

02

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Adultos

Elena Montes Velasco

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Psicóloga clínica en el ESH de Cuidados Paliativos del
Hospital Universitario de Getafe.
Máster en Psicología del deporte.

Juan Antequera Iglesias

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

José Luis Santos Ruiz

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo Hospitalario
de Toledo.
Hospital Virgen de la Salud. SESCAM.

Pedro García Sánchez

Residente en Psicología Clínica.

Luis Javier Sanz Rodríguez

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara.
SESCAM.

Juan Jesús Muñoz García

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Coordinador de
Rehabilitación del Área de Salud Mental del
Hospital San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid).
Especialista en Psicología Forense y Neuropsicología.
Tutor PIR.

Julia Castellanos Segado

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Máster en Terapias Psicológicas de Tercera Generación.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario La Paz, Madrid.

MANUAL DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Adultos

ISBN obra completa: 978-84-10149-36-6

ISBN: 978-84-10149-58-8

Depósito Legal: M-9285-2026

EDICIÓN: Febrero 2026

Diseño de la cubierta: Rosa Ruiz Girón

Impresión: FRAGMA S.L.

© CEDE

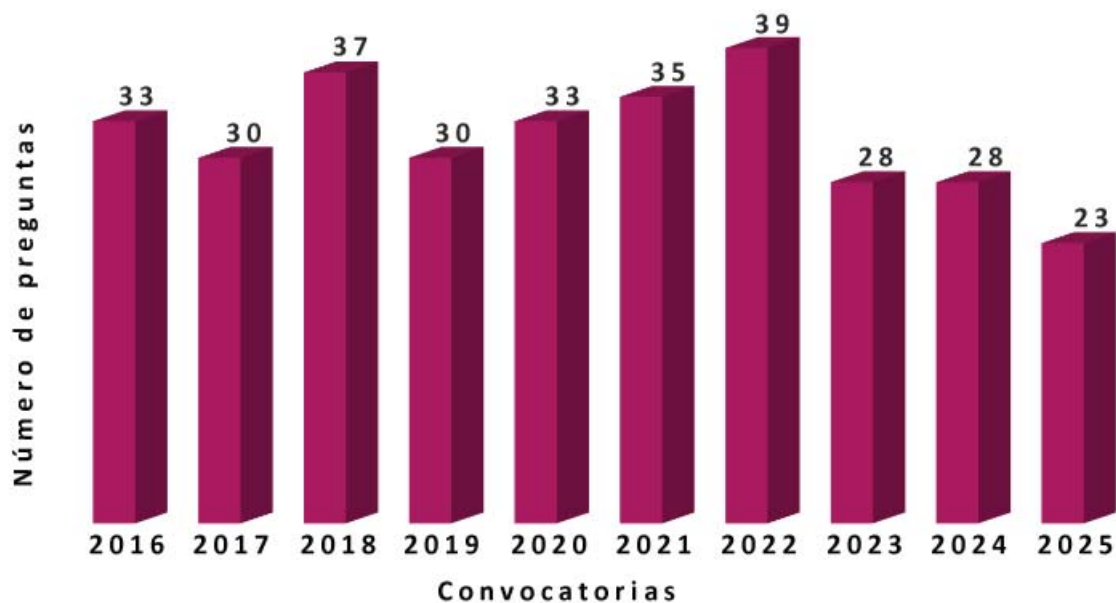
Todos los materiales de estudio elaborados, editados y publicados por CeDe son de uso exclusivo para sus alumnos.

Reservado todos los derechos. No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopias, por registro u otros métodos, sin el permiso por escrito de CeDe.

Dirigirse a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

02. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Adultos

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR CONVOCATORIA Y TEMA



Temas	Convocatorias	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
02.00. ÉTICA Y DEONTOLOGÍA PROFESIONAL		0	0	0	0	0	0	0	0	4	3
02.01. TRATAMIENTOS PARA TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS: DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNO AMNÉSICO		0	0	0	0	3	1	0	0	0	0
02.02. TRATAMIENTOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES		3	5	6	2	3	5	3	7	3	1
02.03. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD		7	0	6	5	3	0	1	3	0	3
02.04. TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES		0	1	1	0	1	0	1	3	1	0
02.05. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA PSICOSIS		6	10	9	7	5	2	8	4	8	2
02.06. TRATAMIENTOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS		1	0	2	1	0	3	4	1	2	3
02.07. TRATAMIENTOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y RELACIONADOS		2	2	2	3	1	3	3	0	2	0
02.08. TRATAMIENTOS TRASTORNOS AFECTIVOS		8	4	4	5	3	7	6	1	2	3
02.09. TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS		0	1	0	1	1	2	1	0	0	3
02.10. TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS		0	0	0	0	2	2	0	0	0	0
02.11. TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTO GÉNERO		3	2	2	1	2	4	2	3	0	2
02.13. TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA		0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
02.14. TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
02.15. TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD		3	4	5	2	6	2	7	5	6	1
Total de preguntas por convocatoria		33	30	37	30	33	35	39	28	28	23

ÍNDICE GENERAL

02 00. ÉTICA Y DEONTOLOGÍA PROFESIONAL

1. INTRODUCCIÓN.....	21
2. ÉTICA Y DEONTOLOGÍA: BIOÉTICA	21
3. LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	25
4. CONFIDENCIALIDAD	26
5. LOS LÍMITES PROFESIONALES.....	30
6. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN	31
7. INTERVENCIÓN CON MENORES.....	33
8. EL INFORME PERICIAL.....	34

02 01. TRATAMIENTOS PARA TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS: DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNO AMNÉSICO

1. INTRODUCCIÓN.....	41
2. DELIRIUM	41
2.1. Tratamiento del delirium.....	41
3. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR Y LEVE	42
3.1. Introducción.....	42
3.2. Tratamiento del TNC. Cuestiones generales	43
3.3. Tratamiento de los TNC. Subtipos	43
3.3.1. Intervención farmacológica	43
a. TNC debido a Enfermedad de Alzheimer	44
b. TNC debido a enfermedad de Parkinson.....	44
c. TNC con cuerpos de Lewy.....	44
d. TNC vascular	44
e. Otras	45
3.3.2. Intervención psicosocial.....	45
a) Síntomas cognitivos.....	46
b) Síntomas emocionales	47
c) Síntomas conductuales.....	47
d) Intervenciones centradas en el cuidador	48
3.3.3. Tendencias futuras	48
4. TRASTORNO AMNÉSICO	49
4.1. Introducción.....	49
4.2. Tratamiento de Trastornos amnésicos.....	49

02 02. TRATAMIENTOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES

1. INTRODUCCIÓN.....	57
1.1. Trastorno dual. Tratamiento	57
2. PERSPECTIVA GENERAL DE TRATAMIENTO	58
2.1. Perspectiva motivacional u orientada al cambio	58
2.1.1. Modelo transteórico (Prochaska y Diclemente)	58
2.1.2. Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick).....	61

02. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Adultos

2.2. Terapia cognitivo conductual (TCC).....	64
2.3. Prevención de recaídas.....	65
2.4. Manejo de contingencias.....	69
2.5. Adaptación a contextos específicos.....	69
3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS.....	70
3.1. Alcohol.....	71
3.1.1. Tratamiento farmacológico.....	72
3.1.2. Tratamiento psicológico.....	72
3.2. Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.....	79
3.3. Opiáceos.....	79
3.3.1. Tratamiento farmacológico.....	79
3.3.2. Tratamiento psicológico.....	80
3.4. Estimulantes.....	80
3.5. Tabaco.....	82
3.5.1. Tratamientos psicológicos.....	84
3.5.2. Tratamientos desarrollados en el contexto médico.....	86
3.5.3. Tratamientos desarrollados en el contexto comunitario o social.....	86
3.6. Cannabis.....	86
4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA ADICCIONES CONDUCTUALES.....	87
4.1. Trastorno por juego.....	88
4.1.1. Programas de prevención.....	89
4.1.2. Intervenciones autodirigidas.....	90
4.1.3. Intervenciones motivacionales y otras estrategias psicosociales.....	91
4.1.4. Protocolos de intervención individual y grupal en TJ basados en TCC.....	91
4.1.5. Tratamiento farmacológico.....	95
4.1.6. Conclusiones.....	95
4.2. Trastornos por uso de videojuegos y otras adicciones conductuales.....	96

02 03. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1. INTRODUCCIÓN.....	102
2. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS.....	102
2.1. Tratamientos farmacológicos para el trastorno de pánico y la agorafobia.....	102
2.2. Tratamientos farmacológicos para las fobias específicas.....	103
2.3. Tratamientos farmacológicos para el trastorno de ansiedad social.....	103
2.4. Tratamientos farmacológicos para el trastorno de ansiedad generalizada.....	103
3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.....	105
3.1. Tratamientos psicológicos para el trastorno de pánico y la agorafobia.....	107
3.1.1. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales.....	108
3.1.2. Entrenamiento en respiración.....	111
3.1.3. Relajación aplicada.....	112
3.1.4. Tratamiento por exposición en vivo.....	112
3.1.5. Tratamiento por exposición a través de realidad virtual.....	114
3.1.6. Inervación vagal.....	115
3.1.7. Terapia intensiva focalizada en las sensaciones.....	115
3.1.8. Tratamiento cognitivo-conductual de aceptación incrementada para el pánico.....	115
3.2. Tratamientos psicológicos para las fobias específicas.....	116
3.2.1. Exposición en vivo.....	117
3.2.2. Realidad virtual.....	120
3.2.3. Tensión.....	120
3.2.4. Programas de tratamientos para diversas fobias específicas.....	120

3.3. Tratamientos psicológicos para el trastorno de ansiedad social	122
3.3.1. Tratamiento por exposición.....	124
3.3.2. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales.....	125
3.3.3. Entrenamiento en habilidades sociales.....	128
3.3.4. Técnicas para el abordaje del trastorno de ansiedad social desde el enfoque transdiagnóstico.....	129
3.3.5. Tendencias futuras	131
3.4. Tratamientos psicológicos para el trastorno de ansiedad generalizada.....	131
3.4.1. Programas multicomponentes cognitivo-conductuales.....	132
3.4.2. Entrenamiento en manejo de ansiedad	136
3.4.3. Relajación aplicada.....	137
3.4.4. Nuevas aproximaciones	137

02 04. TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

1. INTRODUCCIÓN.....	144
1.1. Comorbilidad en psicopatología y concepto de transdiagnóstico.....	144
1.2. Modelo de la triple vulnerabilidad de Barlow.....	145
1.3. Modelo transdiagnóstico jerárquico de los trastornos emocionales	146
2. IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS DEL ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO	149
2.1. Evaluación y diagnósticos desde el protocolo Unificado.....	150
2.2. Tratamiento Unificado de Barlow para los trastornos emocionales.....	152
2.3. Protocolo transdiagnóstico de McEvoy y Nathan para los trastornos de ansiedad y afectivos.....	155
2.4. Proyecto PsicAP	155
2.5. Protocolo transdiagnóstico de Norton para los trastornos de ansiedad	157
2.6. F-SET (False Safety Behavior Elimination Therapy).....	158
2.7. MAG (Mixed Anxiety Group)	158
2.8. Emotion-Regulation.....	159

02 05. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA PSICOSIS

1. INTRODUCCIÓN.....	164
2. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS	166
3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS	168
3.1. Intervenciones en el nivel de organización de los servicios y de la asistencia.....	168
3.1.1. Rehabilitación psicosocial.....	168
3.1.2. Gestión de casos	173
3.1.3. Tratamiento asertivo comunitario.....	176
3.1.4. Terapia personal de Hogarty.....	178
3.1.5. Diálogo abierto.....	180
3.2. Tratamientos psicológicos con apoyo empírico para la psicosis.....	182
3.2.1. Prevención en psicosis: estados mentales de alto riesgo.....	183
3.2.2. Intervenciones familiares psicoeducativas.....	185
3.2.3. Tratamientos cognitivo-conductuales para los delirios y las alucinaciones	189
3.2.4. Paquetes integrados multimodales	192
3.2.5. Rehabilitación cognitiva	198
3.2.6. Entrenamiento en habilidades sociales.....	203
3.2.7. Psicoeducación para personas vulnerables a la psicosis	208
3.2.8. Terapia del cumplimiento.....	210

3.2.9. Arteterapia	210
3.2.10. Recomendaciones	211
3.3. Nuevas aproximaciones en el tratamiento de la psicosis.....	212
3.3.1. Terapias contextuales para la psicosis	212
3.3.2. Enfoques terapéuticos para la mejora de las voces	222
3.3.3. Las nuevas tecnologías para la recuperación funcional de las personas con psicosis.....	224
4. TRATAMIENTO SEGÚN LAS FASES DE LA ESQUIZOFRENIA	227
4.1. Fases precoces de la psicosis: psicosis incipiente.....	230
4.1.1. Fase de estado mental de alto riesgo.....	230
4.1.2. Fase de primer episodio psicótico.....	232
4.1.3. Fase de recuperación tras el primer episodio	233
4.2. Fases del trastorno de la esquizofrenia	239
4.2.1. Fase aguda	239
4.2.2. Fase de estabilización	240
4.2.3. Fase estable	241
5. SITUACIONES ESPECIALES	243
5.1. Trastornos relacionados con el uso de sustancias.....	244
5.2. Esquizofrenia y suicidio.....	245
5.3. Conducta violenta	246
5.4. Síntomas depresivos.....	246
5.5. Síntomas negativos.....	247
5.6. Pacientes sin hogar.....	248
5.7. Trauma y psicosis.....	248

02 06. TRATAMIENTOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS

1. INTRODUCCIÓN	254
2. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS.....	257
2.1. Antidepresivos	258
2.2. Estabilizadores del ánimo	258
2.3. Benzodiacepinas	258
2.4. Antipsicóticos.....	258
3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.....	259
3.1. Tratamientos centrados en el trauma	259
3.1.1. Terapia de exposición	259
3.1.2. Terapia cognitiva	264
3.1.3. Terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma	268
3.1.4. EMDR	268
3.2. Tratamientos no centrados en el trauma	272
3.2.1. Entrenamiento en inoculación de estrés.....	272
3.2.2. Terapia dialéctica conductual.....	272
3.2.3. Terapia centrada en el presente	273
3.2.4. Relajación	273
3.2.5. Meditación, mindfulness o atención plena.....	273
3.3. Otros tratamientos	274
3.3.1. Terapia de ensayo en imaginación	274
3.3.2. Debriefing psicológico	275
3.3.3. En busca de la seguridad.....	276
3.3.4. Intervenciones a través de internet.....	277
4. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS.....	277

02 07. TRATAMIENTOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y RELACIONADOS

