Hay numerosas estrategias (Lambez y Vakil, 2021), pero se van a destacar solo aquellas que se pueden aplicar fácilmente en la vida diaria, como las *«imágenes visuales»* (se pueden utilizar en una variedad de formas para ayudar a formar asociaciones entre palabras no relacionadas u objetos). En ellas se basa la estrategia mnemotécnica conocida como el *«método de los lugares»,* por el que se enseña a los pacientes a recordar listas de objetos, palabras, etc., asociando visualmente los mismos con un recorrido espacial muy conocido para ellos. Otras estrategias se basan en principios

de *organización* y *asociación* (p. ej., categorías, la primera letra de la palabra, etc.). El *encadenamiento* es muy valioso para enseñar secuencias de operaciones o acciones implicadas en diferentes actividades diarias. Se trata de descomponer secuencias complejas en componentes más simples y aprenderlos. Cuando uno de los pasos se haya adquirido, se asociará de forma significativa al próximo; los dos pasos se practicarán juntos y se unirán al siguiente paso, y así de forma consecutiva. El método *PQRST* (Robinson, 1970) es una técnica de organización verbal para aprender información de textos. Las siglas corresponden con los siguientes pasos: *«Preview»* (haz una revisión rápida del texto), *«Question»* (formula preguntas sobre el texto), *«Read»* (lee el material), *«State»* (responde a las preguntas) y *«Test»* (prueba la retención de la información). La *agrupación (chunking)* de información es otra técnica que se ha mostrado útil, al igual que el *«desandar mentalmente»* (volver hacia atrás los movimientos, las actividades o los pensamientos, mentalmente, en secuencia, normalmente con el propósito de recordar dónde se dejó algún objeto). Otra posibilidad es entrenar a los pacientes en la creación de *mapas o esquemas mentales,* usando una representación como la de un árbol, y empleando palabras, imágenes y colores, tratando de usar múltiples modalidades (verbal, visual, espacial) para representar la información y hacerla así más fácil de recordar. El acto de crear el mapa en sí mismo significa que el material se va a procesar a un nivel más profundo y más significativo.

Aunque la mayoría de las estrategias se consideran estrategias de codificación, también se deben entrenar para utilizarlas durante la recuperación. Del mismo modo, se pueden combinar varias estrategias para que el aprendizaje sea más fructífero.

## 4.4. Entrenamiento en el manejo de ayudas externas

El objetivo del entrenamiento en el manejo y utilización de ayudas y compensaciones externas es similar al de la modificación del

entorno: reducir la carga sobre las capacidades cognitivas como la atención, memoria o funciones ejecutivas. En este caso se requiere una participación más activa del usuario y una mayor instrucción, de tal forma que normalmente se necesita una práctica considerable y *role-playing,* tanto en la consulta como en el mundo real (Lanzi et al., 2018).

Las ayudas externas son dispositivos o herramientas que ayudan al paciente a organizar la información y realizar actividades planeadas previamente. Incluyen un rango muy variado de diferentes ayudas, como agendas, calendarios, libros de notas, cronómetros, relojes con alarma, pizarras y planificadores fijados en la pared, *post-it*, buscadores de llaves, dictáfonos, organizadores electrónicos, listas de pasos para realizar diferentes actividades cotidianas, dispositivos electrónicos que pueden servir para intervenir en las dificultades para iniciar una acción, recordar los pasos, etc., alarmas sonoras periódicas que puedan ayudar a los pacientes a recordar los pasos que tienen que seguir en una tarea de planificación compleja como en la vida real, o revisar cómo la están ejecutando, claves externas para incrementar la iniciativa verbal y la frecuencia de respuestas a preguntas en un paciente con problemas de apatía y aplanamiento afectivo, etc. (Lanzi et al., 2018; Manly et al., 2002).

Los constantes avances tecnológicos están ofreciendo dispositivos electrónicos que cada vez son más sofisticados, y ofrecen funciones y aplicaciones que se pueden adaptar a las personas con déficit neuropsicológicos, así como posibilitar una mejor integración con otros equipos, como los ordenadores. Los teléfonos móviles ofrecen aplicaciones de asistente personal digital, entre los que se incluyen grabadora de voz, agenda, varios tipos de alarmas, cámaras, etc. Se pueden utilizar también para recibir mensajes de texto en los que aparezcan recordatorios, etc. (Wilson, 2009). Entre las cámaras digitales destaca el SenseCam, un dispositivo que automáticamente guarda un registro fotográfico de las actividades que se han realizado durante el día, que se puede

emplear como agenda o diario pictográfico, vídeos, blog, etc. (Doherty et al., 2013). Se están desarrollando dispositivos cada vez más sencillos de utilizar y llevar para detectar la localización de las personas, y es muy útil para encontrar personas que se han desorientado o perdido. Otra herramienta en la rehabilitación de la memoria es el Neuropage (Hersch y Treadgold, 1994), un sistema portátil simple, tipo busca, que permite enviar al sujeto información y claves recordatorias (Wilson et al., 2009). Un sistema más simple y también eficaz es el Organizador de Voz (Van den Broek et al., 2000). Actualmente existe una aplicación llamada *Eyeremember,* que permite grabar información sobre la vida del usuario en cuestión y se le recuerda con simple contacto visual (Miesenberger et al., 2018). Finalmente, es recomendable que los usuarios seleccionen las ayudas externas que más se adaptan a ellos o incluso las generen ellos mismos.

## 5. INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

Las funciones ejecutivas se refieren a los procesos cognitivos que determinan las conductas dirigidas hacia una meta, la capacidad para formular objetivos, iniciar la conducta, anticipar las consecuencias de las acciones, planificar y organizar la conducta de acuerdo a las secuencias espaciales, temporales, actuales o lógicas, así como monitorizar y adaptar la conducta para adecuarla en una tarea o contexto particular. Son críticas para adaptarse al entorno, procesar la información compleja, tomar decisiones o interactuar socialmente, y para ello es fundamental la autoconciencia.

La complejidad de estas capacidades hace que sean muy sensibles a los cambios o alteraciones cerebrales, como ocurre en las personas con TUS. Los trastornos de las funciones ejecutivas inciden en la independencia funcional del individuo, ya que están implicadas tanto en un mayor desempeño ante actividades

novedosas, como en la optimización de la eficacia en tareas rutinarias (Godefroy et al., 2018). Las secuelas pueden ser muy persistentes, y sus diversas manifestaciones, que afectan a la cognición, humor y comportamiento, no se suelen entender bien en el entorno social. Por ejemplo, muchos de los cambios de personalidad y carácter se pueden atribuir a un mal funcionamiento de las funciones ejecutivas, y estos cambios son los principales responsables de problemas en las relaciones personales y el ámbito laboral (Worthington, 2010).

La rehabilitación de las funciones ejecutivas no solo es la más importante en el caso de las personas con TUS, sino también la más difícil, ya que afecta a los niveles más altos de capacidad cognitiva, la conciencia y la autorregulación. Si el tratamiento es efectivo puede permitir que una persona mantenga un empleo, las actividades de ocio o las relaciones familiares y sociales. En cambio, la permanencia de los problemas en las funciones ejecutivas puede dar lugar a que un individuo inteligente no sea capaz de realizar ni siquiera las actividades diarias más rudimentarias (Worthington, 2010).

A continuación, se presentan algunas de las propuestas aplicadas para la intervención de las funciones ejecutivas.

## 5.1. Resolución de problemas

Forma parte habitual de los programas de tratamiento de las personas con trastornos adictivos, dadas sus dificultades para resolver situaciones específicas o novedosas, la tendencia a actuar de forma impulsiva, sin reflexión previa, a ignorar la información relevante para enfrentarse a las tareas, o las dificultades para encontrar soluciones alternativas cuando fracasan. En ocasiones, las personas con problemas de adicción no son conscientes de sus errores o no los corrigen cuando se detectan los mismos, y pueden ser incapaces de anticipar las consecuencias de sus acciones (Thomsen et al,. 2018; Zorrilla et al., 2019).

Los programas actuales se basan en el planteamiento de solución de problemas, que diferencia dos componentes en este proceso: 1) la orientación hacia el problema, cómo el sujeto considera una situación problemática, y 2) las habilidades cognitivas implicadas en su resolución. El objetivo específico de la terapia es mejorar la capacidad del paciente para llevar a cabo cada una de las fases, mediante la práctica de tareas diseñadas para ejercitar las habilidades requeridas en cada una de ellas (identificar y analizar problemas, producir ideas o soluciones, separar la información relevante de la irrelevante, etc.).

Evans (2003, 2010) plantea un programa de resolución de problemas con formato grupal. Hace hincapié en que las principales dificultades de los trastornos ejecutivos son: 1) pobre monitorización (descrita en términos de no darse cuenta de un problema o no darse cuenta de que lo que está haciendo no va a ayudarle a conseguir sus objetivos), y 2) falta de planificación, que conlleva la dificultad para iniciar una conducta dirigida a objetivos (p. ej., fallar en hacer algo para resolver problemas), o una tendencia a ser impulsivo y «actuar sin pensar». Por ello, la intervención se centra en: la toma de conciencia del problema, el desarrollo de un plan de acción (planificación) y la iniciación de la acción dirigida a su resolución, y la evaluación del mismo. Plantea los siguientes pasos a seguir: orientación, identificar y seleccionar los objetivos, fraccionar los objetivos en subobjetivos, interiorizar los objetivos y las intenciones de la tarea, y verificación.

Otros autores aplican un proceso de razonamiento denominado IDEAL, cuyas actividades tienen relevancia en cualquier proceso de resolución de problemas (Burgess y Robertson, 2002): I (identificación de problemas), D (definición y representación del problema), E (elección de posibles estrategias), A (actuación basada en una estrategia), L (logros, evaluación de resultados).

Además, han surgido nuevos modos de plantear el entrenamiento en la solución de problemas, como por ejemplo: el entrenamiento interactivo de modelado de estrategias (Marshall et al, 2004) con

técnicas deductivas; el enfoque basado en la analogía, en el que se entrena a los pacientes a resolver problemas de la vida diaria, basándose en las estrategias que utilizaron en problemas que resolvieron exitosamente, extraídos de sus propias historias personales, y empleando diversas modalidades (página web, programa de ordenador, terapeuta) (Soong et al, 2005); y el entrenamiento en la recuperación explícita de información autobiográfica relacionada con la planificación de eventos (Hewitt et al, 2006). Shabayek et al. (2017) elaboraron un sistema denominado STARR *(Decision SupporT and self-mAnagement system for stRoke survivoRs),* que se ha desarrollado para personas que han sufrido un ictus, pero que podría adaptarse, y supone una herramienta útil para la rehabilitación en *toma de decisiones,* aspecto que es también importante en la intervención de personas con adicciones (Verdejo-García et al., 2019). El sistema se sirve de la información sobre la vida diaria del paciente (que se recoge gracias a cuestionarios y distintos sensores externos) para desarrollar un programa personalizado de apoyo en la toma de decisiones y vida autodidacta.

## 5.2. Funciones ejecutivas y memoria de trabajo

Las funciones ejecutivas y la memoria de trabajo están estrechamente relacionadas, y son muy sensibles a las alteraciones asociadas al lóbulo prefrontal, por lo que su afectación es muy frecuente en las personas con TUS. Se han realizado diversos estudios que han utilizado distintos métodos y técnicas y que han mostrado mejoras en estas capacidades. Son mencionables el entrenamiento en formas múltiples del *Paced Auditory Serial Attention Task* (PASAT) (Serino et al., 2006), el entrenamiento específico en la realización de tareas duales (Stablum et al., 2000) o el entrenamiento de Cicerone (2002) de lo que él denominó la «atención de trabajo». En este método se emplea el paradigma de tarea dual demandante (*n-back*, generación aleatoria y

procedimientos de doble tarea), junto con tareas que son similares a las actividades cotidianas de los participantes, y se les enseña y anima a desarrollar y emplear estrategias para repartir sus recursos atencionales y manejar la información, durante la realización de las tareas y las situaciones cotidianas. Gordon et al (2006) diseñaron el *Executive Plus Model*, en el que hacen un énfasis especial en la importancia de un buen control de la atención para mejorar las funciones ejecutivas, incluyendo una adaptación del APT II, pero también incorporan el entrenamiento en resolución de problemas y autorregulación emocional.

Específicamente en el ámbito de las adicciones, las evidencias preliminares de estudios llevados a cabo con diferentes poblaciones de consumo de sustancias, también sugieren efectos beneficiosos del entrenamiento en memoria de trabajo (Verdejo-García et al., 2019), incluyendo en algunos de ellos una mejora de la conducta impulsiva y reducción del consumo de sustancias (Bickel et al, 2011, 2014; Brooks et al., 2017, 2020; Hendershot et al., 2018; Houben et al., 2011; Rass et al., 2015; Snider et al., 2018; Sweeney et al., 2018).

### 5.3. Autorregulación conductual y emocional

Este tipo de intervención incluye distintos métodos cuyo objetivo es entrenar a adquirir una mayor capacidad para revisar y anticipar las consecuencias de la conducta, y un control del comportamiento y de las emociones, con el fin de adaptarse a las demandas ambientales. Se pretende que el paciente interiorice una rutina mental o una estrategia cognitiva que favorezca la autorregulación (Cicerone, 2002).

Meichembaum (1977) diseñó un programa de entrenamiento que ha tenido una importante repercusión y se ha aplicado con mucho éxito en el ámbito clínico para tratar trastornos psicológicos y neuropsicológicos muy diversos. Consta de cinco fases: 1) modelado cognitivo (el terapeuta realiza la tarea planteada, dándose

a sí mismo instrucciones en voz alta); 2) guía externa (el sujeto realiza la misma tarea siguiendo las instrucciones dadas por el terapeuta); 3) autoguía manifiesta (en esta ocasión el paciente ejecuta la tarea diciéndose las instrucciones en voz alta; 4) autoguía manifiesta atenuada (el sujeto ejecuta la tarea susurrando las autoinstrucciones), y 5) autoinstrucción encubierta (emplea el lenguaje interno para guiar su propia conducta).

Por su parte, Levine et al. (2000) establecieron un programa de «entrenamiento en la consecución/ gestión/ dirección de objetivos», que combina estrategias de solución de problemas y autoinstrucciones. Este método incluye cinco fases de entrenamiento: 1) paro y pienso qué estoy haciendo; 2) defino la tarea principal; 3) divido la tarea en subobjetivos o en los pasos requeridos; 4) aprendo los pasos y 5) mientras implemento los pasos, compruebo lo que hago e intento hacer lo que quiero. Se han hecho versiones de este programa (Robertson et al., 2005) en las que se incluye: un entrenamiento psicosocial o un especial énfasis en la suspensión periódica de la actividad que se está llevando a cabo, como un prerrequisito crítico para evaluar *online* la jerarquía de los objetivos, la división de la tarea y la monitorización de la actuación; la práctica activa con la simulada; tareas complejas de la vida real, tanto dentro como fuera de las sesiones de entrenamiento; y se practica la concienciación *(mindfulness)* para que la persona esté centrada en el momento presente y se reduzcan las distracciones (O'Connor et al., 2006). Otra propuesta planteada combina también la práctica en solución de problemas con un entrenamiento en autorregulación emocional (Rath et al., 2003). En esta línea, cabe destacar una intervención combinada de entrenamiento en manejo de objetivos, denominado en inglés *Goal Management Training* (GMT) y meditación basada en mindfulness, en los que se han obtenido resultados positivos en el tratamiento de las adicciones (Alfonso et al., 2011; Valls-Serrano et al., 2016).

## 5.4. Funciones metacognitivas

La conciencia del déficit y del error, y la automonitorización, son dos de las funciones metacognitivas sobre las que también se puede intervenir en los TUS y en otras conductas adictivas. Con relación a la conciencia del déficit, las estrategias que han mostrado mejores resultados se han centrado en contrastar la predicción que hace la persona sobre cómo va a realizar una determinada tarea con su actuación real. Se pueden utilizar vídeos de ejecución de la tarea, cuestionarios, escalas, etc., que permitan fácilmente ver la diferencia entre lo que la persona considera que es capaz de hacer y cómo, y el resultado real de su actuación. Se incluyen métodos de retroalimentación para que el individuo vaya mejorando su conciencia paulatinamente (Banerjee et al., 2021).

De manera similar se puede intervenir también en la automonitorización, empleando técnicas como el plantear objetivos centrados en el paciente muy fáciles de identificar, sistemas de monitorización de errores, claves y refuerzos para reconocer las conductas inapropiadas, etc.

## 5.5. Programa de intervención global de las funciones ejecutivas

Los neuropsicólogos pueden optar por elegir diversos tratamientos que se puedan adaptar a las características de las personas con adicciones, o desarrollar un programa completo que ya esté diseñado. En este último caso, podrían aplicar el programa global de las funciones ejecutivas que diseñaron Sohlberg y Mateer (2001). Se centra en tres grandes áreas: 1) selección y ejecución de planes ejecutivos, que tiene como objetivo que el sujeto aprenda a conocer los pasos a seguir en una actividad compleja, establecer la secuencia de fases, iniciar la actividad dirigida al objetivo, mejorar las habilidades de organización de objetivos, revisar el plan, buscar soluciones alternativas y realizar las correcciones si fuesen

necesarias, y ajustar la velocidad de ejecución; 2) control del tiempo, que pretende que el sujeto aprenda a estimar el tiempo necesario para desarrollar el plan, elaborar horarios, ejecutarlo basándose en el intervalo temporal establecido y revisar de forma continua el tiempo durante su realización, y 3) autorregulación conductual, que requiere el conocimiento de la propia conducta y la de los demás, la capacidad de controlar impulsos y aumentar la capacidad reflexiva, la extinción de conductas repetitivas e inapropiadas, y la habilidad de mostrar conductas consistentes, apropiadas y autónomas respecto al ambiente.

Estas mismas autoras, Sohlberg y Mateer (2001), han planteado también un modelo que favorezca el «afrontamiento» de los síntomas disejecutivos. Incluye los aspectos: *a*) desarrollo de una buena relación terapéutica, basada en el consenso de los objetivos con el paciente y su familia, y en facilitar la comunicación y la empatía con el lenguaje verbal y el gestual; *b*) manipulación del ambiente o entorno, utilizando los medios que se han comentado anteriormente sobre la modificación del entorno y el establecimiento de pautas de alimentación, ciclos de sueño y vigilia, mantenimiento de un grado de actividad adecuado y adhesión a las pautas de toma de medicación; *c*) adiestramiento en estrategias para tareas rutinarias específicas como el aseo, vestido, uso de transporte público, tareas domésticas, escribir cartas y correos electrónicos, realizar llamadas telefónicas, desarrollo de aficiones que impliquen tareas secuenciales, etc.; *d*) entrenamiento en la selección y ejecución de planes cognitivos, que incluyen planificación, ejercicios para el cumplimiento de tareas en distintos ámbitos, como el hospitalario, la comunidad…, el manejo del tiempo, etc., y *e*) estrategias metacognitivas y entrenamiento en autoinstrucciones, como la mediación verbal (autoinstrucciones), la automonitorización y la utilización de retroalimentación externa; estrategias metacognitivas (identificar, seleccionar, aplicar y comprobar); proceso de resolución de problemas (p. ej., programa IDEAL); proceso de cumplimentación de tareas (entrenamiento en el manejo

de objetivos, cómo parar, definir, lista de pasos, aprender pasos, ejecutar la tarea y comprobar) (Robertson et al., 2005).

## 6. CONCLUSIONES

Existen razones científicas, clínicas y sociales que justifican la necesidad de implantar programas de intervención neuropsicológica en el ámbito de las adicciones. Si bien la mayoría de las técnicas neuropsicológicas se han diseñado para ser aplicadas a personas con lesiones cerebrales, y los estudios específicos de su eficacia para el abordaje de los trastornos adictivos son preliminares, estas técnicas son de fácil adaptación a las necesidades y peculiaridades de las personas con problemas de adicción. Este tipo de intervenciones deberían modificarse y adaptarse a las características y necesidades en cada momento de cada caso particular (p. ej., período de abstinencia, patrón de consumo, condiciones de salud, etc.), decidiendo los objetivos a corto, medio y largo plazo, el número y la duración de las sesiones, etc. Por otra parte, la intervención neuropsicológica ha de integrarse y complementarse con otros tipos de terapias, como las técnicas de manejo de contingencias, la terapia cognitivo-conductual, la prevención de recaídas o la intervención familiar.

Como paso previo, es necesaria una evaluación neuropsicológica detallada de las capacidades cognitivas (haciendo hincapié en los distintos componentes de la atención, la memoria y las funciones ejecutivas), de los posibles cambios del comportamiento y de los problemas emocionales (véase el capítulo 9 de este manual). Se podría entonces establecer un perfil neuropsicológico, en el que se destaquen los aspectos más afectados y los puntos fuertes que servirán de base para el diseño del programa de intervención específico para cada individuo, según sus peculiaridades y necesidades. En esta valoración también se debe tener en cuenta cómo estos cambios están afectando a los distintos ámbitos de la vida del individuo, a las posibles estrategias de afrontamiento, a los

factores que están incidiendo de manera positiva y negativa en el consumo de drogas, al modo de resolver los problemas cotidianos, a las relaciones personales, al rendimiento laboral, etcétera.

La intervención neuropsicológica debería incluir también protocolos de información y educación para el propio individuo y las personas allegadas, en los que se incluyan contenidos relativos a los distintos niveles del funcionamiento del cerebro y de las redes neuronales (p. ej., el sistema de recompensa) y cómo se pueden ver afectados por el proceso adictivo; o la relación entre la alteración de las capacidades cognitivas, los cambios de carácter y trastornos emocionales, y el modo y grado de funcionamiento y rendimiento en las distintas esferas de actuación del individuo.

El entrenamiento cognitivo, que incluye la aplicación de los métodos y estrategias para mejorar las habilidades cognitivas, ha de adaptarse a las necesidades individuales, con especial interés en el sistema atencional, el aprendizaje y la memoria, memoria de trabajo y las funciones asociadas al lóbulo prefrontal.

Asimismo, debido a las características de los trastornos adictivos, cobra especial importancia la intervención en la solución de problemas, planificación de objetivos, autorregulación conductual y emocional, automonitorización, etc., a través, por ejemplo, del entrenamiento en autoinstrucciones, o el manejo y consecución de objetivos.

El uso de las nuevas tecnologías, mediante *smartphones* (Gamito et al., 2013), tabletas o apps (Fernández Guinea, 2015), o plataformas web (Gradior, Rehacom, Neuronup, etc.), ofrece múltiples posibilidades para el desarrollo de estas intervenciones (p. ej., interacción *online,* telerrehabilitación, etc.). En particular, la realidad aumentada o la realidad virtual (Fernández Guinea et al., 2015) se han convertido en metodologías muy relevantes en los últimos años, dada su facilidad de uso, su accesibilidad, su versatilidad y el enfoque multisensorial, que permite producir respuestas condicionadas a los distintos estímulos presentados, manteniendo la capacidad de control ambiental por parte del

terapeuta (Amista et al., 2017; Caballeria et al., 2021; Gupta y Chadha, 2015; Segawa et al., 2020). Estudios recientes han mostrado el éxito de la realidad virtual para mejorar el *craving* (Amista et al., 2017), la integración de entrenamiento en habilidades diarias, además de su complementación con biofeedback (Hung et al., 2021; Man, 2020). Además, la realidad virtual puede ayudar a superar la brecha que hay entre los tratamientos que se aplican en el ámbito clínico y las actividades que tienen lugar en el hogar o el propio ambiente del paciente, favoreciendo la transferencia y generalización al entorno real (Jahn et al., 2021).

Otras técnicas que están ofreciendo resultados interesantes en el tratamiento de los TUS son la estimulación magnética transcraneal (TMS) y la estimulación transcraneal de corriente directa (tCDS) (Bari et al, 2018; Forcano et al., 2018; Lapenta et al, 2018; Naish et al., 2018). Asimismo, se han publicado revisiones acerca de la terapia de rehabilitación cognitiva en personas con adicdiones (Pedrero-Pérez et al., 2011), y revisiones y metaanálisis más recientes acerca del entrenamiento cognitivo para problemas de alcohol (Caballeria et al., 2021; Nixon y Lewis, 2019; Svanberg y Evans, 2013), de la remediación cognitiva para TUS (Nardo et al., 2022) y problemas de juego (Challet-Bouju et al., 2017), o acerca de las intervenciones neuropsicológicas en adicciones dirigidas a la toma de decisiones (Verdejo-García et al., 2019), a la impulsividad (Anderson et al., 2021) o a los sesgos atencionales (Cristea et al., 2016). A pesar de los resultados prometedores, no se dispone aún de un programa neuropsicológico específico *gold-standard* para esta población, y por este motivo, a lo largo del capítulo, se han expuesto distintos objetivos y tipos de intervenciones neuropsicológicas con potencial para su aplicación para personas con trastornos adictivos.

Uno de los principales retos en el ámbito de la intervención neuropsicológica es lograr la integración de los cambios cognitivos y del comportamiento observados en la recuperación y la neurorrehabilitación, con las alteraciones de sistemas neuronales, celulares y moleculares subyacentes a los desórdenes neurológicos.

Se podría plantear mejorar el funcionamiento neuronal y cerebral con un programa de intervención en el que también se incluyera el tratamiento farmacológico, de modo que la combinación de terapias aumentaría la probabilidad de alcanzar los objetivos deseados (Robertson y Fitzpatrick, 2008).

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J (2019). *Neuropsicología de las conductas adictivas*. Síntesis.

Verdejo-García. A. (ed.) (2020). *Cognition and Addiction*. *A Researcher's Guide from Mechanisms Towards Interventions.* Academic Press.

Verdejo-García, A., García-Fernández, G. y Dom, G. (2019). Cognition and addiction. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 21*(3), 281-290.


---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A. y Nunes, E. V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence, 81,* 313-322.

Aharonovich, E., Hasin, D. S., Nunes, E. V., Stohl, M., Cannizzaro, D., Sarvet, A., Bolla, K. Carroll, K. M. y Genece, K. G. (2018). Modified Cognitive Behavioral Therapy (M-CBT) for cocaine dependence: development of treatment for cognitively impaired users and results from a stage 1 trial. *Psychology of Addictive Behaviors, 32*(7), 800-811.

Alfonso, J. P., Caracuel, A., Delgado, L. C. y Verdejo, A. (2011). Combined Goal Management Training and Mindfulness meditaton improve executive functions and decisión-making performance in abstinente polsubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence, 117*(1), 78-81.

Amista, N. F., Kim, J. J. y Kim, N. (2017). Trend and future of virtual reality for addiction treatment of substance use disorders: A systematic review. *Journal of Digital Contents Society, 18*(8), 1551-1560.

Anderson, A. C., Youssef, G. J., Robinson, A. H., Lubman, D. I. y Verdejo-Garcia, A. (2021). Cognitive boosting interventions for impulsivity in addiction: a systematic review and meta-analysis of cognitive training, remediation and pharmacological enhancement. *Addiction, 116*(12), 3304-3319.

Baldacchino, A., Balfour, D. J., Passetti, F., Humphris, G. y Matthews, K. (2012). Neuropsychological consequences of chronic opioid use: a quantitative review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 36*(9), 2056-2068.

Banerjee, M., Hegde, S., Harish, T., Kulkarni, G. B. y Rao, N. (2021). In search of the «self»: Holistic rehabilitation in restoring cognition and recovering the 'self' following traumatic brain injury: A case report. *NeuroRehabilitation, 48*(2), 231-242.

Bari, A., DiCesare, J., Babayan, D., Runcie, M., Sparks, H. y Wilson, B. (2018). Neuromodulation for substance addiction in human subjects: A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 95,* 33-43.

Beck, A., Wüstenberg, T., Genauck, A., Wrase, J., Schlagenhauf, F., Smolka, M. N. … y Heinz, A. (2012). Efecto de la estructura cerebral, la función cerebral y la conectividad cerebral sobre la recaída en pacientes dependientes del alcohol. *Archivos de Psiquiatría General, 69*(8), 842-852.

Ben Yishay, Y., Pisetsky, E. B. y Rattok, J. (1987). A systematic method for ameliorating disorders in basic attention. En M. J. Meier, A. L. Benton y L. Diller (eds.), *Neuropsychological Rehabilitation*. Churchill Livingstone.

Bernardin, F., Maheut-Bosser, A. y Paille, F. (2014). Cognitive impairment of alcohol-dependent subjects. *La Revue Du Praticien, 64*(4), 462-465.

Bickel, W. K., Moody, L. y Quisenberry, A. (2014). Computerized working-memory training as a candidate adjunctive treatment for addiction. *Alcohol Research-Current Review, 36*(1), 123-126.

Bickel, W. K., Yi, R., Landes, R. D., Hill, P. F. y Baxter, C. (2011). Remember the future: working memory training decreases delay discounting among stimulant addicts. *Biological Psychiatry, 69*(3), 260-265.

Biernacki, K., McLennan, S. N., Terrett, G., Labuschagne, I. y Rendell, P. G. (2016). Decision-making ability in current and past users of opiates: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 71,* 342-351.

Boffo, M., Zerhouni, O., Gronau, Q. F., van Beek, R., Nikolaou, K., Marsman, M. y Wiers, R. W. (2019). Cognitive Bias Modification for Behavior Change in Alcohol and Smoking Addiction: Bayesian Meta-Analysis of Individual Participant Data. *Neuropsychology review, 29*(1), 52-78.

Brooks, S. J., Funk, S., Rabier, C. y Schiöth, H. B. (2020). Peer-reviewed working memory training: is it an effective intervention for addiction? En A. Verdejo-García (ed.), *Cognition and Addiction*. Academic Press.

Brooks, S. J., Wiemerslage, L., Burch, K. H., Maiorana, S. A., Cocolas, E., Schiöth, H. B., Kamaloodien, K. y Stein, D. J. (2017). The impact of cognitive training in substance use disorder: the effect of working memory training on impulse control in methamphetamine users. *Psychopharmacology, 234*(12), 1911-1921.

Burgess, P. W. y Robertson, I. H. (2002). Principles of rehabilitation of executive function. En D. T. Stuss y R. Knight (eds.), *Principles of lobe function*. Oxford University Press.

Butters, M. A., Glisky, E. L. y Schacter, D. L. (1993). Transfer of new learning in memory impaired patients. *Journal of Experimental and Clinical Neuropsychology, 15,* 219-230.

Caballeria, E., Maier, M., Balcells-Oliveró, M., López, H., Oliveras, C., Rubio, B., Verschure, P. y Gual, A. (2021). Rahabilitation gaming system for alcohol-related cognitive impairment: A pilot usability study. *Alcoholism,* agab043, July 2021.

Camp, C. J., Bird, M. J. y Cherry, K. E. (2000). Retrieval strategies as a rehabilitation aid for cognitive loss in pathological aging. En R. D. Hill, L. Bäckman y A. Stigsdotter Neely (eds.), *Cognitive Rehabilitation in Old Age*. Oxford University Press.

Challet-Bouju, G., Bruneau, M., IGNACE Group, Victorri-Vigneau, C. y Grall-Bronnec, M. (2017). Cognitive Remediation Interventions for Gambling Disorder: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology, 8,* 1961.

Cicerone, K. D. (2002). Remediation of «working attention» in mild traumatic brain injury. *Brain Injury, 16,* 185-195.

Cristea, I. A., Kok, R. N. y Cuijpers, P. (2016). The effectiveness of cognitive bias modification interventions for substance addictions: A meta-analysis. *PloS one, 11*(9), e0162226.

De Oliveira Junior, H. P., Gonçalves, P. D., Ometto, M., Dos Santos, B., Malbergier, A., Amaral, R. … y Cunha, P. J. (2019). Distinct effects of cocaine and cocaine+cannabis on neurocognitive functioning and abstinence: A six-month follow-up study. *Drug and Alcohol Dependence, 205,* 107642.

Doherty, A. R., Hodges, S. E., King, A. C., Smeaton, A. F., Berry, E., Moulin, C., Lindley, S., Kelly, P. y Foster, C. (2013). Wearable cameras in health. The state of the art and future possibilities. *American Journal of Preventive Medicine, 44*(3), 320-323.

Dwyer, B. y Katz, D. I. (2021). Neurorrehabilitación. En *Seminars in Neurology, 41*(2), 109-110. Thieme Medical Publishers, Inc.

Ehlhardt, L., Sohlberg, M. M., Kennedy, M., Coelho, C., Ylvisaker, M., Turkstra, L. y Yorkston, K. (2008). Evidence-based practice guidelines for instructing individuals with neurogenic memory impairments: What have we learned in the past 20 years? *Neuropsychological Rehabilitation, 18*(3), 300-342.

Evans, J. J. (2003). Rehabilitation of executive deficits. En B. A. Wilson (ed.), *Neuropsychological Rehabilitation: Theory and Practice*. Swets y Zeitlinger.

Evans, J. J. (2010). The Cognitive Group, Part 2: Memory. En E B. A. Wilson, F. Gracey, J. J. Evans y A. Bateman (eds.), *Neuropsychological Rehabilitation. Theoy, Models, Therapy and Outcome*. Cambridge University Press.

Fernández Guinea, S. (2004). Déficits neuropsicológicos y su superación. En FEDACE. *Guías de familias* (pp. 135-137). Madrid.

Fernández Guinea, S. (2007). Neuropsicología del daño cerebral postraumático: Programas de evaluación y rehabilitación. En J. Vaquero y G. Rodríguez (eds.), *Daño Cerebral Postraumático*. Editorial Mapfre Medicina.

Fernández Guinea, S. (2015). Aplicaciones de intervención cognitiva: consideraciones para personas con deterioro cognitivo y daño cerebral. En C. I. Delgado Santos y L. Pérez-Castilla Álvarez (eds.), *APPS gratuitas para el entrenamiento cognitivo y la comunicación*. CEAPAT.

Fernández Guinea, S., Castillo, G. y Delgado, M. L. (2015). Las tecnologías de la información y la comunicación en los programas de evaluación e intervención cognitiva para personas mayores con deterioro cognitivo y demencias. En E. Valero y J. Rico (eds.), *Terapia Ocupacional. Nuevos retos en Geriatría y Gerontología*. Editorial Morphos.

Forcano, L., Mata, F., de la Torre, R. y Verdejo-Garcia A. (2018). Cognitive and neuromodulation strategies for unhealthy eating and obesity: Systematic review and discussion of neurocognitive mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 87,* 161-191.

Frank, A., Fernández Guinea, S. y Amer, G. (2007). Terapia de los trastornos neuropsicológicos: aspectos farmacológicos y no farmacológicos. En J. Peña-Casanova (ed.), *Neurología de la conducta y Neuropsicología*. Editorial Médica Panamericana.

Gamito, P., Oliveira, J., Lopes, P., Morais, D., Brito, R., Saraiva, T. … y Picareli, F. (2013). Assessment of frontal brain functions in alcoholics following a health mobile cognitive stimulation approach. *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine, 11,* 110-114.

Glisky, E. L. y Glisky, M. L. (2008). Memory rehabilitation in older adults. En D. T. Stuss, G. W. Winocur e I. H. Robertson (eds.), *Cognitive neurorehabilitation: Evidence and applications* (2.ª ed.) (pp. 541-562). Cambridge University Press.

Godefroy, O., Martinaud, O., Narme, P., Joseph, P. A., Mosca, C., Lhommée, E. … y Roussel, M. (2018). Dysexecutive disorders and their diagnosis: A position paper. *Cortex, 109,* 322-335.

Gordon, W. A., Cantor, J., Ashman, T. y Brown, M. (2006). Treatment of post-TBI executive dysfunction: application of theory to clinical practice. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 21,* 156-167.

Gupta, S. y Chadha, B. (2015, May). Virtual reality against addiction. En *International Conference on Computing, Communication & Automation* (pp. 273-278). IEEE.

Hendershot, C. S., Wardell, J. D., Vandervoort, J., McPhee, M. D., Keough, M. T. y Quilty, L. C. (2018). Randomized trial of working memory training as an adjunct to inpatient substance use disorder treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 32*(8), 861-872.

Hersh, N. y Treadgold, L. (1994). NeuroPage: the rehabilitation of memory dysfunction by prosthetic memory aid cueing. *Neurorehabilitation, 4,* 187-197.

Hewitt, J., Evans, J. J. y Dritschel, B. (2006). Theory driven rehabilitation of executive functioning: improving planning skills in people with traumatic brain injury through the use of an autobiographical episodic memory cueing procedure. *Neuropsychologia, 44,* 1468-1474.