1. TOC	285
1.1. Tratamiento biológico	285
1.2. Tratamiento psicológico	286
1.2.1. Exposición con prevención de respuesta (EPR)	288
1.2.2. Terapia cognitiva.....	292
1.2.3. Terapia cognitivo-conductual	296
1.2.4. Terapia metacognitiva.....	296
1.2.5. Terapia de aceptación y compromiso	297
1.2.6. Mindfulness.....	297
1.2.7. Conclusiones	297
2. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	298
2.1. Intervención farmacológica.....	298
2.2. Intervención psicológica	298
3. TRASTORNOS POR COMPORTAMIENTOS REPETITIVOS FOCALIZADOS EN EL CUERPO (TRICOTILOMANÍA/EXCORIACIÓN)	303

02 08. TRATAMIENTOS TRASTORNOS AFECTIVOS

1. TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	307
1.1. Modelos de atención a la depresión.....	307
1.1.1. El modelo escalonado.....	307
1.1.2. La atención colaborativa	307
1.2. Tratamientos biológicos y psicológicos de la depresión.....	307
1.2.1. Tratamientos biológicos	309
1.2.2. Tratamientos psicológicos	315
1.3. Tratamientos para la depresión perinatal.....	328
2. TRATAMIENTOS DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES	331
2.1. Tratamiento farmacológico.....	331
2.2. Tratamiento psicológico	333

02 09. TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS

1. INTRODUCCIÓN.....	347
2. ASPECTOS GENERALES	347
3. TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS	347
3.1. Tratamientos de la hipocondría y/o trastorno de ansiedad por enfermedad	347
3.2. Tratamientos del trastorno de conversión y/o síntomas neurológicos funcionales	351
3.3. Tratamientos del trastorno facticio	351
3.4. Tratamientos del trastorno de somatización	352
3.5. Tratamiento del trastorno por dolor	353
3.5.1. Tratamiento individualizado del dolor crónico	354
3.5.2. Perspectivas futuras en el tratamiento del Trastorno de dolor crónico	355

4. EVIDENCIAS DE LOS TRATAMIENTOS.....	356
4.1. Hipocondría y/o trastorno de ansiedad por enfermedad	356
4.1.1. Tratamientos psicológicos	356
4.1.2. Conclusiones	357
4.2. Trastorno de somatización.....	358
4.2.1. Tratamientos psicológicos	358
4.2.2. Conclusiones	358
4.3. Recomendaciones para el tratamiento de la somatización y la hipocondría.....	358

02 10. TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

1. INTRODUCCIÓN.....	365
2. ASPECTOS GENERALES	365
2.1. Tratamiento orientado por fases	365
2.2. Psicoterapia psicodinámica.....	367
2.3. Psicoeducación	367
3. TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS	367
3.1. Tratamientos del trastorno de identidad disociativo	367
3.1.1. Modelo de Fine	367
3.1.2. Terapia de esquemas	369
3.1.3. Terapia cognitivo-analítica	369
3.2. Tratamientos del trastorno de despersonalización/desrealización.....	369
3.3. Tratamientos para el trastorno de convulsiones disociativas	371
4. EVIDENCIAS DE LOS TRATAMIENTOS	371

02 11. TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

1. INTRODUCCIÓN.....	378
2. ASPECTOS GENERALES	379
2.1. Propuestas terapéuticas: consideraciones.....	379
2.2. Guía ministerial	380
2.2.1. Medidas médicas (renutrición y consejo nutricional).....	380
2.2.2. Terapias psicológicas	381
2.2.3. Tratamiento farmacológico.....	383
3. TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS	385
3.1. Tratamientos de la anorexia nerviosa	385
3.1.1. Objetivos	385
3.1.2. Tratamiento farmacológico.....	385
3.1.3. Tratamiento psicológico	386
3.2. Tratamientos de la bulimia nerviosa.....	389
3.2.1. Objetivos	389
3.2.2. Tratamiento farmacológico.....	389
3.2.3. Tratamiento psicológico	390
3.3. Tratamientos del trastorno de atracones.....	391
3.2.1. Objetivos	391
3.2.2. Tratamiento farmacológico.....	392
3.2.3. Tratamiento psicológico	392
3.4. Programa de tratamiento propuesto para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa	393
3.5. Hospital de día	394

4. EVIDENCIAS DE LOS TRATAMIENTOS.....	395
4.1. Anorexia nerviosa	395
4.1.1. Tratamiento psicológico	396
4.1.2. Tratamiento farmacológico.....	396
4.2. Bulimia nerviosa.....	396
4.2.1. Tratamiento psicológico	397
4.2.2. Tratamiento farmacológico.....	397
4.3. Trastorno de atracones	397
4.3.1. Tratamiento psicológico	397
4.3.2. Tratamiento farmacológico.....	398
4.4. Recomendaciones para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	398

02 12. TRATAMIENTOS PARA LAS DISFUNCIONES SEXUALES, TRASTORNOS PARAFÍLICOS Y DISFORIA DE GÉNERO

1. INTRODUCCIÓN.....	405
2. TRATAMIENTOS DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES	405
2.1. Aspectos y técnicas generales.....	405
2.2. Objetivos de la terapia sexual	406
2.3. Programa de Masters y Johnson	407
2.4. Programa de Hawton	407
2.5. Integración de las terapias sexuales.....	408
2.6. Técnicas específicas	408
2.7. Tratamientos específicos	410
2.8. Recomendaciones para el tratamiento de las disfunciones sexuales	416
3. TRATAMIENTOS DE LOS TRASTORNOS PARAFÍLICOS.....	418
3.1. Tratamientos específicos	418
3.1.1. Tratamientos farmacológicos.....	418
3.1.2. Tratamientos quirúrgicos	418
3.1.3. Tratamientos psicológicos	418
3.2. Recomendaciones para el tratamiento psicológicos de los trastornos parafílicos	420
4. TRATAMIENTOS DE LA DISFORIA DE GÉNERO.....	421

02 13. TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA

1. INTRODUCCIÓN	425
2. EVALUACIÓN	425
3. MODELOS ESPECÍFICOS.....	425
3.1. Modelo de los tres factores	425
3.2. Modelo integrador del insomnio	426
3.3. Modelo conductual interactivo.....	426
4. TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS	426
4.1. Tratamientos farmacológicos	426
4.2. Tratamientos psicológicos: técnicas de modificación de conducta.....	427
4.2.1. Tratamiento conductual de los trastornos de inicio y mantenimiento del sueño (insomnio) ...	427
4.2.2. Tratamiento conductual de los trastornos por somnolencia excesiva.....	431
4.2.3. Tratamiento conductual de los trastornos del ritmo sueño-vigilia	433
4.2.4. Tratamiento conductual de las parasomnias	433
4.3. Tratamiento psicofisiológico: el bio-feedback.....	434

5. PROPUESTA DE TRATAMIENTO.....	436
6. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO	437

02 14. TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

1. INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES	444
2. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA AGRESIVIDAD	444
2.1. Primeros modelos explicativos: psicoanálisis etología y teoría de la frustración-agresión	444
2.2. Aspectos fisiológicos	444
2.2.1. Modelos biológicos	444
2.2.2. Modelos genéticos	445
2.3. Teorías psicológicas.....	445
2.3.1. Teorías conductuales y psicología animal	445
2.3.2. Teoría del Síndrome AHA	445
2.3.3. Teoría social-cognitiva de Bandura.....	445
2.3.4. Modelo general de la agresión de Anderson y Bushman (2002)	445
2.3.5. Teorías cognitivas	445
2.4. Modelo de Barratt (1994) sobre la agresividad impulsiva	446
3. EVALUACIÓN	446
4. TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS	448
4.1. Tratamientos psicológicos y psicosociales.....	448
4.2. Tratamiento farmacológico.....	451
5. TRATAMIENTO ESPECÍFICOS	452
5.1. Tratamiento de la agresividad	452
5.2. Tratamiento de la cleptomanía.....	453
5.3. Tratamiento de la piromanía	454
6. EVIDENCIAS DE LOS TRATAMIENTOS.....	454
6.1. Cleptomanía.....	454
6.2. Piromanía.....	454
6.3. Trastorno explosivo intermitente	455
6.4. Comportamiento sexual compulsivo	455
6.5. Compra compulsiva.....	456
7. PROPUESTA DE TRATAMIENTO.....	456
8. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA	457

02 15. TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. INTRODUCCIÓN.....	465
2. ASPECTOS GENERALES	465
2.1. Visión cognitiva de Beck	465
2.2. Aspectos generales del tratamiento	465
2.3. Dificultades.....	466
2.4. La relación terapéutica.....	467
3. TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS	469
3.1. Terapia basada en la mentalización.....	469
3.1.1. Introducción	469
3.2.2. Características	470
3.1.3. Naturaleza multidimensional	470

3.1.4. Modos no mentalizadores	471
3.1.5. Fases, objetivos y técnicas	472
3.2. Terapia cognitivo-analítica	472
3.3. Terapia metacognitiva	472
3.3.1. Introducción	472
3.3.2. Habilidades fundamentales.....	472
3.3.3. Técnicas de mindfulness desapegado.....	473
3.4. Terapia basada en la transferencia.....	475
3.4.1. Introducción	475
3.4.2. Enfoques para explicar la patología límite	475
3.4.3. La entrevista estructural.....	476
3.4.4. Técnicas.....	476
3.5. Terapias contextuales	477
3.5.1. Introducción: Contextualismo funcional	477
3.5.2. Terapia dialéctico-contextual	478
3.5.2.1. Descripción	479
3.5.2.2. Habilidades a desarrollar	481
3.5.2.3. Reglas.....	482
3.5.2.4. Técnicas DBT	482
3.5.2.5. RO-DBT	484
3.5.2.6. DBT-A	486
3.5.3. Terapia analítico-funcional.....	487
3.5.4. Terapia de aceptación y compromiso	487
3.5.5. Terapia de autocompasión en TLP	488
3.6. Enfoques cognitivos	490
3.7. Terapia del perdón y la reconciliación.....	491
3.8. Enfoques basados en la corriente interpersonal	492
3.9. Otras psicoterapias	493
3.9.1. Psicoterapias individuales.....	493
3.9.2. Psicoterapias grupales.....	494
3.10. Estrategias de abordaje psicológico.....	496
3.11. Tratamiento farmacológico.....	498
4. EVIDENCIAS DE LOS TRATAMIENTOS.....	499
4.1. Terapia basada en la mentalización.....	500
4.2. Terapia basada en la transferencia.....	500
4.3. Terapia dialéctica conductual.....	500
4.4. Terapia centrada en esquemas.....	501
4.5. Otros tratamientos psicológicos especializados.....	501
4.6. Recomendaciones para el tratamiento de los trastornos de la personalidad	502

ÍNDICE

02 02. TRATAMIENTOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES

1. INTRODUCCIÓN.....	57
1.1. Trastorno dual. Tratamiento.....	57
2. PERSPECTIVA GENERAL DE TRATAMIENTO.....	58
2.1. Perspectiva motivacional u orientada al cambio.....	58
2.1.1. Modelo transteórico (Prochaska y Diclemente).....	58
2.1.2. Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick).....	61
2.2. Terapia cognitivo conductual (TCC).....	64
2.3. Prevención de recaídas.....	65
2.4. Manejo de contingencias.....	69
2.5. Adaptación a contextos específicos.....	69
3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS.....	70
3.1. Alcohol.....	71
3.1.1. Tratamiento farmacológico.....	72
3.1.2. Tratamiento psicológico.....	72
3.2. Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.....	79
3.3. Opiáceos.....	79
3.3.1. Tratamiento farmacológico.....	79
3.3.2. Tratamiento psicológico.....	80
3.4. Estimulantes.....	80
3.5. Tabaco.....	82
3.5.1. Tratamientos psicológicos.....	84
3.5.2. Tratamientos desarrollados en el contexto médico.....	86
3.5.3. Tratamientos desarrollados en el contexto comunitario o social.....	86
3.6. Cannabis.....	86
4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA ADICCIONES CONDUCTUALES.....	87
4.1. Trastorno por juego.....	88
4.1.1. Programas de prevención.....	89
4.1.2. Intervenciones autodirigidas.....	90
4.1.3. Intervenciones motivacionales y otras estrategias psicosociales.....	91
4.1.4. Protocolos de intervención individual y grupal en TJ basados en TCC.....	91
4.1.5. Tratamiento farmacológico.....	95
4.1.6. Conclusiones.....	95
4.2. Trastornos por uso de videojuegos y otras adicciones conductuales.....	96

02 02. TRATAMIENTOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES

ORIENTACIONES

Lo más importante de este tema para el examen es conocer:

- ◆ El tema del tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones tiene una importante representación en el examen PIR, con aproximadamente la mitad de las preguntas del primer bloque de clínica correspondientes a este tema.
- ◆ Los tratamientos psicológicos para estos trastornos son indispensables en el momento actual. Los tratamientos farmacológicos han mostrado escasa utilidad.
- ◆ La perspectiva general de tratamiento y, en particular, la entrevista motivacional, que ha sido objeto de pregunta de examen en prácticamente todas las convocatorias de los últimos 10 años.
- ◆ El grado de recomendación de los distintos tratamientos para cada sustancia.
- ◆ Las principales características y los componentes de las intervenciones más importantes para cada sustancia y para el trastorno por juego.

ASPECTOS ESENCIALES

1. El modelo biopsicosocial (o bioconductual) es el marco conceptual con mayor aceptación para explicar las conductas adictivas, integrando los efectos de sustancias, factores contextuales y vulnerabilidad psicológica y biológica del sujeto.
2. Desde este modelo, las contingencias asociadas a las conductas adictivas, juegan un papel determinante en su explicación, pudiendo actuar como reforzadores positivos. Se ha llegado a considerar a la adicción como una “patología del refuerzo”.
3. Resulta importante identificar los recursos sociales y conductuales que pueden actuar como reforzadores alternativos que compitan con estas conductas.
4. Las terapias psicológicas son centrales para el abordaje efectivo de estos trastornos. Habitualmente se combinan componentes para intervenir sobre diferentes factores implicados en el mantenimiento de la adicción.
5. Los tratamientos que han demostrado ser más eficaces hasta el momento son el manejo de contingencias (MC) y las técnicas cognitivo-conductuales (TCC).
6. Entre los componentes más importantes de los tratamientos se encuentran: la motivación para el cambio, el MC, el desarrollo de habilidades y facilitar las relaciones interpersonales más adaptativas.
7. Mientras que las técnicas basadas en el MC suelen utilizar incentivos o contingencias artificiales que pueden ser manipuladas de forma precisa, otros tratamientos que manejan contingencias naturales son cruciales para mantener la abstinencia a largo plazo (entrenamiento en habilidades sociales, habilidades para el rechazo de drogas, cambios en el estilo de vida, terapia familiar, etc.). A pesar de ello, las tasas de recaída siguen siendo elevadas a largo plazo.
8. Las pruebas bioquímicas de detección inmediata (como los reactivos en orina) pueden ser esenciales para monitorizar la conducta y aplicar refuerzos.
9. Los objetivos terapéuticos deben ser individualizados y el tratamiento integral y adaptado, especialmente si presenta psicopatología asociada.
10. El DSM-5-TR y la CIE-11 incluyen adicciones conductuales que no implican el consumo de sustancias, como son el trastorno por juego/juego de apuestas y el uso de videojuegos. Estas conductas comparten los mismos mecanismos de las adicciones por sustancias y responden de manera positiva ante tratamientos similares.
11. El enfoque conductual y cognitivo-conductual es el más utilizado en la intervención de esta problemática (son de gran relevancia el control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta), habitualmente dentro de programas multi-componentes.