Hirsiger, S., Hänggi, J., Germann, J., Vonmoos, M., Preller, K. H., Engeli, E. J. … y Quednow, B. B. (2019). Longitudinal changes in cocaine intake and cognition are linked to cortical thickness adaptations in cocaine users. *NeuroImage: Clinical, 21,* 101652.

Houben, K., Wiers, R. W. y Jansen, A. (2011). Getting a grip on drinking behavior: training working memory to reduce alcohol abuse. *Psychologica Science. 22*(7), 968-975.

Hung, M. W., Hou, C. T., Ho, C. J., Yuan, C. W., Bi, N., Chen, S. H. … y You, C. W. (2021, May). Exploring the Opportunities and Challenges of Enabling Clinical-friendly Drug Psychotherapy with Virtual Reality and Biofeedback Technologies. En *Extended Abstracts of the 2021 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 1-7).

Jahn, F. S., Skovbye, M., Obenhausen, K., Jespersen, A. E. y Miskowiak, K. W. (2021). Cognitive training with fully immersive Virtual Reality in patients with neurological and psychiatric disorders: A systematic review of randomized controlled trials. *Psychiatry Research,* 113928.

Kakoschke, N., Albertella, L., Lee, R. S. C. y Wiers. R. W. (2019). Assessment of Automatically Activated Approach-Avoidance Biases Across Appetitive Substances. *Current Addiction Reports, 6,* 200-209.

Kaur, P., Sidana, A., Malhotra, N. y Gupta, A. (2020). Effects of abstinence of alcohol on neurocognitive functioning in patients with alcohol dependence syndrome. *Asian Journal of Psychiatry, 50,* 101997.

Kolb, B. (2004). Mechanisms of Cortical Plasticity after Neuronal Injury. En J. Ponsford, *Cognitive and Behavioral Rehabilitation. From Neurobiology to Clinical Practice* (pp. 30-58). Guilford Press.

Lamberti, G., Wineke, K. H. y Franke, N. (1988). The computer as an aid in attention training. A clinico-experimental study. *Rehabilitation, 27*(4),190-198.

Lambez, B. y Vakil, E. (2021). The effectiveness of memory remediation strategies after traumatic brain injury: Systematic review and meta-analysis. *Annals of physical and rehabilitation medicine, 64*(5), 101530.

Lanzi, A., Wallace, S. E. y Bourgeois, M. (2018). (2018). *External Memory Aid Preferences of Individuals with Mild Memory Impairments. Seminars in Speech and Language, 39*(3), *211-222.*

Lapenta, O. M., Marques, L. M., Rego, G. G., Comfort, W. E. y Boggio, P. S. (2018). tDCS in addiction and impulse control disorders. *Journal of ECTJ, 34*(3), 182-192.

Leung, D., Staiger, P. K., Hayden, M., Lum, J. A. G, Hall, K., Manning, V., Verdejo-Garcia, A. (2017). Meta-analysis of the relationship between impulsivity and substance-related cognitive biases. *Drug Alcohol Dependence, 172,* 21-33.

Levine, B., Robertson, I. H., Clare, L., Carter, G. Hong, J., Wilson, B., Duncan, J. y Stuss, D. (2000). Rehabilitation of executive functioning: an experimental clinical validation of goal management training. *Journal of the International Neuropsychological Society, 6,* 299-312.

Maillard, A., Poussier, H., Boudehent, C., Lannuzel, C., Vicente, A., Vabret, F., Cabe, N. y Pitel, A. L. (2020). Short-term neuropsychological recovery in alcohol use disorder: A retrospective clinical study. *Addictive Behaviors, 105,* 106350.

Man, D. W. (2020). Virtual reality-based cognitive training for drug abusers: A randomised controlled trial. *Neuropsychological rehabilitation, 30*(2), 315-332.

Manly, T., Hawkins, K., Evans, J., Woldt, K. y Robertson, I. H. (2002). Rehabilitation of executive function: facilitation of effective goal management on complex tasks using periodic auditory alerts. *Neuropsychologia 40*, 271-281.

Marshall, R. C. Karow, C. M., Morelli, C. A. et al. (2004). Effects of interactive strategy modelling training on problema-solving by persons with traumatic brain injury. *Aphasiology, 18,* 659-673.

Meichembaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior modification: An integrative approach*. Plenum Press.

Miesenberger, Klaus, Kouroupetroglou y Georgios (2018). Desarrollo y prueba de EyeRemember: una aplicación de ayuda para la memoria para dispositivos portátiles para personas con lesiones cerebrales. En *Las computadoras ayudan a las personas con necesidades especiales, 10897,* 493-500.

Naish, K. R., Vedelago, L., MacKillop, J. y Amlung, M. (2018). Effects of neuromodulation on cognitive performance in individuals exhibiting addictive behaviors: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence, 192,* 338-351.

Nardo, T., Barchelor, J., Berry, J., Francis, H., Jafar, D. y Borchard, T. (2022). Cognitive Remediation as an Adjunct Treatment for Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Neuropsychology Review, 32*(1), 161-191.

Nixon, S. J. y Lewis, B. (2019). Cognitive training as a component of treatment of alcohol use disorder: A review. *Neuropsychology, 33*(6), 822-841.

O'Connor, C., Turner, G. R., Katerji, S. et al. (2006). A randomized control trial of goal management training in adults with neurological damage*. Journal of the International Neuropsychological Society, 12*(1), 93.

Oscar-Berman M. y Marinkovic, K. (2007). Alcohol: Effects on Neurobehavioral Functions and the Brain. *Neuropsychology Review, 17*(3), 239-257.

Pedrero-Pérez, E. J., Rojo-Mota, G. Ruiz-Sánchez de León, J. M., Llanero-Luque, M. y Puerta-García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología, 52,* 163-172.

Penkman, L. y Mateer, C. A. (2004). The specificity of attention retraining in traumatic brain injury. *Journal of Cognitive Rehabilitation*, *Spring,* 13-26.

Potvin, S., Pelletier, J., Grot, S., Hebert, C., Barr, A. y Lecomte, T. (2018). Cognitive deficits in individuals with methamphetamine use disorder: A meta-analysis. *Addictive Behaiors, 80,* 154-160.

Rass, O., Schacht, R. L., Buckheit, K., Johnson, M. W., Strain, E. C. y Mintzer, M. Z. (2015). A randomized controlled trial of the effects of working memory training in methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Dependence, 156,* 38-46.

Rath, J. F., Simon, D., Langenbahn, D. M., Sherr, R. L. y Diller, L. (2003). Group treatment of problem-solving deficits in outpatients with traumatic brain injury: a randomized outcome study. *Neuropsychological Rehabilitation, 13,* 461-488.

Riley, G. A. y Heaton, S. (2000). Guidelines for the selection of a method of fading cues. *Neuropsychological Rehabilitation, 10,* 133-149.

Robertson, I. H. y Fitzpatrick, S. M. (2008). The future of neurorehabilitation. En D. T. Stuss, G. W. Winocur e I. H. Robertson (eds.), *Cognitive neurorehabilitation: Evidence and applications* (2.ª ed.) (pp. 541-562). Cambridge University Press.

Robertson, I. H., Levine, B. y Manly, T. (2005). *Goal Management Training manual and materials*. Toronto, Canada: Rotman Institute, University of Toronto.

Robinson, F. B. (1970). *Effective study.* Harper y Row.

Robinson, T. E. y Kolb, B. (1999). Alterations in the morphology of dendrites and dendritic spines in the nucleus accumbens and prefrontal cortex following repeated treatment with amphetamine or cocaine*, European. Journal of Neuroscience, 11,* 1598-1604.

Scheper, I., de Bruijn, E. R., Bertens, D., Kessels, R. P. y Brazil, I. A. (2019). The impact of error frequency on errorless and errorful learning of object locations using a novel paradigm. *Memory, 27*(10), 1371-1380.

Segawa, T., Baudry, T., Bourla, A., Blanc, J. V., Peretti, C. S., Mouchabac, S. y Ferreri, F. (2020). Virtual reality (VR) in assessment and treatment of addictive disorders: A systematic review. *Frontiers in Neuroscience, 13,* 1409.

Serino, A., Ciaramelli, E., Di Santantonio, A. y Ladavas, E. (2006). A rehabilitative program for central executive deficits after traumatic brain injury. *Brain and Cognition, 60,* 213-214.

Shabayek, A. E. R., Baptista, R., Papadopoulos, K., Demisse, G., Oyedotun, O., Antunes, M. … y Ortiz Fernandez, L. (2017). *Starr-decision support and self-management system for stroke survivors vision based rehabilitation system*. European Project Space on Networks, Systems and Technologies, 69-80.

Snider, S. E., Deshpande, H. U., Lisinski, J. M., Koffarnus, M. N., LaConte, S. M. y Bickel, W. K. (2018). Working memory training improves alcohol users' episodic future thinking: a rate-dependent analysis. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 3*(2),160-167.

Sohlberg, M. M. y Mateer, C. A. (1986). *Attention Process Training (APT)*. Puyallup (WA): Association for Neuropsychological Research and Development.

Sohlberg, M. M. y Mateer, C. A. (2001). *Cognitive Rehabilitation*. Guilford Press.

Sohlberg, M. M., Johnson, L., Paule, L., Raskin, S. A. y Mateer, C. A. (2001). (APT-II) Manual. *Attention Process Training*. Wake Forest: Lash & Associates.

Soong, W., Tam, S. F., Man, W. K. y Hui-Chan, C. (2005). A pilot study on the effectiveness of tele-analogy-based problem-solving training for people with brain injuries. *International Journal of Rehabilitation Research, 28,* 341-347.

Stablum, F., Umilta, C., Mogentale, C., Carlan, M. y Guerrini, C. (2000). Rehabilitation of executive deficits in closed head injury and anterior communicating artery aneurysm patients. *Psychological Research, 63,* 265-278.

Sturm, W., Willmes, K., Orgass, B. y Hartje, W. (1997). Do specific attention deficits need specific training? *Neuropsychological Rehabilitation, 7,* 81-103.

Svanberg, J. y Evans, J. J. (2013). Neuropsychological rehabilitation in alcohol-related brain damage: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism, 48*(6), 704-711.

Sweeney, M. M., Rass, O., DiClemente, C., Schacht, R. L., Vo, H. T., Fishman, M. J., Leoutsakos, J. S., Mintzer, M. Z. y Johnson, M. W. (2018). Working memory training for adolescents with cannabis use disorders: a randomized controlled trial. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 27*(4), 211-226.

Thomsen, K., Callesen, M. B., Hesse, M., Kvamme, T. L., Pedersen, M. M., Pedersen, M. U. y Voon, V. (2018). Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(2), 317-330.

Valls-Serrano, C., Caracuel, A. y Verdejo-Garcia, A. (2016). Goal Management Training and Mindfulness Meditation improve executive functions and transfer to ecological tasks of daily life in polysubstance users enrolled in therapeutic community treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 165,* 9-14.

Van den Broek, M. D., Downes, J., Johnson, Z., Dayus, B. y Hilton, N. (2000). Evaluation of an electronic memory aid in the neuropsychological rehabilitation of prospective memory deficits. *Brain Injury, 14,* 455-462.

Verdejo-García, A. (2020). Goal-based interventions for executive dysfunction in addiction treatment. En A. Verdejo-García (ed.), *Cognition and Addiction*. Academic Press.

Verdejo-García, A., Alcázar-Córcoles, M. A. y Albein-Urios, N. (2019). Neuropsychological Interventions for Decision-Making in Addiction: A Systematic Review. *Neuropsychological Review, 29*(1), 79-92.

Verdejo-García, A., García-Fernández, G. y Dom, G. (2019). Cognition and addiction. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 21*(3), 281-290.

Voelbel, G., Ceceli, A., Georgieva, S., Tortarolo, C. y Lindsey, H. (2014). C-40Computerized neuroplasticity training increases processing speed of verbal information: A pilot study of adults with traumatic brain injury. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists, 29*(6), 589.

Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G., Fowler, J. S., Ding, Y., Sedler, M., Logan, J., Franceschi, D., Gatley, J., Hitzemann, R., Gifford, A., Wong, C. y Pappas, N. (2001). Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *American Journal of Psychiatry, 158,* 2015-2021.

Wilson, B. (2009). *Memory Rehabilitation. Integrating Theory and Practice.* The Guilford Press.

Wilson, B., Evans, J. I. y Gracey, F. (2009). Goal setting as a way of planning and evaluating neuropsychological rehabilitation. En B. A. Wilson, F. Gracey, J. J. Evans y A. Bateman (eds.), *Neuropsychological Rehabilitation. Theory, Models, Therapy and Outcome*. Cambridge University Press.

Worthington, A. D. (2010). The natural recovery and treatment of executive disorders. En J. M. Gurd, U. Kischka y J. C. Marshall (eds.), *The Handbook of Clinical Neuropsychology* (2nd ed.). Oxford University Press.

Yang, X., Meng, Y. J., Tao, Y. J., Deng, R. H., Wang, H. Y., Li, X. J. … y Guo, W. J. (2021). Functional Connectivity of Nucleus Accumbens and Medial Prefrontal Cortex With Other Brain Regions During Early-Abstinence Is Associated With Alcohol Dependence and Relapse: A Resting-Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Frontiers in Psychiatry, 12,* 16.

Zorrilla, E. P. y Koob, G. F. (2019). Impulsivity derived from the dark side: Neurocircuits that contribute to negative urgency. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 13,* 136.

# PARTE CUARTA
# Tratamiento de las adicciones conductuales

# 19

# Intervención psicológica en problemas de juego con apuestas

FRANCISCO J. LABRADOR,
MARTA LABRADOR,
MARINA VALLEJO-ACHÓN,
MÓNICA BERNALDO-DE-QUIRÓS,
FRANCISCO J. ESTUPIÑÁ,
IGNACIO FERNANDEZ-ARIAS
E IVÁN SÁNCHEZ-IGLESIAS

## 1. INTRODUCCIÓN

Los juegos de azar, juegos en los que se arriesga un bien en una actividad cuyo resultado depende del azar, son desde épocas inmemoriales una alternativa de ocio, existiendo documentación que avala su presencia hace más de 5.000 años en Egipto. Varios factores contribuyen a su auge. Por un lado, los alicientes para el jugador: posibilidad de ganar premios, excitación por el riesgo, momentos de interacción social… Por otro, los intereses de los operadores del juego, públicos y privados, al tratarse de un negocio muy lucrativo, incluso para los Estados, ya que, además de generar puestos de trabajo, es una forma de recaudar muy aceptada por los ciudadanos.

El juego es una realidad con múltiples caras como apuntan los siguientes datos. En España, en 2019, la cantidad de dinero jugado fue de 35.628 millones de euros, con un *Juego Real* (cantidades jugadas – importe premios) de 10.226 millones de euros; el gasto en juego ascendió al 0,8 por 100 del PIB; las empresas privadas de juego aportaron 1.137 millones de euros a las comunidades

autónomas, y los beneficios de Loterías y Apuestas del Estado (SELAE) aportaron 1.777 millones de euros al Estado. El sector del juego dió empleo a 84.797 personas y de manera indirecta a unos 175.000 (Gómez y Lalanda, 2020). Casi todos los españoles (89,5 por 100) han jugado a juegos de azar alguna vez en su vida, la mayoría de forma presencial, siendo más hombres (91,3 por 100) que mujeres (87,7 por 100); el 86 por 100 reconoce que el principal motivo para jugar es *ganar dinero,* seguido por *diversión,* con un 20,8 por 100 (Labrador et al., 2014). El gasto neto medio anual por jugador es de 533 euros (574 euros los hombres y 343 euros las mujeres) (Dirección General de Ordenación del Juego, DGOJ, 2020). Los principales tipos de juegos, según las cifras de Juego Real, por operadores, son: SELAE (34,5 por 100), hostelería (máquinas recreativas: 24,6 por 100), ONCE (10,4 por 100), salones de juegos (9 por 100), bingos (6,7 por 100), apuestas *online* (4 por 100), apuestas presenciales (3,6 por 100), Casinos (3,6 por 100) y otros juegos *online* (3,6 por 100) (Gómez y Lalanda, 2020).

La participación en juegos de azar, que para la mayoría de las personas supone una actividad más de ocio, para un reducido porcentaje lleva aparejada la presencia de problemas asociados a conductas de juego inadecuadas. Algunas personas juegan más tiempo o dinero del que deben, generando consecuencias negativas tanto para ellas como para su entorno. Por eso, en diversos momentos de la historia muchas naciones han tratado de regular, o incluso de prohibir, el juego, en especial a finales del XIX y principios del XX. En la actualidad, la tendencia en los países de nuestro entorno es aceptarlo y regularlo con normativas que permitan una actividad reglada y garantizada (juego seguro), a la vez que se tratan de evitar las consecuencias negativas (juego responsable). Se estima (prevalencia vital) que alrededor del 1 por 100 de la población tiene o ha tenido problemas graves con el juego, otro 1 por 100 problemas importantes, y un 3 por 100 adicional está en riesgo de desarrollar problemas.

La prevalencia de los problemas de juego varía por países, debido a diferencias en la legislación sobre el juego y también al instrumento para su diagnóstico. Inicialmente, usando el South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987), se obtenía una prevalencia vital del trastorno del juego (TJ) en el 1-2 por 100 de la población, y el doble en juego problema. Las críticas al SOGS han llevado al uso de otros instrumentos, como el NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems, los criterios del DSM-IV o el Canadian Problem Gambling Index (CPGI). Con estos instrumentos la prevalencia vital del TJ y del juego problema se aproxima al 0,9 por 100 y al 1,3 por 100 respectivamente. Se considera una prevalencia baja en Europa, alta en Asia e intermedia en Australia y Norteamérica. Los varones jóvenes, no casados y con ingresos reducidos son los que tienen riesgo más elevado de desarrollar problemas de juego (Abbott, 2017).

En España se han realizado dos estudios epidemiológicos nacionales utilizando el NODS (DGOJ, 2015; Labrador et al., 2014), que presentan valores de alrededor de 1 por 100 de jugadores patológicos y 1 por 100 de jugadores problema. Apenas hay estudios epidemiológicos con menores de 18 años, estimándose que sus cifras de prevalencia de problemas de juego pueden duplicar las de los adultos.

Aunque la diferencia entre juego aceptable y juego problemático no siempre está clara, la alarma social suele saltar cuando el jugador pierde mucho dinero, se arruina y arruina a su familia. Pero la realidad es peor, pues, con independencia de que pierda o no dinero, el jugador, centrado exclusivamente en jugar, pierde todo lo relevante en su vida (aspectos personales, familiares, laborales, sociales…); es decir, pierde «su vida».

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE JUEGO CON APUESTAS

La literatura científica ha tratado de distinguir tipos de jugadores en función de la implicación en el juego y los problemas asociados al mismo.

*Jugador social o controlado:* juega ocasional o regularmente a juegos legales, por ocio o placer, o como parte de una *interacción social,* pero, con independencia del tiempo o dinero invertido, tiene control sobre el juego y puede dejar de jugar a voluntad.

*Jugador problema:* juega de forma reiterada, con un gasto de tiempo y dinero que a veces es excesivo y le causa problemas. Muestra a veces un control insuficiente sobre los impulsos de jugar, y aunque no suele estar deteriorada su vida personal, familiar, laboral y social, está en alto riesgo de convertirse en jugador patológico.

*Jugador patológico:* tiene dependencia emocional y pérdida de control sobre el juego. Juega más tiempo o dinero del que se puede permitir y su juego altera su funcionamiento cotidiano a distintos niveles (personal, familiar, laboral y/o social). Suele mostrar un deseo compulsivo de jugar, en especial para recuperar lo perdido *(cazar pérdidas),* así como pensamientos irracionales que le llevan a creer que puede controlar o predecir el resultado del juego.

Estos tipos de jugadores representan puntos específicos de un continuo en las conductas de juego, cuyas principales fases fueron caracterizadas por Lesieur (1984):

— *Fase 1.* La persona se acerca al juego para divertirse o pasar el rato, incluso para ganar dinero de forma fácil y rápida. La cantidad de reforzamiento conseguida, tanto económica (premios) como social (diversión, atención…) influirá en la mayor o menor implicación posterior en el juego.

— *Fase 2*. Un reforzamiento importante suele llevar a jugar cada vez más. La excitación asociada a la situación de reto y el riesgo que conlleva el juego son relevantes para la implicación en este, a pesar de que jugar sistemáticamente lleva a pérdidas cada vez más importantes.

— *Fase 3.* Tras dichas pérdidas, y a falta de otros recursos, el juego se considera la única *solución* para recuperar lo perdido. Ahora es de especial relevancia la presencia de pensamientos irracionales sobre el juego, pues solo si se piensa que se puede predecir o controlar el juego tiene sentido jugar para *cazar las pérdidas*.
— *Fase 4.* Al jugar más se perderá más, conformando una espiral de apuestas mayores, pérdidas mayores, más necesidad de dinero, conductas irregulares para obtenerlo, mayor implicación en el juego y desatención de todo lo demás. Se llega a tal desorganización vital, que ni el jugador ni las personas próximas encuentran solución.

## 2.1. El juego patológico en las clasificaciones diagnósticas

El juego patológico como trastorno mental debuta en el DSM-III (APA, 1980), en la categoría de *Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados*. Se define al jugador patológico como un individuo que se va haciendo, de forma crónica y progresiva, incapaz de resistir los impulsos de jugar, y cuya conducta de juego pone en serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales. En el DSM-IV (APA, 1994) se modifican los criterios del juego patológico, acercándolos a los utilizados para el diagnóstico de dependencia de sustancias. Estos criterios se mantienen en el DSM-IV-TR (APA, 2002). En el DSM-5 (APA, 2013) pasa a incluirse en los *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos,* como una adicción comportamental (la única considerada), retirándose 1 de los 10 criterios del DSM-IV y cambiando la redacción de los ítems 5 y 7 (véase tabla 19.1 de la página anterior).

TABLA 19.1
*Criterios DSM-5 (APA, 2013) para el diagnóstico de adicción al*

## Trastorno de juego *(Gambling disorder)*

***A***) **Conducta problemática de juego persistente y recurrente, que lleva a una alteración o malestar clínicamente significativo, como se pone de relieve por la presencia de cuatro (o más) de los siguientes elementos en un período de doce meses:**

1. Necesidad de jugar cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
2. Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero para jugar).
5. Con frecuencia juega cuando se siente angustiado (p. ej., desvalido, culpable, ansioso, deprimido).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo *(cazar las pérdidas)*.
7. Miente para ocultar el grado de su implicación en el juego.
8. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
9. Se confía que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

***B***) **La conducta de juego no se explica mejor como un episodio maníaco.**

*Especificar si:*

— **Episódico:** cumple criterios diagnósticos en más de un episodio, con síntomas residuales entre períodos de trastornos de juego durante varios meses.
— **Persistente:** Presencia continua de los síntomas de forma que cumple criterios diagnósticos durante varios años.

*Especificar si:*

— **En remisión reciente:** tras cumplir los criterios de trastornos de juego previamente, no ha presentado ningún criterio de trastorno de juego durante al menos 3 meses, pero sin llegar a los 12 meses.
— **En remisión sostenida:** después de haber cumplido los criterios de trastornos de juego previamente, no ha presentado ninguno de los criterios de trastorno de juego durante 12 meses o más.

*Especificar la severidad*: **Ligera:** (cumple 4-5 criterios); **Moderada:** (6-7 criterios); **Severa:** 8-9 criterios.

La Organización Mundial de la Salud, en su CIE-11 (OMS, 2018), establece el diagnóstico de *Trastorno por juego de azar o de apuesta (Gambling disorder) (TJ),* que incluye los trastornos adictivos, distinguiendo si es consecuencia del juego presencial o del juego *online,* y se caracteriza por:

— Pérdida de control sobre la participación en el juego, por ejemplo el comienzo y el final del juego, la frecuencia y la intensidad del juego, su duración, contexto…
— Se da prioridad al juego en detrimento de otros intereses y actividades cotidianas.
— Continuación o expansión del juego, a pesar de las consecuencias negativas.

El diagnóstico del trastorno de juego requiere un deterioro significativo de la situación del paciente en áreas importantes de la vida: personal, familiar, social, educativa, profesional u otra. La naturaleza del comportamiento del juego puede ser continua, episódica o repetitiva. Para hacer un diagnóstico, el comportamiento descrito en los juegos debe manifestarse durante al menos 12 meses, pero este período puede ser más corto si se cumplen los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

## 3. FACTORES DE RIESGO DE LOS PROBLEMAS DE JUEGO

El TJ es un problema complejo, debido a múltiples factores que pueden agruparse en tres tipos, según estén relacionados con: *a*) el juego; *b*) el entorno del juego, y *c*) la persona que juega. Para valorar su importancia estimada, en la exposición se incluye, entre paréntesis, el valor estimado de la importancia de cada factor, con puntuaciones que van de 0 (nada importante) a 10 (máxima importancia).

Los *factores relacinados con el juego* tienen un peso muy importante ($p$ = 10) en el desarrollo y el mantenimiento del mismo.

No todos los juegos tienen el mismo atractivo ni la misma capacidad para provocar problemas. Unos, como las loterías, tienen escasa capacidad adictiva, mientras que otros, como las máquinas recreativas o las apuestas deportivas, mucha. Ciertos factores, como los que permiten enmascarar la importancia del azar en el juego (p. ej., facilitar un papel activo del jugador o la creencia de habilidades para controlar el juego), se asocian más a la presencia de problemas de juego. Estas diferencias se deben en parte a las características estructurales del juego, señalandose que los juegos con mayor capacidad adictiva son los que permiten:

— Jugar de forma continuada y reiterada.
— Apuestas/jugadas de bajo coste.
— Un cierto nivel de complejidad.
— Un cierto grado de tensión emocional.
— Premios frecuentes y/o de gran magnitud.
— Presencia de estímulos que atraigan la atención sobre el juego o los resultados.
— Que el juego funcione como un acto social.
— Generar ilusión de control o predicción del resultado.
— Enmascarar el papel del azar.
— Premios inmediatos.
— Premios bajo un programa de refuerzo intermitente: la conducta de juego queda bajo control de un programa de refuerzo de razón variable, que puede generar altas tasas de respuesta. Con frecuencia personas con problemas de juego señalan haber tenido un premio importante al inicio de su implicación en el juego. Hay que contar, además de con el refuerzo económico, directo o vicario, con el premio social (divertirse con otros) y el refuerzo negativo producto de reducir síntomas de ansiedad o el *deseo* de jugar.

Juegos como las máquinas recreativas o las apuestas deportivas cumplen casi todas estas características estructurales; otros, como

las loterías o cupones, muy pocas. En el juego *online* se incorporan algunos factores más que los hacen especialmente peligrosos, como la mayor accesibilidad, continuidad e intimidad, lo que aumenta la probabilidad de desarrollo de problemas. Frente a estos aspectos, otros factores también estructurales, como la tasa de devolución en premios, o las probabilidades reales de ganar, que deberían ser muy relevantes para jugar, apenas parecen influir. Pocos jugadores tienen esa información o señalan tenerla en cuenta antes de jugar.

El *entorno del juego* puede facilitar o dificultar la participación en el juego. Algunos factores son de especial relevancia, como que el juego esté legalizado o que sea accesible; otros, como los entornos agradables para jugar o la aceptación social del juego, no parecen tan relevantes, salvo en apuestas deportivas de jóvenes. Los factores más destacados son:

— Legislación sobre juego ($p$ = 8): la legalización del juego no es imprescindible para que se juegue, pero facilita su accesibilidad y hace más probable su uso.
— Accesibilidad del juego ($p$ = 9): se juega más a juegos de más fácil acceso (p. ej., en España, máquinas recreativas versus casinos).
— Número y tipo de juegos disponibles en el entorno ($p$ = 6): a mayor número y variedad de juegos, más posibilidades hay de participar y mayor accesibilidad.
— Aceptación social del juego ($p$ = 3): en cada país hay juegos más tradicionales que hacen más atractivo participar (p. ej., en España la Lotería de Navidad o el mus).
— Entorno del jugador (padres/amigos) ($p$ = 5): actitudes positivas del entorno hacia el juego y el modelado de la participación en este favorecen la implicación en el juego.
— Entornos de juego agradables o divertidos ($p$ = 2): quizá sean importantes en los momentos iniciales de juego, pero después parecen tener escasa relevancia.

Como en otras adicciones, se ha considerado que ciertas *características personales del jugador* serían los factores más relevantes para el desarrollo de problemas de juego, si bien los acuerdos sobre cuáles de estos factores concretos son los que más influyen y cuánto lo hacen distan de estar claros. Tras dar importancia inicialmente a factores más generales, como los demográficos o la personalidad, se ha pasado a destacar factores más específicos, como el nivel de activación y los pensamientos irracionales sobre el juego.

Factores demográficos (*p* = 3). Edad, sexo, clase social, contexto cultural... Aportan escasa información relevante y tienen mayor presencia en hombres.

Factores biológicos (*p* = 1). Los datos son dispares y poco concluyentes. No aclaran si son causa, efecto o meros concomitantes.

Factores familiares (*p* = 2). Escasa relevancia, salvo que padres con mayor presencia de alcoholismo y juego patológico se asocian a más problemas de juego.

Factores de personalidad generales o específicos (*p* = 1). Tanto las dimensiones generales como las específicas muestran resultados contradictorios y no muy precisos.

— Nivel de activación (*p* = 3). Se supone que el juego provoca una activación o excitación en el jugador que le *empuja* a jugar. En ausencia de juego, la caída de niveles de excitación llevaría a un *síndrome de abstinencia,* que empujaría a jugar para aumentar esta activación. La *excitación* o los elevados niveles de activación serían la *droga* del juego. La evidencia empírica, muy dispar, no permite asegurar que la activación sea un factor relevante en el desarrollo y mantenimiento del juego; ni siquiera que los jugadores patológicos presenten una activación mayor, cuando juegan, que las personas sin problemas de juego (Labrador y Rubio, 2010). En la actualidad

se da escasa relevancia a este factor como facilitador de los problemas de juego.

— Pensamientos irracionales o sesgos cognitivos (*p* = 10). El jugador juega porque tiene pensamientos irracionales que le hacen creer que puede predecir o controlar los resultados del juego, cuando la realidad es que el juego depende del azar y, por tanto, es impredecible e incontrolable. Estos pensamientos irracionales o sesgos cognitivos son frecuentes en todas las personas al enfrentarse a tareas complejas o con resultados inciertos, pues, al no poder manejar toda la información, «sesgan» o seleccionan solo una pequeña parte de esta, para hacerla manejable y poder llegar a una solución. Pero al no tener toda la información las conclusiones pueden estar equivocadas. Si se imponen estos pensamientos irracionales y el jugador está convencido de que va a ganar, es lógico que juegue, y que sea muy difícil que deje de hacerlo a menos que cambie estos pensamientos irracionales, en especial si ha entrado en la espiral de pérdidas importantes de dinero e intento de rápida recuperación. Muchos trabajos han constatado la presencia de estas ideas irracionales respecto al juego en los jugadores con problemas, y la importancia de estas en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de juego. En concreto, presentan pensamientos irracionales sobre el juego con más frecuencia e intensidad que los jugadores sin problema, y el cambio en estos pensamientos parece condición necesaria (aunque no suficiente) para la superación de los problemas de juego (véase un análisis más completo en Labrador et al., 2020).

TABLA 19.2

*Pensamientos irracionales más frecuentes en el juego (Labrador et al.,2020)*

— *Ilusión de control:* se cree que se dispone de estrategias para controlar el resultado del juego sobreponiéndose al azar.
— *Predicción de resultados:* frente al azar, se cree que se puede predecir el resultado del juego.
— *Azar como proceso autocorrectivo:* se cree que el azar se autocorrige, de modo que si se mueve en una dirección la vez siguiente lo hará en la contraria. (p. ej., si al lanzar una moneda sale cara, es más probable que la vez siguiente salga cruz). Supone que jugadas independientes están relacionadas.
— *Suerte como responsable de los resultados:* se cree que se dispone de algo especial, *suerte* (no definido ni preciso), que incrementa sus posibilidades de ganar en el juego de forma mágica.
— *Sesgo de las explicaciones post hoc:* tras una jugada, aunque los resultados vayan en contra de las predicciones, se reinterpretan de forma tal que se cree que realmente predijo el resultado, lo que confirma falsamente que fue (y es) capaz de predecir el resultado.
— *Atribución flexible:* tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias y los fracasos a factores externos. Se cree que tiene las habilidades para ganar en el juego, pero a veces un evento accidental le impide obtener éxito.
— *Perder por poco:* se cree que estar *cerc*a de ganar por obtener resultados próximos no es perder, sino *casi ganar,* y también es señal de que va a llegar el premio en breve.
— *Correlación ilusoria y supersticiones:* se cree que eventos que no tienen ninguna relación están relacionados. Así, cierta ropa, conducta o evento pueden afectar al resultado del juego.
— *Fijación en las frecuencias absolutas:* se atiende a la frecuencia absoluta (número de veces que se ha ganado), sin considerar la frecuencia relativa (número de veces que se ha ganado por veces jugadas). El jugador solo considera lo que ha ganado sin tener en cuenta el total de lo invertido.
— *Heurístico de la disponibilidad:* estima la probabilidad de que ocurra un evento por la facilidad con la que puede recordarse. Así, se considera más probable de lo real ganar, pues la publicidad recuerda los premios.
— *Personificación del juego:* el jugador atribuye al juego características humanas, esperando que actúe como tal (p. ej., dándole o quitándole premios), y tratará de congraciarse con el juego.

Los pensamientos irracionales son un factor determinante para desarrollar problemas de juego, aunque no suficiente, pues solo cuando aparecen determinados tipos de sesgos, y con cierta intensidad, facilitan los problemas de juego. Dada su importancia, se les debe prestar especial atención en la evaluación y en el tratamiento. Con todo, solo son uno de los múltiples factores que facilitan los problemas de juego, aunque es posible que sea uno de los más relevantes.

## 4. EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE JUEGO

La evaluación del juego tiene connotaciones específicas, ya que con frecuencia los jugadores (Labrador et al., 2016): *a*) no reconocen tener problemas de juego o creen que pueden controlarlos; *b*) no acuden voluntariamente a tratamiento, sino forzados por presiones del entorno; *c*) han descuidado obligaciones de pareja, familia, laborales, sociales…, lo que les supone un importante rechazo social; *d*) recurren al engaño y autoengaño como estrategia para afrontar la realidad, y *e*) cuando buscan ayuda, suele ser tras un deterioro importante en su vida y en su entorno social (deudas, familia afectada, pérdida del trabajo, delitos…). Estas características suelen llevar a un intento sistemático de ocultar información sobre su problema, en parte para engañar a los demás, en parte como autoengaño. Por eso, acudir a tratamiento es visto por el jugador como un *detalle* que trata de usar como moneda de cambio para conseguir algo de su entorno (que su familia no le abandone, conservar el trabajo, etc.). Es de esperar que el jugador intente ocultar parte de la información, o la deforme para que le ayude a conseguir sus objetivos. Este comportamiento, típico en las adicciones, es más problemático en el juego, pues, al ser una adicción sin sustancia, no existen pruebas biológicas que permitan identificar la ocurrencia o no de la conducta. En muchas ocasiones tampoco es fiable recurrir a las personas de su entorno para contrastar información, dado que es probable que desconozcan el alcance del problema de juego.

A pesar de esta posible ocultación/distorsión de la información, desarrollar una buena relación terapéutica es fundamental, tanto para obtener información adecuada como para mejorar la implicación en el tratamiento. Se debe combinar pensamiento crítico sobre la información que proporciona el paciente con una postura empática que favorezca la confianza del jugador y ayude a superar su autoengaño.

## 4.1. Áreas de evaluación

En la evaluación de los problemas de juego con apuestas destacan cuatro áreas fundamentales (Labrador, 2016):

### 4.1.1. *Conductas de juego patológico*

Se trata de establecer las características de los problemas de juego más allá del diagnóstico DSM-5 o CIE-11). Incluye al menos los siguientes aspectos:

— Aparición y desarrollo de las conductas de juego: se debe recabar información de cómo se iniciaron las conductas de juego y su evolución hasta al momento actual. También es importante conocer los intentos previos de dejar el juego y sus resultados, recaídas pasadas y habilidades desarrolladas para el control del juego.
— Patrón de conductas de juego y nivel de implicación: número y tipo de juegos a los que juega, frecuencia, duración e intensidad de los episodios de juego, cómo y dónde juega, si juega solo o acompañado, cantidad de dinero gastado, análisis de secuencias, etc.
— Cogniciones: en especial, es necesario recabar información acerca de las actitudes hacia el juego y sesgos cognitivos al respecto, tanto cuando está jugando como cuando no lo está. También cómo percibe sus conductas de juego.
— Conductas fisiológicas: se trata de evaluar el nivel de activación asociado al juego en varios momentos, como antes de jugar, cuando juega, cuando cesa de jugar y cuando no está jugando y desea hacerlo.
— Función del juego: el lugar que ocupa en la vida del jugador y su función, para qué lo utiliza o le sirve.
— Apoyo social y apoyo percibido.