NOVEDADES DE ESTA EDICIÓN

- ◆ Se ha ampliado la información sobre las diferentes intervenciones a partir de las publicaciones más recientes: Vallejo (2023), Penadés (2024) y otras.
- ◆ Los apartados que más han cambiado son: el “2. Perspectiva general de tratamiento” y el “4. Tratamientos psicológicos eficaces para adicciones conductuales”.

PREGUNTAS REPRESENTATIVAS

Trastornos relacionados con sustancias

113. ¿En qué estado del Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente se encuentra una persona que acude por primera vez a las sesiones del psicólogo clínico para dejar de beber y cumple con las recomendaciones del terapeuta?:

- 1) Precontemplación.
- 2) Contemplación.
- 3) Preparación.
- 4) Acción.

PIR 17, RC 4.

159. ¿En qué estrategia terapéutica se suele emplear el “balance decisonal” con el objetivo de valorar los aspectos positivos y negativos de la conducta actual?:

- 1) En las técnicas de condicionamiento encubierto.
- 2) En la entrevista motivacional.
- 3) En la administración del tiempo.
- 4) En el afrontamiento paliativo.

PIR 17, RC 2.

040. Según Marlatt y Gordon (1985), en el efecto de violación de la abstinencia (EVA) se produce un fenómeno de:

- 1) Disonancia cognitiva.
- 2) Atribución de responsabilidad a factores externos incontrolables.
- 3) Restablecimiento del consumo adictivo hasta sus niveles iniciales.
- 4) Generación de expectativas de resultado positivas.

PIR 19, RC 1.

148. La entrevista motivacional de Miller y Rollnick propone predominantemente un estilo terapéutico:

- 1) Directivo.
- 2) Reflexivo.
- 3) De guía.
- 4) De acompañamiento.

PIR 20, RC 3.

170. ¿Cuál es el principal efecto del disulfiram o de la cianamida cálcica en el tratamiento del alcoholismo?:

- 1) Producir un condicionamiento aversivo en el caso de que la persona consuma alcohol.

- 2) Reducir la intoxicación del alcohol en el caso de que se beba excesivamente.
- 3) Reducir los síntomas de la abstinencia del alcohol (delirium tremens, etc.) cuando se lleva un tiempo sin beber.
- 4) Reducir los efectos del alcohol y ayudar a mantener la bebida controlada.

PIR 20, RC 1.

169. ¿Qué intervenciones en el tratamiento de las adicciones se definen por el establecimiento de medidas para que el consumo se produzca en condiciones de seguridad para la salud de los usuarios?:

- 1) Comunidades terapéuticas.
- 2) Centros de día.
- 3) Programas con antagonistas opiáceos.
- 4) Programas de reducción de daños.

PIR 22, RC: 4.

068. ¿Cuál de las siguientes **NO** es una terapia de eficacia probada (grado de recomendación A) para la adicción al alcohol?:

- 1) Intervenciones motivacionales breves.
- 2) Terapia conductual familiar y de pareja.
- 3) Aproximación de reforzamiento comunitario (CommunityReinforcementApproach– CRA).
- 4) Terapia de exposición a señales (CueExposureTherapy– CET).

PIR 23, RC: 4.

105. Según Miller y Rollnick (2015), los “Procesos” de la Entrevista Motivacional son:

- 1) Vincular, focalizar, evocar y planificar.
- 2) Precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.
- 3) Autoconciencia, autoevaluación y autoliberación.
- 4) Generar motivación y consolidar el compromiso.

PIR 23, RC: 1.

141. Un paciente que acude a un dispositivo de atención a las drogodependencias explica, en la primera entrevista, haber sido derivado porque en el último examen médico le detectaron parámetros indicativos de daño hepático por consumo excesivo de alcohol. Se muestra sorprendido ante la derivación ya que refiere que su círculo social tiene el mismo patrón de consumo que él. ¿En qué etapa del cambio es probable que se encuentre el paciente?:

- 1) Precontemplación.
- 2) Contemplación.

- 3) Acción.
- 4) Recaída.

PIR 23, RC: 1.

121. Con respecto al tratamiento de un paciente con un trastorno adictivo y otro trastorno psicopatológico comórbido:

- 1) El tratamiento debe ser secuencial (primero un trastorno y luego el otro).
- 2) El tratamiento debe ser integrado, abordando la problemática de forma conjunta y simultánea.
- 3) La intervención más adecuada es en paralelo, atendiéndole en dos servicios especializados al mismo tiempo.
- 4) Se debe tratar primero el trastorno más grave.

PIR 24, RC: 2.

137. ¿A qué hace referencia el proceso “evocar” en la entrevista motivacional?:

- 1) Es el proceso en el que el especialista en psicología clínica y el paciente establecen una conexión útil y una relación terapéutica.
- 2) Es el proceso en el que se evalúa el problema, se determina qué se está haciendo mal y se proponen alternativas de cambio.
- 3) Es el proceso que permite desarrollar y mantener una dirección específica en la conversación sobre el cambio.
- 4) Es el proceso que supone hacer explícitas las motivaciones del paciente para el cambio.

PIR 24, RC: 4.

Trastornos relacionados con otras adicciones

112. En el tratamiento de la adicción al juego, la exposición gradual con prevención de respuesta se basa en los siguientes principios de aprendizaje:

- 1) Condicionamiento inhibitorio y condicionamiento de segundo orden.
- 2) Extinción y moldeamiento.
- 3) Reforzamiento positivo y reforzamiento negativo.
- 4) Generalización y discriminación.

PIR 17, RC 2.

171. Un paciente refiere que al oír los sonidos de una máquina tragaperras su corazón empieza a acelerarse y siente un impulso que le lleva a jugar hasta quedarse sin nada. ¿Qué tipo de técnicas han mostrado ser más efectivas para este tipo de problemas?:

- 1) Técnicas de exposición con prevención de respuesta.
- 2) Técnicas de consciencia plena (*mindfulness*).
- 3) Técnicas de reversión del hábito.
- 4) Técnicas de focalización sensorial.

PIR 18, RC 1.

1. INTRODUCCIÓN

El fracaso de los programas de desintoxicación como única y exclusiva aproximación terapéutica puede entenderse como un indicador de que el proceso adictivo no se reduce a la interacción entre la sustancia y la fisiología del individuo. En la actualidad se asume que los factores relacionados con el desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas son múltiples y de diferente índole. Por ello, para un tratamiento efectivo de la drogadicción, se recomienda el uso de programas multimodales.