#### 4.1.2. *Efectos del juego en el jugador*

Se debe identificar cómo han afectado al jugador sus conductas de juego, en su vida personal, de pareja, familiar, laboral y social. Aunque destacan los aspectos económicos (financiación del juego y deudas), tan importantes o más son algunos aspectos centrales en su vida, como la organización del tiempo, su situación familiar y laboral, las expectativas vitales o la autoestima, etc. (Labrador y Vallejo-Achón, 2020). Es importante recordar aquí la alta comorbilidad del TJ con otras psicopatologías, en especial trastornos de ansiedad, estado de ánimo y otras adicciones.

#### 4.1.3. *Efectos del juego en el entorno del jugador*

Los jugadores suelen demandar ayuda cuando ya hay un grave deterioro en su entorno (familiar, social, laboral…), siendo necesario saber cómo está de afectado, en especial, el entorno más próximo. También es importante identificar con qué apoyo social cuenta en el contexto más próximo (pareja, familia, amigos, etc.) y en el más amplio (asociaciones, recursos sociales…).

#### 4.1.4. *Motivación para el cambio y satisfacción con el tratamiento*

Para poder establecer el objetivo inmediato de la intervención es necesario identificar en qué fase de cambio (Prochaska y DiClemente, 1986) se encuentra el jugador, dado que con frecuencia se pide ayuda bajo presión y sin aceptar que se tiene un problema. Asimismo, conviene recabar información sobre cómo percibe el tratamiento (adecuación, dificultades, etc.).

### 4.2. Instrumentos de evaluación

#### 4.2.1. *Entrevista conductual*

La evaluación suele iniciarse con una entrevista al jugador y, si es posible, a alguien de su entorno más próximo, centrada inicialmente en:

*a*) El problema de juego. Analizar la historia clínica, trayectoria del problema, parámetros actuales de la conducta de juego, estímulos antecedentes y consecuentes. También las variables que controlan su presencia (aspectos cognitivos, actitudes hacia el juego, motivos para jugar, importancia dada al problema). Además, inicio y desarrollo del juego, tipos de juegos, estrategias de control usadas, intentos de abandono, recaídas, consecuencias, motivación al cambio, recursos personales y apoyo social.
*b*) Funcionamiento general del jugador. Evaluar cómo repercute el juego en su vida cotidiana: personal y de pareja (responsabilidades alteradas, calidad de la relación), familiar (funcionamiento), laboral (tiene trabajo, problemas), económico (cómo financia el juego, deudas), social (amigos, otras personas) y legal (problemas con la Justicia).

Una pauta de entrevista puede encontrarse en Labrador (2016). Una alternativa puede ser la *Diagnostic Interview for Gambling Severity* (DIGS) (Winters et al., 1996), entrevista diagnóstica de 20 ítems basada en criterios DSM-IV. Está adaptada en versión de autoinforme con formato electrónico (DIGS-S; Fortune y Goodie, 2010).

### 4.2.2. *Cuestionarios para identificar el juego patológico*

— Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987). Cuestionario usado como prueba de «cribado» y para el diagnóstico clínico de TJ. Consta de 20 ítems, basados en los criterios del DSM-III-R (APA, 1987). Identifica jugadores patológicos (5 o más puntos) o jugadores

problema (3-4 puntos). El SOGS tiene problemas que no le hacen aconsejable en la actualidad: *a*) se basa en criterios anticuados; *b*) solo identifica prevalencia vital del problema, que puede diferir de la realidad actual del jugador; *c*) su sensibilidad al cambio terapéutico es reducida, y *d*) parece sobrestimar los porcentajes de prevalencia del trastorno.

— Cuestionario *Norc DSM-IV Screen for Gambling problems* (NODS) (Gernstein et al., 1999). Útil como prueba diagnóstica y en tareas de «cribado». Consta de 17 ítems, basados en criterios DSM-IV. Considera prevalencia vital y en el último año. Identifica jugador de bajo riesgo (0 puntos), jugador de riesgo (1-2 puntos), jugador problema (3-4 puntos) y jugador patológico (5 o más). Es el instrumento más recomendable para identificar los problemas de juego, incluso con criterios DSM-5 (puede establecerse como punto de corte para TJ la puntuación de 5 o de 4). El *NODS-CLiP* es la versión abreviada a tres ítems (pérdida de control, mentiras y preocupación), posteriormente actualizada a 4 ítems con mejores propiedades psicométricas (Volberg et. al, 2011).

— *Canadian Problem Gambling Index* (CPGI) (Ferris y Wynne, 2001). Utilizado como prueba diagnóstica, consta de 31 ítems divididos en tres áreas: 1. Preferencias y tiempo de juego; 2. Gravedad del juego y consecuencias; 3. Distorsiones cognitivas sobre el juego. Con 9 ítems se obtiene el índice de gravedad del juego denominado Problem Gambling Severity Index (PGSI), que permite identificar a jugadores no problemáticos (0 puntos); jugadores de bajo riesgo (1-2), jugadores de riesgo (3-7) y jugadores problemáticos (7 o más).

### 4.2.3. *Instrumentos para evaluar aspectos específicos relacionados con el juego*

— Inventario de Pensamientos sobre el juego (Labrador y Mañoso, 2005). Consta de 38 ítems para evaluar la presencia

de los principales sesgos cognitivos sobre el juego: ilusión de control, consideración de la suerte como responsable de los resultados, predicción de los resultados, consideración del azar como proceso autocorrectivo, perder por poco, correlación ilusoria o supersticiosa, evaluación sesgada de los resultados y personificación de la máquina.

— *Gamblers' Belief Questionnaire* (GBQ) y su versión validada en población hispana (GBQ-S; Winfree et al., 2013). Consta de 21 ítems para evaluar distorsiones cognitivas, en especial: suerte/perseverancia e ilusión de control.

— *Gambling Urge Scale* (GUS) (Smith et al., 2013). Evalúa el nivel de *deseo* de jugar durante una semana, resultando útil para evaluar cambios y predecir recaídas.

— *The Gambling Self-Efficacy Questionnaire* (May et al., 2003). Cuestionario de 16 ítems que evalúa la eficacia percibida para autocontrolar la conducta de juego en varias situaciones problemáticas. Ayuda a identificar situaciones de riesgo de recaída y actuar de forma preventiva.

### 4.2.4. *Autorregistros de conductas de juego*

Los autorregistros son útiles para precisar pautas de juego y aspectos asociados (pensamientos, respuestas emocionales…), así como su asociación con factores desencadenantes o controladores (antecedentes, lugares, compañía, nivel de deseo y/o excitación…). Es relevante completarlos en momentos asociados al juego (p. ej,, justo antes o después de un episodio de juego, o de deseo de jugar, juegue o no). Dada la tendencia a ocultar información, es relevante disponer de una fuente de información adicional para contrastar la información (véase tabla 19.3).

TABLA 19.3

*Modelo de autorregistro de conductas de juego (Labrador, 2016)*

| Fecha/hora | Lugar/ compañía | Antecedentes | Pensamientos | Deseo (0-10) | Tipo juego | Tiempo empleado | Dinero invertido | Consecuencias |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

Con respecto al autorregistro de pensamientos, hay que señalar que con frecuencia el jugador implicado en el juego no se da cuenta de ellos, por lo que se aconseja el procedimiento de «pensar en voz alta» *(thinking aloud)* de Ladouceur et al. (1988).

*Procedimiento de pensar en voz alta durante el juego* **(Ladouceur et al., 1988)**

Primero se enseña al jugador a identificar sus pensamientos mientras realiza actividades no relacionadas con el juego, verbalizándolos en voz alta. Una vez entrenado, se le pide que realice su conducta de juego habitual mientras lleva a cabo esta estrategia de «pensar en voz alta», gravándose las verbalizaciones. Esta estrategia puede llevarse a cabo bien en laboratorio o bien en una situación de juego real. Las verbalizaciones grabadas son útiles para que el jugador identifique sus pensamientos irracionales y trabajar en su modificación.

### 4.2.5. *Instrumentos de evaluación y de cribado en páginas Web*

Algunas páginas web, con frecuencia de operadores de juegos, incorporan instrumentos (cuestionarios) para identificar la existencia de problemas de juego de forma autoaplicada. Son instrumentos dispares, que van desde meras informaciones sobre conductas de riesgo a evaluaciones interactivas con refrendo científico. Muchos de estos instrumentos solo detectan los problemas de juego una vez consolidados; otros, más útiles, evalúan conductas que permiten identificar el patrón de juego del usuario y la predisposición o los factores que facilitarían el desarrollo de problemas con el juego. Así, el instrumento de la Agencia del Estado de Massachusetts (Estados Unidos) (http://s96539219.onlinehome.us/toolkits/FirstStepSite/pages/pretest.htm) permite identificar al usuario qué tipo de jugador es. En España, Labrador et al. (2015) han desarrollado el *Sistema de Evaluación Rápido de Problemas de Juego* (SER-PJ)

(http://www.famgi14.es/nuevo_famgi/index.html), validado en población española, que permite al usuario identificar qué tipo de jugador es y su nivel de riesgo de problemas con el juego. Consta de tres partes: 1.ª Un cribado para detectar problemas de juego o riesgo de desarrollarlos; si no da positivo, finaliza la evaluación; en caso contrario, continúa. 2.ª Evaluación más completa de las conductas de juego y factores determinantes de estas (sesgos cognitivos, motivación para jugar, impulsividad, conductas de afrontamiento, consumo de alcohol, motivación a dejar de jugar…). 3.ª Un informe personalizado de los posibles problemas y conductas de riesgo.

En algunas web al valor diagnóstico se suman presentaciones que atraen al jugador y facilitan la autoevaluación de sus conductas de juego. Así, la web de *La Française des jeux:* https://www.fdj.fr/jeu-responsable/le-jeu-plaisir?xtatc=INT-3- [250×250]) incluye una presentación interactiva en la que un supuesto locutor de radio entrevista virtualmente al usuario sobre su patrón de juego.

En resumen, algunas páginas web incluyen instrumentos, con aval científico, adecuados para el cribado o el diagnóstico de problemas de juego, que pueden utilizarse de forma interactiva y autoaplicada. Estos sistemas suponen un salto de calidad y una alternativa a instrumentos más clásicos y no deben obviarse como útiles de evaluación.

## 5. TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE JUEGO

### 5.1. Consideraciones previas al tratamiento

Con independencia de la forma de terapia, la mayoría de los jugadores que buscan tratamiento acaban reduciendo sus conductas de juego. Además, algunos estudios estiman que en torno al 50 por 100 de los jugadores abandonan la conducta de jugar debido a la recuperación espontánea (Ginley et al., 2019). Los

estudios señalan también que solo entre el 7-12 por 100 de las personas diagnosticadas de TJ reciben tratamiento profesional o participan en grupos de apoyo mutuo como Jugadores Anónimos. Una de las razones que explican la baja demanda de tratamiento es la falta de reconocimiento del problema por parte de muchos jugadores. Entre aquellos que sí tienen conciencia del problema, sentimientos de vergüenza, estigma, dificultades para revelar problemas personales, la falta de motivación para dejar de jugar, desconocimiento de las opciones de tratamiento, dudas sobre contenido y calidad del tratamiento, o problemas con la asistencia y los costos del tratamiento, explican la baja asistencia a tratamientos profesionales o a grupos de autoayuda.

Además, las tasas de abandono del tratamiento son elevadas (39,1 por 100 de abandono promedio; Pfund et al., 2021), duplicando las tasas promedio de abandono en psicoterapia. Las tasas de abandono son mayores en las terapias de exposición (51 por 100) que en las terapias cognitivas (32 por 100) (Smith et al., 2015).

El coterapeuta es una figura determinante como ayuda al jugador, en especial en los primeros momentos, por lo que siempre parece útil disponer de uno. Debe ser una persona próxima al jugador.

Con respecto al objetivo terapéutico, aunque inicialmente solo se consideraba la abstinencia completa, en la actualidad se considera también el juego controlado. Aunque no se ha precisado en qué casos sería más interesante uno u otro, se aconseja la abstinencia completa en jugadores con una larga historia de problemas de juego e importante desorganización vital. Siempre se aconseja comenzar con abstinencia completa, progresando después, en ciertos casos, al juego controlado.

Otro aspecto de interés es el tipo (individual versus en grupo) y el contexto (ambulatorio versus residencial) de tratamiento. Habitualmente se considera el tratamiento individual del TJ, aunque los resultados con el tratamiento en grupo, o combinando ambos, son, cuanto menos, similares (Pfund et al., 2021). El tratamiento

grupal presenta ventajas, como la reducción del coste, facilitar una red social que provea alternativas al juego, ayuda a identificar y modificar sesgos cognitivos, o reducción del engaño y autoengaño; el individual precisa un trabajo más específico. Por otra parte, el tratamiento es fundamentalmente ambulatorio. En los primeros momentos es útil cierto confinamiento, para asegurar que no juega, pero es mejor llevarlo a cabo en el ambiente habitual del jugador.

La duración de las intervenciones no siempre correlaciona con mejores resultados. Así, en el metaanálisis de Quilty et al. (2019), tratamientos de tres sesiones o menos, comparados con controles de solo evaluación, mostraron una reducción pequeña pero significativa en las conductas de juego a 6 meses ($g$ = –0,19), o en los problemas de juego a corto y largo plazo. Asimismo, al comparar intervenciones activas no encontraron diferencias entre una o múltiples sesiones tanto para las conductas ($g$ = 0,01) como para los problemas de juego. ($g$ = 0,04). Toneatto (2016) tampoco encontró diferencias entre los efectos de una frente a seis sesiones de psicoterapia. Alternativamente, más sesiones de TCC o intervenciones motivacionales se han asociado con mejores resultados (Pfund et al., 2020).

En los últimos años se han desarrollado múltiples intervenciones *online,* a través de páginas web que ofrecen programas de autoayuda, la mayoría basados en entrevista motivacional y TCC. Más que intervenciones de contenido novedoso, se trata de programas que intentan adaptar los principios terapéuticos empleados en el formato presencial tradicional al formato *online*. Su eficacia parece menor que la actuación presencial, debido a las mayores tasas de abandono y a la dificultad para cambiar sesgos cognitivos.

En esta línea, se han desarrollado intervenciones mediante realidad virtual, que son especialmente interesantes como estrategias de inmersión en la realidad del juego. Así, su uso en tareas de exposición ha mostrado mayores cambios que la exposición en imaginación (Loranger et al., 2011).

## 5.2. Evidencias de efectividad

En este apartado se revisa la efectividad de los principales tratamientos de los problemas de juego, siguiendo en parte a Rash y Petry (2014).

### 5.2.1. *Intervenciones autodirigidas*

Se trata de intervenciones en las que no participan profesionales o suponen un escaso contacto con estos. Frente a las intervenciones profesionales, las autodirigidas se muestran más accesibles, al reducir barreras como precio, estigma, disponibilidad horaria, transporte, etc. No obstante, en general muestran altas tasas de abandono y una relativa efectividad.

— *Jugadores en Rehabilitación (JR).* Se trata del recurso más accesible. Se basa en la filosofía de Alcohólicos Anónimos y su programa de doce pasos. Consideran la ludopatía una enfermedad incurable, aunque controlable. Su objetivo es la abstinencia completa, siendo central el apoyo social de familiares y compañeros. Los escasos estudios sobre su eficacia cuando se aplica de forma aislada destacan las altas tasas de abandono (48 por 100 en las tres primeras sesiones) y la baja abstinencia al año, en torno al 8 por 100 según el estudio de Stewart y Brown (1988). Su aplicación junto a otros tratamientos evidencia también un elevado porcentaje de rechazo, por lo que no parece pues una alternativa de cambio aconsejable para muchas de las personas que buscan ayuda por problemas de juego.

— *Autoayuda: biblioterapia o programas en Internet.* Este tipo de estrategias se han estudiado tanto cuando se aplican de forma aislada, como cuando forman parte de otros tratamientos más amplios. En general, estas intervenciones (como asesoramiento o feedback breve) ayudan a reducir el juego en

algunas personas, incluso cuando se aplican aisladamente (Petry et al., 2017), aunque las tasas de abandono del tratamiento superan el 50 por 100. Los estudios señalan también que cuando se complementan con el contacto con un terapeuta profesional, ya sea en persona, por teléfono o videoconferencia, los resultados mejoran significativamente. Este contacto, sin que necesariamente sea amplio, parece mejorar la adhesión al tratamiento y los resultados terapéuticos. Según Hodgins et al. (2009), habría un umbral temporal, entre 20-45 minutos, por encima del cual el incremento del contacto no mejoraría los resultados. Con todo, en el metaanálisis de Goslar et al. (2017), aunque las intervenciones autodirigidas muestran cierta eficacia, las intervenciones con la presencia de un terapeuta son más efectivas tanto en: *a*) gravedad global del trastorno; *b*) frecuencia de juego, y *c*) pérdidas económicas, a corto y medio plazo, con tamaños del efecto (TE) elevados (*g* de Hedges: 0,67-1,15 respectivamente).

### 5.2.2. *Tratamientos cognitivo-conductuales*

Los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) son las intervenciones psicológicas de referencia, mostrando en la mayoría de los estudios resultados superiores a las demás (Rash y Petry, 2014). Su objetivo puede ser la abstinencia completa o el juego controlado, y sus estrategias se centran en modificar los pensamientos irracionales sobre el juego, así como las respuestas emocionales y conductuales implicadas o que facilitan el juego. Aunque los contenidos varían, la mayoría incluyen tanto elementos conductuales como cognitivos, con distinto énfasis. Los componentes principales incluyen: reestructuración cognitiva, control de estímulos para no jugar, desarrollo de conductas alternativas al juego, exposición para reducir el deseo de jugar y prevención de recaídas. El número de sesiones de intervención suele ser limitado;

la mayoría no superan las diez sesiones. Cuando se han comparado los TCC basados fundamentalmente en componentes cognitivos (reestructuración cognitiva) con los basados en componentes conductuales (control de estímulos y exposición), los resultados han sido similares. El estudio de Carlbring et al. (2010) señala que añadir exposición a la intervención cognitiva no modifica su eficacia. Por último, la aplicación en formato individual o en grupo obtiene resultados similares.

#### Intervenciones motivacionales

A pesar de la eficacia de los tratamientos psicológicos, solo un porcentaje reducido de personas con TJ busca ayuda profesional, en parte por desconocimiento, en parte por conflicto de intereses. El objetivo de intervenciones motivacionales es lograr que el jugador progrese en las fases de motivación al cambio hasta llegar a la fase de acción (Prochaska y DiClemente, 1986). Este tipo de estrategias, incluso intervenciones reducidas a una única sesión, parecen conseguir resultados interesantes, bien de forma aislada o bien junto con las TCC. Añadir más sesiones no parece mejorar necesariamente los resultados (Diskin y Hodgins, 2009). Una sola sesión de intervención motivacional puede ser una estrategia eficaz y de bajo coste para conseguir efectos a corto y largo plazo en jugadores, incluso, a veces, con resultados similares a los TCC de seis sesiones (Carlbring et al., 2010).

### 5.2.3. *Tratamiento farmacológico*

Basándose en el supuesto parecido del TJ con otras patologías como el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos del sistema de recompensa cerebral o los trastornos por uso de sustancias, se ha justificado la aplicación de fármacos utilizados en este tipo de problemas, como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), drogas glutamatérgicas (N-acetilcisteína,

memantina o topiramato) o antagonistas opiáceos (naltrexona o namelfeno). En el metanálisis de Goslar et al. (2019), los efectos de los tratamientos farmacológicos sobre la gravedad general del TJ, la frecuencia de juego y las pérdidas monetarias eran similares a los grupos de control. Goslar et al. (2019) señalan resultados prometedores para antagonistas opiáceos y estabilizadores de humor, en especial el topiramato, cuando se usan junto con psicoterapia, pero no está clara la contribución de uno y otro tratamiento, ni qué añade el tratamiento farmacológico al TCC. En la actualidad, no existe apoyo suficiente para el empleo del tratamiento farmacológico (Medeiros y Grant, 2019), ya que los ensayos clínicos son insuficientes y, en muchos, no muestran efectos superiores a los del placebo. Ningún fármaco está aprobado para el tratamiento del TJ por la DFA, es decir, su uso clínico no está avalado por instancias de referencia.

En resumen, los TCC aplicados por psicólogos mejoran los resultados con respecto a los grupos control, el apoyo social, las intervenciones autodirigidas y los tratamientos farmacológicos, en especial en los casos graves de TJ. Las comparaciones entre distintos TCC no han detectado ventajas consistentes para un tipo de protocolo específico, o para su aplicación individual o grupal. No obstante, la mayoría de las personas con problemas de juego no acuden a trataminto, por lo que aumentar la participación en los programas de tratamiento es un reto. Las intervenciones motivacionales breves (una sesión) parecen ayudar a conseguir este objetivo, ya que facilitan la implcación en el tratamiento de jugadores en riesgo antes de que el problema se intensifique, previniendo el TJ y sus efectos negativos. La mejor intervención parace ser una combinación de tratamiento motivacional y TCC del juego (Ginley et al., 2019).

En la tabla 19.4 se describen los objetivos terapéuticos y las técnicas más aconsejables en la intervención en problemas de juego.

TABLA 19.4
*Objetivos y técnicas en el tratamiento de problemas de juego*

| Objetivos | Técnicas |
|---|---|
| Reconocer el problema. Progreso en la motivación al cambio hacia la fase de acción. | — Entrevista motivacional.<br>— Técnicas de motivación al cambio. |
| Control de las situaciones y estímulos que provocan jugar (ambientes, personas, dinero...). | — Psicoeducación sobre el juego y sus problemas.<br>— Control estimular.<br>— Técnicas de autocontrol. |
| Desarrollo de un plan de vida nuevo y conductas alternativas al juego. | — Establecimiento de objetivos vitales a corto, medio y, posteriormente, largo plazo.<br>— Programación de actividades cotidianas, agradables y de autocuidado. |
| Reducción del valor de los estímulos asociados al juego para producir conductas emocionales y sensaciones de *deseo* de jugar. | — Exposición a los juegos y situaciones de juego. |
| Desarrollo de habilidades de afrontamiento de demandas ambientales. | — Solución de problemas.<br>— Entrenamiento en habilidades sociales. |
| Identificación y cambio de sesgos cognitivos. | — Reestructuración cognitiva. |
| Prevención de recaídas. | — Repaso de técnicas.<br>— Prevención de recaídas y recuperación. |

## 5.3. Propuesta de un programa de tratamiento

A continuación, se propone un programa de tratamiento de diez sesiones, basado en trabajos previos de nuestro equipo (Labrador, 2016). El objetivo es la abstinencia completa del juego y está especialmente dirigido a jugadores cuyo principal problema es el

juego en máquinas recreativas, aunque es fácilmente adaptable a otros problemas de juego.

### 5.3.1. *Motivación para el cambio*

El objetivo es que el jugador constate y reconozca que tiene un problema con el juego y asuma el compromiso para cambiar. Se trata de que progrese en las fases de motivación al cambio propuestas por Prochaska y DiClemente (1986) (precontemplación, contemplación, preparación) hasta llegar a la de acción. Para lograrlo puede ser útil la entrevista motivacional (Rollnick y Miller, 1995) y otras técnicas de intervención motivacional: generar dudas sobre riesgos y beneficios de jugar, confrontar con datos, shock emocional, análisis de pros y contras, aumentar ambivalencia y autoeficacia para el cambio, reevaluación ambiental y personal, balance decisional, plan de acción, buscar y aceptar ayuda. Solo si el paciente acepta que tiene un problema, decide cambiar sus conductas y se compromete con este cambio, tiene sentido la aplicación de un TCC específico para el TJ. En caso contrario, es probable una resistencia a la terapia que llevará al fracaso o al abandono de esta.

### 5.3.2. *Control de estímulos*

Para asegurar que en los primeros momentos de la intervención la persona no pueda jugar, se establecerá un control estricto sobre estímulos distales y proximales, incluyendo personas, asociados al juego. Se restringirá completamente la disponibilidad de dinero (metálico, tarjetas, pago con móvil, cuentas bancarias, acceso a créditos o préstamos…); también el contacto con personas y ambientes relacionados con el juego y el acceso a este (amigos o compañeros de juego, lugares o «rutas» de juego, autoprohibición de entrada en bingos, casinos, bloqueo de dispositivos con acceso a

Internet, etc.). Es importante que la persona realice una autodenuncia (https://www.ordenacionjuego.es/es/rgiaj), un control económico y una devolución de deudas, y cancele sus datos *online* (https://www.aepd.es/es/derechos-y-deberes/conoce-tus-derechos/derecho-de-supresion-al-olvido). Se aconseja su aplicación partiendo de acuerdos negociados (justificándolos) con el paciente y sus personas de referencia. Este control inicial estricto y artificial del medio para evitar el juego debe ir reduciendose conforme el jugador desarrolla habilidades de afrontamiento más eficaces, pues el punto de llegada es la integración del jugador en su medio habitual, no su aislamiento. Se aconseja iniciar la reducción del control estimular hacia la mitad de la aplicación de la exposición, conforme el jugador vaya adquiriendo cierto control sobre su conducta de juego, continuando hasta su eliminación completa. También pueden ser de ayuda estrategias de autocontrol para lograr controlar los aspectos voluntarios de la conducta de juego. Entre estas estrategias están: distanciarse temporalmente del ambiente de juego, acudir a situaciones de riesgo con el coterapeuta, desarrollo de un autodiálogo para rechazar sesgos cognitivos o el *craving* en momentos complicados, etc. En este momento puede ser útil el modelado de exjugadores que controlan sus conductas de juego, ayudando a identificar momentos de riesgo y estrategias adecuadas para afrontarlos. Debe diseñarse un plan realista de devolución de las deudas contraídas por el jugador. La aplicación de esta fase estará especialmente controlada por el coterapeuta.

Con respecto a la disminución del malestar, sobre todo la ansiedad derivada de no poder jugar, se recomienda entrenar al paciente en técnicas como la relajación muscular de Jacobson o la de Koepppen (en el caso de que sea adolescente), respiración abdominal, mindfulness o técnicas de distracción cognitiva.

### 5.3.3. *Plan de vida nuevo y conductas alternativas*

Se trata de establecer nuevos objetivos vitales y conductas de ocio alternativas al juego. Dada la capacidad del TJ para desorganizar la vida de las personas, es necesario establecer nuevos objetivos vitales (personales, familiares, laborales, sociales…), que orienten la actividad del jugador. Objetivos positivos y funcionales que no consistan simplemente en «no jugar». Inicialmente han de implicar solo el corto plazo (día, semana, mes), para progresar a objetivos más lejanos conforme se vayan alcanzando los primeros. Es importante establecer conductas alternativas al juego, en especial conductas de ocio, bien recuperando conductas de ocio previas, bien desarrollando nuevas conductas. También es necesario desarrollar una nueva red social (o el fortalecimiento de las redes disponibles adecuadas), alternativa a los contextos sociales asociados al juego, con el fin de facilitar estas nuevas conductas. La supervisión y ayuda del coterapeuta en esta fase es determinante.

### 5.3.4. *Exposición con prevención de respuesta*

Con el fin de reducir el valor de los estímulos asociados al juego, así como las respuestas emocionales y el deseo de jugar (tabla 19.5), el jugador se expone, mejor en vivo, a las situaciones que provocan deseo y conducta de juego, en condiciones en las que este no pueda realizarse. Para su aplicación, se elabora una jerarquía graduada de situaciones que inducen al juego. Después se expone al jugador a los estímulos de la jerarquía, empezando por los de menor valor, impidiendo la conducta de juego. Conforme se reduce el valor de un ítem para provocar deseo y conducta de juego, se pasa al siguiente ítem de la jerarquía, ascendiendo progresivamente a través de esta hasta el final. La exposición puede iniciarse con el coterapeuta, desvaneciéndose después su presencia.

La exposición reducirá la capacidad de esas situaciones para provocar la conducta de juego. Además, la exposición con

prevención de respuesta (sin permitir la conducta de juego) puede facilitar el desarrollo de conductas alternativas y estrategias de afrontamiento más adecuadas, favoreciendo que el jugador aprenda conductas alternativas en las situaciones de juego, y facilitando la percepción de autocontrol sobre el juego. La exposición suele aplicarse desde los primeros momentos de la intervención, conjuntamente con el control de estímulos.

TABLA 19.5
*Características específicas de la exposición en problemas de juego*

— Presentación de los estímulos, fundamentalmente en vivo.
— Jerarquía de situaciones de juego graduada (8-12 ítems).
— La jerarquía debe incluir todos los juegos en los que participa el jugador.
— Exposición inicial con coterapeuta, pasando después a autoexposición.
— Intervalo corto de las tareas para casa (exposición diaria, durante al menos cinco semanas).
— Duración larga de las tareas para casa para facilitar la habituación.
— Dedicar al menos cinco sesiones (exposición a 10 situaciones distintas).

### 5.3.5. *Habilidades de afrontamiento*

Se trata de desarrollar habilidades de afrontamiento más adaptativas ante situaciones de riesgo. Dado que el juego se ha convertido en la estrategia habitual para hacer frente a todo tipo de demandas ambientales (necesidad de dinero, problemas de pareja, familiares o laborales, etc.), hay que dotar al jugador de estrategias más específicas y eficaces para afrontar estos problemas. Así, si juega como respuesta a una discusión con su pareja, un problema laboral o un aumento de la activación, se le entrenará en habilidades especificas para manejar estas situaciones. Dos técnicas están especialmente indicadas:

— *Solución de problemas* (D'Zurilla y Goldfried, 1971): se utiliza para que el jugador aprenda a buscar soluciones más

adecuadas y eficaces para sus situaciones problemáticas habituales. En especial, se trabaja en desarrollar habilidades de identificar problemas, establecer alternativas de actuación más adecuadas y toma de decisiones. Conviene dedicar dos sesiones a su entrenamiento, con prácticas en la vida cotidiana, y después alguna sesión más a supervisar su aplicación a problemas concretos del jugador.

— *Entrenamiento en habilidades sociales:* con frecuencia el jugador se ha aislado socialmente o ha desarrollado un círculo de amigos que gira alrededor del juego. Es importante desarrollar habilidades sociales que le permitan disponer de nuevas redes de amigos, entrenar su asertividad para afrontar situaciones en las que se fomenta e invita al juego, negarse a demandas no razonables o mejorar las interacciones sociales.

### 5.3.6. *Identificación y cambio de los sesgos cognitivos*

Con el fin de modificar los pensamientos irracionales referidos al juego y su control, ha de entrenarse al jugador primero para la identificación y posterior modificación de estos sesgos, cambiándolos por pensamientos más racionales sobre la realidad de los juegos y la posibilidad de controlarlos. La reestructuración cognitiva se considera el procedimiento más adecuado para este objetivo. También pueden ser útiles técnicas como la terapia cognitiva de Beck o la solución de problemas. Se trata de cambiar la percepción del jugador sobre el juego y sus resultados, habiendo modificado sus pensamientos irracionales al respecto. La reestructuración cognitiva debe llevarse a cabo preferiblemente tras la técnica de control estimular y una vez avanzada la exposición. Se aconseja dedicar al menos cuatro sesiones a su aplicación. Cuando el jugador es consciente de que es el azar el que controla el juego y él no puede hacerlo, suele señalar que ya no le atrae jugar, sabe que no puede controlarlo y deja de ser interesante. Los pasos de un

protocolo de reestructuración de sesgos cognitivos en el juego se presentan en la tabla 19.6.

### 5.3.7. *Prevención de recaídas*

La elevada incidencia de las recaídas en el juego señala la importancia de que el jugador desarrolle habilidades para afrontar con eficacia situaciones de riesgo, previniéndolas o, si se produce una caída, superándolas. Tres son los objetivos principales: *a*) identificar y afrontar situaciones de riesgo; *b*) analizar las posibilidades y efectos de la transgresión de la abstinencia (o el límite de juego), y *c*) estrategias a desarrollar en situaciones problemáticas, o en caso de haberse producido una caída o recaída. En esta fase se revisan las técnicas aprendidas y su momento de aplicación, así como las estrategias de actuación en diferentes momentos relacionados con el juego. También se puede incluir una caída programada, para entrenar el uso de estrategias de recuperación. Su aplicación requiere al menos dos sesiones.

De acuerdo a las consideraciones expuestas, en la tabla 19.7 se describe un programa de intervención para personas con problemas de juego basado en el propuesto por Labrador (2016).

TABLA 19.6
*Pasos en la reestructuración de sesgos cognitivos en el juego*

1. Análisis de los hábitos de juego del jugador y su percepción de control/predicción. El resultado de juego no lo puede controlar/predecir, depende solo del azar.
2. Información sobre el juego. Analizar el concepto de azar, la independencia de los sucesos aleatorios, la inexistencia de estrategias para control/predicción de resultados, etc. Juegos legales e ilegales. Jugadores sociales y patológicos.
3. Explicación de la noción de irracionalidad. La importancia de los pensamientos irracionales en la conducta de juego y principales sesgos cognitivos.
4. Identificación de los pensamientos irracionales del jugador, bien grabando verbalizaciones durante el juego, bien con autorregistros de pensamientos sobre el juego en su vida cotidiana.

5. Comprensión de la noción de racionalidad. Se insiste en la diferencia entre pensamiento racional e irracional. Después se aplica a los pensamientos sobre el juego.
6. Corrección cognitiva. El terapeuta corrige las verbalizaciones irracionales del jugador. Después el jugador corrige sus verbalizaciones irracionales por racionales.
7. Tareas para casa. El jugador debe registrar cada vez que piensa en el juego, anotando qué se dice y si estos pensamientos son racionales o no. Tras identificar los pensamientos irracionales debe rebatirlos con frases como «no tengo ningún control sobre el juego» o «no existe ninguna prueba de que vaya a ganar».

TABLA 19.7

*Programa de intervención para personas con problemas de juego (Labrador, 2016)*

| Sesión | Objetivo | Técnica |
|---|---|---|
| Sesión 1 | — Que el jugador acepte y entienda su problema.<br>— Revisar motivación al cambio.<br>— Valorar la motivación del jugador con pautas de control de estímulos (CE) restrictivas.<br>— Incorporar al coterapeuta.<br>— Evitar episodios de juego.<br>— Establecer una adecuada administración del dinero.<br>— Preparar al uso de la exposición. | *Explicación del problema. Propuesta de tratamiento. CE. Plan de devolución de deudas. Explicación de la técnica de exposición.*<br>— Psicoeducación: devolución de información, análisis del problema y propuesta de tratamiento.<br>— Si no adecuada motivación al cambio, aplicar técnicas motivacionales.<br>— Establecimiento del coterapeuta (familiar o persona muy próxima).<br>— Explicación y pautas del control de estímulos.<br>— Explicar la técnica de exposición.<br>— Elaborar jerarquía de estímulos.<br>*Tareas para casa:*<br>— Autorregistro de conductas, «deseo» y pensamientos de juego.<br>— CE.<br>— Elaboración de una jerarquía de estímulos nueva. |

| Sesión | Objetivo | Técnica |
|---|---|---|
| Sesión 2 | — Continuar el CE.<br>— Habituación a las situaciones en las que se jugaba.<br>— Establecer objetivos vitales. | *Planificación vital. CE. Exposición o autoexposición. Conductas alternativas gratificantes.*<br>— Revisión de tareas.<br>— Establecimiento de objetivos vitales a corto y medio plazo. |
| | — Inicio el desarrollo de conductas alternativas al juego. | — Estrategia de devolución de deudas.<br>— Revisar y continuar con el control de estímulos.<br>— Exposición: jerarquía definitiva, exposición de los primeros ítems.<br>— Identificación de conductas alternativas reforzantes.<br>*Tareas para casa:*<br>— Autorregistro de conductas, «deseo» y pensamientos de juego.<br>— Continuar control de estímulos.<br>— Exposición diaria de los primeros ítems y autorregistro de exposición.<br>— Revisión de objetivos vitales establecidos.<br>— Registro de actividades gratificantes pasadas, presentes y futuras. |

| Sesión | Objetivo | Técnica |
|---|---|---|
| Sesión 3 | — Revisar objetivos vitales.<br>— Continuar el CE.<br>— Continuar con la exposición.<br>— Desarrollo de conductas alternativas.<br>— Desarrollo de habilidades de solución de problemas. | *CE. Autocontrol. Autoexposición. Actividades alternativas. Solución de problemas I:*<br>— Revisión de tareas.<br>— Revisión de objetivos vitales a corto y medio plazo.<br>— CE (¿comenzar a atenuar?). Desarrollo de autocontrol.<br>— Revisar y continuar la exposición (siguientes ítems).<br>— Programación de tareas (planificación de horario semanal).<br>— Técnica de solución de problemas (fases I y II).<br>*Tareas para casa:*<br>— Autorregistro de conductas, pensamientos y «deseo» de jugar.<br>— CE.<br>— Aplicación de técnicas de autocontrol.<br>— Exposición de los siguientes ítems y autorregistro de exposición.<br>— Planificar y realizar actividades, en especial las gratificantes.<br>— Aplicar fases I y II de la técnica de solución de problemas (SP). |

| Sesión | Objetivo | Técnica |
|---|---|---|
| Sesión 4 | — Atenuar el CE.<br>— Continuar con la exposición.<br>— Desarrollo de conductas planificadas.<br>— Desarrollo de habilidades de solución de problemas. | *CE. Autoexposición. Actividades alternativas. SP.- II:*<br>— Revisión de tareas.<br>— Revisar y atenuar el CE. Aplicar técnicas de autocontrol.<br>— Exposición (siguientes ítems)<br>— Planificación semanal de actividades, en especial las gratificantes.<br>— Solución de problemas (SP) (fases III, IV y V).<br>*Tareas para casa:*<br>— Autorregistro de conductas, pensamientos y «deseo» de jugar.<br>— CE y autocontrol.<br>— Exposición a los siguientes ítems y autorregistro.<br>— Realizar actividades planificadas.<br>— Aplicar la técnica de SP a un problema cotidiano cada día. |
| Sesión 5 | — Atenuar el CE.<br>— Continuar la exposición y solución de problemas.<br>— Identificar la presencia del jugador de pensamientos irracionales sobre el juego.<br>— Sustituir pensamientos irracionales por racionales (imposibilidad de predecir/controlar el azar). | *CE. Autoexposición. Actividades alternativas. Reestructuración cognitiva I:*<br>— Revisión de tareas.<br>— Atenuar el CE. Técnicas de autocontrol.<br>— Exposición (siguientes ítems)<br>— Planificación semanal de actividades.<br>— Reestructuración cognitiva I: juegos controlados por el azar. Análisis de hábitos de juego. Pensamientos irracionales sobre el control el juego.<br>*Tareas para casa:*<br>— Autorregistro de conductas, pensamientos y «deseo» de jugar.<br>— CE y autocontrol.<br>— Exposición de los siguientes ítems y autorregistro.<br>— Realización de actividades planificadas.<br>— Aplicar la técnica de SP.<br>— Identificar los pensamientos relacionados con el juego en el día a día. |

| Sesión | Objetivo | Técnica |
|---|---|---|
| Sesión 6 | — Finalizar CE.<br>— Finalizar exposición.<br>— Reestructurar pensamientos irracionales sobre el juego. | *Autoexposición. Reestructuración cognitiva II:*<br>— Revisión de tareas.<br>— Finalizar exposición (último ítem).<br>— ¿Finalizar CE?<br>— Reestructuración cognitiva de pensamientos irracionales del juego.<br>*Tareas para casa:*<br>— Autorregistro de juego, conductas, pensamientos y «deseo» de jugar. Respuesta racional a los pensamientos irracionales.<br>— Finalizar CE, si existe autocontrol adecuado del jugador.<br>>— Exposición al último ítem (finalizar exposición)<br>— Identificar los pensamientos sobre el juego (grabación propia o estándar, enunciados y listado de afirmaciones al respecto): revisar si los pensamientos recogidos son correctos o no).<br>— Autorregistrar pensamientos sobre el juego y valorar si son correctos. |
| Sesión 7 | — Identificación de pensamientos irracionales sobre el juego y sustitución por pensamientos racionales. | *Reestructuración cognitiva III:*<br>— Revisión de tareas.<br>— Reestructuración cognitiva. Corrección cognitiva.<br>*Tareas para casa:*<br>— Autorregistro de juego, conductas, pensamientos y «deseo» de jugar.<br>— Identificar si los pensamientos recogidos son correctos y sustituir los irracionales por pensamientos racionales. |

| Sesión | Objetivo | Técnica |
|---|---|---|
| Sesión 8 | — Identificación de pensamientos irracionales sobre el juego y sustitución por pensamientos racionales.<br>— Establecimiento de objetivos a medio y largo plazo. | *Reestructuración cognitiva IV. Objetivos vitales.*<br>— Revisión de tareas.<br>— Reestructuración cognitiva: corrección cognitiva.<br>— Establecimiento de objetivos vitales a medio plazo y largo plazo.<br>*Tareas para casa:*<br>— Autorregistro de juego, conductas, pensamientos y «deseo» de jugar.<br>— Identificar si los pensamientos recogidos son correctos y sustituir los irracionales por pensamientos racionales.<br>— Revisión y establecimiento de objetivos vitales.<br>— Planificación de actividades según objetivos establecidos. |
| Sesión 9 | — Revisión de técnicas aprendidas.<br>— Establecimiento de claves y situaciones de peligro.<br>— Pautas de actuación.<br>— Importancia del Plan vital. | *Prevención de recaídas I.*<br>— Revisión de tareas.<br>— Prevención de recaídas:<br>— El fenómeno de recaída y estrategias de prevención.<br>— Percepción de situaciones de alto riesgo y estrategias de control.<br>— Percepción de decisiones aparentemente irrelevantes que pueden llevar a situaciones de riesgo.<br>— Desarrollo de conductas asertivas de rechazo.<br>*Tareas para casa:*<br>— Autorregistro de conducta de juego.<br>— Tareas de técnicas pendientes (si las hay)<br>— Identificar y registrar situaciones de alto riesgo que le podrían llevar de nuevo al juego.<br>— Identificar decisiones aparentemente irrelevantes y situaciones de riesgo. |

| Sesión | Objetivo | Técnica |
|---|---|---|
| Sesión 10 | — Psicoeducación sobre fenómenos de caída y recaída.<br>— Revisión de técnicas aprendidas.<br>— Establecimiento de claves y situaciones de peligro.<br>— Pautas de actuación.<br>— Plan vital y planificación de actividades. | *Prevención de recaídas II.*<br>— Revisión de tareas.<br>— Prevención de recaídas.<br>— Caída y recaída, prevención y control.<br>— Efecto de transgresión de la abstinencia.<br>— Importancia de un estilo de vida equilibrado y valor de las conductas gratificantes. |

## 6. CONCLUSIONES

El juego es una actividad recreativa con un gran impacto social, tanto por el volumen de negocio (dinero y empleos) como por sus consecuencias negativas, entre ellas la adicción (el 1 por 100 de la población tiene TJ y el 5 por 100 es jugador de riesgo).

El problema principal del jugador patológico no es la pérdida de dinero, sino la completa devastación de su vida (pareja, familia, trabajo…).

Muchos jugadores nunca han sido diagnosticados ni identificados, lo que hace que no reconozcan tener un problema y, en consecuencia, que no busquen ayuda profesional. En este sentido, se estima que solo entre el 7-12 por 100 de los diagnosticados busca ayuda profesional, y un porcentaje elevado de estos abandonan el tratamiento antes de su finalización. Por estas razones, la motivación para la búsqueda de tratamiento y para mantenerse en el mismo es un reto de especial relevancia.

La relación terapéutica suele ser difícil, pues es de esperar un intento sistemático de engaño o alteración de la realidad por parte de los jugadores. No obstante, los problemas de juego y el TJ son superables si se afrontan con una adecuada ayuda profesional.

Además, muchas personas que intentan dejarlo sin ayuda acaban consiguiéndolo.

Los TCC son, por su eficacia, los tratamientos de primera línea, ya que muestran resultados superiores a los programas autodirigidos, a los grupos de autoayuda y a los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, las tasas de recaída son elevadas, por lo que su prevención debe considerarse una parte importante de la intervención.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS

Fernández-Alba, A. y Labrador, F. J. (2002). *Juego Patológico.* Síntesis.

Echeburúa, E., Becoña, E. y Labrador, F. J. (2010). *El juego patológico*. Pirámide.

Chóliz, M. y Marcos, M. (2020). *Tratamiento psicológico de la adicción al juego online*. Pirámide.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Abbott, M. (2017). Gambling and gambling harm in New Zealand: a 28-year case study. *International Journal of Mental Health and Addiction, 15*(6), 1221-1241.

American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-TR*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA) (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.

Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H. y Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*(2), 92-103.

Chóliz, M., Marcos, M. y Bueno, F. (2021). Ludens: A Gambling Addiction Prevention Program Based on the Principles of Ethical Gambling. *Journal of Gambling Studies,* 1-16.

Derecho de supresión («al olvido») | Agencia Española de Protección de Datos (n.f). Retrieved 12 December 2021, from https://www.aepd.es/es/derechos-y-deberes/conoce-

tus-derechos/derecho-de-supresion-al-olvido.
Dirección General de Ordenación del Juego (2020). *Informe anual de la Dirección General del Juego.* Ministerio de Hacienda.
Diskin, K. M. y Hodgins, D. C. (2009). A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behaviour research and therapy, 47*(5), 382-388.
D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*(1), 107.
Ferris, J. A. y Wynne, H. J. (2001). *The Canadian problem gambling index* (pp. 1-59). Canadian Centre on Substance Abuse.
Fortune, E. E. y Goodie, A. S. (2010). Comparing the utility of a modified Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS) with the South Oaks Gambling Screen (SOGS) as a research screen in college students. *Journal of Gambling Studies, 26*(4), 639-644.
Gernstein, D., Murphy, S., Tace, M., Hoffman, J., Palmer, A., Johnson, R. et al. (1999). *Gambling impact and behavior study*. Report to the National Gambling Impact Study Commission.
Ginley, M. K., Rash, C. J. y Petry, N. M. (2019). Psychological interventions in gambling disorder. En *Gambling disorder* (pp. 181-194). Springer, Cham.
Gómez, J. A. y Lalanda, C. (2020). *Anuario del Juego en España.* Norma.
Goslar, M., Leibetseder, M., Muench, H. M., Hofmann, S. G. y Laireiter, A. R. (2017). Efficacy of face-to-face versus self-guided treatments for disordered gambling: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(2), 142-162.
Grande-Gosende, A., Lopez-Nunez, C., Garcia-Fernandez, G., Derevensky, J. y Fernandez-Hermida, J. R. (2020). Systematic review of preventive programs for reducing problem gambling behaviors among young adults. *Journal of Gambling Studies, 36*(1), 1-22.
Hodgins, D. C., Currie, S. R., Currie, G. y Fick, G. H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 950.
Jeu Responsable : Nos conseils pour vous accompagner | FDJ® (2021). Retrieved 12 December 2021, from https://www.fdj.fr/jeu-responsable/le-jeu-plaisir?xtatc=INT-3-[250x250]
Keen, B., Blaszczynski, A. y Anjoul, F. (2017). Systematic review of empirically evaluated school-based gambling education programs. *Journal of Gambling Studies, 33*(1), 301-325.
Marchica, L. y Derevensky, J. L. (2016). Examining personalized feedback interventions for gambling disorders: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions, 5*(1), 1-10.
Labrador, F. J. (2016). Juego Patológico. En M. A. Vallejo (ed.), *Manual de Terapia de Conducta* (3.ª ed.). Dykinson.
Labrador, F. J. y Mañoso, V. (2005). Cognitive distortions changes in pathological gamblers after a treatment: Comparison with a control group. *International Journal Of Clinical And Health Psychology, 5*(1), 7-22.
Labrador, F. J. y Rubio, G. (2010). La activación como factor determinante del juego patológico. En E. Echeburúa, E., Becoña y F. J. Labrador (eds.), *El juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento* (pp. 123-164). Pirámide.
Labrador, F. J. y Vallejo-Achón, M. (2020). Prevalence and characteristics of sports betting in a population of young students in Madrid. *Journal of Gambling Studies, 36*(1), 297-318.

Labrador, F. J., Becoña, E., Crespo, M., Echeburúa, E. y Labrador, M. (2014). Estudio de prevalencia del juego de azar en España en 2013. Recuperado de http://www.selae.es/f/loterias/web_corporativa/Responsabilidad_Social/Gestion_responsable_del_juego/ESTUDIO_DE_PREVALENCIA_DEL_JUEGO_EN_ESPANA.pdf.

Labrador, F. J., Bernaldo de Quirós, M., Estupiñá García-Fernández, G. y Labrador, M. (2015). *Desarrollo de un sistema experto on-line para la identificación e intervención en problemas de juego SER-PJ*. ONCE: Memoria del premio del II Certamen Internacional. http://www.famgi14.es/nuevo_famgi/index.html.

Labrador, F. J., Bernaldo de Quirós, M., García-Fernández, G., Fernández-Arias, I., Estupiñá, F. y Labrador, M. (2016) Sistemas de detección y evaluación de los problemas de juego. En E. Echeburúa (ed.), *Abuso de internet ¿Antesala para la adicción al juego online?* (pp. 191-239), Pirámide.

Labrador, M., Labrador, F. J., Crespo, M., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2020). Cognitive distortions in gamblers and non-gamblers of a representative Spanish sample. *Journal of Gambling Studies, 36*(1), 207-222.

Ladouceur, R., Gaboury, A., Dumont, M. y Rochette, P. (1988). Gambling: Relationship between the frequency of wins and irrational thinking. *The Journal of Psychology, 122*(4), 409-414.

Lesieur, H. R. (1984). *The chase: The Compulsive Gambler*. Schenkman Publishing Company, Inc.

Lesieur, H. R. y Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry, 144,* 1184-1188.

Loranger, C., Bouchard, S., Boulanger, J. y Robillard, G. (2011). Validation of two virtual environments for the prevention and treatment of pathological gambling. *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation, 4*(2), 233-236.

Massachusetts State Agency (USA). Division on adiction (s.f). Your first step for change. Retrieved 12 December 2021, from http://s96539219.onlinehome.us/toolkits/FirstStepSite/pages/pretest.htm.

May, R. K., Whelan, J. P., Steenbergh, T. A. y Meyers, A. W. (2003). The gambling self-efficacy questionnaire: An initial psychometric evaluation. *Journal of Gambling Studies, 19*(4), 339-357.

Medeiros, G. C. y Grant, J. E. (2019). Pharmacological interventions in gambling disorder. En A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth y M. Potenza (eds.), *Gambling Disorder* (pp. 171-180). Springer, Cham.

Nowak, D. E. (2018). A meta-analytical synthesis and examination of pathological and problem gambling rates and associated moderators among college students, 1987-2016. *Journal of Gambling Studies, 34*(2), 465-498.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Clasificación international de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (CIE-II).

Peter, S. C., Brett, E. I., Suda, M. T., Leavens, E. L., Miller, M. B., Leffingwell, T. R. ... y Meyers, A. W. (2019). A meta-analysis of brief personalized feedback interventions for problematic gambling. *Journal of Gambling Studies,* 1-18.

Petry, N. M., Ginley, M. K. y Rash, C. J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors, 31*(8), 951.

Pfund, R. A., Peter, S. C., McAfee, N. W., Ginley, M. K., Whelan, J. P. y Meyers, A. W. (2021). Dropout from face-to-face, multi-session psychological treatments for problem

and disordered gambling: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*.

Pfund, R. A., Peter, S. C., Whelan, J. P., Meyers, A. W., Ginley, M. K. y Relyea, G. (2020). Is better? A meta-analysis of dose and efficacy in face-to-face psychological treatments for problem and disordered gambling. *Psychology of Addictive Behaviors, 34*(5), 557.

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W. R. Miller, y N. Heather (eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 3-27). Springer.

Quilty, L. C., Wardell, J. D., Thiruchselvam, T., Keough, M. T. y Hendershot, C. S. (2019). Brief interventions for problem gambling: A meta-analysis. *PLoS One, 14*(4), e0214502.

Rash, C. J. y Petry, N. M. (2014). Psychological treatments for gambling disorder. *Psychology Research and Behavior Management, 7,* 285.

Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego (RGIAJ) | Dirección General de Ordenación del Juego (n.f). Retrieved 12 December 2021, from https://www.ordenacionjuego.es/es/rgiaj.

Rollnick, S. y Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and cognitive Psychotherapy, 23*(4), 325-334.

Smith, D. P., Pols, R. G., Battersby, M. W. y Harvey, P. W. (2013). The Gambling Urge Scale: Reliability and validity in a clinical population. *Addiction Research & Theory, 21*(2), 113-122.

Stewart, R. M. y Brown, R. I. F. (1988). An outcome study of Gamblers Anonymous. *The British Journal of Psychiatry, 152*(2), 284-288.

Toneatto, T. (2016). Single-session interventions for problem gambling may be as effective as longer treatments: Results of a randomized control trial. *Addictive Behaviors, 52,* 58-65.

Volberg, R. A., Munck, I. M. y Petry, N. M. (2011). A quick and simple screening method for pathological and problem gamblers in addiction programs and practices. *The American Journal on Addictions, 20*(3), 220-227.

Winfree, W. R., Meyers, A. W. y Whelan, J. P. (2013). Validation of a Spanish translation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(1), 274.

Winters, K. C., Specker, S. y Stinchfield, R. (1996). *Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS)*. University of Minnesota Medical Schools.

# 20

# Intervención psicológica en problemas de abuso de videojuegos

MÓNICA BERNALDO-DE-QUIRÓS,
IGNACIO FERNÁNDEZ-ARIAS,
FRANCISCO J. ESTUPIÑÁ,
IVÁN SÁNCHEZ-IGLESIAS,
FRANCISCO J. LABRADOR,
MARTA LABRADOR
Y MARINA VALLEJO-ACHÓN

## 1. INTRODUCCIÓN

El uso de videojuegos es una alternativa de ocio cada vez más común en nuestra sociedad, en especial entre los jóvenes, pero puede llegar a convertirse en una actividad problemática. Según datos de la Asociación Española de Videojuegos (2020), este sector generó 1.747 millones de euros en España en 2020, un 18 por 100 más que en el 2019, estimándose en 15,9 millones los videojugadores. Esta rápida expansión, que también ha tenido lugar a nivel mundial (NewZoo, 2020), ha ido unida a una creciente alarma social por las consecuencias negativas que pueda tener el uso problemático de los videojuegos.

Sin duda la mejor inversión es la prevención, pues evita el malestar, reduce los costes y el uso del sistema sanitario, disminuye la morbilidad, incrementa la productividad, y mejora la calidad de vida y el bienestar (O'Connell et al., 2009). Diversos autores han reflexionado sobre las posibilidades de prevención que algunos países han puesto en marcha. Según Kiraly et al. (2018), las aproximaciones preventivas más empleadas han sido: 1) restricción

de la accesibilidad de los videojuegos, mediante medidas de control parental, establecimiento de horarios, etc.; 2) medidas de reducción del daño, mediante mensajes informativos, y 3) desarrollo de programas de atención y apoyo para jugadores. Pero la efectividad de estas medidas está poco estudiada, y se puede argumentar que de su aplicación aislada no pueden esperarse grandes beneficios. Además, las medidas preventivas no pueden aplicarse sin considerar el contexto sociocultural de cada país, y pueden no ser directamente exportables de unos a otros (Kuss, 2018).

Desde la perspectiva preventiva, las intervenciones psicoeducativas revisten gran interés y han sido ensayadas de forma general para el abuso de Internet y las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Habitualmente dirigidas al entorno del colegio, son pocas las que se han diseñado específicamente para los videojuegos.

En España, Chóliz (2011) ha desarrollado el programa PrevTec 3.1, orientado a prevenir el abuso de las TIC en general, pero que incluye un módulo específico sobre videojuegos. Adicionalmente, Marco y Chóliz (2017) han puesto a prueba la inclusión de un módulo de control de la impulsividad, con técnicas sencillas como ponerse una alarma para controlar el tiempo de juego o esperar cinco o diez minutos desde que se decide jugar hasta que se inicia el videojuego, para ponderar la conveniencia de jugar en ese momento. Estas técnicas parecen dotar de más estabilidad en el tiempo a los efectos del programa.

## 2. EL ABUSO DE LOS VIDEOJUEGOS EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

La demanda de atención psicológica de personas con problemas por el uso de videojuegos apareció antes que su caracterización y definición clínica y diagnóstica, por lo que los profesionales recurrían a estrategias de evaluación y tratamiento sin la suficiente evidencia, y sin una categorización clara de la sintomatología de este

fenómeno (Zajac et al., 2017). En el DSM-5 (APA, 2013) se aborda este problema, etiquetándolo como *trastorno de juego en Internet* (TJI), dentro de la sección III, entre los trastornos que requieren más estudio. Según el DSM-5, para tener el diagnóstico de TJI se deberían cumplir, durante un período de doce meses, cinco o más de estos nueve criterios: 1) preocupación u obsesión sobre los juegos *online;* 2) presencia de síntomas de abstinencia cuando no se puede jugar de manera *online;* 3) tolerancia o necesidad de emplear cada vez más tiempo en jugar; 4) pérdida de control o intentos fallidos de controlar la conducta de juego; 5) pérdida de interés en otras formas de entretenimiento o hobbies que no sea el uso de videojuegos *online;* 6) uso excesivo de videojuegos *online* mantenido en el tiempo a pesar de la presencia de síntomas psicosociales; 7) mentiras a miembros de la familia, terapeutas u otros, en lo que respecta al tiempo de juego *online;* 8) uso como forma de escape o mitigación de sentimientos negativos, y 9) pérdida de relaciones significativas, trabajo u oportunidades formativas o laborales por el uso de videojuegos *online*.

La categoría diagnóstica de TJI ha generado un amplio debate en la comunidad científica. Algunos consideran que los síntomas descritos en el DSM-5 resultan poco específicos para distinguir entre las personas que realizan un uso problemático de videojuegos y las que juegan de manera socialmente aceptable (Griffiths et al., 2016; Deleuze et al., 2017), pudiendo llevar al sobrediagnóstico de muchos jugadores (Carras et al., 2018). Por otra parte, aunque se considera que los videojuegos *online* son más proclives a generar un trastorno adictivo (Lemmens y Hendricks, 2016), excluir del diagnóstico el uso de juegos *offline* parece inadecuado (Kuss et al., 2017).

Años después, la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2018) incluyó el *trastorno por uso de videojuegos* dentro de la categoría de *trastornos debidos a comportamientos adictivos*, distinguiendo entre el juego de manera *online* y *offline*. El trastorno por uso de videojuegos se caracteriza por: 1) un deterioro en el

control sobre el juego (por ejemplo: inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación y contexto); 2) un incremento en la prioridad dada al juego, anteponiéndose a otros intereses y actividades de la vida diaria, y 3) una continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas. Asimismo, debería ir acompañado de un deterioro significativo de las áreas de funcionamiento de la persona debido a este comportamiento, cuyo patrón puede ser continuo o episódico y recurrente durante al menos doce meses (OMS, 2018). La clasificación de la CIE-11 también suscita críticas, ya que algunos investigadores creen que todavía no existe aún la evidencia científica necesaria al respecto (Aarseth et al., 2017; Van Rooij et al., 2018).

## 3. FACTORES DE RIESGO DEL ABUSO DE VIDEOJUEGOS

Al igual que para el desarrollo de trastornos por uso de drogas o por problemas de juego con apuestas, los factores que incrementan el riesgo de problemas de uso de videojuegos son de diversa índole. En este apartado se revisan los más importantes.

Aunque el número de mujeres que juegan a videojuegos es cada vez mayor (López-Fernández et al., 2019; King y Potenza, 2020), los estudios señalan que los varones juegan más a videojuegos y presentan más problemas asociados que las mujeres (Chen et al., 2018; Stockdale y Coyne, 2018; Wartberg et al., 2017), tanto en la adolescencia como en la edad adulta (Mihara y Higuchi, 2017). Por otra parte, los más jóvenes pueden tener mayor riesgo de adicción o uso problemático (Hyun et al., 2015).

El tiempo de uso de los videojuegos es uno de los factores que con mayor frecuencia se asocia a la probabilidad de aparición de problemas de abuso, aunque, como señalan algunos autores (Donati et al., 2015), podría estar relacionado también con una mayor variedad de videojuegos a los que se juega.

Algunos tipos de videojuegos se asocian a la aparición de problemas, en particular aquelllos en donde el jugador asume el rol

de un personaje y controla muchas de sus actuaciones, como los *Massively Multiplayer Online Role-Playing Games* (MMORPGs) (King et al., 2019). Ellos pueden interactuar al mismo tiempo muchos jugadores, continuando y evolucionando el juego, esté o no participando el jugador.

La presencia de psicopatología supone también otro factor de riego. Así, el uso problemático de videojuegos está relacionado con: *a*) mayores niveles de ansiedad y depresión; *b*) mayores puntuaciones en síntomas psiquiátricos o menores en salud mental global; *c*) una mayor presencia de otros cuadros psicopatológicos, tales como trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), ansiedad social o comportamiento antisocial, y *d*) otros síntomas psicológicos, como baja autoestima, problemas de sueño, pensamientos suicidas, irritabilidad, agresión, menor afecto positivo y bienestar o baja satisfacción vital (Hyun et al., 2015; Kiraly et al., 2017; Stockdale y Coyne, 2018; Wartberg et al., 2017).

La relación entre rasgos de personalidad y problemas con los videojuegos resulta poco esclarecedora. Algunos estudios relacionan alta impulsividad con mayor presencia de uso problemático (Lemercier-Dugarin et al., 2021; Yao et al., 2019), y otros con el grado de uso problemático y el tiempo dedicado a los videojuegos (Puerta-Cortés et al., 2017).

Por último, el estudio de los aspectos cognitivos asociados a problemas con los videojuegos ha recibido menos atención que el juego patológico, aunque uno de los aspectos centrales es la preocupación por el juego (Kuss y Griffiths, 2012). En el modelo de Davis (2001), las creencias tienen un papel central para explicar el uso problemático de Internet, que incluye el uso problemático de videojuegos. Según este, el uso de Internet y la presencia de problemas psicopatológicos, como la depresión o la ansiedad social, predispondrían a las personas a desarrollar cogniciones desadaptativas que, junto con el aislamiento social, llevarían al desarrollo de un uso patológico de Internet. A su vez, esto facilitaría síntomas negativos, como pensamientos obsesivos sobre el uso de

Internet, sentimientos de culpabilidad por su uso o incapacidad de cesar este, que retroalimentarán la presencia y mantenimiento de las cogniciones desadaptativas. La propuesta de Caplan (2003), basada en la de Davis (2001), incluye la preferencia por la interacción social *online* causada por problemas psicopatológicos (depresión, ansiedad y soledad) como desencadenante del uso problemático de Internet, identificando cogniciones desadaptativas relacionadas con la capacidad para la comunicación interpersonal. Caplan (2010) reformuló el modelo para incluir el uso de Internet como herramienta para regular el estado de ánimo. Retomando estos modelos, King y Delfabbro (2016) señalan, en adolescentes con TJI, la mayor presencia de creencias desadaptativas, que incluyen: *a*) creencias inadecuadas sobre el valor reforzante del juego; *b*) reglas inflexibles y desadaptativas sobre la conducta de juego; *c*) excesiva dependencia del juego para satisfacer las necesidades de autoestima, y *d*) uso de los videojuegos como estrategia para lograr aceptación social. Este tipo de pensamientos subyace a la implicación persistente y excesiva en los videojuegos.

## 4. EVALUACIÓN DEL ABUSO DE VIDEOJUEGOS

A pesar de la alarma social, jugar a videojuegos es una práctica de ocio habitual, que solo en un reducido porcentaje de jugadores se convierte en un problema. Por eso parece importante que la comunidad científica acuerde criterios para abordar este problema, que permitan distinguir cuándo una persona juega de forma adecuada y cuándo de forma problemática, desarrollando instrumentos para detectar ambos tipos de juego.

Dado que en los capítulos 5 al 9 de este manual se aborda de forma detallada la evaluación clínica en conductas adictivas, aquí se expondrán solo los instrumentos específicos para la evaluación del abuso de videojuegos.

## 4.1. Instrumentos específicos para la evaluación del uso problemático

Hasta la inclusión del TJI en el DSM-5, los instrumentos de evaluación estaban enfocados a la adicción a Internet, o empleaban criterios diagnósticos del juego patológico (King et al., 2013). Aunque algunos de estos instrumentos aún siguen siendo utilizados, desde la publicación del DSM-5 se han desarrollado al menos dieciséis instrumentos de medida específicos. Entre los más utilizados están el *Game Addiction Scale (GAS-7)*(Lemmens et al., 2009), el *Internet Gaming Disorder Test (IGD-20)* (Pontes et al., 2014) o el *Internet Gaming Disorder Scale – Short Form (IGDS9-SF)* (Pontes y Griffiths, 2015).

### 4.1.1. *Game Addiction Scale (GAS-7)*

Este cuestionario, basado en los criterios de juego patológico del DSM-IV, es una versión breve del GAS-21 (Lemmens et al., 2009). Ha sido traducido y validado en inglés, chino, francés, alemán, persa, finlandés, noruego, turco, pero no al español. Es el más utilizado en estudios de prevalencia y longitudinales, aunque no cubre todos los criterios DSM-5 y CIE-11, y no se ha utilizado en estudios de intervención.

Evalúa siete componentes en una escala Likert de cinco puntos: saliencia, tolerancia, modificación del estado de ánimo, recaída, síndrome de abstinencia, conflicto y problemas. Se considera que cumple un criterio si puntúa 3 o más en un ítem. En el formato politético, para su diagnóstico es necesario que se reúnan al menos cuatro de los siete criterios; en el formato monotético tiene que reunir todos los criterios. Los autores prefieren el monotético para evitar una sobreestimación de la prevalencia, y porque consideran imprescindible que aparezcan consecuencias negativas.

### 4.1.2. *Internet Gaming Disorder Test (IGD-20)*

Fue desarrollado por Pontes et al. (2014) como un instrumento válido y preciso para evaluar el TJI. Incorpora los criterios diagnósticos del DSM-5 y refleja las seis dimensiones del modelo de adicción de Griffiths (2005): prominencia, modificación del estado de ánimo, tolerancia, síntomas de abstinencia, conflicto y recaída. Evalúa las actividades de *gaming* realizadas dentro y fuera de la red durante los últimos doce meses.

Consta de veinte afirmaciones que se responden en una escala Likert de 5 puntos (desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo). El instrumento original ha sido validado en español y en árabe. La validación española del *IGD-20* (Fuster et al., 2016) mostró una consistencia interna de 0,87. Como en el estudio original, se identifican seis factores, mostrando una buena validez de criterio, con correlación positiva con las horas dedicadas a jugar a la semana y negativa con la edad de los participantes. Como en la validación original, permite identificar grupos de jugadores con diferente nivel de riesgo. El punto de corte para considerar la existencia de un trastorno se fija en 75, con una especificidad del 99 por 100 y una sensibilidad del 71 por 100.

### 4.1.3. *Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS9-SF)*

Se trata de un instrumento breve de nueve ítems, desarrollado por Pontes y Griffiths (2015), que cubren los nueve criterios diagnósticos del DSM-5. Su objetivo es valorar la severidad del TJI y sus efectos nocivos considerando las actividades de juego realizadas dentro y fuera de Internet durante los últimos doce meses. Los ítems se evalúan en una escala Likert de 5 puntos (desde nunca a muy a menudo), con un rango de 9 a 45.

Se han realizado validaciones de este instrumento al portugués, checo, esloveno, italiano, persa, turco, polaco, chino, coreano, malayo, alemán y español. La validación española de Sánchez-

Iglesias et al. (2020) en varias submuestras de adolescentes y jóvenes mostró una estructura unifactorial y una adecuada fiabilidad (ω entre 0,778 y 0,828, y $R_{xx}$ entre 0,770 y 0,822). En lugar de recomendar puntos de corte (ya que no existe un *gold standard*), proporciona baremos percentiles para hombres y mujeres por separado.

### 4.2. El *Gamertest*. Una propuesta de evaluación *online*

Con el fin de disponer de un instrumento de cribado completo y atractivo para los jugadores de videojuegos, Labrador et al. (2021) han desarrollado el *Gamertest,* un sistema de evaluación experto *online* que permite identificar si el uso de videojuegos es adecuado o no, así como detectar la presencia de problemas asociados. El instrumento es interactivo y está ubicado en la página web https://problemasdejuego.com/gamertest/ y puede ser accesible en todo momento, de forma gratuita.

Consta de ocho apartados o secciones que evalúan:

1. *Datos sociodemográficos:* edad, sexo, estado civil y situación académica o laboral.
2. *Hábitos de juego:* tiempo y días de juego a la semana, tipos de videojuegos (y su preferencia), dispositivos que se utiliza (y su preferencia), forma de jugar *(online/ offline),* lugares de juego, compañía y motivaciones para jugar.
3. *Uso problemático de videojuegos:* evaluado a través de la validación española del *IGDS9-SF* (Sánchez-Iglesias et al., 2020), ya comentado.
4. *Implicación en el juego:* valorado a través de un total de 5 ítems en una escala tipo Likert de cinco puntos (desde «nunca» hasta «siempre») («¿con qué frecuencia juegas más tiempo del que habías planeado?», «¿con qué frecuencia has perdido la noción del tiempo mientras jugabas?», «¿crees que tu conducta de jugar a videojuegos es problemática?»,

«¿personas importantes para ti consideran que tu conducta de juego a videojuegos es problemática?», «¿cuántas veces no puedes reunirte con un amigo porque estás jugando a videojuegos?». La consistencia interna de la escala es de $\alpha$ = 0,76.

5. *Cogniciones desadaptativas relacionadas con los videojuegos:* evaluadas mediante un cuestionario de 16 elementos en formato Likert de cinco puntos (desde «Nunca» hasta «Siempre»). Muestra alta consistencia interna, ω = 0,91, $R_{xx}$ = –0,91, y evidencias de validez, como correlaciones positivas con el IGDS9-SF, la frecuencia de juego y escalas del *General Health Questionnaire* (GHQ-12; Goldberg y Williams, 1988). La estructura factorial se ajusta a tres factores: 1) autoestima; 2) preocupación, y 3) compulsión.
6. *Actitudes hacia los videojuegos.* A través de una escala de seis ítems, tres sobre actitudes positivas y tres sobre actitudes negativas hacia los videojuegos (puntúan de forma inversa) con formato Likert de cinco puntos (Desde «Nunca» hasta «Siempre»). Dispone de evidencias de buena fiabilidad por consistencia interna, con un $\alpha$ = 0,77, así como adecuados indicios de validez a partir de su correlación con el IGDS9-SF, $r$ = 0,44.
7. *Impulsividad:* se mide a partir de la validación española de la versión abreviada del UPPSP-20 (Candido et al., 2012). Es un cuestionario de 20 ítems que evalúa cinco rasgos relacionados con el comportamiento impulsivo: urgencia positiva, urgencia negativa, falta de premeditación, falta de perseverancia y búsqueda de sensaciones, cuyos coeficientes $\alpha$ están en un rango entre 0,61 y 0,81.
8. *Salud mental general:* se evalúa con el GHQ-12 (Goldberg y Williams, 1988), cuestionario ampliamente usado, con traducciones a once idiomas y adecuadas propiedades psicométricas. La consistencia interna es de $\alpha$ = 0,85, y

dispone de abundantes evidencias de validez en población general y otras específicas.

Al final de esta evaluación se descarga un archivo en formato PDF, en el que el usuario recibe información sobre su nivel de riesgo (sin problemas, uso problemático o probable caso de TJI), y aquellas variables que pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de sus problemas con los videojuegos.

El Gamertest es un sistema experto de evaluación *online,* válido, fiable, dinámico y adaptado al fenómeno (tanto en la presentación como en la ubicación). Permite detectar a personas con un uso problemático de videojuegos. También identifica los factores de riesgo para este uso problemático, específicos para cada persona, orientando el desarrollo de una intervención que se ajuste a las características específicas de cada jugador.

## 5. TRATAMIENTO DEL ABUSO DE VIDEOJUEGOS

### 5.1. Consideraciones previas al tratamiento

La consideración del uso problemático de los videojuegos con entidad clínica reconocida y con interferencia funcional en la vida cotidiana de las personas, señala la importancia de contar con intervenciones precisas y específicas (Costa y Kuss, 2019). El uso problemático de videojuegos se considera, desde los inicios, como una adicción sin sustancia, por lo que buena parte de los modelos explicativos se basan en los que ya servían para explicar la dependencia a sustancias (Torres-Rodriguez et al., 2018). Esto ha llevado a desarrollar tratamientos similares a los existentes para el tabaquismo, alcohol o cocaína. Sin embargo, la evidencia científica señala que las adicciones sin sustancia, como las relacionadas con Internet o el juego problemático, tienen particularidades que han de ser tenidas en cuenta (véase tabla 20.1).