Según Mother y Weitz (1986), el proceso de dejar una droga consta de varias etapas:

1. Admitir que uno tiene un problema con las drogas y tomar la decisión de abandonarlas.
2. Dejar de consumir drogas totalmente, es decir, superar la abstinencia física y deshabituarse psicológicamente.
3. Producir cambios en el estilo de vida que permitan la adaptación al ámbito familiar, social, laboral y comunitario; ésta es una etapa crucial y suele ser la más larga, ya que no sólo se tiene que cambiar la forma en la que el sujeto se comporta socialmente sino que deben adquirirse nuevas habilidades y recursos para consolidar el estilo de vida sin drogas.
4. Afrontar problemas de la vida diaria, crisis y recaídas; esta fase es una continuación de la anterior, pero en este caso, el adicto tiene que consolidar los logros terapéuticos para mantener su proyecto personal de cambio.

El modelo biopsicosocial (o bioconductual) es el marco conceptual con mayor aceptación para explicar las conductas adictivas, explicándose por los efectos de sustancias, factores contextuales y vulnerabilidad psicológica y biológica del sujeto.

Algo esencial en los objetivos terapéuticos es que éstos deben ser individualizados según el perfil del paciente y el tratamiento debe ser integral y adaptado, especialmente si presenta psicopatología asociada, lo cual es muy frecuente.

Cuando se presenta coexistencia de una patología psíquica y algún tipo de dependencia, siendo difícil diferenciar un trastorno de otro, hablamos de un “trastorno dual”, que se debe abordar de forma integrada.

1.1. TRASTORNO DUAL

Generalmente los pacientes con patología dual tienen peor adherencia al tratamiento, más ingresos y acuden más a urgencias, presentan más conductas de riesgo, infecciones (VIH, hepatitis C), mayores tasas de marginación, inestabilidad familiar y desempleo, además de conductas criminales y violentas.

Modelos terapéuticos en patología dual (PIR 24, 121):

- Tratamiento **secuencial**: el paciente se trata inicialmente en un sistema (Drogodependencias o Salud Mental) y posteriormente en el otro, sin importar el orden, que dependerá de variables como la magnitud del trastorno, la preferencia del clínico, la causalidad, etc.
- Tratamiento **paralelo**: el tratamiento de la drogodependencia y el trastorno mental es simultáneo. Implica una coordinación entre los dos recursos y una coincidencia en el tiempo.
- Tratamiento **integrado**: se combinan los dos tratamientos, abordando la problemática de forma conjunta y simultánea por parte de un mismo equipo. Esta modalidad de tratamiento es la más adecuada para la patología dual debido a la mejora de la adherencia de los pacientes, disminuye el número de ingresos hospitalarios y reduce el consumo de drogas.

Guardia, Prat y Casas (1994) incluyen dentro de los recursos necesarios para un modelo integrado los siguientes: hospitalización completa inicial de 2-4 semanas, hospitalización parcial con seguimiento intensivo, determinaciones periódicas de drogas en orina, cobertura psicofarmacológica, técnicas cognitivo-conductuales en grupos, grupos de prevención de recaídas, grupos multifamiliares y coordinación y especialización del equipo multidisciplinar. Mientras que la APA da especial importancia a los componentes psicosociales dentro de los programas integrados para el abuso de sustancias.

2. PERSPECTIVA GENERAL DE TRATAMIENTO

En este apartado se recogen las principales técnicas utilizadas en el tratamiento de las adicciones. Estas técnicas sirven para trabajar sobre mecanismos de cambio conductual que son comunes en las diferentes adicciones. Se describirán procedimientos propios de la entrevista motivacional, la TCC, la prevención de recaídas y el manejo de contingencias. Se presenta, por tanto, una propuesta de tratamiento transversal que recoge técnicas comunes a las distintas adicciones que han mostrado ser eficaces para el tratamiento de estas.

Enfoque	Principales técnicas
Entrevista Motivacional	Preguntas de respuesta abierta
	Escucha reflexiva
	Afirmar o acentuar lo positivo
	Resúmenes o sumarios
	Intercambio de información
	Generar discurso de cambio
	Deconstrucción de la resistencia
TCC	Análisis funcional
	Entrenamiento en habilidades de rechazo
	Planificación de autogestión
Prevención de recaídas	Entrenamiento en estilo de vida equilibrado
	Identificación de situaciones de alto riesgo
	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
	Aumento de la autoeficacia
Manejo de contingencias	Programas de reforzamiento de conductas objetivo

Propuesta de tratamiento transversal con técnicas eficaces (Adaptado de Belloch, 2024)

2.1. PERSPECTIVA MOTIVACIONAL U ORIENTADA AL CAMBIO

La perspectiva motivacional u orientada al cambio, que incluye el modelo transteórico del cambio y la entrevista motivacional, beneficia principalmente a quienes presentan menores niveles de motivación (sujetos en el estadio de precontemplación, que aún no han considerado el abandono del consumo). Se observa eficacia en la promoción de cambios, aunque estos cambios no suelen ser duraderos en el tiempo y la motivación decae progresivamente. A pesar de esto, se aprecia una eficacia pequeña pero significativa a los 12 meses.

Es importante incrementar la motivación para el cambio en sujetos con adicción a sustancias desde las primeras entrevistas para conseguir mantenerlo a lo largo del tratamiento. La entrevista motivacional es necesaria en fases iniciales para posteriormente dar paso a programas de tratamiento más estructurados.

2.1.1. Modelo transteórico (Prochaska y Diclemente)

El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1992) sobre el cambio en psicoterapia se aplica al trabajo con diferentes adicciones. Su modelo y los estudios que los sustentan han permitido entender las conductas adictivas, no como un fenómeno de todo o nada, sino como un continuo en la intención a dejar una conducta adictiva. La persona adicta a una sustancia pasaría por fases de recuperación y recaídas que durarían varios años hasta su completa recuperación. El modelo es tridimensional integrando estadios, procesos y niveles de cambio.

Estadios	Procesos de cambio	Niveles de cambio
1. Precontemplación 2. Contemplación 3. Preparación para la acción 4. Acción 5. Mantenimiento 6. Recaída 7. Estadio de finalización	a) Cognitivos o experienciales: – Aumento de la concienciación – Autorreevaluación (2,3) – Reevaluación ambiental – Activación emocional (2,3) – Liberación social b) Conductuales: – Autoliberación o compromiso de cambio (3,4) – Manejo de contingencias (4,5) – Relaciones de ayuda (4,5) – Contracondicionamiento (4,5) – Control de estímulos (4,5)	a) Síntomas/situacional b) Cogniciones desadaptadas c) Conflictos interpersonales actuales d) Conflictos sistémicos familiares e) Conflictos intrapersonales

1. Estadios (PIR 17, 113; PIR 23, 141)

- **Precontemplación:** la conducta no es vista como un problema y la persona manifiesta escasos deseos de cambiar seriamente en los próximos seis meses. Pacientes no conscientes y que acuden obligados.
- **Contemplación:** la persona empieza a ser consciente de que existe un problema y está activamente buscando información, habiéndose planteado el cambio seriamente dentro de los próximos 6 meses. Son conscientes, pero no han hecho todavía ningún intento de abandono ni se han comprometido con un tratamiento. Es un estadio caracterizado por la ambivalencia.
- **Preparación para la acción:** el sujeto se ha planteado el modificar su conducta en los próximos 30 días, además de haber hecho un intento de abandono de al menos 24 horas de duración en el último año. Es una etapa caracterizada por la decisión y el compromiso.
- **Acción:** las personas han iniciado activamente la modificación de su conducta, llegando a lograrlo con éxito. Se producen cambios en la conducta manifiesta, en la conducta encubierta y en el medio externo. Pasados seis meses se pasaría a hablar de una fase de mantenimiento. En este período existiría el mayor riesgo de recaída.
- **Mantenimiento:** La persona que se encuentra en este estadio ha permanecido abstinentes por un periodo superior a los 6 meses. Los individuos ejecutan las estrategias necesarias encaminadas a prevenir la recaída y, de este modo, afianzar las ganancias logradas en la fase anterior.
- **Recaída:** el paso por los estadios no es lineal, sino que sigue un desarrollo en espiral. La recaída es un evento fruto de la interrupción de la fase de acción o mantenimiento, provocando un movimiento cíclico hacia atrás, a los estadios iniciales de precontemplación y contemplación. Cuando después del estado de mantenimiento no se produce recaída nos encontraríamos en el **estadio de finalización**.