Desde el punto de vista motivacional, en las adicciones es común que las personas muestren reticencias a abandonar el consumo. Aunque sean conscientes de que este tiene consecuencias negativas, el miedo al malestar o el *craving* puede ser importante. En el caso del abuso de videojuegos, es posible que la persona no sea consciente del problema y de las consecuencias negativas de jugar de manera abusiva. Este aspecto es crucial para planificar el tratamiento, ya que se debe tratar de llevar al jugador desde la fase precontemplativa a las de preparación para la acción y de acción. Si la persona se encuentra en una fase precontemplativa, algo habitual, es fundamental generar conciencia de problema sin que se sienta atacada o confrontada. Para ello, no solo hay que centrarse en las consecuencias perjudiciales del juego, sino también en que conozca actividades de ocio alternativas y divertidas, que podría realizar si dedicara menos tiempo a jugar.

TABLA 20.1
*Aspectos a considerar en el tratamiento de la adicción a los videojuegos*

| | |
|---|---|
| **Aspectos motivacionales** | Es probable que la persona no muestre conciencia del problema ni deseos de cambio. |
| **Afectación clara del sistema familiar** | En ocasiones, el uso de videojuegos forma parte de la dinámica familiar y tiene un valor funcional en esta. |
| **Comorbilidad y problemas asociados** | El uso abusivo de videojuegos puede ser causa o consecuencia de otros problemas que deben ser tenidos en cuenta. |
| **Aceptación y disponibilidad** | Los videojuegos cuentan con una importante industria que los apoya y es una fuente de ocio reconocida y legítima. Además, está permanentemente disponible a través de diferentes plataformas o terminales. |
| **Aspectos** | El uso de videojuegos puede estar cumpliendo un papel funcional en |

| | |
|---|---|
| **funcionales** | algún área de la vida de la persona (p. ej., puede ser una oportunidad de socialización o una herramienta de gestión emocional). |

En el caso de menores, los familiares, que suelen ser los que piden ayuda, se posicionan rápidamente en contra de los videojuegos, ya que jugar suele ser una fuente importante de conflictividad. También es frecuente encontrar patrones familiares disfuncionales que han reforzado el uso problemático de los videojuegos. Así, en algunas familias se refuerza el momento de silencio cuando el niño está jugando, facilitando que el menor aprenda que jugar es aceptado como estrategia para lograr tranquilidad en casa. Los videojuegos a veces se convierten en refuerzos y castigos de otras conductas y pueden llegar a ser una fuente de conflicto en la dinámica familiar, facilitando discusiones con el menor, o entre los padres. Incluso pueden evidenciar inconsistencias de conducta en estos, al adoptar posturas contrarias según la ocasión. Finalmente, los padres pueden considerar el abuso de videojuegos un desafío a su autoridad. Por tanto, los tratamientos de problemas con los videojuegos han de tener en cuenta a la familia como un componente activo en la intervención.

Algunos factores se han relacionado de forma dispar con el uso problemático de videojuegos. Por ejemplo, la impulsividad o los problemas de socialización a veces se han considerado causa (p. ej., una persona impulsiva con un clima familiar conflictivo), en otras un factor concurrente (p. ej., problemas de socialización afrontados de forma evitativa o sustitutiva con el uso de videojuegos) o, por último, como consecuencia (p. ej., conductas desafiantes y agresivas ante la retirada del videojuego).

Es necesario tener en cuenta, de cara al tratamiento, la posible presencia de psicopatología asociada. Varias investigaciones (Muller et al., 2015; van Rooij et al., 2014) señalan elevadas tasas de TDAH, trastorno negativista desafiante, trastornos de personalidad o abuso de sustancias, entre las personas con problemas con los videojuegos. Sería un error considerar la intervención como una

suma simple de técnicas para abordar distintos problemas. Es probable que estos problemas (aunque tengan una etiqueta diagnóstica específica) tengan relación directa con el uso de videojuegos, y deben ser integrados en una formulación clínica completa de cara a una intervención adecuada.

En los trastornos por consumo de sustancias, el tratamiento se centra en prescindir de la sustancia adictiva por completo y, en algunas ocasiones, en su uso controlado (Echeburúa, 2016). Sin embargo, los videojuegos están aceptados en nuestra sociedad y legitimados como alternativa de ocio, como herramienta de aprendizaje e incluso como forma de evaluación de capacidades (Quiroga y Colom, 2020). No hay dudas sobre las ventajas de su uso ni sobre la creciente inserción en nuestro día a día (desde un móvil a un ordenador, videoconsola, etc.). Por eso, en los problemas con los videojuegos, salvo excepción, el objetivo terapéutico se dirige a lograr un uso adecuado de estos. No parece realista ni conveniente una restricción total, salvo en momentos concretos del tratamiento.

Es importante atender a los elementos que se «pierden» al establecer un uso más adecuado de los videojuegos. Es posible que la persona haya establecido una red de apoyo y socialización con el uso de un cierto juego, que parte de su identidad esté sustentada por la propia actividad (ser *«gamer»*) o que el juego sea una manera efectiva para hacer frente a sus problemas. Si no se establecen vías de sustitución de lo que se va a «perder» y nuevas fuentes de reforzamiento, probablemente el tratamiento pierda eficacia.

Con respecto al formato de la intervención, Kuss y Pontes (2019) plantean como encuadre terapéutico más común el formato individual, que permite una mayor adaptación del tratamiento a las particularidades del caso, aunque también es frecuente en las adicciones un formato grupal. Un marco alternativo es el formato familiar, en el que se considera la conducta problemática de uso de videojuegos una expresión de una dinámica disfuncional más que un problema en sí mismo. Cierto que estos encuadres no son

excluyentes, y que la combinación de enfoques familiares, grupales e individuales pueden complementarse.

## 5.2. Evidencias de la efectividad

Los estudios sobre el tratamiento del TJI se encuentran en una etapa incipiente (Beranuy et al., 2013). En la actualidad no hay directrices sobre tratamientos empíricamente validados en las principales guías clínicas de referencia (División 12 de la APA, NICE y Sistema Nacional de Salud), pero hay revisiones sistemáticas sobre estudios de tratamiento, como la de King et al. (2017). Esta revisión sobre 30 estudios de tratamiento psicológico y/o farmacológico realizados durante el período de 2007 a 2016, señala entre otros aspectos que: *a*) el 70 por 100 de las personas que recibieron tratamiento eran varones de 8 a 65 años; *b*) el 80 por 100 de los estudios emplearon intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales, entrevista motivacional (EM), entrenamiento en realidad o una combinación de los mismos; *c*) suelen optar por un formato individual (un 66,7 por 100) frente a grupal (un 33,3 por 100); *d*) los estudios de tratamiento con formato grupal incluían con más frecuencia grupos de control (90 por 100) que los de formato individual (57 por 100). Aunque no hay acuerdo sobre el número de sesiones o la duración del tratamiento, el promedio está en torno a las 6-8 sesiones, llegando en algún caso a 19 meses.

No obstante, la mayoría de estos estudios presenta limitaciones metodológicas: 1) falta de justificación de la muestra empleada; 2) tamaño reducido de la muestra o ausencia de grupo control; 3) ausencia de seguimientos, y 4) no especificación de los protocolos de tratamiento seguidos. Además, parte importante de las investigaciones se ha llevado a cabo con población asiática y podrían no ser representativas de la realidad en otros continentes o de la cultura occidental. Como conclusión principal, King et al. (2017) señalan la existencia de un consenso en torno al uso de la terapia cognitivo conductual (TCC) como el enfoque con más

evidencia empírica para el tratamiento del TJI. Aun así, los trabajos de revisión disponibles indican que la literatura no permite aún establecer expectativas claras respecto a los beneficios esperables de la intervención, como por ejemplo si reducen el tiempo de juego o si los resultados se mantienen a largo plazo (Stevens et al., 2019), si los tratamientos satisfacen criterios para ser considerados de eficacia probable o bien establecida (Zajac et al., 2017), o los componentes activos de las intervenciones que serían responsables de la mejoría clínica (King et al., 2017).

Kuss y Pontes (2019) proponen un tratamiento en grupo, dadas las ventajas en términos de coste-beneficio, además de poder llegar a mayor número de usuarios con una misma intervención, y otras ventajas en términos de apoyo social y aprendizaje por observación. La propuesta de tratamiento, de entre 12 y 15 sesiones, se basa en la de Wölfling et al. (2013) para el abuso de Internet, contemplando tres fases: 1) intervención motivacional y establecimiento de objetivos individuales a corto y largo plazo; 2) modificación de la conducta, incluyendo el establecimiento de un modelo individual del problema, análisis de costes y beneficios, reestructuración cognitiva y desarrollo de habilidades de regulación emocional, interacción social y obtención de reforzamiento, y 3) prevención de recaídas, incluyendo exposición y habituación a los videojuegos.

En España destaca el programa PIPATIC (Torres-Rodríguez et al., 2018), dirigido a menores de 12 a 18 años con uso problemático de videojuegos. El programa consta de 22 sesiones de 45 minutos, que ponen el foco tanto en el individuo como en la familia. El primer módulo, de tres sesiones, tiene carácter psicoeducativo y motivacional para el menor y sus familias. Adicionalmente, incluye un submódulo específico de motivación. El segundo módulo, de cinco sesiones, se dirige a abordar directamente la conducta problemática con técnicas específicas, como control estimular, solución de problemas o exposición entre otras. Los módulos 3 y 4, de seis y dos sesiones respectivamente, se centran en aspectos relacionados con la autoestima, la identidad y el ámbito

interpersonal (frecuentemente afectados en este tipo de problemas). El módulo 5 contempla cuatro sesiones familiares, en las que se pretende dar pautas concretas, mejorar la comunicación y los vínculos. El módulo 6, de 2 sesiones, se centra en diversificar el ámbito conductual del menor, generar alternativas y reforzar logros. Finalmente, el programa se completa con una planificación exhaustiva del seguimiento (mensual durante los primeros tres meses desde la finalización del tratamiento).

## 5.3. Propuesta de un programa de tratamiento

A continuación se describe un protocolo de tratamiento básico para el uso problemático de videojuegos, basándolo en los procesos de un tratamiento multicomponente adecuado a las diferentes etapas motivacionales de quien recibe la intervención (Prochaska y DiClemente, 1992). En la tabla 20.2 se presenta un esquema de este protocolo.

### 5.3.1. *Fase 1*

En esta fase se pretende generar conciencia de problema y necesidad de cambio. Para ello se utiliza psicoeducación tanto a nivel individual como familiar. De forma complementaria se utiliza la EM, poniendo el énfasis en los aspectos positivos de llevar una vida más diversa y los beneficios de contar con más tiempo y reducir la conflictividad en casa. En esta fase es indispensable trabajar con las familias para que se comprometan e impliquen en el tratamiento. A este respecto es importante anticiparse a posibles situaciones conflictivas e iniciar cambios en la dinámica familiar que impliquen un mayor intercambio positivo entre sus miembros, incidir en la importancia del modelado (p. ej., los padres piden a sus hijos que no utilicen el móvil, mientras que ellos lo están utilizando) y la necesidad de desligar el uso de los videojuegos de su uso como

premio o castigo por otras conductas (el uso adecuado de videojuegos es un objetivo en sí mismo y no debe utilizarse como recompensa de otras conductas).

TABLA 20.2

*Programa de tratamiento para el uso problemático de videojuegos*

| Fase/objetivos | Intervención individual | Intervención familiar |
|---|---|---|
| **Fase 1: Motivacional**<br>— Generar conciencia de problema.<br>— Movilizar hacia el cambio.<br>— Generar un clima de cambio en la familia. | — Psicoeducación.<br>— Entrevista motivacional. | — Psicoeducación.<br>— Manejo de situaciones conflictivas y pautas de incremento del intercambio familiar positivo. |
| **Fase 2: Abandono**<br>— Eliminar/disminuir la conducta problemática.<br>— Dotar de herramientas de manejo y solución de problemas.<br>— Incrementar los reforzadores más allá de los videojuegos. | — Control estimular.<br>— Regulación emocional.<br>— Búsqueda de reforzadores alternativos. | — Supervisión del control de estímulos.<br>— Técnicas familiares de promoción del intercambio positivo.<br>— Entrenamiento en reforzamiento diferencial más allá del uso de videojuegos. |
| **Fase 3: Uso adaptativo**<br>— Incorporar paulatinamente el uso de las tecnologías y, dado el caso, de videojuegos.<br>— Abordar cogniciones y actitudes relacionadas con el uso de videojuegos tanto en el sujeto como la familia.<br>— Atender a los factores que están relacionados con el problema. | — Entrenamiento en uso controlado y prevención de respuesta.<br>— Reestructuración cognitiva de pensamientos e ideas disfuncionales.<br>— Técnicas específicas para problemas específicos. | — Técnicas para establecer normas y límites.<br>— Psicoeducación sobre uso adaptativo de nuevas tecnologías.<br>— Técnicas específicas para problemas específicos. |
| **Fase 4: Mantenimiento** | — Balance de cambios. | — Balance de cambios. |

— Prevenir recaídas (reforzar logros).

— Planificación de seguimientos.

— Pautas específicas de manejo de dificultades y situaciones complicadas.

### 5.3.2. *Fase 2*

El objetivo principal es que el jugador y su familia, una vez que están orientados al cambio, cuenten con herramientas para modificar la conducta de juego. Se debe dotar de estrategias de afrontamiento, tanto a la familia como al individuo, y consolidar (o promocionar) reforzadores más allá del uso de videojuegos. Aunque se ha señalado que un objetivo podría ser el uso controlado de los videojuegos, en un primer momento suele ser necesario evitar todo tipo de contacto con ellos. Para ello, es útil utilizar técnicas como el control estimular (CE), en combinación con entrenamiento a la familia en la implantación de las pautas de conducta y la supervisión del CE. También es importante entrenar en habilidades de regulación emocional. No hay que olvidar que el jugador, una vez que ha cesado su uso de videojuegos, estará cargado de afecto negativo y, posiblemente, ansiedad. En paralelo, hay que dar información a la familia sobre pautas de reforzamiento diferencial, consolidar el intercambio positivo entre los miembros de la misma y participación activa en desarrollar nuevas actividades. A este respecto, es necesario enriquecer el repertorio de actividades alternativas reforzantes (al no jugar, dispondrá de más tiempo) y una reestructuración de pautas de autocuidado.

### 5.3.3. *Fase 3*

El objetivo es la incorporación progresiva a un uso adecuado de las nuevas tecnologías y los videojuegos. Para ello, se puede entrenar en el uso controlado con pautas específicas de prevención de respuesta con el jugador, y entrenamiento a la familia en psicoeducación y límites en el uso adaptativo de las nuevas

tecnologías (establecer límites precisos a su uso: tiempo, frecuencia, momentos, contexto, etc.). En paralelo, es necesario atender a pensamientos y actitudes que más se relacionan con el uso inadecuado de videojuegos, con técnicas como autoinstrucciones y reestructuración cognitiva. Por último, también se han de abordar, con técnicas específicas, aquellas áreas detectadas como factores relacionados con el problema (p. ej., déficit de habilidades sociales o autorregulación emocional, problemas de autoestima, ansiedad o problemas del estado de ánimo).

#### 5.3.4. *Fase 4*

El objetivo fundamental de esta fase es mantener los logros conseguidos, siendo necesario contar con el jugador y su familia. Es conveniente incluir una planificación de seguimiento y, fundamentalmente, un plan que permita anticiparse a las situaciones que puedan resultar conflictivas. Este plan debe incluir también pautas concretas ante posibles contactos problemáticos y, en definitiva, prevenir una recaída.

## 6. CONCLUSIONES

El uso de videojuegos es una actividad de ocio habitual entre adolescentes y jóvenes, y probablemente también en un futuro cercano en adultos. No todas las personas que usan videojuegos presentan un uso problemático, por lo que es importante identificar criterios que indiquen la existencia o no de problemas relacionados con los videojuegos.

En la actualidad se dispone de instrumentos específicos fiables y válidos para la detección de problemas con los videojuegos, si bien no exentos de limitaciones, siendo una de las principales la naturaleza cambiante de la propia actividad de los videojuegos. La

utilización de instrumentos *online,* como el *Gamertest,* puede facilitar una adaptación al desarrollo de los videojuegos, así como un mayor acceso a la población a la que van dirigidos.

La investigación sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones psicológicas para el TJI, aunque prometedora, se encuentra aún en sus inicios. Se precisa más investigación y, además, investigación de calidad: ensayos clínicos bien controlados, desmantelamiento de tratamientos, etc. No obstante, como algunos han señalado, fuera del sureste asiático el TJI no parece ser reconocido como una prioridad para las entidades que financian investigación competitiva (King et al., 2017), lo que dificulta el desarrollo de los estudios en este ámbito. Aunque a fecha de hoy las intervenciones cognitivo-conductuales parecen ser las mejor posicionadas, distan mucho de haber acreditado de manera suficiente su capacidad para producir cambios a largo plazo en la conducta de jugar a videojuegos, por lo que siguen siendo necesarios más y mejores estudios.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador Méndez, M., Sánchez-Iglesias, I. y Labrador, F. J. (2020). Instrumentos de medida del trastorno de juego en Internet en adolescentes y jóvenes según criterios DSM-5: Una revisión sistemática. *Adicciones, 32*(4), 291-302.

King, D. L., Delfabbro, P. H., Wu, A. M., Doh, Y. Y., Kuss, D. J., Pallesen, S. ... y Sakuma, H. (2017). Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review, 54,* 123-133.

Kuss, D. J. y Pontes, H. M. (2019). *Internet addiction.* Hogrefe Publishing.


---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder-Carras, M., Coulson, M., Das, D. ... y Haagsma, M. C. (2017). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(3), 267-270.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Asociación Española de Videojuegos (2020). La industria del videojuego en España. Anuario. http://www.aevi.org.es/web/wp-content/uploads/2021/04/AEVI_Anuario_2020.pdf

Beranuy, M., Carbonell, X. y Griffiths, M. D. (2013). A qualitative analysis of online gaming addicts in treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction, 11*(2), 149-161.

Cándido, A., Orduña, E., Perales, J. C., Verdejo-García, A. y Billieux, J. (2012). Validation of a short Spanish version of the UPPS-P impulsive behavior scale. *Trastornos Adictivos, 14*(3), 73-78.

Caplan, S. E. (2003). Preference for online social interaction: A theory of problematic Internet use and psychosocial well-being. *Communication research, 30*(6), 625-648.

Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior, 26*(5), 1089-1097.

Carras, M. C., Porter, A. M., Van Rooij, A. J., King, D., Lange, A., Carras, M. y Labrique, A. (2018). Gamers' insights into the phenomenology of normal gaming and game «addiction»: A mixed methods study. *Computers in Human Behavior, 79*, 238-246.

Chen, K. H., Oliffe, J. L. y Kelly, M. T. (2018). Internet gaming disorder: an emergent health issue for men. *American Journal of Men's Health, 12*(4), 1151-1159.

Chóliz, M. (2011). PrevTec 3.1: Programa de Prevención de Adicciones Tecnológicas. FepaD.

Costa, S. y Kuss, D. J. (2019). Current diagnostic procedures and interventions for Gaming Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in psychology, 10,* 578.

Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior, 17*(2), 187-195.

Deleuze, J., Nuyens, F., Rochat, L., Rothen, S., Maurage, P. y Billieux, J. (2017). Established risk factors for addiction fail to discriminate between healthy gamers and gamers endorsing DSM-5 Internet gaming disorder. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(4), 516-524.

Donati, M. A., Chiesi, F., Ammannato, G. y Primi, C. (2015). Versatility and addiction in gaming: The number of video-game genres played is associated with pathological gaming in male adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 18*(2), 129-132.

Echeburúa, E. (2016). Juego patológico y juego controlado (responsable). En E. Echeburúa (coord.), *Abuso de Internet ¿Antesala para la adicción al juego de azar online?* Pirámide, pp. 251-268.

Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M. y Griffiths, M. D. (2016). Spanish validation of the of the Internet Gaming Disorder-20 (IGD-20) Test. *Computers in Human Behavior, 56,* 215-224.

Goldberg, D. y Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire.* NFER-Nelson.

Griffiths, M. D. (2005). A ´components´ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use, 10,* 191-197.

Griffiths, M. D., Van Rooij, A. J., Kardefelt-Winther, D., Starcevic, V., Király, O., Pallesen, S. y King, D. L. (2016). Working towards an international consensus on criteria for assessing Internet gaming disorder: A critical commentary on Petry el al. (2014). *Addiction (Abingdon, England)*, *111*(1), 167.

Hyun, G. J., Han, D. H., Lee, Y. S., Kang, K. D., Yoo, S. K., Chung, U. S. y Renshaw, P. F. (2015). Risk factors associated with online game addiction: A hierarchical model. *Computers in Human Behavior, 48,* 706-713.

King, D. L. y Delfabbro, P. H. (2016). The cognitive psychopathology of Internet gaming disorder in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(8), 1635-1645.

King, D. L. y Potenza, M. N. (2020). Gaming Disorder Among Female Adolescents: A Hidden Problem? *Journal of Adolescent Health, 66*(6), 650-652.

King, D. L., Delfabbro, P. H., Perales, J. C., Deleuze, J., Király, O., Krossbakken, E. y Billieux, J. (2019). Maladaptive player-game relationships in problematic gaming and gaming disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 73,* 101777.

King, D. L., Delfabbro, P. H., Wu, A. M. S., Doh, Y. Y., Kuss, D. J., Pallesen, S. ... y Sakuma, H. (2017). Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review, 54,* 123-133.

King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M. y Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 331-342.

Kiraly, O., Griffiths, M. D., King, D. L., Lee, H. K., Lee, S. Y., Banyai, F. … y Demetrovics, Z. (2018). Policy responses to problematic video game use: A systematic review of current measures and future possibilities. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(3), 503-517.

Kiraly, O., Tóth, D., Urbán, R., Demetrovics, Z. y Maraz, A. (2017). Intense video gaming is not essentially problematic. *Psychology of Addictive Behaviors, 31*(7), 807-817.

Kuss, D. J. (2018). Policy, prevention, and regulation for Internet Gaming Disorder. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(3), 553-555.

Kuss, D. J. y Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction: a systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health Addiction* 10, 278-296.

Kuss, D. J., Griffiths, M. D. y Pontes, H. M. (2017). Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(2), 103-109.

Kuss, D. J. y Pontes, H. M. (2019). *Internet addiction*. Hogrefe Publishing.

Labrador, F. J., Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, M., Fernández-Arias, I., Estupiñá, F, J., González-Álvarez, M., Sánchez-Iglesias, I. y Vallejo-Achón, M. (2021, January 12). *Internet Gaming Disorder in children and adolescents*. Retrieved from osf.io/nrv45.

Lemercier-Dugarin, M., Romo, L. y Zerhouni, O. (2021). «Je suis un gamer!». Au-delà des stéréotypes, les enjeuxd'uneidentitépassionnelle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 179,* 293-297.

Lemmens, J. S. y Hendriks, S. J. F. (2016). Addictive Online Games: Examining the Relationship Between Game Genres and Internet Gaming Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 19*(4), 270-276.

Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M. y Peter, J. (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *Media Psychology, 12,* 77-95.

López-Fernández, O., Williams, A. J., Griffiths, M. D. y Kuss, D. J. (2019). Female gaming, gaming addiction, and the role of women within gaming culture: A narrative literature review. *Frontiers in Psychiatry, 10,* 454.

Marco, C. y Chóliz, M. (2017). Eficacia de las técnicas de control de la impulsividad en la prevención de la adicción a videojuegos. *Terapia Psicológica, 35*(1), 57-69.

Mihara, S. y Higuchi, S. (2017). Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: A systematic review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 71*(7), 425-444.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.

Muller, K. W., Janikian, M., Dreier, M., Wolfling, K., Beutel, M. E., Tzavara, C. … y Tsitsika, A. (2015). Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(5), 565-574.

NewZoo (2020). Engagement and Revenues Continue to Thrive Across the Global Games Market. Global GamesMarketReport. Recuperado de: https://newzoo.com/insights/articles/games-market-engagement-revenues-trends-2020-2023-gaming-report/

O'Connell, M. E., Boat, T. y Warner, K. E. (eds.) (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. National Academies Press.

Organización Mundial de la Salud (2018). ICD-11 Beta Draft. World Health Organization. Recuperado de: https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f334423054

Pontes, H. M. y Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 Internet Gaming Disorder: development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior, 45,* 137-143.

Pontes, H. M., Király, O., Demetrovics, Z. y Griffiths, M. D. (2014). The Conceptualisation and Measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The Development of the IGD-20 Test. *PLoS ONE, 9*(10): e110137.

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47,* 1102-1114.

Puerta-Cortés, D. X., Panova, T., Carbonell, X. y Chamarro, A. (2017). How passion and impulsivity influence a player's choice of videogame, intensity of playing and time spent playing. *Computers in Human Behavior, 66,* 122-128.

Quiroga, M. Á. y Colom, R. (2020). Intelligence and video games. En R. J. Sternberg (ed.), *The Cambridge handbook of intelligence* (pp. 626-656). University Press.

Sánchez-Iglesias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., Estupiñá Puig, F. J., Labrador, M. y Fernández-Arias, I. (2020). Spanish validation and scoring of the internet gaming disorder scale short-form (IGDS9-SF). *The Spanish Journal of Psychology, 23*(e22), 1-11.

Stevens, M. W. R., King, D. L., Dorstyn, D. y Delfabbro, P. H. (2019). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 26*(2), 191-203.

Stockdale, L. y Coyne, S. M. (2018). Video game addiction in emerging adulthood: Cross-sectional evidence of pathology in video game addicts as compared to matched healthy controls. *Journal of Affective Disorders, 225,* 265-272.

Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D. y Carbonell, X. (2018). The Treatment of Internet Gaming Disorder: a Brief Overview of the PIPATIC Program. *International Journal of Mental Health and Addiction, 16*(4), 1000-1015.

Van Rooij, A. J., Ferguson, C. J., Colder Carras, M., Kardefelt-Winther, D., Shi, J., Aarseth, E. y Przybylski, A. K. (2018). A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution. *Journal of Behavioral Addictions, 7*, 1-9.

Van Rooij, A. J., Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Shorter, G. W., Schoenmakers, M. T. y D. V. D. M. (2014). The (co-)occurrence of problematic video gaming, substance use, and

psychosocial problems in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(3), 157-165.
Wartberg, L., Kriston, L., Kramer, M., Schwedler, A., Lincoln, T. M. y Kammerl, L. (2017). Internet gaming disorder in early adolescence: Associations with parental and adolescent mental health. *European Psychiatry, 43,* 14-18.
Wölfling, K., Jo, C., Bengesser, I., Beutel, M. E. y Müller, K. W. (2013). *Computerspiel-und Internetsucht —Ein kognitiv— behaviorales Behandlungsmanual*. Kohlhammer.
Yao, M., Zhou, Y. y Li, J. (2019). Violent video games exposure and aggression: the role of moral disengagement, anger, hostility, and disinhibition. *Aggressive Behavior, 45,* 662-670.
Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R. y Petry, N. M. (2017). Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors, 31*(8), 979-994

# PARTE QUINTA
# Grupos de población

# 21

# Tratamiento psicológico en adolescentes

SERGIO FERNÁNDEZ-ARTAMENDI,
VÍCTOR MARTÍNEZ-LOREDO
Y CARLA LÓPEZ-NÚÑEZ

## 1. INTRODUCCIÓN

En el capítulo 8 de este manual se han descrito las características y los procedimientos de evaluación en los problemas de conductas adictivas en la adolescencia, a partir de los cuales poder planificar una intervención adaptada a las necesidades específicas de esta población. Durante las últimas décadas hemos asistido a un importante desarrollo de programas de tratamiento creados o adaptados para ser utilizados específicamente con adolescentes, disponiendo de diversas revisiones sistemáticas (Carney et al., 2016; Filges et al., 2015, 2016; Filges y Klint Jørgensen, 2018; Foxcroft et al., 2014, Hogue et al., 2014, 2018; Lindstrøm, Filges y Jorgernsen, 2015; Lindstrøm, Saidj et al., 2015; Van der Pol et al., 2017) y metaanálisis (Baldwin et al., 2012; Glass et al., 2015; Hartnett et al., 2017; Li et al., 2016; Steele et al., 2020; Tanner-Smith et al., 2013; Tanner-Smith y Lipsey, 2015, Tanner-Smith y Risser, 2016) al respecto.

De forma resumida, la investigación parece indicar que las intervenciones de carácter familiar son las que resultan más eficaces con adolescentes (Tanner-Smith et al., 2013), aunque en rasgos generales los diversos formatos de intervención familiar no arrojan grandes diferencias en su efectividad (Baldwin et al., 2012). Según el estudio de Dennis et al. (2004) tampoco se encuentran

diferencias importantes entre la terapia cognitivo-conductual (TCC)+entrevista motivacional (EM), aproximación de reforzamiento comunitario para adolescentes (A-CRA) y otra intervención de carácter familiar; aunque las más coste-efectivas resultaron ser la TCC+EM y el A-CRA. Esto puede deberse a que las intervenciones dirigidas a adolescentes con conductas adictivas más eficaces comparten una serie de factores comunes, como se discutirá más adelante. En años recientes, se ha profundizado también en la mejora de estos resultados mediante la incorporación de complementos de tratamiento, como el manejo de contingencias (MC). Este componente de incentivos tiene la potencialidad de mejorar los resultados de estas intervenciones (Nordstrom y Levin, 2007), aunque su uso en adolescentes es menor que en adultos y constituye aún un campo pendiente de desarrollo (Stanger et al., 2017).

A continuación, se describen con más detalle las características generales de estas intervenciones, así como los principios, funcionamiento y objetivos de cada una de ellas, junto con la evidencia empírica que las sustenta, basada principalmente en metaanálisis y revisiones sistemáticas cuando sea posible.

## 2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN EN CONDUCTAS ADICTIVAS CON ADOLESCENTES

Como se indicaba a lo largo del capítulo 8, el consumo de sustancias en la adolescencia puede tener un carácter «normativo», constituyendo en ocasiones una especie de rito de paso. Es habitual por tanto que la experimentación con sustancias suceda en esta etapa de la vida, y dada la situación actual en nuestras sociedades, al menos en occidente, los adolescentes consumirán diversas sustancias psicoactivas antes de la mayoría de edad (PNSD, 2021). Como consecuencia, es habitual que surjan problemas asociados al consumo de sustancias, y que este consumo se convierta en un recurso poco adaptativo del adolescente para gestionar dificultades

de su vida diaria, de tipo escolar, familiar, social o emocional. Esto derivará en consumos de riesgo o consumos problemáticos, que irán acompañados de una diversidad de problemas psicosociales en la vida del adolescente.

Por estos motivos, el enfoque de tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes tiene un carácter comprehensivo y global, una característica común de los principales enfoques de trabajo con este tipo de población. El objetivo no ha de ser abordar exclusivamente los problemas por consumo de sustancias, sino ayudar al adolescente a resolver todas aquellas cuestiones en las que necesite asistencia. Además, este acercamiento reduce el posible impacto estigmatizante que para el adolescente puede tener la utilización de estos servicios de tratamiento. Los resultados de la evaluación biopsicosocial serán los que nos ayuden a determinar cuáles son aquellas áreas prioritarias de intervención.

Otra de las características centrales y fundamentales de las intervenciones eficaces es la utilización de intervenciones motivacionales, muy necesarias dada la habitual baja motivación para el cambio, la baja percepción de problema y las múltiples barreras para el tratamiento que perciben los adolescentes consumidores tanto de alcohol (Wu et al., 2007) como de cannabis (Fernández-Artamendi et al., 2013).

Por otra parte, los adolescentes se encuentran aún habitualmente viviendo en el contexto familiar. Por ello, los padres o tutores responsables serán los principales responsables de la supervisión y monitorización del menor, así como la fuente principal de reforzamiento y gestión de consecuencias, y uno de los principales modelos de conducta para el aprendizaje. Debido a esto, uno de los ejes centrales del tratamiento de las conductas adictivas adolescentes será la incorporación de los miembros de la familia o tutores. Su implicación en el proceso de evaluación, tratamiento y recuperación será por tanto esencial, siempre que sea posible, para el éxito del tratamiento, así como la formación de unos adecuados vínculos entre profesionales y familias (Hornberger y Smith, 2011).

## 3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFECTIVOS EN CONDUCTAS ADICTIVAS CON ADOLESCENTES

A continuación, se exponen algunos de los principales tratamientos psicológicos eficaces para la intervención con jóvenes con problemas de consumo de sustancias. La mayoría de los programas utilizan enfoques psicosociales, centrados en la familia (terapia familiar multidimensional y terapia familiar funcional), y con un enfoque además comunitario (aproximación de reforzamiento comunitario-CRA), aunque tanto la TCC, junto con la intervención motivacional, impregnan la mayoría de las intervenciones, habiendo aparecido en los últimos años las estrategias basadas en el MC como complemento para la mejora de resultados. La tabla 21.1 recoge algunos de los principales factores comunes de los tratamientos psicológicos para jóvenes con conductas adictivas.

TABLA 21.1
*Características comunes de los tratamientos psicológicos eficaces para conductas adictivas infantojuveniles*

— Intervenciones intensivas y lo más breves posible.
— Adaptación a las necesidades individuales del adolescente (y la familia/tutores) y carácter flexible.
— Enfoque motivacional, colaborativo, sin confrontación agresiva.
— Acercamiento comprehensivo al «problema», incluyendo siempre las preocupaciones del adolescente.
— Incorporación de la familia/tutores siempre que sea posible, con sesiones específicas con ellos.
— Mejora de las prácticas educativas parentales y las relaciones familiares.
— Integración comunitaria y utilización de recursos comunitarios.
— Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
— Entrenamiento en habilidades de comunicación.
— Prevención de recaídas.
— Perspectiva prosocial.

### 3.1. La entrevista motivacional con adolescentes

La entrevista motivacional (EM) *(Motivational Interviewing;* Miller y Rollnick, 2013), descrita en el capítulo 11 del manual, tiene un gran potencial en la intervención con adolescentes, debido a que no asume ni requiere que el usuario esté preparado para el cambio, adaptándolo siempre a su nivel de motivación según el modelo transteórico (Prochaska y DiClemente, 1982), siendo posible actuar en cualquier fase del proceso. Los adolescentes que acuden a tratamiento rara vez se encuentran en las últimas fases del cambio, según el mencionado modelo, y su consumo no siempre les produce suficientes daños como para requerir modalidades intensivas de intervención (Flaherty, 2008), lo que les convierte en candidatos ideales para la EM. A su vez, no tienden a identificarse a sí mismos como consumidores problemáticos, por lo que un enfoque proactivo en el *screening,* la evaluación y durante toda la intervención resulta muy útil para motivar su participación. Como la motivación de estos jóvenes suele requerir un impulso adicional para que se llegue al cambio conductual, el terapeuta le ayudará a moverse desde la precontemplación y ambivalencia hacia la decisión y el compromiso; el cambio ocurrirá después. Para ello se promueve la motivación intrínseca desde la autoexploración y la resolución de sus ambivalencias y se fomenta después una reflexión y búsqueda personal de los motivos para el cambio.

Con el fin de evitar una mayor resistencia, se debe evitar la confrontación agresiva, lo que ayuda a manejar y reducir la posible actitud defensiva del adolescente y a lograr una buena alianza terapéutica. No se deja por ello de confrontar al joven, de una forma directa e intensa, con los hechos y la realidad de su consumo, evitando las actitudes juiciosas o agresivas. Un aspecto clave de la eficacia de la EM con adolescentes es su énfasis en la autoeficacia, entendida como un factor protector para los problemas de conducta y clave para lograr el cambio conductual.

Aunque la intervención es adaptable a las necesidades de cada caso, existen unos elementos centrales del trabajo terapéutico, que según los creadores se resumen en (Miller y Rollnick, 2013):

1. *Empatía*. Emplear la escucha reflexiva, no juiciosa y respetuosa.
2. *Crear discrepancia* en el adolescente, buscando la preparación para el cambio, haciéndole ver la brecha entre sus conductas presentes y sus objetivos futuros más amplios.
3. *Evitar las discusiones,* con un enfoque no agresivo y sin etiquetar.
4. *Tratar la resistencia*. En el momento que aparece se toma como señal para modificar el acercamiento, recurriendo a técnicas reflexivas que eviten la resistencia.
5. *Apoyar la autoeficacia,* desde intentos activos para modificar sus creencias sobre su capacidad de cambio (por ejemplo, destacando sus habilidades en otros aspectos).