Respecto al número de estadios que se propone en este modelo, varía según la fuente bibliográfica consultada, podemos encontrar que se habla de 5, 6 o 7 estadios. Las fases que siempre aparecen son: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Las fases que aparecen en algunas fuentes son las de preparación para la acción, finalización y recaída.

2. Procesos de cambio

Se trata de actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo. Estos diez procesos de cambio se organizan según un modelo jerárquico según se trate de cambios cognitivos o experienciales o de cambios conductuales.

a) Procesos de cambio cognitivos o experienciales:

- **Aumento de la concienciación:** intensificación por parte del adicto del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla.
- **Autorreevaluación:** valoración afectiva y cognitiva, por parte del adicto, del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, y reconocimiento afectivo y cognitivo de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar la conducta adictiva.
- **Reevaluación ambiental:** valoración por parte del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales y reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo.
- **Relieve dramático o activación emocional:** experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva. Posibilita que el paciente sea consciente de sus mecanismos de defensa en contra del cambio.
- **Liberación social:** aumento en la capacidad del adicto para decidir y escoger, propiciado por una toma de conciencia tanto en la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.

b) Procesos de cambio conductuales:

- **Autoliberación o compromiso de cambio:** momento en que se realiza un compromiso personal, existiendo un aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva ya que poseen o se puede adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar. El primer componente del compromiso es encubierto; es decir, reconocer ante sí mismo que ha decidido cambiar. El segundo conlleva hacer público ese compromiso.
- **Manejo de contingencias:** estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relativa al cambio conductual ocurra. Auto y/o heterorrefuerzo de dicha conducta.
- **Relaciones de ayuda:** existencia y utilización del apoyo social que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva.
- **Contracondicionamiento:** modificación de la respuesta elicítada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas.
- **Control de estímulos:** evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir.

3. Niveles de cambio

1. Síntomas/Situacional.
2. Cogniciones desadaptadas.
3. Conflictos interpersonales actuales.
4. Conflictos sistémicos/familiares.
5. Conflictos intrapersonales.

Determinan las evaluaciones e intervenciones terapéuticas. Generalmente, se empieza por el nivel situacional porque el cambio tiende a verse más fácilmente en este nivel manifiesto y observable, es el motivo de consulta y el nivel más consciente y contemporáneo, la mejoría de estos síntomas va a facilitar la motivación al cambio.

02. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Adultos. Tratamientos para trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones

Se suele trabajar con un cambio progresivo de niveles, si este es necesario. Se trata de trabajar sobre lo que los autores han denominado nivel clave, trabajando sobre una causa clave existente de manera que se focaliza el trabajo sobre ella.

Integración de los estadios y procesos de cambio

En los diferentes estadios la intervención se desarrollaría de determinadas maneras. En el estadio de **precontemplación** los adictos utilizarían con menor frecuencia los procesos de cambio que en cualquier otro estadio. En este estadio de precontemplación habría que tratar de aumentar la toma de conciencia del problema, dando feedback objetivo de las consecuencias de la adicción, enseñando alternativas diferentes de intervención, motivando para el cambio, etc.

En los estadios de **contemplación** y de **preparación** los procesos más utilizados son la activación emocional y la autorreevaluación. En estos estadios, en donde estaríamos ante un sujeto ambivalente, habría que trabajar la toma de decisiones mediante el **balance motivacional** (poner en la *balanza* lo positivo y lo negativo de dejar de consumir) y la **entrevista motivacional** (Miller y Rollnick, 1991), que implica escuchar, reconocer y aceptar un amplio rango de preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias, emociones, estilos de vida y motivaciones verbalizadas por el paciente, evitando la persuasión y apoyar la autoeficacia del paciente reforzando cambios conductuales y cognitivos. Es importante incidir en la responsabilidad y en su libertad de elección, dando consejos directos y claros sobre qué y cómo cambiar. El uso de preguntas abiertas y la recapitulación de los distintos argumentos puede ser clave para promover el cambio.

En los estadios de **preparación** y **acción** es utilizado por los adictos el proceso de compromiso de cambio o autoliberación. En la fase de **preparación**, habría que establecer objetivos con el paciente considerando todas las alternativas posibles de cara a desarrollar un plan de acción.

En el estadio de **acción** junto con el estadio de **mantenimiento** los adictos emplean procesos tales como el manejo de contingencias, el contracondicionamiento, el control de estímulos y las relaciones de ayuda.

2.1.2. Entrevista motivacional (Miller y Rollnick) (PIR 21, 52)

Se trata de una forma de entrevista para sujetos que presentan adicciones o conductas poco saludables, que consiste en un estilo de conversación colaborativo que se dirige a abordar la ambivalencia en relación al cambio y fortalecer la propia motivación y compromiso con el mismo (Miller y Rollnick, 1999).

La Entrevista Motivacional (EM) no es una técnica, ni un tratamiento, sino una manera de comunicarse o relacionarse con las personas, con objeto de facilitar el cambio. Se basa en tres premisas: (1) la posibilidad de cambio reside en el paciente, (2) el profesional facilita conversaciones en las que la personas que busca ayuda articula las ventajas de realizar un cambio y (3) se aplica cuando se tiene escasa predisposición a cambiar, lo que puede deberse a diferentes motivos.

Motivos de una escasa predisposición a cambiar (Adaptado de Belloch, 2024)		
Escasa o nula conciencia del problema	Expectativas de cambio reducidas	No existe deseo de cambio
Niega tener un problema (“lo tengo bajo control”) Niega el deseo de cambiar (“estoy mejor así”) Deposita en otros la responsabilidad del cambio (“los demás no entienden lo que pasa”)	No confía en su habilidad para lograr el cambio. Es posible que lo haya intentado anteriormente y no lo haya podido mantener.	Es consciente de tener un problema y piensa que puede cambiar, pero por diferentes razones no quiere hacerlo en este momento.

La EM no sólo se utiliza en una fase previa al tratamiento, sino en cualquier momento en el que sea necesario incrementar la motivación porque aparece algún obstáculo.

Destacan cuatro elementos clave que sustentan y entrelazan todos los procesos y estrategias propuestos en la EM:

- **Colaboración activa** (vs autoritarismo o confrontación).
- **Aceptación** (vs imposición). Se sustenta en los principios de Carl Rogers: valor absoluto del otro, empatía precisa, autonomía del otro y afirmación de sus valores.
- **Evocación** de sus motivos y conocimientos/recursos (vs exhortación o educación).
- **Compasión** (vs indiferencia). Promover activamente el bienestar del otro y dar prioridad a sus necesidades.