La eficacia de esta intervención ha sido demostrada por múltiples estudios y revisiones, que indican que es eficaz para abordar los problemas del consumo de tabaco, alcohol y marihuana, frente a grupos control o intervenciones alternativas (Hogue et al., 2018; Steele et al., 2020; Tanner-Smith y Reeser, 2016). Más concretamente, en el metaanálisis de Jensen et al. (2011) se encontró un efecto modesto pero significativo postratamiento, que demostraba la eficacia de esta intervención para una variedad de conductas de consumo, con diversas intensidades de tratamiento y en múltiples contextos. Estos autores recomiendan tener en cuenta esta intervención para abordar el consumo de drogas en la adolescencia. En una revisión sistemática de 66 estudios controlados realizada por Foxcroft et al. (2014), centrándose en la capacidad preventiva de esta intervención, se concluye que existen evidencias de una moderada eficacia sobre la cantidad de alcohol consumido, la frecuencia de consumo y la concentración de alcohol en sangre, así como ligeras evidencias de efectos sobre los problemas por consumo de alcohol; sin embargo, estos efectos no resultan de suficiente relevancia clínica. El metaanálisis de Tanner-Smith y Reesser (2016), por el contrario, señala que la EM produce

reducciones significativas en el consumo de alcohol autoinformado en adolescentes y jóvenes adultos, aunque su intensidad varía en función de la estrategia de evaluación que se utilice. El metaanálisis llevado a cabo por Tanner-Smith y Lipsey (2015) indica que las reducciones en consumo de alcohol y en problemas asociados se mantienen incluso más allá de un año. Finalmente, el metaanálisis de Steele et al. (2020) indica que la EM reduce el consumo abusivo de alcohol en 0,7 días por mes, los días de uso de alcohol en 1,1 por mes, y los problemas generales por uso de sustancias en una media neta estandarizada de 0,5.

Por otra parte, Steele et al. (2020) no encuentran resultados significativos en la reducción del consumo de cannabis. En esta línea, Carney et al. (2016) indican que la EM puede no ser mucho más efectiva que la estrategia psicoeducativa breve, aunque comparándolo con intervenciones mínimas de control puede reducir el consumo y las conductas delictivas. A corto plazo, encuentran un estudio que logra reducir el consumo de cannabis, y otro los síntomas de abuso de cannabis a medio plazo, y diversos estudios que reducen el consumo de alcohol a medio plazo, así como los síntomas de abuso y dependencia de alcohol. En este sentido, han de tenerse en cuenta variables como la intensidad del consumo, ya que estudios como el de De Gee et al. (2014) obtienen una reducción de consumo de cannabis significativa solo entre los usuarios con mayor uso.

La aplicación de la EM por parte de multitud de terapeutas en diferentes contextos, con niveles de formación muy diversos, dificulta en parte la evaluación y comparación de los resultados obtenidos con este enfoque. Como indican Fadus et al. (2019) en su revisión, la EM es útil para mejorar las actitudes y para promover el cambio en los adolescentes, aunque sus resultados son más modestos que los obtenidos con otras intervenciones más estructuradas. Por otra parte, la revisión sistemática y metaanálisis de Lawrence et al. (2017) indica que la aplicación de la EM previa al tratamiento mejora la asistencia en comparación con los grupos

control en contextos de salud mental, y que particularmente aquellos individuos que no buscaban tratamiento eran los que más se beneficiaban.

Como se puede observar, la EM parece eficaz para lograr reducciones significativas en el consumo de alcohol y marihuana, así como para fomentar la asistencia a las sesiones, particularmente de aquellos usuarios menos motivados. Es por ello que es habitual que esta intervención se aplique conjuntamente con otras intervenciones como la TCC, más estructurada e intensiva. La combinación de ambas, como se comentará más adelante, muestra algunos de los mejores resultados de eficacia en este ámbito de entre las orientaciones propuestas.

Dadas las características de la EM, y como se ha planteado al inicio, se recomienda que la EM sea la primera estrategia utilizada para trabajar con el menor, incluso desde la propia recepción, y previamente al proceso de evaluación e intervención. La utilización de EM permite una recepción y un inicio del proceso de carácter motivacional, reduciendo resistencias, fomentando la asistencia y facilitando por tanto la implicación del adolescente en todo el proceso de tratamiento. Además, se recomienda la utilización de las estrategias motivacionales durante todo el proceso de intervención, ya que facilitan la cooperación del/la adolescente y su implicación en el proceso.

## 3.2. Terapia cognitivo-conductual

Desde el modelo de la TCC se entiende el consumo como una conducta aprendida y, por tanto, explicable desde los principios de las teorías del aprendizaje. Los principios del condicionamiento operante y del aprendizaje social han sido expuestos en el capítulo 3 de este manual.

Desde la terapia TCC se entiende que el rol del psicólogo debe ser ofrecer al usuario la información necesaria sobre su conducta adictiva, así como un entrenamiento específico en el manejo de sus

situaciones de riesgo que disparan el consumo (González de la Roz et al., 2022). Las estrategias centrales de este enfoque incluyen: 1) la psicoeducación sobre los factores asociados al consumo; 2) el entrenamiento en habilidades de afrontamiento; 3) ayuda y soporte con dificultades escolares y familiares, y 4) entrenamiento en prevención de recaídas.

No obstante, la TCC no es un enfoque unitario, tal y como se ha visto en el capítulo 13, sino que los componentes del tratamiento y el énfasis en cada uno de ellos depende de cada caso particular. En la intervención en conductas adictivas destacan las técnicas de autoseguimiento, evitación de estímulos evocadores, modificación de las contingencias, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, regulación emocional, prevención de recaídas, entrenamiento conductual y la asignación de tareas específicas para poner en práctica, entre otras. Estas técnicas han demostrado ser eficaces con adultos, y para su aplicación con adolescentes se han adaptado para focalizarse en los problemas escolares, las relaciones con iguales y familia, así como en la falta de motivación para el cambio, siendo particularmente compleja la identificación de reforzadores que compitan con las consecuencias positivas que el adolescente considera obtener del consumo.

Como parte del estudio *Cannabis Youth Treatment* (*CYT Study;* Dennis et al., 2004), existen protocolos publicados para la aplicación de la TCC con jóvenes, particularmente consumidores de cannabis. Además, y como se indicaba con anterioridad, es habitual aplicar la TCC junto con la EM, y así se recoge en diversos manuales para su aplicación con adolescentes (Sampl et al., 2001; Webb et al., 2002). Entre las técnicas aplicadas se incluyen las siguientes: análisis funcional de la conducta de consumo, habilidades de rechazo del consumo, refuerzo de la red de apoyo social y las actividades placenteras, planificación de emergencias y prevención de recaídas, resolución de problemas, conciencia de las respuestas de ira, comunicación efectiva, afrontamiento del *craving,* manejo de la depresión y manejo de pensamientos sobre el consumo.

En la actualidad disponemos de diversas revisiones (Hogue et al., 2014, 2018) y metaanálisis (Tanner-Smith et al., 2013) que muestran la eficacia de la TCC con adolescentes consumidores. Concretamente, según estas revisiones (Hogue et al., 2014, 2018), la intervención TCC individual es superior a terapias familiares e incluso a su combinación con EM, en algunos estudios. En formato grupal, sería superior a las técnicas psicoeducativas, equivalente a la combinación con EM y a enfoques familiares, pero inferior a las terapias familiares, según algunos estudios. Ante estos resultados, el metaanálisis de Tanner-Smith et al. (2013) indica que los TCC producen mejoras en frecuencia de consumo al final del tratamiento, con uno de los mayores tamaños del efecto, solo superado por intervenciones familiares y multicomponente.

### 3.2.1. *Terapias multicomponentes*

Como se ha comentado, la TCC es una intervención que se aplica habitualmente en combinación con EM (Webb et al., 2002). Diversas investigaciones han evaluado la eficacia de esta combinación (TCC+EM) frente a otras intervenciones o la aplicación de TCC en solitario. En uno de los estudios más importantes, el *CYT Study* (Dennis et al., 2004), la combinación de ambos enfoques demuestra ser tan eficaz como la intervención educativa familiar, la CRA para adolescentes (A-CRA) o la terapia familiar multidimensional (MDFT), siendo la más coste-efectiva junto con el A-CRA (Dennis et al., 2004). Según el metaanálisis de Tanner-Smith et al. (2013), el tamaño del efecto sería, no obstante, menor a los componentes por separado en reducción de frecuencia de consumo. Las revisiones de Hogue et al. (2014, 2018) incluyen la combinación TCC+EM como bien establecida, superior al tratamiento habitual y equivalente a otras intervenciones de tipo familiar, como ya se ha señalado.

## 3.3. Aproximación de reforzamiento comunitario para adolescentes

La aproximación de reforzamiento comunitario para adolescentes (A-CRA, *Adolescent-Community Reinforcement Approach*) es una intervención dirigida a adolescentes que presentan uso o abuso de cannabis, alcohol y ocasionalmente otras sustancias (Godley et al., 2016), y es resultado de la adaptación del programa CRA para el tratamiento de la adicción al alcohol y otras drogas en adultos (Azrin et al., 1982; Hunt y Azrin, 1973). Este enfoque reconoce el papel de las contingencias ambientales como incentivo o como atenuador de las conductas de consumo, por lo que trata de reorganizar dichas contingencias, buscando crear un estilo de vida que resulte reforzante sin recurrir al consumo de drogas. Para ello, se trabaja mediante un enfoque operante dentro del contexto social en el que se desarrollan los problemas de uso de drogas, y recurriendo al entorno comunitario para reforzar la abstinencia del consumo de drogas, facilitando cambios significativos hacia un estilo de vida saludable del adolescente.

El A-CRA es una intervención ambulatoria diseñada para una temporalización semanal, compuesta por unas doce sesiones aproximadamente y extendiéndose hasta los tres meses de duración, aunque su aplicación es altamente flexible y adaptable a las circunstancias de cada menor. Las metas del trabajo terapéutico se establecen en función de los requerimientos del usuario y la familia, y por ello el A-CRA se estructura en procedimientos de aplicación flexible que permiten atender las necesidades específicas de cada usuario y de cada momento. En las sesiones individuales se busca promover la abstinencia de drogas y fomentar la realización de actividades prosociales, el establecimiento de relaciones positivas con compañeros y mejorar las relaciones con la familia. Para ello, se incluye el trabajo en torno al consumo y las conductas prosociales a través del análisis funcional, utilizado también para trabajar la prevención de recaídas. Se incluyen

procedimientos para practicar habilidades de comunicación, tanto individualmente como en la relación con los cuidadores, para la resolución de problemas, incrementar la implicación en actividades prosociales o controlar la ira. El enfoque busca implantar estas habilidades sociales y personales mediante su puesta en práctica, recurriendo al *role-playing* con su correspondiente *feedback,* y se establecen tareas y objetivos para llevar a cabo fuera de la sesión. La versión más actualizada del programa A-CRA (Godley et al., 2016) abarca un total de 18 procedimientos (véase tabla 21.2).

TABLA 21.2
*Procedimientos de la aproximación de reforzamiento comunitario para adolescentes (A-CRA)*

— Presentación del programa A-CRA.
— Escala de satisfacción y plan de tratamiento/objetivos.
— Facilitando las tareas para casa.
— Apoyo sistemático a la realización de nuevas actividades.
— Análisis funcional del consumo de sustancias.
— Análisis funcional de la conducta prosocial.
— Promoción de las actividades prosociales.
— Habilidades de rechazo al consumo.
— Prevención de recaídas.
— Experimentando con la abstinencia.
— Habilidades de comunicación.
— Resolución de problemas.
— Sesiones con el cuidador.
— Habilidades relacionales adolescente-cuidador.
— Habilidades de relación de pareja.
— Habilidades de búsqueda de empleo.
— Manejo de la ira.
— Adherencia a la medicación.

El plan de tratamiento contempla trabajar de forma individual con el adolescente durante la mayoría de las sesiones, pero sin olvidarse de la intervención con los cuidadores, para los que hay procedimientos específicos. También es importante el trabajo de forma conjunta con el adolescente y los familiares/tutores, siendo

posible incorporar a otras personas significativas (amigos, otros familiares, profesores…) cuando pueda ser de ayuda para lograr los objetivos terapéuticos. El enfoque requiere una gran implicación por parte del terapeuta, en esfuerzo constante por lograr la participación de todos los miembros y trabajando en contacto con los recursos comunitarios (escuela, sistema de justicia…) cuando el adolescente o la familia lo necesite.

Con los cuidadores se trabaja la motivación para colaborar en el proceso y mantener los logros, mejorar las habilidades parentales y educativas, contribuir al abandono del consumo del adolescente, comprender su papel en el mismo y hacer un modelado apropiado, practicar la comunicación positiva y controlar e implicarse en las actividades del adolescente. Para ello, también se recurre al *role-playing* como método de implementación con los cuidadores. El enfoque A-CRA se centra en las habilidades del adolescente y su contexto, con el objetivo de cambiar su estilo de vida, alejándole del consumo y dotándole de las habilidades necesarias para desenvolverse adecuadamente en las diferentes áreas de su vida.

Esta versión para adolescentes del CRA ha demostrado ser una de las intervenciones más efectivas en costes, en contraste con la terapia familiar multidimensional (TFMD) y la TCC combinada con EM, obteniendo resultados clínicos similares al finalizar el tratamiento, pero logrando una mayor integración comunitaria y previniendo mejor el internamiento postratamiento en centros controlados (Dennis et al., 2004). El A-CRA ha demostrado ser igualmente efectivo independientemente de aspectos culturales y del sexo (Godley et al., 2011), y para abordar los problemas por consumo de sustancias en adolescentes con problemas comórbidos (Godley, Hunter et al., 2014). Su aplicación de forma piloto en España arrojó también unos resultados positivos de abstinencia con jóvenes consumidores de cannabis (Fernández-Artamendi et al., 2014). Hogue et al. (2018) la considera una intervención con sólido apoyo empírico, y el metaanálisis de Tanner-Smith et al. (2013) encuentra resultados superiores a TCC+EM, similar a las

intervenciones de tipo familiar, pero con eficacia inferior a la del TCC.

### 3.4. Manejo de contingencias

El manejo de contingencias (MC) implica la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de una conducta objetivo o ante la ausencia de la misma, respectivamente. Existen varias condiciones necesarias para que el MC sea efectivo (Kaminer, 2000). Estas incluyen: 1) la verificación objetiva de que la conducta objetivo ha ocurrido mediante el uso de pruebas de detección biológica que informan del consumo reciente y que proporcionan la información de forma inmediata; 2) la contigüidad temporal entre el reforzador y la verificación de la respuesta objetivo; 3) utilización de programas estructurados de reforzamiento, y 4) que el reforzador sea de suficiente intensidad o magnitud para el usuario.

La intervención de MC que ha recibido mayor atención y que se utiliza más ampliamente es aquella en la que los usuarios ganan *vouchers* (vales) canjeables por bienes o servicios, contingentes a la ausencia de consumo de sustancias. Además de reforzar la abstinencia, los programas de MC basados en el uso de vales han sido empleados para reforzar otros objetivos terapéuticos como, por ejemplo, el incremento de la adherencia a la medicación o la retención, la asistencia a las sesiones de tratamiento o la realización de tareas terapéuticas. Una ventaja de los vales es que se puede permitir a los usuarios elegir el incentivo por el cual intercambiarlos en función de sus preferencias (y de la disponibilidad), incrementando el valor del mismo para el usuario, y por tanto su magnitud como reforzador. Una condición básica es que los incentivos no deben estar asociados al consumo ni a situaciones que puedan facilitar el uso de drogas, sino que han de reforzar conductas alternativas, y a ser posible incompatibles con este. Se ofrecen por tanto artículos o servicios para actividades deportivas,

de ocio, formación, empleo, etc., no relacionados con el consumo. Habitualmente se establece una agenda de reforzadores donde se indican los puntos que se obtendrán basándose en los resultados, a ser posible con un patrón de valor creciente que premie la abstinencia continuada. Estos puntos podrán ser canjeados en cualquier momento por los vales. Además, es conveniente no retirar los puntos una vez son concedidos. Se pueden encontrar ejemplos de agendas de reforzadores en diversas publicaciones (Secades-Villa et al., 2008; Fernández-Artamendi et al., 2014), así como métodos puestos en práctica para facilitar la financiación (García-Rodríguez y Secades-Villa, 2008). También se puede utilizar un método conocido como *fishbowl* (pecera) o de lotería, en el que cada resultado positivo permite acceder a un bol que contiene reforzadores de diverso valor. Se pueden consultar más detalles sobre las técnicas de MC en el capítulo 12 de este manual.

Como se ha mencionado, el MC es una estrategia de intervención que puede tener varios objetivos. No obstante, reforzar positivamente la abstinencia del consumo de drogas es el formato de intervención más habitual y se comenzó a aplicar hace décadas con adolescentes consumidores de alcohol (Brigham et al., 1981), logrando reducir sus tasas de consumo. En la actualidad se ha utilizado en España, entre otros, con adultos consumidores de cocaína junto a la CRA (Secades-Villa et al., 2008), en tratamientos de cesación tabáquica en combinación con la TCC (Secades-Villa et al., 2014), con buenos resultados, o de forma piloto con jóvenes consumidores de cannabis en combinación con el A-CRA (Fernández-Artamendi et al., 2014).

El componente de MC ha demostrado mejorar la eficacia de la TCC y la TCC+EM para abordar el abuso y la dependencia del cannabis en adolescentes (Stanger et al., 2009; Stanger y Budney, 2010), para mejorar los resultados de un programa de cesación tabáquica en adolescentes impulsivos (Morean et al., 2015), o aplicado en solitario como intervención de seguimiento

postratamiento en adolescentes provenientes de tratamiento residencial (Godley, Godley et al., 2014).

## 3.5. Modelos ecológicos basados en la familia

La familia es un elemento central en la vida del adolescente, y las prácticas educativas y el modelado son cruciales para un correcto desarrollo del menor, así como para un adecuado desarrollo de las habilidades de comunicación entre padres/tutores y el menor. Quizá por ello, entre los tratamientos más eficaces en el ámbito de las conductas adictivas en adolescentes se encuentran aquellos cuyo componente de intervención familiar es central, los denominados modelos ecológicos basados en la familia. Esto puede incluir la intervención de padres/madres, pero también de otros familiares, tutores o adultos responsables significativos para el adolescente. La perspectiva de intervención de estos tratamientos va en línea con los factores comunes descritos en el capítulo 16 de este manual, enfatizando en este caso la implicación familiar, así como la intervención dirigida a cualquier problema o dinámica conflictiva que pueda existir en el seno de la familia. En la actualidad, dos son los enfoques de intervención familiar con sólido apoyo empírico según las guías existentes (Australian Psychological Society, 2018; Fernández-Artamendi et al., 2021), revisiones (Hogue et al., 2014; 2018) y metaanálisis (Tanner-Smith et al., 2013): la terapia familiar multidimensional (TFMD) y la terapia familiar funcional (TFF).

### 3.5.1. *Terapia familiar multidimensional*

La terapia familiar multidimensional (TFMD, *Multidimensional Family Therapy*) es un tratamiento ambulatorio para adolescentes que presentan abuso de alcohol y otras drogas, así como problemas emocionales y conductuales asociados, que se fundamenta en la teoría familiar de sistemas, la psicología evolutiva, la teoría

ecológica de Bronfenbrenner, y los modelos de factores de riesgo y protectores del abuso de sustancias en adolescentes (Liddle et al., 2005). Su dinámica entiende que ciertos aspectos del comportamiento (objetivos proximales) deben cambiar antes de que otras conductas objetivo (distales) puedan hacerlo.

La TFMD es una intervención basada en la familia, comprehensiva y multicomponente, que entiende el consumo de drogas en términos de un estilo de vida y una red de influencias entre el joven, sus padres, la escuela, la comunidad y los iguales. El enfoque de la TFMD (Liddle y Hogue, 2001) entiende que los síntomas indican también oportunidades de intervención, y que el cambio surge de la interacción entre distintos niveles de los sistemas. La terapia es posible creando relaciones de trabajo prácticas, colaborativas e individualizadas con los miembros, planificando de forma flexible y responsabilizándose el terapeuta de promocionar la participación, de crear una agenda, de evaluar de forma continua y de adoptar una postura optimista (pero no ingenua) sobre la intervención.

Los objetivos principales de la TFMD incluyen la reducción del consumo de drogas y el incremento de las conductas prosociales, que se puede producir en diferentes contextos y a través de diversos mecanismos. El tratamiento se centra en las características individuales del adolescente, sus padres y otros adultos significativos en la vida del joven. Para abordar el consumo se intenta modificar el estilo de vida y diversos dominios del funcionamiento, así como alterar los factores de riesgo y de protección en torno al consumo de drogas. Para ello se trabaja de forma activa sobre competencias sociales, conductas prosociales, actitudes y conductas opuestas al consumo, el desarrollo de una red social no consumidora y unas relaciones familiares más adecuadas, habilidades de resolución de problemas, toma de decisiones, negociación, etc. (Liddle et al., 2005).

Además de las sesiones individuales, la TFMD contempla sesiones familiares, llevadas a cabo en la clínica o en el hogar del

usuario, pero también en el juzgado, la escuela o cualquier otro entorno comunitario. Del entorno adulto, se analizan las prácticas educativas familiares, los problemas de estrés, el consumo de drogas por parte de personas cercanas y los patrones de interacción (como la desconexión emocional) asociados a la aparición, desarrollo y mantenimiento del consumo y de otros problemas (Liddle y Hogue, 2001).

La intervención puede constar de una a tres sesiones semanales durante cuatro o seis meses, en función del lugar de aplicación, la gravedad del consumo y el funcionamiento familiar. El trabajo terapéutico de la intervención se divide en tres fases:

1. *Adherencia.* El objetivo es lograr la implicación del joven y su familia, mediante la individualización y la formación de alianzas terapéuticas con ellos y con otros sistemas de apoyo extrafamiliares. De la información recabada se obtiene una visión de las circunstancias vitales actuales del joven.
2. *Modificación de conducta.* La segunda fase se centra en la resolución de problemas y, desde un punto de vista más conductual, en la modificación de comportamientos y patrones de interacción de forma más directiva. Se orienta al cambio intrapersonal e interpersonal, trabajando tareas evolutivas y enseñando a los padres a distinguir influencia de control. Todo ello mediante el *enactment* (una técnica de puesta en práctica).
3. *Generalización.* Aborda la transición del nuevo estilo de vida al mundo real, enfatizando la generalización y el mantenimiento del cambio.

En el estudio de Hendriks et al. (2011) llevado a cabo en Holanda, la TFMD y la TCC ofrecieron resultados similares en reducción de consumo de cannabis, aunque los adolescentes más jóvenes y los que presentaban problemas psicológicos comórbidos se beneficiaron más de la TFMD y los más mayores, y los que no

presentaban estos problemas, de la TCC (Hendriks et al., 2012). En un estudio transnacional europeo resulta ser más eficaz que la psicoterapia individual para reducir la dependencia al cannabis y la frecuencia de consumo en los usuarios más habituales, mejorando también las tasas de retención (Rigter et al., 2013). En el *CYT Study* (Dennis et al., 2004), la TFMD no arroja diferencias significativas con el A-CRA en la mejora de la frecuencia o la gravedad del consumo de cannabis. En cuanto a las revisiones, Hogue et al. (2014) y Hogue et al. (2018) lo consideran un tratamiento eficaz bien establecido. Los metaanálisis como el de Filges et al. (2015), que revisa específicamente la eficacia de la TFMD, encuentra una reducción significativa del abuso de sustancias, con pequeñas diferencias respecto a otros tratamientos y una mejora de la retención. No obstante, no encuentran diferencias significativas en la mejora del funcionamiento familiar comparado con otras intervenciones.

### 3.5.2. *Terapia familiar funcional*

La terapia familiar funcional (TFF, *Functional Family Therapy* o FFT, Alexander y Parsons, 1982; Sexton y Alexander, 2004) es una intervención basada en la familia destinada a adolescentes en alto riesgo y sus familiares, aplicable en diversos contextos (hogar, escuela, entorno clínico, etc.). Se dirige a adolescentes que han mostrado un amplio abanico de conductas desadaptativas, problemas externalizantes y síndromes relacionados. Entiende que las conductas de abuso de drogas se dan en un contexto determinado y tienen un significado para las relaciones familiares, sirviendo como función central a dicho sistema. El consumo será por tanto un síntoma de las relaciones disfuncionales dentro del sistema.

Para comprender la función que desempeña el consumo habrá que atender a los patrones repetitivos y conflictivos de interacción entre los miembros, que son un impedimento para el cambio.

Muchas familias entienden el consumo como producto de ciertas actitudes y rasgos individuales del adolescente, limitando las posibilidades de que consideren cambiar su rol en la interacción.

El papel del psicólogo consistirá en identificar cuáles son las funciones que cumple el consumo adolescente dentro del sistema familiar, y ayudar en la sustitución de dicha conducta problema y su función por otras más adaptativas. Los objetivos abarcan la reducción o eliminación del consumo de drogas y de otras conductas problema del adolescente y la familia, así como la mejora de las relaciones familiares. El objetivo general es la mejora de los patrones de interacción, de modo que la función desempeñada en el sistema por el consumo la cubran ahora conductas más adaptativas.

El foco de la intervención gira en torno a la familia y sus cogniciones, emociones y comportamientos. Es un acercamiento comprehensivo hacia el abuso de sustancias que busca lograr un cambio de conducta, mejorar las relaciones, e incrementar la accesibilidad y la comunicación con los servicios comunitarios, todo ello como medio para promover el mantenimiento de los cambios adaptativos del joven y su familia. El modelo integra las teorías conductuales y cognitivo-conductuales y sus técnicas, incorporándolas a su protocolo, pero siempre desde una formulación ecológica y relacional de los problemas familiares y yendo más allá de la teoría de sistemas, extendiéndose unas 10-12 sesiones a lo largo de 3-4 meses (Gustle et al., 2007).

El procedimiento se divide en tres fases principales. La primera está centrada en la preparación para el cambio y tiene como objetivos generar expectativas positivas (la idea de que «el cambio puede ocurrir»). Para ello se involucra a la familia y se evita la confrontación, con un enfoque optimista que evite culpar a los miembros. Se caracteriza particularmente por alejarse de las discusiones familiares iniciales sobre los problemas del consumo, centrándose en los aspectos relacionales de la conducta. Recurre para ello al desarrollo de alianzas terapéuticas y a la reducción de la resistencia, la mejora de la comunicación, la minimización de los

sentimientos de frustración y desesperanza, la atenuación de los posibles motivos de abandono y el desarrollo de un enfoque familiar.

La segunda y tercera fase están orientadas al logro y al mantenimiento del cambio conductual, respectivamente, tanto del adolescente como de la familia, estableciendo nuevos patrones de interacción que sustituyan a los anteriores y que resulten más adaptativos. Esto se logra gracias al marco motivacional creado en la primera fase y mediante el aprendizaje de habilidades de comunicación, resolución de problemas, estilos educativos apropiados, resolución de conflictos, prevención de recaídas y la práctica de nuevas formas de interacción. Para ello, se recurre al trabajo sobre elementos cognitivos, como los estilos atribucionales, interactivos como la utilización recíproca de conductas positivas, y emocionales como la culpa y la negatividad. En la fase de generalización se ayuda a anticipar futuros problemas y la forma de resolverlos, y se va disminuyendo la frecuencia de los contactos.

El metaanálisis de Baldwin et al. (2012) encuentra una eficacia similar, con efectos modestos, en comparación con las otras intervenciones familiares. Hartnett et al. (2017), en su metaanálisis sobre la eficacia de la TFF, encuentran tamaños del efecto significativos entre débiles y fuertes sobre grupos de comparación con otros tratamientos con apoyo empírico y grupos control, como la TCC y otros enfoques familiares, aunque en algunos estudios no se encuentran diferencias o estas son muy modestas. Esto lleva a algunas revisiones, como la de Filges et al. (2016), a concluir que no tiene apoyo suficiente para el tratamiento de jóvenes con conductas adictivas a sustancias no opioides. Las revisiones de Hogue et al. (2014; 2018) sí lo consideran un tratamiento bien establecido, al igual que algunos manuales de referencia (Weisz y Kazdin, 2017).

### 3.6. Tratamientos para dejar de fumar

En las conductas adictivas adolescentes, la mayoría de los programas de tratamiento van dirigidos al consumo de sustancias

como el alcohol y el cannabis, principalmente, así como otras drogas ilegales. Sin embargo, el consumo de tabaco, cigarrillos electrónicos o incluso cachimbas (*hookahs*) presenta algunas peculiaridades derivadas de la menor intensidad de los efectos psicoactivos, así como de su menor impacto en la vida personal, social y académica de los adolescentes. Quizá por ello, los tratamientos para dejar de fumar no han recibido la misma atención de la investigación en los últimos años. Aun así, disponemos de evidencias suficientes como para establecer cuáles son las intervenciones más eficaces y cuáles pueden ser prometedoras.

Según la revisión de Sussman et al. (2006), las intervenciones psicológicas más eficaces son las del tipo cognitivo-conductual, seguidas de las basadas en la influencia social y motivacionales, aunque señalan algunas debilidades metodológicas de los estudios. En esta misma línea, la *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (2017) y la revisión de la US Preventive Services Task Force et al. (2020) señalan importantes limitaciones de las investigaciones en este ámbito, y según estos últimos no hay claras evidencias que apoyen las intervenciones de este tipo con menores en contextos de atención primaria. Los metaanálisis existentes arrojan un claro apoyo a las intervenciones conductuales para la reducción de la iniciación en el consumo de tabaco (Selph et al., 2020), si bien la evidencia sobre la cesación no es concluyente (Corepal et al., 2018; Selph et al., 2020). A este respecto, cabe destacar los mejores resultados de estrategias basadas en incentivos monetarios sobre otras estrategias de MC basadas en la competición entre pares (Corepal et al., 2018; Johnston et al., 2012), así como la necesidad de verificar la abstinencia objetivamente y no mediante autoinforme (Corepal et al., 2018). Según el estudio de Thao Tran et al. (2020), la incorporación de EM al tratamiento del tabaquismo puede mejorar los resultados de estas intervenciones. Harvey et al. (2016) señalan que las intervenciones son más eficaces con aquellos adolescentes chicos, más mayores, embarazadas o madres adolescentes, con éxito escolar y apoyo social. Sería más difícil obtener resultados

positivos de abstinencia en jóvenes con problemas psicológicos comórbidos, consumo de otras drogas o enfermedades crónicas, entre otros. Harvey et al. (2016) recomiendan, particularmente, las intervenciones resumidas en la tabla 21.3.

TABLA 21.3
*Intervenciones psicológicas más recomendadas para dejar de fumar en adolescentes*

— Consejo breve (individual o grupal).
— Terapia cognitivo-conductual.
— Orientación telefónica o a distancia.
— Recomendadas en combinación con otras estrategias.
— Intervenciones a través de mensajes de texto por parte de un profesional sanitario.

FUENTE: adaptado de Harvey et al. (2016).

Por último, y en el contexto del tratamiento del uso de cigarrillos electrónicos, la revisión de Liu et al. (2020) señala la utilización de programas de mensajes de texto, utilizando plataformas y tecnologías cercanas a los jóvenes, y fundamentados en teorías como la teoría cognitiva social y las teorías del cambio conductual. A pesar de que solo dos de los estudios, *This is Quitting* e INDEPTH ofrecen resultados de eficacia, estos parecen prometedores.

## 3.7. Nuevas intervenciones

Además de las intervenciones comentadas anteriormente, existen diversas líneas de investigación y desarrollo de nuevas técnicas y modalidades de tratamiento con el objetivo de mejorar la eficacia y la eficiencia de los tratamientos disponibles. En el presente apartado se comentarán de manera sucinta algunas de ellas, así como los resultados disponibles.

### 3.7.1. *Tratamientos a distancia mediante el uso de TIC*

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han generado un gran interés para el desarrollo de nuevas intervenciones, tanto preventivas como de tratamiento, en distintas modalidades digitales (aplicaciones web, mensajería instantánea, videojuegos, aplicaciones para móviles inteligentes, etc.). La adaptación a formatos digitales de tratamientos o técnicas con distintos grados de evidencia tiene varias ventajas, aunque también existen cuestiones a tener en cuenta durante su adaptación. Es posible que varias de estas cuestiones estén en la base de la evidencia mixta disponible respecto a la eficacia de las modalidades *online* de tratamiento de uso de sustancias en adolescentes (Fadus et al., 2019). Existen en la actualidad guías y publicaciones con sugerencias para la realización de intervenciones digitalizadas u *online* (Luxton et al., 2014; Marsch et al., 2020; Organización Mundial de la Salud, 2019).

Por el momento, los estudios en adolescentes son muy escasos. La evidencia disponible es mixta y, cuando resulta favorable, de impacto relativo (Fadus et al., 2019; Hutton et al., 2018; Schinke y Schwinn, 2017). Además, es importante tener en cuenta que puede haber variables sociodemográficas, como el nivel educativo (Paz Castro et al., 2017), y relativas a la gravedad de los problemas de uso de sustancias (Mason et al., 2018), que moderen el efecto de estas intervenciones digitales. A modo de ejemplo, varios estudios han logrado reducir significativamente las prevalencias de uso de alcohol y consumo de atracón en adolescentes, mediante la aplicación *online* de técnicas de entrevista motivacional, *feedback* normativo y desarrollo de planes de acción para las situaciones vinculadas al consumo (Arnaud et al., 2016; Haug et al., 2017).

### 3.7.2. *Nuevas dianas terapéuticas*

En los últimos años se han desarrollado distintas técnicas y tratamientos basándose en nuevas posibles dianas terapéuticas vinculadas con el consumo de sustancias. Tal sería el caso de las técnicas destinadas a la modificación de sesgos cognitivos (Loijen et al., 2020), de los niveles de impulsividad (Zapolski et al., 2010) o de las habilidades de regulación emocional (Fadus et al., 2019; Pandey, 2018). Como en el caso del tratamiento *online,* estas técnicas han tenido un desarrollo menor en población adolescente que en población adulta.

En el ámbito de las conductas adictivas, las técnicas de modificación de sesgos cognitivos se han centrado principalmente en la modificación del sesgo de aproximación-evitación, vinculado a la respuesta de *craving*. Dentro de los modelos centrados en la compulsión, el consumo de sustancias se conceptualiza como una respuesta automática de acercamiento a las pistas asociadas al consumo que dispararían una respuesta automática de *craving*. Las técnicas de modificación de sesgos cognitivos se basan en el entrenamiento de respuestas de evitación ante estímulos asociados a la sustancia y respuestas de acercamiento de estímulos no asociados con las sustancias. Dichas respuestas se entrenan mediante el uso de *joysticks* u otros periféricos conectados a ordenadores. La tarea está diseñada para ofrecer contingencias de reforzamiento de las respuestas adecuadas. Estas contingencias moldearían una nueva respuesta dominante de evitación de estímulos asociados al consumo. A pesar del gran desarrollo teórico y experimental de estos procedimientos, los estudios en adolescentes aún son muy limitados y con resultados débiles (Jacobus et al., 2018; Kong, 2015; Sherman et al., 2018).

La realización de conductas impulsivas, especialmente en el contexto de intensas emociones desagradables, es muy común en diversos problemas psicológicos. Este tipo de comportamientos, controlados principalmente por las consecuencias a corto plazo, generan consecuencias problemáticas a medio o largo plazo, resultando en un agravamiento de los problemas. Es por ello que en

los últimos años ha habido un gran interés en desarrollar técnicas y tratamientos para modificar los distintos tipos de conductas impulsivas (Martinez-Loredo et al., 2019; Zapolski et al., 2010). En el ámbito de la prevención, además, existen evidencias preliminares sobre la efectividad de las diversas intervenciones de entrenamiento en autorregulación en la disminución del consumo de sustancias (Pandey et al., 2018). En el ámbito de la intervención, se han realizado diversos estudios piloto basados en *mindfulness* y estrategias cognitivas de regulación emocional con resultados positivos pero limitados (Fortuna et al., 2018; Russell et al., 2019). La ausencia de estudios clínicos controlados no permite concluir su eficacia ni recomendar su uso.

## 4. CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo se han remarcado los avances producidos, en las últimas dos décadas particularmente, en el ámbito de la intervención en adicciones adolescentes.

Como se ha revisado, disponemos de evidencia suficiente para establecer que los tratamientos cognitivo-conductuales y sus variantes, como la ACRA-A, así como los tratamientos derivados de los modelos ecológicos basados en la familia, como la terapia familiar multidimensional y la terapia familiar funcional, son eficaces para el tratamiento de las adicciones adolescentes. Además, la evidencia indica que estas intervenciones pueden ser complementadas con EM, en las fases iniciales fundamentalmente, pero utilizando sus herramientas de forma transversal durante todo el proceso de tratamiento, para mejorar la adherencia y reducir resistencias, mejorando la eficacia. Igualmente, el complemento del MC añadido a intervenciones como la TCC o el ACR-A puede producir mejoras significativas en los resultados. Por último, la investigación realizada hasta la fecha ofrece algunas orientaciones sobre los tratamientos con mejores resultados para la cesación del consumo de tabaco en adolescentes, como el consejo breve o la

TCC, y los resultados prometedores de las intervenciones a través de mensajes de texto o telefónicas. Por otra parte, la literatura indica que las intervenciones en adicciones adolescentes a través de estas tecnologías pueden ser útiles, pero han de tomarse las debidas precauciones para que estas intervenciones sean desarrolladas adecuadamente. Igualmente, se abren nuevas áreas de intervención en ámbitos como los sesgos cognitivos, la impulsividad o la regulación emocional, aún pendientes de investigación pero aparentemente prometedoras.

A pesar de todos estos avances, la investigación y la práctica en el ámbito del tratamiento de las adicciones en adolescentes tiene aún algunas tareas pendientes. En primer lugar, la investigación en torno a la eficacia de las intervenciones sigue siendo escasa, particularmente fuera de los Estados Unidos. En segundo lugar, la falta de una adecuada evaluación de proceso y resultado de las intervenciones desarrolladas en la práctica dificulta a menudo una valoración pormenorizada de la eficacia y eficiencia, lo que impide detectar problemas y mejorar la asistencia ofrecida a los adolescentes con conductas adictivas. En tercer lugar, los resultados de estas intervenciones siguen ofreciendo espacio de mejora, para lo que es necesario extender el uso de estrategias como el MC y generalizar el uso de la EM. En cuarto lugar, la investigación en torno a las necesidades particulares de las chicas adolescentes en estos recursos de tratamiento sigue siendo escasa; esto resulta preocupante, teniendo en cuenta que presentan una mayor comorbilidad asociada que los chicos y que su presencia en los recursos de tratamiento ronda habitualmente el 20 por 100, a pesar de tasas similares de consumo en la población general. Si bien la investigación indica que, por ejemplo, programas como el ACR-A son eficaces tanto para chicos como para chicas, así como para adolescentes con problemas psicológicos comórbidos, resulta necesario avanzar en la investigación en este ámbito e introducir posibles adaptaciones que mejoren los resultados en aquellos que menos se benefician de las intervenciones.

## LECTURAS RECOMENDADAS


Gaur, N., Gautam, M., Singh, S., Raju, V. V. y Sarkar, S. (2019). Clinical practice guidelines on assessment and management of substance abuse disorder in children and adolescents. *Indian Journal of Psychiatry, 61*(Suppl. 2).

NIDA (2020). *Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en la investigación*. Disponible en: https://nida.nih.gov/sites/default/files/podatsp.pdf.

Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y. y Kadden, R. (2002). *The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series,* Volume 2. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. BKD385. Disponible en: https://www.drugsandalcohol.ie/17832/1/MET_CBT_Supplement_7_sessions_adolescent_cannabis_users.pdf.


## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Alexander, J. F. y Parsons, B. V. (1982). *Functional Family Therapy*. Brooks/Cole.

Alfonsson, S., Maathz, P. y Hursti, T. (2014). Interformat reliability of digital psychiatric self-report questionnaires: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 16*(12), e268.

Arnaud, N., Baldus, C., Elgán, T. H., De Paepe, N., Tønnesen, H., Csémy, L. y Thomasius, R. (2016). Effectiveness of a Web-Based Screening and Fully Automated Brief Motivational Intervention for Adolescent Substance Use: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research, 18*(5), e103.

Australian Psychological Society (2018). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders. A review of the literature*. The Australian Psychological Society, Ltd.

Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R. y Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13,* 105-112.

Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., Shadish, W. R. y Bean, R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A Meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 281-304.

Brigham, S. L., Rekers, G. A., Rosen, A. C., Swihart, J. J., Pfrimmer, G. y Fergusson, L. N. (1981). Contingency Management in the Treatment of Adolescent Alcohol Drinking Problems. *The Journal of Psychology, 109,* 73-85.

Canadian Task Force on Preventive Health Care (2017). Recommendations on behavioural interventions for the prevention and treatment of cigarette smoking among school-aged children and youth. *CMAJ, 189*(8).

Carney, T., Myers, B. J., Louw, J. y Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents (Review). *Cochrane*

*Database of Systematic Reviews, 2016*(1), CD008969.
Corepal, R., Tully, M. A., Kee, F., Miller, S. J. y Hunter, R. F. (2018). Behavioural incentive interventions for health behaviour change in young people (5-18 years old): A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine, 110,* 55-66.
De Gee, E. A., Verdurmen, J. E. E., Bransen, E., de Jonge, J. M. y Schippers, G. M. (2014). A randomized controlled trial of a brief motivational enhancement for non-treatment-seeking adolescent cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment, 47*(3).
Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G. S., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J. et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27,* 197-213.
Fadus, M. C., Squeglia, L. M., Valadez, E. A., Tomko, R. L., Bryant, B. E. y Gray, K. M. (2019). Adolescent Substance Use Disorder Treatment: an Update on Evidence-Based Strategies. *Current Psychiatry Reports, 21*(10), 96.
Fernández-Artamendi, S., López-Núñez, C., Coloma-Carmona, A. y Carballo, J. L. (2021). Tratamientos psicológicos para conductas adictivas infantojuveniles. En Fonseca-Pedrero (ed.), *Manual de tratamientos psicológicos eficaces. Infancia y adolescencia*. Pirámide.
Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., García-Fernández, G., Secades-Villa, R. y García-Rodriguez, O. (2013). Motivation for Change and Barriers to Treatment Among Young Cannabis Users. *European Addiction Research, 19*(1), 29-41.
Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Godley, M. D. y Secades-Villa, R. (2014). Evidence-based treatments for adolescents with cannabis use disorders in the Spanish Public Health System. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(3), 186-194.
Filges, T. y Klint Jørgensen, A. M. (2018). Cognitive-behavioral therapies for young people in outpatient treatment for nonopioid drug use. *Research on Social Work Practice, 28,* 363-385.
Filges, T., Andersen, D. y Klint Jørgensen, A. M. (2016). Functional Family Therapy for young people in treatment for nonopioid drug use: A systematic review. *Research on Social Work Practice, 28,* 131-145.
Filges, T., Rasmussen, P. S., Andersen, D. y Klint Jørgensen, A. M. (2015). Multidimensional Family Therapy (MDFT) for young people in treatment for non-opioid drug abuse: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews, 11,* 1-124.
Flaherty, L. T. (2008). What's old is new. Motivational Interviewing for adolescents. En L. T. Flaherty (ed.), *Adolescent psychiatry. The annals of the American Society for Adolescent Psychiatry* (Vol. 30). Taylor & Francis Group, LLC.
Fortuna, L. R., Porche, M. V. y Padilla, A. (2018). A treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder. *Psychology and Psychotherapy, 91*(1), 42-62.
Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D. y Almeida Santimano, N. M. L. (2014). *Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. The Cochrane database of systematic reviews, 8,* CD007025-CD007025.
García-Rodríguez, O. y Secades-Villa, R. (2008). Financing a voucher program for cocaine abusers through community donations in Spain. *Journal of Applied Behavior Analysis, 41*(4), 623-628.
Glass, J. E., Hamilton, A. M., Powell, B. J., Perron, B. E., Brown, R. T. e Ilgen, M. A. (2015). Specialty substance use disorder services following brief alcohol intervention: a meta-

analysis of randomized controlled trials. *Addiction, 110,* 1404-1415.
Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R. R., Passetti, L. L. y Petry, N. M. (2014). A Randomized Trial of Assertive Continuing Care and Contingency Management for adolescents with substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 40-51.
Godley, S. H., Hedges, K. y Hunter, B. (2011). Gender and racial differences in treatment process and outcome among participants in the Adolescent-Community Reinforcement Approach. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*(1), 143-154.
Godley, S. H., Hunter, B. D., Fernandez-Artamendi, S., Smith, J. E., Meyers, R. J. y Godley, M. D. (2014). A comparison of treatment outcomes for adolescent community reinforcement approach participants with and without co-occurring problems. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(4), 463-471.
Godley, S. H., Smith, J. E., Meyers, R. J. y Godley, M. D. (2016). *The Adolescent Community Reinforcement Approach: A clinical guide for treating substance use disorders.* Chestnut Health Systems
González de la Roz, A., Martínez-Loredo, V., Secades-Villa, R. y Fernández-Artamendi, S. (2022). Cognitive Behavioral Therapy for Cannabis Use Disorder: A focus on adolescents. En V. R. Preedy, Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder. Academic Press.
Gustle, L. H., Hansson, K., Sundell, K., Lundh, L.-G. y Löfholm, C. A. (2007). Blueprints in Sweden. Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(6), 443-451.
Hartnett, D., Carr, A., Hamilton, E. y O'Reilly, G. (2017). The effectiveness of Functional Family Therapy for adolescent behavioral and substance misuse problems: A Meta-Analysis. *Family Process, 56,* 607-619.
Harvey, J. y Chadi, N. (Canadian Paedriatic Society Adolescent Health Committee) (2016). Strategies to promote smoking cessation among adolescents. *Canadian Paediatric Society, 21*(4).
Haug, S., Paz Castro, R., Kowatsch, T., Filler, A., Dey, M. y Schaub, M. P. (2017). Efficacy of a web- and text messaging-based intervention to reduce problem drinking in adolescents: Results of a cluster-randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(2), 147-159.
Hendriks, V., van der Schee, E. y Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing Multidimensional Family Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence, 119*(1-2), 64-71.
Hendriks, V., van der Schee, E. y Blanken, P. (2012). Matching adolescents with a cannabis use disorder to Multidimensional Family Therapy or Cognitive Behavioral Therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence, 125*(1-2), 119-126.
Hogue, A., Henderson, C. E., Becker, S. J. y Knight, D. K. (2018). Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use, 2014-2017: Outcomes, Treatment Delivery, and Promising Horizons. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(4), 499-526.
Hogue, A., Henderson, C. E., Ozechowski, T. J. y Robbins, M. S. (2014). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use: Updates and

recommendations 2007-2013. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43,* 695-720.
Hornberger, S. y Smith, S. L. (2011). Family involvement in adolescent substance abuse treatment and recovery: What do we know? What lies ahead? *Children and Youth Services Review, 33*(Suppl. 1).
Hunt, G. M. y Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy, 11,* 91-104.
Hutton, H. E., Wilson, L. M, Apelberg, B. J., Tang, E. A., Odelola, O., Bass, E. B. y Chander, G. (2018). A Systematic Review of Randomized Controlled Trials: Web-Based Interventions for Smoking Cessation Among Adolescents, College Students, and Adults. *Nicotine & Tobacco Research, 13*(4), 227-238.
Jacobus, J., Taylor, C. T., Gray, K. M., Meredith, L. R., Porter, A. M., Li, I., Castro, N. y Squeglia, L. M. (2018). A multi-site proof-of-concept investigation of computerized approach-avoidance training in adolescent cannabis users. *Drug and Alcohol Dependence, 187,* 195-204.
Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M. y Steele, R. G. (2011). Effectiveness of Motivational Interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(4), 433-440.
Johnston, V., Liberato, S. y Thomas, D. (2012). Incentives for preventing smoking in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review, 10,* CD008645
Kaminer, Y. (2000). Contingency management reinforcement procedures for adolescent substance abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(10), 1324-1326.
Kong, G., Larsen, H., Cavallo, D. A., Becker, D., Cousijn, J., Salemink, E., Collot D'Escury-Koenigs, A. L., Morean, M. E., Wiers, R. W. y Krishnan-Sarin, S. (2015). Re-training automatic action tendencies to approach cigarettes among adolescent smokers: a pilot study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 41*(5), 425-432.
Lawrence, P., Fulbrook, P., Somerset, S. M. y Schulz, P. (2017). Motivational Interviewing to Enhance Treatment Attendance in Mental Health Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24*(9).
Li, L., Zhu, S., Tse, N. y Wong, P. (2016). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Addiction, 111,* 795-805.
Liddle, H. A. y Hogue, A. (2001). Multidimensional Family Therapy for adolescent substance abuse. En E. F. Wagner y H. B. Waldron (eds.), *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. Pergamon.
Liddle, H. A., Rodriguez, R. A., Dakof, G. A., Kanzki, E. y Marvel, F. A. (2005). Multidimensional Family Therapy: A science-based treatment for adolescent drug abuse. En J. Lebow (ed.), *Handbook of clinical family therapy* (pp. 128-163). John Wiley and Sons.
Lindstrom, M., Filges, T. y Jorgensen, A.-M. K. (2015). Brief Strategic Family Therapy for young people in treatment for drug use. *Research on Social Work Practice, 25*(1), 61-80.
Lindstrøm, F., Saidj, M., Kowalski, K., Filges, T., Rasmussen, P. S. y Klint Jørgensen, A. M. (2015). Family Behavior Therapy (FBT) for young people in treatment for non-opioid drug use: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews, 9,* 1-77.
Liu, J., Gaiha, S. M. y Halpern-Felsher, B. (2020). A Breath of Knowledge: Overview of Current Adolescent E-cigarette Prevention and Cessation Programs. *Current Addiction*

*Reports, 7*.
Loijen, A., Vrijsen, J. N., Egger, J. I. M., Becker, E. S. y Rinck, M. (2020). Biased approach-avoidance tendencies in psychopathology: A systematic review of their assessment and modification. *Clinical Psychology Review, 77,* 101825.
Luxton, D. D., Pruitt, L. D. y Osenbach, J. E. (2014). Best Practices for Remote Psychological Assessment via Telehealth Technologies. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(1), 27-35.
Marsch, L. A., Campbell, A., Campbell, C., Chen, C. H., Ertin, E., Ghitza, U., Lambert-Harris, C., Hassanpour, S., Holtyn, A. F., Hser, Y. I., Jacobs, P., Klausner, J. D., Lemley, S., Kotz, D., Meier, A., McLeman, B., McNeely, J., Mishra, V., Mooney, L., Nunes, E., Stafylis, C., Stanger, C., Saunders, E., Subramaniam, G. y Young, S. (2020). The application of digital health to the assessment and treatment of substance use disorders: The past, current, and future role of the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment, 112S,* 4-11.
Martinez-Loredo, V. y Fernández-Hermida, J. R. (2019). Impulsivity-targeted selective preventive interventions and treatments in addictive behaviors. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 6*(3), 1-7.
Mason, M. J., Zaharakis, N. M., Moore, M., Brown, A., Garcia, C., Seibers, A. y Stephens, C. (2018). Who responds best to text-delivered cannabis use disorder treatment? A randomized clinical trial with young adults. *Psychology of Addictive Behaviors, 32*(7), 699-709.
Miller, W. R. y Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people to change* (3.ª ed.). Guilford Press.
Morean, M. E., Kong, G., Camenga, D. R., Cavallo, D. A., Carroll, K. M., Pittman, B. y Krishnan-Sarin, S. (2015). Contingency Management improves smoking cessation treatment outcomes among highly impulsive adolescent smokers relative to cognitive behavioral therapy. *Addictive Behaviors, 42,* 86-90.
Organización Mundial de la Salud (2019). *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Organización Mundial de la Salud.
Pandey, A., Hale, D., Das, S., Goddings, A., Blakemore, S. y Viner, R. M. (2018). Effectiveness of Universal Self-regulation-Based Interventions in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 172*(6), 566-575.
Paz Castro, R., Haug, S., Kowatsch, T., Filler, A. y Schaub, M. (2017). Moderators of outcome in a technology-based intervention to prevent and reduce problem drinking among adolescents. *Addictive Behaviors, 72,* 64-71.
Plan Nacional Sobre Drogas [PNSD] (2021). *Encuesta Estatal Sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice, 19,* 276-288.
Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Olivier, P., Hendriks, V. … y Rowe, C. L. (2013). Multidimensional Family Therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence, 130*(1-3), 85-93.
Russell, B., Hutchison, M. y Fusco, A. (2019). Emotion Regulation Outcomes and Preliminary Feasibility Evidence From a Mindfulness Intervention for Adolescent

Substance Use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 28*(1), 21-31.
Sampl, S. y Kadden, R. (2001). *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series*, Volume 1. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. BKD384
Schinke, S. y Schwinn, T. M. (2017). Computer-Based Prevention and Intervention to Reduce Substance Use in Youth. *Current Addiction Reports, 4*(4), 410-421.
Secades-Villa, R., García-Rodriguez, O., Higgins, S. T., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2008). Community Reinforcement Approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: Six-month outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34,* 202-207.
Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., López-Núñez, C., Alonso-Pérez, F. y Fernandez-Hermida, J. R. (2014). Contingency management for smoking cessation among treatment-seeking patients in a community setting. *Drug and Alcohol Dependence, 140,* 63-68.
Selph, S., Patnode, C., Bailey, S., R., Pappas, M., Stoner, R. y Chou, R. (2020). Primary Care-Relevant Interventions for Tobacco and Nicotine Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA, 323*(16):1599-1608.
Sexton, T. L. y Alexander, J. F. (2004). *Functional Family Therapy Clinical Training Manual*.
Sherman, B. J., Baker, N. L., Squeglia, L. M. y McRae-Clark, A. L. (2018). Approach bias modification for cannabis use disorder: A proof-of-principle study. *Journal of Substance Abuse Treatment, 87,* 16-22.
Stanger, C. y Budney, A. J. (2010). Contingency Management approaches for adolescent substance use disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 19*(3), 547-562.
Stanger, C., Budney, A. J., Kamon, J. L. y Thostensen, J. (2009). A randomized trial of Contingency Management for adolescent Marijuana abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 105,* 240-247.
Stanger, C., Lansing, A. H. y Budney, A. J. (2017). Contingency Management Approaches for Adolescent Substance Use Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 25*(4).
Steele, D. W., Becker, S. J., Danko, K. J., Balk, E. M., Adam, G. P., Saldanha, I. J., y Trikalinos, T. A. (2020). Brief Behavioral Interventions for Substance Use in Adolescents: A Meta-analysis. *Pediatrics, 146*(4).
Sussman, S., Sun, P. y Dent, C. W. (2006). A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychology, 25*(5), 549-557.
Tanner-Smith, E. E. y Lipsey, M. W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 51,* 1-18.
Tanner-Smith, E. E. y Reeser, M. D. (2016). A meta-analysis of brief alcohol interventions for adolescents and young adults: variability in effects across alcohol measures. *American Journal of Alcohol and Drug Abuse, 42,* 140-151.
Tanner-Smith, E. E., Wilson, S. J. y Lipsey, M. W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 44,* 145-158.
Thao Tran, T. P., Park, J., Park, E., Shin, S. H., Paek, Y-J., Kim, Y. H. y Lim, M. K. (2020). Effect of Additional Motivational Interviewing on Smoking Abstinence for 1-Year among

Korean Adolescents: Results from a comparative retrospective study in Quitline. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(8025).

US Preventive Services Task Force, Owens, D. K., Davidson, K. W. Krist, A. H., Barry, M. J., Cabana, M. … y Wrong, J. B. (2020). Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA, 323*(16).

Van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J. M., Doreleijers, T. A. H., van Dombourgh, L. y Vermeiren, R. R. J. M. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 48,* 532-545.

Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y. y Kadden, R. (2002). *The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series,* Volume 2. Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. BKD385

Weisz, J. R. y Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guildford Press.

Wu, L.-T., Pilowsky, D. J., Schlenger, W. E. y Hasin, D. (2007). Alcohol use disorders and the use of treatment services among college-age young adults. *Psychiatric Services, 58*(2), 192-200.

Zapolski, T. C., Settles, R. E., Cyders, M. A. y Smith, G. T. (2010). Borderline Personality Disorder, Bulimia Nervosa, Antisocial Personality Disorder, ADHD, Substance Use: Common Threads, Common Treatment Needs, and the Nature of Impulsivity. *Independent Practice (Lutterworth), 30*(1), 20-23.

# 22

# Intervención psicológica en personas con adicciones y trastorno mental

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
Y ANA LÓPEZ-DURÁN

## 1. INTRODUCCIÓN

La presencia de psicopatología en las personas con trastornos por uso de sustancias (TUS) es muy frecuente. Los trastornos más asociados son los psicóticos, los afectivos, los de ansiedad, los trastornos de personalidad y también la dependencia de otras sustancias. Es lo que se conoce como comorbilidad (Cosci y Fava, 2011), patología dual (Roncero y Casas, 2016; San, 2003) o co-ocurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos (Silverman et al., 2016).

En los estudios realizados en población general, aproximadamente el 25 por 100 de las personas con dependencia del alcohol y el 50 por 100 de las personas dependientes de drogas tienen también depresión (Grant, Stinson et al., 2004; Grant et al., 2015; Hasin et al., 2018). De modo semejante, los trastornos de ansiedad se diagnostican en aproximadamente el 25 por 100 de las personas dependientes del alcohol y en el 43 por 100 de las personas dependientes de otras drogas (Hasin y Grant, 2015). Los trastornos de personalidad se diagnostican en el 50 por 100 de las personas dependientes del alcohol y en el 70 por 100 de las personas dependientes de otras drogas (Grant, Stinson et al., 2004; Grant et al., 2004; 2015). El trastorno de personalidad más frecuente es el antisocial, 20 por 100 en la dependencia del alcohol y 40 por

100 en adictos a otras sustancias. En los estudios con pacientes que acuden a tratamiento, los porcentajes de comorbilidad son todavía mayores (Kavanagh y Connolly, 2009a). A su vez, en el caso de los pacientes psiquiátricos, un 41 por 100 de las personas con esquizofrenia y un 33 por 100 de las personas con trastorno bipolar tienen también un trastorno por consumo de sustancias (Murthy et al., 2019). Más del 60 por 100 de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia han consumido drogas ilegales, utilizan cinco veces más sustancias sedantes que la población general, ocho veces más estimulantes y dos veces más psicodislépticos (Hasin y Kilcoyne, 2012; Rubio y Santo-Domingo, 1999).

Por tanto, es habitual que los adictos a sustancias lo sean a varias de ellas y, con frecuencia, tienen asociados otros trastornos. Por ello sería más correcto hablar de «comorbilidad» que de «patología dual». Esta última hace referencia a la presencia únicamente de dos trastornos en un mismo individuo, mientras que la comorbilidad hace referencia a la presencia de más de un trastorno en un mismo individuo.

Debemos tener en cuenta que hay una gran semejanza entre los distintos signos y síntomas que tiene la persona con problemas adictivos y los síntomas de determinados trastornos mentales (San et al., 2019). Esto puede llevar a confundir unos con otros y caer en errores diagnósticos. Por ejemplo, las manifestaciones de la intoxicación o del síndrome de abstinencia son muy semejantes a las de distintos trastornos psiquiátricos. De ahí la necesidad de que el paciente pase por un período de abstinencia antes de poder hacer un diagnóstico real, si existe, de trastornos psiquiátricos que tienen síntomas semejantes o idénticos a los producidos por la propia sustancia (American Psychiatric Association, 2014).

El punto clave de la asociación entre psicopatología y consumo de drogas son las consecuencias negativas que se derivan de la misma. Se sabe que la comorbilidad en pacientes con abuso de sustancias complica el tratamiento de ambos trastornos (Harris et

al., 2019; San, 2003; San et al., 2019). Las personas con un trastorno adictivo y otro trastorno mental requieren un tratamiento a largo plazo, tienen mayor riesgo de recaída en el trastorno mental o en el trastorno por consumo de sustancias, precisan un seguimiento más pormenorizado, tienen menores tasas de retención en tratamiento, pobre cumplimiento del tratamiento farmacológico, acuden más a los servicios de urgencias, requieren más hospitalizaciones psiquiátricas, sufren mayores niveles de distrés psicológico, pobre funcionamiento psicosocial, altas tasas de violencia y suicidio, realizan más conductas de riesgo y tienen más problemas a nivel laboral, social y de salud (Kanavagah y Connolly, 2009b; Painter et al., 2018; Silverman et al., 2016). Por tanto, tienen un mayor nivel de gravedad del trastorno y una peor evolución del mismo, por lo que, si esta psicopatología no se identifica y se aborda en el tratamiento, el éxito de la intervención puede ser limitado (Pedrero et al., 2004).

Otro problema frecuente es el consumo de más de una droga por parte del mismo individuo. Cuando existe dependencia de varias sustancias el problema muchas veces está en saber cuál es la sustancia principal (Kavanagh y Connolly, 2009a). La realidad clínica nos indica que lo habitual es que una persona con un trastorno mental, que a su vez consume sustancias, suele tener un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en más de una de ellas (p. ej., alcohol, tabaco, cocaína o cannabis). En esta línea, Kavanagh y Connolly (2009a, 2009b) insisten en que se evalúe también el tabaco como trastorno por consumo de sustancias, ya que en la práctica es el que produce más morbilidad y mortalidad.

## 2. IMPORTANCIA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PSICOPATOLOGÍA

Uno de los estudios más conocidos acerca de la comorbilidad en el trastorno por consumo de sustancias es el *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions*

(NESARC). Este estudio, representativo de la población de Estados Unidos, utilizó una muestra de 43.093 personas, las cuales fueron evaluadas con criterios DSM-IV (a través del AUDADIS-IV) (Compton et al., 2007). Como indicamos en la tabla 22.1, la odds ratio de los trastornos comórbidos, durante el último año, para el trastorno por consumo de drogas, abuso de drogas o dependencia de drogas, siempre es elevada (p. ej., OR = 3,3 para cualquier trastorno de estado de ánimo en personas con dependencia de drogas). Además, un 28,6 por 100 de las personas con abuso y dependencia del alcohol y un 47,7 por 100 de las personas con abuso y dependencia de drogas tenían un trastorno de personalidad (Grant, Hasin et al., 2004). Tanto en el caso del alcohol como en el de otras drogas, el trastorno de personalidad más prevalente fue el trastorno de personalidad antisocial, con una prevalencia del 12,3 y 27,7 por 100 respectivamente (en este estudio no se evaluaron los trastornos de personalidad límite, esquizotípico y narcisista). Un 20,1 por 100 de las personas con TUS presentaban trastornos del estado de ánimo, siendo el más frecuente el trastorno depresivo mayor (15,1 por 100). En los trastornos de ansiedad, un 17,7 por 100 de las personas con abuso o dependencia de drogas presentaban un trastorno de este tipo, siendo el más frecuente la fobia específica, con un 10,5 por 100 (Grant, Stinson et al., 2004). Tanto en este como en los otros estudios realizados, se aprecia cómo las OR son siempre mayores para la dependencia que para el abuso.

De la base de datos NESARC se han publicado posteriormente un gran número de estudios con análisis más específicos (p. ej., Caetano, 2015; Goldstein et., 2012; Hasin y Grant, 2015; Hasin y Kilcoyne, 2012).

Entre los estudios realizados con población que está en tratamiento por consumo de sustancias destaca el *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS; Gossop et al., 1998), realizado con 1.075 pacientes en 54 recursos asistenciales del Reino Unido. Un 20 por 100 de ellos había recibido tratamiento

psiquiátrico en los dos años previos por otro trastorno diferente al consumo de sustancias.

La OMS ha realizado en los últimos años un importante estudio en la misma línea (Degenhardt et al., 2019). En el mismo, se analizó la comorbilidad entre los TUS y otros trastornos psicopatológicos en 25 países, utilizando como instrumento diagnóstico la CIDI *(Composite International Diagnostic Interview),* que permite diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10. En el estudio se concluye que tener un trastorno mental previo incrementa significativamente el riesgo de consumir drogas (HR=12,1), y esto sucede independientemente del tipo de trastorno (McGrath et al., 2020).

En España, Pereiro et al. (2013) estudiaron la comorbilidad en personas en tratamiento por problemas con el consumo de drogas, encontrando que el 56,3 por 100 tenían asociado algún trastorno mental y, en algunos casos, más de un trastorno mental. El 42,1 por 100 tenía un trastorno en el eje I y un 20,2 por 100 en el eje II. El trastorno más frecuente era el del estado de ánimo, presente en un 22 por 100 de la muestra, y el siguiente el trastorno de ansiedad, con un 14,3 por 100.

Por su parte, González et al. (2019) estudiaron los trastornos de personalidad en 837 pacientes con trastorno por consumo de sustancias. La prevalencia de trastornos de personalidad fue del 69,8 por 100, con mayor frecuencia en las personas con problemas con el consumo de alcohol (66,4 por 100), seguido de cocaína (58,5 por 100), cannabis (43,3 por 100) y, en menor grado, opiáceos (27,1 por 100) y sedantes (16,2 por 100). Los trastornos de personalidad más frecuentes eran el depresivo, obsesivo-compulsivo y paranoide. En San et al. (2019) pueden consultarse otros estudios realizados sobre este tema.

Las personas que presentan comorbilidad tienen mayor probabilidad de demandar tratamiento (hasta dos veces más probable), en comparación con los que no la tienen (Harris et al., 2019). En el caso de las personas que presentan depresión se

encuentra el mismo resultado (Grant, Stinson et al., 2004). Una posible explicación es que, al presentar más trastornos, el malestar que tiene la persona es mayor. De ahí los elevados porcentajes de prevalencia de comorbilidad que se encuentran en los estudios con muestras clínicas. Es lo que se denomina el «sesgo de Berkson» (Berkson, 1946).

La evolución y el pronóstico de estas personas es más complicado, por lo que la intervención terapéutica también es más compleja (Becoña et al., 2020; San et al., 2019).

## 3. COMORBILIDAD. TRASTORNO PRIMARIO Y SECUNDARIO

El concepto de *trastorno primario* hace referencia al trastorno que primero aparece a lo largo de la vida del individuo, mientras que el *trastorno secundario* es el que aparece posteriormente. En la práctica, esta distinción es poco útil y una frecuente fuente de confusión (Weiss et al., 1998), ya que, a nivel clínico, el paciente puede precisar tratamiento para ambos trastornos, tanto para el primario como para el secundario.

Meyer (1986) desarrolló un sistema comprensivo sobre la relación entre psicopatología y abuso de sustancias, que supera la dicotomía primario-secundario y que incluiría una de las siguientes posibilidades:

TABLA 22.1

*Odds ratios ajustados de los trastornos de uso de drogas en los últimos doce meses, en relación a distintos trastornos asociados al uso de drogas*

| Trastorno comórbido | Trastorno por uso de drogas | Abuso de drogas | Dependencia de drogas |
|---|---|---|---|
| Abuso del alcohol. | 4,2 | 4,2 | 3,7 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dependencia del alcohol. | 6,8 | 4,8 | 9,0 |
| Dependencia de la nicotina. | 3,2 | 2,6 | 4,4 |
| Cualquier trastorno del estado de ánimo. | 1,8 | 1,1 | 3,3 |
| Cualquier trastorno de ansiedad. | 1,2 | 0,9 | 1,8 |
| Cualquier trastorno de personalidad. | 2,2 | 1,8 | 3,3 |
| Trastorno de personalidad antisocial. | 2,9 | 2,5 | 2,6 |
| Trastorno de personalidad dependiente. | 2,2 | 1,1 | 2,4 |

FUENTE: adaptado de Compton et al. (2007).

1. La psicopatología puede ser un factor de riesgo para el abuso de sustancias.
2. Los trastornos psiquiátricos y los trastornos de abuso de sustancias coexistentes pueden afectar al curso del otro, incluyendo el cuadro de síntomas, rapidez de comienzo y respuesta al tratamiento.
3. Los síntomas psiquiátricos se pueden desarrollar en el curso de una intoxicación crónica.
4. El consumo a largo plazo puede precipitar los trastornos psiquiátricos que no remiten rápidamente.
5. El abuso de sustancias y los síntomas psicopatológicos pueden estar significativamente relacionados.
6. Algunas personas pueden tener un trastorno psiquiátrico y un trastorno adictivo que no están relacionados.

A veces puede ser complejo hacer un diagnóstico de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con TUS, porque este puede causar un amplio número de síntomas. Por ello, hay que saber si el paciente presenta signos y síntomas que son manifestaciones de un coexistente trastorno psiquiátrico, o es

consecuencia de la intoxicación o del síndrome de abstinencia de la droga. Un criterio que se utiliza con frecuencia es esperar un período de abstinencia para poder hacer el diagnóstico psiquiátrico (p. ej., de tres a seis semanas en la dependencia de la cocaína; López et al., 2007). De modo concreto, el DSM-5 indica que hay que esperar cuatro semanas de abstinencia para poder hacer el diagnóstico de cualquier trastorno.

Algunos estudios señalan que muchos clínicos sobrediagnostican trastornos psiquiátricos en personas que abusan de sustancias, mientras que los problemas con el consumo de sustancias se detectan poco entre los pacientes con trastornos psiquiátricos (Weiss et al., 1998). Aun así, en los últimos años ha habido avances en la evaluación de ambas patologías por parte de los profesionales. No obstante, en algunos casos puede ocurrir que el clínico no pregunta acerca del posible consumo de sustancias a sus pacientes. En otros, aun preguntándolo, el paciente oculta dicha información por motivos múltiples. En otras ocasiones, ocurre que el paciente minimiza los problemas de uso de sustancias o considera que no son relevantes o que no le interesan al clínico por considerarlos en niveles normales. Hoy sabemos que no solo es importante conocer el consumo de sustancias y diagnosticar ambos trastornos, sino que, a veces, síntomas aislados o condiciones subsindrómicas pueden ser muy importantes en personas con TUS (Kavanagh y Connolly, 2009a), por los problemas que les acarrean, directa o indirectamente, sobre los trastornos que presentan o por los que demandan tratamiento. Por ejemplo, el consumo de drogas puede incrementar el riesgo de autoinfligirse daño y de suicidio en pacientes depresivos o el incremento de agresiones o violencia en pacientes psicóticos que consumen estimulantes (Miles et al., 2003).

## 4. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE DROGAS Y PSICOPATOLOGÍA

Existen distintas hipótesis, basadas en el criterio temporal, que analizan la relación entre el consumo de drogas y la psicopatología asociada: 1) el consumo de sustancias psicoactivas puede provocar problemas psicopatológicos: trastorno por consumo de drogas primario; 2) los problemas psicopatológicos pueden llevar al abuso de sustancias psicoactivas: trastorno psicopatológico primario; 3) factores comunes pueden causar ambos trastornos: ambos trastornos son secundarios a un tercer factor, y 4) ambos trastornos son independientes: ambos trastornos son primarios. En este caso es probable que influyan uno sobre otro.

El aspecto central en las relaciones anteriores es conocer el orden de aparición. Nunes et al. (2004) señalan que el uso de los conceptos primario y secundario resulta confuso. Estos conceptos son usados frecuentemente en medicina para describir relaciones causa-efecto, como puede ser la relación entre el consumo de tabaco y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pero en los problemas mentales no se dispone en la actualidad de un método empírico que nos permita determinar la relación causa-efecto entre dos trastornos. Además, aunque establecer la relación temporal entre dos trastornos puede ser relativamente sencillo (se le pregunta al paciente cuál apareció primero), esta información por sí misma no aporta una información relevante para predecir la respuesta en el tratamiento.

Otro planteamiento para explicar la asociación entre el consumo de drogas y la psicopatología son las investigaciones que analizan la relación entre el consumo de drogas y trastornos específicos, apuntando posibles relaciones etiológicas entre ambos. En el estudio de Compton et al. (2003) se señala que existen determinados trastornos psicopatológicos que es más probable que sean previos al inicio del consumo de sustancias, como son el trastorno de personalidad antisocial y los trastornos fóbicos. En el primer caso, el consumo de drogas incluso se puede incluir dentro de la realización de actividades ilegales como criterio diagnóstico para el trastorno de personalidad antisocial. En el caso de los

trastornos fóbicos, el consumo de drogas se utiliza como una estrategia de afrontamiento ante el malestar que provoca el trastorno. Por otra parte, estos autores apuntan que, en el caso del alcoholismo, la relación del consumo con los trastornos afectivos y la ansiedad generalizada es más confusa, ya que en algunos casos el trastorno es posterior al inicio del consumo y en otros es previo.

Las primeras publicaciones sobre la relación entre el consumo de drogas y depresión apuntaban a que el individuo consumía una determinada sustancia psicoactiva para aliviar un estado de ánimo negativo (Modesto-Lowe et al., 2004). Esta es la denominada hipótesis de la automedicación (Khantzian, 1985). Estudios posteriores señalan que tanto los efectos neuroquímicos como los psicosociales que conlleva el consumo de drogas pueden ser los causantes de los problemas depresivos. Además, la hipótesis de la automedicación (el individuo consume una sustancia en función de los efectos que produce para paliar una sintomatología negativa previa) ya ha quedado relegada, porque no es el diagnóstico psiquiátrico el que determina la elección de un tipo de sustancia u otro, sino que la disponibilidad de la sustancia parece ser el factor determinante (Mueser et al., 1992). Incluso, años más tarde, el propio Kanthzian (1997) señaló que el coste y la disponibilidad de una sustancia son factores determinantes para explicar el consumo de una droga u otra.

Por otra parte, algunos ejemplos, como los estudios sobre asociación entre el trastorno bipolar y el consumo de drogas, también confirman el rechazo de la hipótesis de la automedicación. Distintas investigaciones han demostrado que, en las personas con trastorno bipolar, el consumo de sustancias, como los estimulantes, se realiza fundamentalmente durante la fase maníaca/hipomaníaca, no durante la depresiva, como sería de esperar si el objetivo es «tratar» los síntomas del trastorno. Es decir, las personas buscan incrementar o precipitar el estado eufórico propio de esta fase, o bien realizan el consumo por la escasa capacidad de juicio, la impulsividad, la desinhibición o la temeridad que caracterizan esta

fase, y no consumen para mejorar el estado de ánimo durante la fase depresiva, tal y como se explicaría desde la hipótesis de la automedicación.

Una parte de los trastornos de ansiedad son previos al inicio del consumo de sustancias, pero, en otros casos, la ansiedad es producto de las consecuencias negativas derivadas del consumo, y con frecuencia se reduce con el mantenimiento de la abstinencia. En el caso del trastorno por estrés postraumático, con frecuencia es previo al inicio del consumo, encontrándose diferencias en función del sexo (Jacobsen et al., 2011). En los hombres es frecuente que tras la aparición de este trastorno aparezcan problemas con el consumo de sustancias psicoactivas, mientras que en el caso de las mujeres es más frecuente que desarrollen otros trastornos de tipo depresivo o ansioso.

En los trastornos psicóticos los estudios se han realizado desde tres perspectivas: 1) la evaluación de la presencia de síntomas psicóticos durante el consumo de drogas, 2) la sustancia como precipitante de los síntomas psicóticos (p. ej., trastorno psicótico inducido por sustancias), y 3) la evaluación del consumo de drogas en sujetos con diagnóstico de esquizofrenia, es decir, el uso de estas sustancias por parte de personas que ya están en tratamiento por problemas psicóticos (Ziedonis et al., 2005).

A partir de los resultados expuestos, y de la diversidad de modelos explicativos de la asociación entre consumo de drogas y psicopatología, parece claro que el tipo de relación puede ser diversa y, por tanto, ha de ser evaluada de forma individual (Kavanagh y Connolly, 2009b), y no tanto intentar encontrar hipótesis aplicables a todas las personas que presenten problemas con el consumo de drogas y otro problema psicopatológico.

## 5. EVALUACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

La evaluación de la presencia de otros trastornos asociados en personas con TUS es fundamental tanto para diseñar el tratamiento

como para valorar su pronóstico y otras características del proceso terapéutico.

Lo cierto es que la importancia de esta comorbilidad psicopatológica es relevante tanto en el tratamiento de pacientes de las Unidades de Salud Mental como en los atendidos en los Centros de Atención a las Drogodependencias. Se sabe que: 1) la presencia de un trastorno mental junto a la adicción no es por azar; 2) es habitual que los adictos que acuden a los dispositivos de tratamiento presenten otros trastornos; 3) un trastorno mental es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una drogadicción; 4) la adicción es un factor de riesgo a su vez para presentar algún trastorno mental; 5) los pacientes con comorbilidad presentan más recaídas en el consumo de drogas; si no se aborda esta cuestión debidamente, presentan más dificultades para establecer una adecuada adherencia al tratamiento y, como consecuencia de todo esto, un peor pronóstico en ambos trastornos; 6) estos pacientes hacen un mayor uso de los servicios asistenciales de ambas redes, la de salud mental y adicciones, y 7) en algunos casos existe un riesgo mayor de suicidio (Roncero y Casas, 2016).

La necesidad de evaluar la comorbilidad, tanto antes del tratamiento como a lo largo del mismo, viene dada por los siguientes aspectos que pueden surgir durante el tratamiento (Solomon, 1996): 1) el fracaso terapéutico es un posible indicador de diagnóstico dual; 2) la ineficacia o bajo cumplimiento de la toma de medicación. Debe tenerse en cuenta que el consumo de sustancias puede anular o reducir el efecto de la medicación (como por ejemplo sucede con el consumo de cocaína, que disminuye el efecto de la toma de antipsicóticos) o, por el contrario, ocasionar un efecto excesivo (como sucede con el consumo de alcohol y sedantes); 3) absentismo del puesto de trabajo, especialmente los lunes o a primera hora; 4) conductas poco coherentes, como sucede con la desinhibición del paciente con una intoxicación leve; 5) ausencia de profundidad y de vitalidad en la sesión de psicoterapia, presencia de ansiedad o implicación inadecuada con los sucesos de la vida; 6) los

sucesos vitales del paciente, que son acontecimientos que difieren de otra persona que no consume drogas, y 7) la aparición de conflicto de forma súbita entre el personal de la unidad y el paciente, pudiendo por ejemplo confundir determinadas respuestas propias de pacientes con trastorno límite de la personalidad con el efecto del consumo de algunas sustancias.

La evaluación al inicio del tratamiento abarca tres áreas: la evaluación del problema por el que la persona demanda tratamiento, la evaluación de otros problemas que pueden interferir con el tratamiento, y la determinación de cuáles son los recursos que tiene el paciente. Respecto a la evaluación de los problemas que interfieren en el tratamiento, la evaluación de la psicopatología es fundamental (Kavanagh y Connolly, 2009b), pero siempre teniendo presente que es preciso que el individuo permanezca sin consumir la sustancia durante un tiempo estimado de cuatro semanas (American Psychiatric Association, 2014), con el fin de evitar que los síntomas psicopatológicos se confundan con los producidos por la intoxicación o el síndrome de abstinencia.

TABLA 22.2

*Elementos a considerar en la historia clínica de un sujeto con trastorno por uso de sustancias y otro trastorno psiquiátrico*

— Complicaciones neurológicas (traumatismo craneoencefálico, epilepsia, lesiones cerebrales).
— Historia familiar de trastornos psiquiátricos distintos a las adicciones.
— Dificultades en el desarrollo psicomotriz (dificultades de aprendizaje, trastorno de déficit de atención con hiperactividad).
— Solicitar determinaciones sanguíneas o urinarias de drogas.
— Malnutrición o deficiencias vitamínicas.
— Enfermedades que pueden causar determinados síntomas psiquiátricos como enfermedad tiroidea, hipoglucemia y otras.
— Utilización de otras drogas ilícitas distintas de la que depende o abusa.

FUENTE: Rubio y Santo-Domingo (1999, p. 209).

Existen multitud de instrumentos que permiten evaluar la presencia de síntomas o trastornos psicopatológicos, pero, en función de la población, se debe evaluar en primer lugar la psicopatología que aparece con mayor frecuencia. Por tanto, existirían dos fases diferenciadas: en la primera el objetivo es detectar si hay otros problemas que interfieran en el tratamiento y, en caso de presentarlos, en la segunda fase se deberían emplear instrumentos de evaluación más amplios y específicos para la patología que presenta (véase figura 22.1).

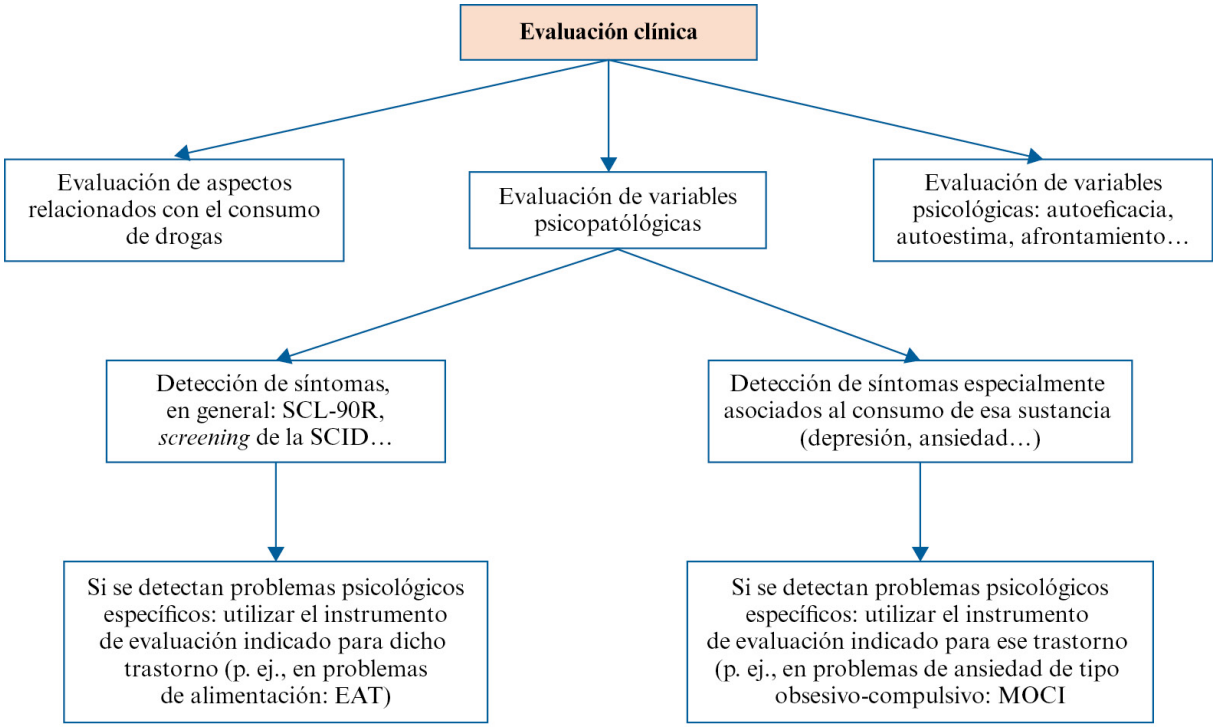



Figura 22.1.—Descripción del procedimiento para la evaluación de la psicopatología asociada.

## 6. MODELOS DE TRATAMIENTO DE LA COMORBILIDAD EN ADICCIONES

El tratamiento cobra una gran relevancia en las personas con comorbilidad entre un TUS y un trastorno mental asociado (Rosenthal, 2013). Tiet y Mausbach (2007), en su revisión sobre el

tratamiento conjunto de los problemas psicopatológicos y el consumo de drogas, indican que, si únicamente hubiera una relación causal entre ambos problemas, cabría esperar que solo aplicando tratamiento a uno mejoraría también el otro, pero sabemos que la realidad no es así.

Existen tres posibles modelos de tratamiento cuando existe comorbilidad: el modelo secuencial, el modelo paralelo y el modelo integrado. En el tratamiento secuencial se trata primero el trastorno más agudo y luego el otro trastorno. Esto lo puede hacer el mismo equipo o con dos equipos terapéuticos, uno para cada trastorno. El tratamiento secuencial es generalmente más apropiado para las manifestaciones más graves del trastorno. En el tratamiento paralelo se trata al paciente simultáneamente en dos lugares distintos, por ejemplo en una Unidad de Alcoholismo y en una Unidad de Salud Mental, y son llevados a cabo por clínicos distintos, interviniendo cada uno de ellos en uno de los trastornos que tiene el individuo. La ventaja de este abordaje es que el clínico de cada dispositivo está muy especializado en el trastorno; la desventaja es que puede haber descoordinación entre profesionales y en la atribución de la causa del trastorno, informaciones contradictorias, etc. Por último, en el tratamiento integrado el paciente recibe tratamiento para todos los problemas que presenta por parte de un mismo equipo terapéutico que tiene conocimientos y experiencia en el tratamiento del abuso de sustancias y de los trastornos mentales, así como de su interrelación.

Hasta hace poco tiempo, el tratamiento del consumo de drogas y la psicopatología que presentaba el individuo se realizaba principalmente basándose en los modelos secuencial y paralelo. En el modelo secuencial, el primer paso es estabilizar y tratar la psicopatología que presenta el individuo y, a continuación, se le remite a otro centro en el que se aborda el problema con el consumo de drogas. En el modelo paralelo, el individuo recibe tratamiento para los problemas psicopatológicos en un centro, y al mismo tiempo acude a otro en el que recibe tratamiento para los

problemas con el consumo de drogas. Estudios previos, como los recogidos en Weiss (2004) y Becoña et al. (2009), confirman que el abordaje conjunto de ambos trastornos mejora los resultados del tratamiento, ya que facilita la adherencia al tratamiento, disminuye el número de ingresos hospitalarios y reduce el consumo de drogas (Weiss, 2004; Weiss y Connery, 2011). Además, el tratamiento en dispositivos separados puede tener consecuencias negativas para el individuo y se perpetúan actitudes inadecuadas, como que los profesionales de salud mental no aborden el problema con el consumo de drogas (porque consideran que no es parte de su trabajo) o lo consideran como algo secundario, y viceversa, que los profesionales de los centros de adicciones no intervengan sobre los problemas psicopatológicos que presenta el individuo y que opten por derivarlo a un dispositivo de salud mental o considerar que estos problemas simplemente son consecuencia del consumo de drogas, por lo que no merecen una especial atención (Drake et al., 2008; Kavanagh y Connolly, 2009b). El principal problema de este tipo de abordajes es que apenas hay comunicación y organización entre ambos dispositivos.

## 7. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA COMORBILIDAD EN ADICCIONES

Con respecto a las técnicas psicológicas utilizadas, el estudio de Drake et al. (2008) revisó diversos tratamientos de tipo psicosocial para personas con problemas con el consumo de sustancias y que también tenían problemas psicopatológicos. Encontraron que el manejo de contingencias, el tratamiento grupal y el tratamiento en régimen residencial son tratamientos probablemente efectivos para este tipo de pacientes. Además, apuntan que es preciso conocer en qué punto del tratamiento está el individuo, estadio de cambio, etc.

El primer objetivo ha de ser la retención del paciente en el tratamiento, para lo que el apoyo asertivo puede ser una herramienta útil, seguido de la motivación para poder abordar el

problema con el consumo de drogas y la psicopatología, siendo las intervenciones individuales y las grupales las más adecuadas. Una vez que el individuo está motivado, es el momento de desarrollar habilidades para el manejo de los problemas que presenta.

Kavanagh y Connolly (2009a) apuntan que el tratamiento integrado de ambos problemas debe basarse en incrementar la motivación, plantear objetivos intermedios de reducción del daño, evitar la confrontación y realizar un seguimiento de la evolución del individuo. Consideran que los estresores ambientales y el conflicto social incrementan el riesgo de una recaída en el consumo de drogas o en la psicopatología asociada. De aquí la necesidad de que el planteamiento del tratamiento sea a largo plazo (Drake et al., 2008). Además, Verheul y Van den Brink (2004) señalan que cuando está presente uno o más trastornos de personalidad, ello obliga a un tratamiento adicional, en el que los principales problemas van a estar en la relación terapéutica, la resistencia al cambio y el abandono del tratamiento.

A partir de la revisión de estudios sobre el tratamiento psicológico de personas con trastorno por consumo de drogas y psicopatología, Becoña et al. (2009) señalan que: 1) la terapia cognitivo-conductual (p. ej., terapia de solución de problemas) es eficaz, a corto plazo, en cuanto a la reducción del consumo de drogas y mejora de las relaciones familiares, en el tratamiento de adolescentes con problemas con el consumo de drogas y problemas psicopatológicos; 2) la terapia cognitivo-conductual (sola o junto con el tratamiento farmacológico) es eficaz en el tratamiento de personas que presentan, junto al consumo de drogas, un trastorno depresivo, aunque parece que al finalizar el tratamiento parte de esta mejoría se pierde; 3) el manejo de contingencias es eficaz en el tratamiento de la dependencia de la cocaína en personas con trastorno de personalidad antisocial, en programas de mantenimiento con metadona; 4) la terapia dialéctica es eficaz en el tratamiento de personas que tienen problemas con el consumo de drogas y un trastorno de personalidad límite; 5) la terapia cognitiva-conductual

es eficaz en el tratamiento de adolescentes con problemas con el consumo de alcohol y tendencia al suicidio, y 6) distintos tratamientos psicológicos (tratamiento cognitivo-conductual y terapia de aceptación y compromiso) son eficaces para el abordaje de los pacientes que presentan problemas con el consumo de sustancias y trastorno por estrés postraumático.

TABLA 22.3

*Aportaciones desde la investigación para el abordaje de la coexistencia de consumo de drogas y psicopatología*

| **Resultados de las investigaciones** | **Recomendaciones para la práctica clínica** |
|---|---|
| Alta prevalencia de consumo de drogas y psicopatología conjuntamente. | Realizar de forma rutinaria la evaluación de la presencia de psicopatología entre los consumidores de drogas. |
| Mayor prevalencia entre los hombres jóvenes. | Diseñar programas que sean atractivos y de fácil acceso para los grupos de riesgo. |
| Frecuentemente hay más de dos áreas sobre las que intervenir (no solo es dual). | En la evaluación y el diseño de la intervención deben tenerse en cuenta toda la problemática que presenta el individuo. |
| El tabaco es usado con más frecuencia entre esta población y tiene graves consecuencias para la salud. | Abordar en el tratamiento todos los problemas con el consumo de drogas, incluyendo el tabaco. |
| Las relaciones que se establecen entre el consumo de drogas y la psicopatología son muy variadas. | Necesidad de realizar el análisis funcional para el diseño de la intervención. |
| Influencia mutua entre el consumo de drogas y la psicopatología. | Tener en cuenta la comorbilidad en la evaluación y el tratamiento.<br><br>Realizar tratamientos integrados. |

| Resultados de las investigaciones | Recomendaciones para la práctica clínica |
|---|---|
| | Proporcionar a los profesionales habilidades y conocimientos necesarios para el manejo de este tipo de pacientes. |
| No es adecuado que el tratamiento de estos pacientes se lleve a cabo desde distintos centros o servicios. | Proporcionar tratamientos que sean coherentes, accesibles y de calidad.<br><br>Que un único equipo de profesionales sea responsable del tratamiento integral del paciente.<br><br>Si el tratamiento se realiza desde distintos dispositivos, debe llevarse a cabo coordinadamente. |
| La presencia de problemas con el consumo de drogas y psicopatología implica cambios en el abordaje de la motivación. | Se deben de incrementar los incentivos para el cambio y la búsqueda de tratamiento y, de manera habitual, aplicar intervenciones motivacionales.<br><br>Aplicar refuerzos externos incrementa la retención en el tratamiento y alcanzar de forma más rápida los objetivos, pero es importante desarrollar el refuerzo interno para el mantenimiento. |
| Los logros iniciales pueden ser inestables y parciales, pero a largo plazo el éxito del tratamiento es posible. | La retención en el tratamiento como objetivo a trabajar.<br><br>Proporcionar apoyo cuando el riesgo de recaída es elevado.<br><br>Hacer una planificación a largo plazo, hasta que los logros alcanzados sean estables.<br><br>Reconocer y reforzar los logros parciales o transitorios. |
| Las recaídas pueden ser consecuencia del estrés y de conflictos. | Evitar la confrontación.<br><br>Detectar e intentar abordar las reacciones sociales negativas.<br><br>Considerar el entrenamiento en manejo del estrés y la resistencia al uso de sustancias cuando hay un estado disfórico. |

FUENTE: modificado de Kavanagh y Connolly (2009a).

Por su parte, Alameda et al. (2002) indican que el abordaje terapéutico de la comorbilidad debe contemplar los siguientes aspectos:

1. La comorbilidad en adicciones es una situación clínica habitual, por lo que debe detectarse y abordarse precozmente.
2. Cada trastorno debe ser valorado y diagnosticado, para desarrollar un tratamiento específico en cada caso. Ningún trastorno debe minimizarse, aun tratándose de un trastorno inducido o un efecto esperable por el consumo de la droga. Se deben tratar de forma eficaz ambos trastornos.
3. La valoración de ambos trastornos debe comenzar tan pronto como sea posible, para evitar que el retraso en la evaluación repercuta negativamente en el tratamiento.
4. Los recursos deben prepararse para abordar a pacientes con diferentes niveles de motivación y diferentes tipologías de patología dual.
5. La naturaleza de la drogadicción, especialmente cuando coexiste con otra psicopatología, necesita abordarse a largo plazo, primando el vínculo terapéutico entre paciente y profesionales, debido a que la adherencia cobra especial relevancia.
6. En los casos en que los pacientes sean atendidos por las dos redes asistenciales a la vez, a través de un modelo en paralelo, los profesionales que intervienen en el caso deben mantener una estrecha coordinación. La relación terapéutica debe cuidar diversos aspectos con la finalidad de incrementar la adherencia al tratamiento. Debe construirse a partir de que el paciente goce de una situación de tranquilidad, que confíe en la confidencialidad de la información, que reciba un constante *feedback* para que conozca la evolución, que el paciente sea consciente de que el tratamiento es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, que la familia del paciente

tenga acceso al equipo terapéutico para abordar en el momento más adecuado los conflictos o dudas en relación a la comorbilidad, y diseñar objetivos de intervención con una celeridad en la consecución de esos objetivos adecuados a la psicopatología concomitante. Por esta razón, el empleo de normas rígidas y la utilización de estrategias de confrontación están desaconsejadas en el tratamiento de los pacientes con patología dual. Particularmente, debemos destacar las diferencias observables en el tratamiento de las adicciones cuando se trata de un paciente que presenta un trastorno de la personalidad. Fundamentalmente, se trata de adecuar las variables que influyen en el desarrollo de la intervención a las peculiaridades de la psicopatología del eje II.

Más recientemente, se han publicado distintas guías clínicas sobre el abordaje de la comorbilidad entre el trastorno por consumo de sustancias y otros trastornos mentales. Así, en la de San et al. (2019), utilizando los estrictos criterios de la *Cochrane Collaboration,* apenas se encuentran tratamientos eficaces para el abordaje de la comorbilidad. Disponemos de tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces tanto para los trastornos mentales como para los trastornos por consumo de sustancias, pero cuando aplicamos estos mismos tratamientos a personas con comorbilidad los resultados no muestran que haya mayor eficacia al utilizar unos u otros. Es un campo que exige nuevas investigaciones, pero su realización es compleja, fundamentalmente por la gran variabilidad que presentan las personas con comorbilidad (p. ej., una persona puede presentar más de dos trastornos clínicos). De igual modo, destaca el protocolo de tratamiento elaborado inicialmente por el *Center for Substance Use Treatment* (CSASP) (Sacks y Ries, 2005), que ha sido recientemente actualizado (Sacks y Ries, 2020) para el tratamiento de la comorbilidad. Estas recientes publicaciones indican que estamos ante un tema relevante y que es necesario un

adecuado abordaje terapéutico para el mismo, dadas las negativas implicaciones que tiene la persona que presenta comorbilidad.

A pesar de la complejidad de estos pacientes, y de la necesidad de seguir investigando para la mejora de los tratamientos disponibles, lo que sí sabemos es que el tratamiento consigue mejoras, aunque no siempre se logra el abandono del consumo de sustancias (Alegría et al., 2019).

## 8. CONCLUSIONES

Es preciso tener una visión comprensiva y global de la persona que demanda tratamiento por problemas con el consumo de drogas. No debemos limitarnos a un análisis segmentado de la persona (por partes), sino que debemos realizar un análisis funcional para diseñar la intervención en el que figuren todos los problemas que presenta, desde el consumo de drogas a los problemas psicopatológicos, interpersonales y laborales (Solomon, 1996).

No se puede abordar a todas las personas que demandan tratamiento por consumo de drogas junto con otros problemas psicopatológicos como una categoría única. En cada caso, las relaciones etiológicas que se establecen entre ambos trastornos son diferentes.

De todas formas, debemos subrayar que: 1) determinados problemas psicopatológicos, como la depresión y la ansiedad, son en muchos casos consecuencia de los problemas derivados del consumo de drogas, por lo que la intervención sobre el consumo produce una mejoría en la psicopatología. En algunos casos, debido a la intensidad de esa psicopatología, se precisa una intervención específica; 2) en las personas que presentan problemas psicóticos, en algunos casos estos están producidos por el consumo de sustancias psicoactivas (p. ej., trastorno psicótico inducido) y, en otros, como en el caso de la esquizofrenia, el individuo puede estar consumiendo estas sustancias para afrontar algunas de las dificultades que produce el trastorno, y 3) los trastornos de

personalidad límite y antisocial, se caracterizan por rasgos que están muy relacionados con el consumo de drogas (como la impulsividad); de ahí la alta prevalencia de estos trastornos de personalidad entre los consumidores de drogas.

El tratamiento de los TUS que presentan psicopatología asociada implica un abordaje global del individuo, diseñando la intervención partiendo de una visión en conjunto, seleccionando entre los recursos terapéuticos (psicológicos y farmacológicos) más indicados para cada individuo. Como se ha indicado antes, la persona que consume drogas y tiene al mismo tiempo un trastorno psicopatológico debe recibir tratamiento en un sistema integrado, en el que se aborde la problemática de forma conjunta y simultánea. Por esta razón, se debe insistir en la necesidad de formación adecuada de los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones, con el fin de evitar la innecesaria derivación de la persona de un recurso a otro.

A pesar de la enorme heterogeneidad y complejidad que presentan los pacientes con TUS y con otro trastorno mental, ha habido avances importantes en el conocimiento de este fenómeno en los últimos años (Hesse, 2009; Roncero y Casas, 2016; Ross, 2015; San et al., 2019). No obstante, aún se requiere de más investigaciones para mejorar los procedimientos de evaluación y la efectividad de los tratamientos en este tipo de población.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS


Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cocaína, cannabis y heroína*. Síntesis.

Donovan, A. L. y Bird, S. A. (eds.) (2019). *Substance use and the acute psychiatric patient*. Springer.

Sachs, S. y Ries, R. K. (2020). *Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders, Updated 2020*. SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Administration.

San, L., Bernardo, M. y Arrojo, M. (coord.) (2019). *Guía de práctica clínica. Tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias*. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.

Solomon, J., Zimberg, S. y Shollar, E. (eds.) (1996). *Diagnóstico dual*. Ediciones en Neurociencias.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alameda, J., Arenas, F., Blanco, F., del Río, F., Ramírez, J., Sanza, S., Tenorio, J. y Zambrana, J. (2002). *Protocolo de actuación conjunta entre los equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Alegría, M., Falgas-Bague, I., Collazos, F., Carmona Camacho, R., Lapatin Markle, S., Wang, Y., Baca-García, E., Lê Cook, B., Chavez, L. M., Fortuna, L., Herrera, L., Qureshi, A., Ramos, Z., González, C., Aroca, P., Albarracín García, L., Cellerino, L., Villar, A., Ali, N., Mueser, K. T. y Shrout, P. E. (2019). Evaluation of the Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action Among Latino Immigrants With Co-occurring Mental Health and Substance Misuse Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open, 4,* e186927.

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.

Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R. y Tomás, V. (2009). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol.

Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cocaína, cannabis y heroína*. Síntesis.

Berkson, J. (1946). Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. *Biometrics Bulletin, 2*(3), 47-53.

Caetano, R. (2015). A decade after NESARC: What has it told us? *Addiction, 110,* 375- 377.

Compton, W. M., Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A. y Spitznagel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry, 160,* 890-895.

Compton, W. M., Thomas, Y. N., Stinson, F. S. y Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry, 64,* 566-576.

Cosci, F. y Fava, G. A. (2011) New clinical strategies of assessment of comorbidity associated with substance use disorders. *Clinical Psychology Review, 31,* 418-427.

Degenhardt, L., Bharat, C., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Scott, K., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., de Jonge, P., Karam, E. G., Karam, G. E. … y WHO World Mental Health Survey Collaborators (2019). The epidemiology of drug use disorders cross-nationally: Findings from the WHO's World Mental Health Surveys. *International Journal on Drug Policy, 71*, 103-112.

Drake, R. E., O´Neal, E. L. y Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34,* 123-138.

Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Chou, S. P. y Grant, B. F. (2012). Sex differences in prevalence and comorbidity of alcohol and drug use disorders: Results from Wave 2 of

the National Epìdemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 73,* 938-950.

González, E., Arias, F., Szermabn, N., Vega, P., Mesias, B. y Basurte, I. (2019). Coexistence between personality disorders and substance e use disorder. Madrid study about prevalence of dual pathology. *Actas Españolas de Psiquiatría, 47,* 218-228.

Gossop, M., Marsden J., Stewart, D. Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. ... y Segar, G. (1998). Substance use, health and social problems of services users at 54 drug treatment agencies. Intake data from de National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry, 173,* 166-171.

Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung. J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Smith, S. M., Huang, B. y Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry, 72,* 757-766.

Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. … y Pickering R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 65,* 948-958.

Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P. y Ian, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry, 61,* 807-816.

Harris, M. G., Bharat, C., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J. M., Cia, A. H., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hinkov, H., Karam, E. G., Karam, G., Lee, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Makanjuola, V., McGrath, J. … y World Health Organization's World Mental Health Surveys collaborators (2019). Cross-national patterns of substance use disorder treatment and associations with mental disorder comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys. *Addiction, 114,* 1446-1459.

Hasin, D. S. y Grant, B. F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condictions (NESARC) waves 1 and 2: Review and summary of findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50,* 1609-1640.

Hasin, D. y Kilcoyne, B. (2012). Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: Current issues and findings from the NESARC. *Current Opinion in Psychiatry, 25,* 165-171.

Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M. y Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry, 75,* 336-346.

Hesse, M. (2009). Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry, 9,* 6.

Jacobsen, L. K., Southwich, S. M. y Kosten, T. (2011). Substance use disorders in patient with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry, 158,* 1184-1190.

Kavanagh, D. J. y Connolly, J. M. (2009a). Interventions for co-ocurring addictive and other mental disorders (AMDs). *Addictive Behaviors, 34,* 838-845.

Kavanagh, D. J. y Connolly, J. M. (2009b). Assessment of co-occurring addictive and other mental disorders. En P. M. Miller (ed.), *Evidence based addiction treatment* (pp. 89-117). Academic Press.

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry, 142,* 1259-2364.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4,* 231-244.

López, A., Becoña, E., Lloves, M., Moneo, A., Vieitez, I., Cancelo, J. y Díaz, E. (2007). Evolución del tratamiento y consumo en personas con dependencia de la cocaína, a los doce meses, en función de la psicopatología asociada y el funcionamiento cotidiano. *Adicciones, 19,* 251-266.

McGrath J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., Holtz, Y., Agerbo, E., Momen, N. C., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., de Girolamo, G., De Vries, Y. A., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M. … y de Jonge, P. (2020). Comorbidity within mental disorders: a comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiological Psychiatric Science, 29,* e153.

Meyer, R. E. (1986). How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: Another example of the chicken and the egg. En R. E. Meyer (ed.), *Psychopathology and addictive disorders* (pp. 3-16). The Guilford Press.

Miles, H., Johnson, S., Amponsah-Afuwape, S., Finch, E., Leese, M. y Thornicroft, G. (2003). Characteristics of subgroups of individuals with psychothic illness and a comorbid substance use disorder*. Psychiatric Services, 54,* 554-581.

Modesto-Lowe, V., Pierucci-Lagha, A. y Kranzler, H. R. (2004). Subtance abuse and mood disorders. En H. R. Kranzler y Tinsley, J. A. (eds.), *Dual diagnosis and psychiatric treatment* (pp. 157-191). Marcel Dekker.

Mueser, K. T., Yarnold, P. R. y Bellack, A. S. (1992). Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 85,* 48-55.

Murthy, P., Mahadevan, J.y Chand, P. K. (2019). Treatment of substance use disorders with co-ocurring severe mental health disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 32,* 293-299.

Nunes, E., Hasin, D. y Blanco, C. (2004). Substance abuse and psychiatric comorbidity: Overview of diagnostic methods, diagnostic criterio, structured and semi-structured intrerview and diagnostic markers. En K. R. Kranzler y J. A. Tinsley (eds.), *Dual diagnosis and treatment: Substance abuse and comorbid disorders* (2.º ed.) (pp. 61-101). Marcel Dekker.

Painter, J. M., Malte, C. A., Rubinsky, A. D., Campellone, T. R., Gilmore, A. K., Baer, J. S. y Hawkins, E. J. (2018). High inpatient utilization among Veterans Health Administration patients with substance-use disorders and co-occurring mental health conditions. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse, 44,* 386-394.

Pedrero, E. J., Puerta, C., Segura, I. y Osorio, S. M. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos, 6,* 176-191.

Pereiro, C., Pino, C., Flórez, G., Arrojo, M., Becoña, E. y COPSIAD Group (2013). Psychiatric comorbidity in patients from the addictive disorders assitance units of Galicia: The COPSIAD Study. *Plos One, 8,* e66451.

Roncero, C. y Casas, M. (eds.) (2016). *Patología dual. Fundamentos clínicos y terapéuticos*. Mage Books.

Rosenthal, R. N. (2013). Treatment of person with substance use dissorder and co-ocurring other mental disorders. En B. S. McCrady y E. E. Epstein (eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 659-707). Oxford University Press.

Ross, S.(2015). Substance abuse and mental illness. En M. Galanter, H. D. Kleber y K. T. Brady (eds.), *The American Pychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (5th ed., 805-824). American Psychiatric Publishing.

Rubio, G. y Santo-Domingo, J. (1999). Trastornos psiquiátricos en poblaciones con abuso de drogas. Diagnóstico, modificación del curso y tratamiento. En S. Delgado, J. M. Torrecilla y J. Cabrera (coord.), *Medicina legal en drogodependencias* (pp. 207-239). Agencia Antidroga, Ediciones Harcourt.

Sacks, S. y Ries, R. K. (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-ocurring disorders*. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Sacks, S. y Ries, R. K. (2020). *Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders, Updated 2020*. SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Administration.

San, L. (2003). *Consenso de la SET sobre patología dual*. Madrid: Ars Médica.

San, L., Bernardo, M. y Arrojo, M. (coord.) (2019). *Guía de práctica clínica. Tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias*. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.

Silverman, B. C., Najavits, L. M. y Weiss, R. D. (2016). Co-occurring substance use disorders and other psychiatric disorders. En A. H. Mack, K. T. Brady, S. I. Miller y R. J. Frances (eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (4.º ed.) (pp. 292-326). Guildford Press.

Solomon, J. (1996). Tratamiento de los problemas agudos en el paciente con diagnóstico dual. Uso de sustancias y psiquiatría. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (eds.), *Diagnóstico dual*. Ediciones en Neurociencias.

Tiet, Q. y Mausbach, B. (2007). Treatment for patients with dual diagnosis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31,* 513-536.

Verheul, R. y Van den Brink, W. (2004). Comorbidity of personality disorders and substance use disorders. En H. R. Kranzler y J. A. Tinsley (eds.), *Dual diagnosis and psychiatric treatment* (pp. 261-316). Marcel Dekker.

Weiss, R. D. (2004). Treating patients with bipolar disorder and substance dependence: Lessons learned. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27,* 307-312.

Weiss, R. D. y Connery, H. S. (2011). *Integrated group therapy for bipolar disorder and substance abuse*. Guildford Press.

Weiss, R. D., Najavits, L. M. y Mirin, S. M. (1998). Substance abuse and psycyhiatric disorders. En R. J. Frances y S. I. Miller (eds.), *Clinical textbook of addictive behaviours* (2.º ed.) (pp. 291-318). Guildford Press.

Ziedonis, D. M., Smelson, D., Rosenthal, R. N., Batki, S. L., Green, A. I., Henry, R. J., Montoya, I., Parks, J. y Weiss, R. D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *Journal of Psychiatric Practice, 11*(5), 315-339.

Edición en formato digital: 2022

Director: Francisco J. Labrador

© Roberto Secades-Villa (Coord.), Gloria García-Fernández (Coord.), Sergio Fernández Artamendi (Coord.)
© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2022
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
www.edicionespiramide.es

ISBN ebook: 978-84-368-4709-3

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.