Los cinco principios clínicos básicos subyacentes a la EM son:

1. **Expresar empatía y aceptación:** Permite crear un ambiente terapéutico de seguridad y reforzar al paciente para examinarse y buscar razones y métodos para cambiar.
2. **Desarrollar discrepancia:** La motivación para el cambio aumenta cuando se perciben discrepancias entre la situación y conducta actual y cómo desearía comportarse en el futuro, los valores y metas. En última instancia, debe ser la persona, y no el/la terapeuta, quien exprese la preocupación, las razones por las que se decide cambiar, las muestras de autoeficacia y la intención de cambiar. Es decir, la motivación para el cambio no es impuesta desde fuera, sino que surge del paciente. El estilo del terapeuta no es directivo, sino de guía (a medio camino entre los extremos opuestos de “dirigir” y “acompañar”) (PIR 20, 148) y puede ayudar al paciente a resolver la ambivalencia. Un ejercicio que se puede emplear es el “balance de decisión” (PIR 17, 159).
3. **Evitar la discusión:** La ambivalencia y las dudas ante el cambio son normales. Si ante estas actitudes el/la terapeuta opta por la discusión se reforzará la oposición o resistencia al cambio por parte de la persona.

Cuando la persona esté ambivalente y se alternen discursos de cambio y de mantenimiento se debe evitar el reflejo de corrección (PIR 23, 205). El reflejo de corrección nace del deseo de enderezar lo que parece estar torcido en los demás y consiste en orientar rápidamente a la persona en la dirección adecuada, recurriendo a un estilo directivo que se aleja mucho de la filosofía de la entrevista motivacional.

4. **Dar un giro a la resistencia:** Ofrecer otro enfoque desde el que interpretar las razones que da la persona para no cambiar, tratando de disminuir la resistencia pero cuidando el vínculo.
5. **Apoyar la autoeficacia del paciente.** El terapeuta respeta la autonomía y libertad de elección del paciente.

En la reformulación de la entrevista (3.^a ed., 2015), plantean un modelo circular, en vez de lineal, en la toma de decisiones, que se compone de cuatro procesos (PIR 19, 62; PIR 23, 105):

1. **Vincular:** Generar una **alianza** y relación de trabajo con él/la paciente. Vincular es necesario para poder progresar a otro nivel.
2. **Enfocar:** Localizar **objetivos** de cambio, compartidos entre terapeuta y paciente. (se “pacta la agenda” para acordar y estructurar objetivos y se “activa el zoom” para centrarse en un foco).
3. **Evocar:** Explicitar las motivaciones de la persona hacia el cambio, abordando la ambivalencia entre el discurso de cambio y el discurso de mantenimiento (PIR 24, 137).
4. **Planificar:** Acordar un plan de acción específico (cómo hacer el cambio), consolidar el compromiso, promover su autonomía en la toma de decisiones y en las soluciones.

Estos procesos de cambio siguen una secuencia de forma cíclica y en espiral, es decir, emergen en el orden descrito, pero se solapan, cruzan y recurren durante la entrevista.

Durante los procesos, se utilizan las “*habilidades fundamentales durante la entrevista*”: preguntas abiertas, afirmaciones, reflejos y sumarios.

Se ha observado que la Entrevista Motivacional es más eficaz que el no tratamiento, útil principalmente en la potenciación de otros tratamientos mejorando la adherencia, participación y satisfacción de los pacientes. También se muestra eficaz en la reducción de daños, disminuyendo las conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas.

Seguidamente se describen las principales habilidades terapéuticas, teniendo en cuenta que no son totalmente independientes:

a) Habilidades terapéuticas

- **Preguntas abiertas:** Suele recomendarse no hacer más de tres seguidas y hacer de media dos reflejos por cada pregunta.
- **Escucha reflexiva:** Favorece la autorreflexión, puesto que permite que el paciente vuelva a oír sus ideas, razones y emociones, y sirve al terapeuta para comprobar que ha entendido. También permite poner de manifiesto las contradicciones sin que el paciente se retraiga. Se recomienda no exagerar la intensidad de una emoción ya que el/la paciente tenderá a minimizarla y dar marcha atrás. Por el contrario, si la minimizamos es más probable que siga explorándola. Pueden utilizarse diferentes tipos de reflejos (los simples repiten el contenido del mensaje y los complejos ahondan en lo que no se ve):
 - **Repetir** (reflejo simple): Repite un elemento. Ej.: "...cansado".
 - **Refrasear** (reflejo simple): Utiliza sinónimos o algo parecido. Ej.: "te aburre tanto seguimiento".
 - **Parfrasear** (reflejo complejo): Inferir lo que dice utilizando nuevas palabras y ampliando la perspectiva. Ej.: Te planteas no volver.
 - **Reflejar emociones, resumir** (reflejo complejo): Suelen integrarse diferentes cosas. Ej.: Te entristece que a pesar de tu esfuerzo los resultados no son los que esperabas.

La escucha reflexiva es uno de los pilares de la entrevista motivacional y una buena manera de reforzar el discurso de cambio (PIR 24, 91). El discurso de cambio es el que se verbaliza a favor de abandonar el consumo, mientras que el de mantenimiento es el discurso que apoya continuar con el mismo.

En "La entrevista motivacional" se plantea que cuando se haga un reflejo tras escuchar discurso de cambio, lo más probable es que, a continuación, el cliente prosiga con más discurso de cambio. En general, plantean, "*se tendrá más discurso del tipo del que se refleje*" (Miller y Rollnick, 2015).

A menudo se suele escuchar discurso de cambio intercalado con discurso de mantenimiento, incluso en la misma frase o en el mismo párrafo. En este contexto de ambivalencia se debe evitar el reflejo de corrección, que lo que probablemente provocaría más discurso de mantenimiento. Si se refleja discurso de mantenimiento, lo más probable es que obtenga más discurso de mantenimiento. Por eso, aunque haya veces que pueda resultar útil reflejar el discurso de mantenimiento, lo ideal es reflejar los fragmentos de discurso de cambio, aunque aparezcan rodeados de discurso de mantenimiento. "*La cuestión es detectar el discurso de cambio entre la ambivalencia e iluminarlo*" (Miller y Rollnick, 2015).

- **Afirmar o acentuar lo positivo:** Consiste en identificar, reconocer y valorar puntos fuertes referentes a recursos, habilidades, buenas intenciones o esfuerzos que realiza de verdad el/la paciente a lo largo del proceso terapéutico. De este modo se fomenta el vínculo y se reduce su actitud defensiva ante información potencialmente amenazante.
- **Resúmenes o sumarios:** Implican recordar lo que ha dicho el/la paciente tratando de entender cómo encaja todo junto. Un sumario es más potente que un reflejo. El reflejo permite seguir explorando, mientras que una recapitulación reflexionada permite escuchar simultáneamente varios aspectos. Hay sumarios de enlace, de transición y finales. El sumario de enlace refleja lo que la persona acaba de decir y lo relaciona con algo que recuerda de una conversación anterior. El sumario de transición cierra una sesión o una tarea recogiendo todo lo que parece importante o anunciando que va a pasar a algo distinto. Los resúmenes se utilizan en los diferentes procesos de la EM, pero con una finalidad distinta.
- **Intercambio de información:** En ocasiones puede ser adecuado ofrecer información o consejo. Una estrategia sencilla para el intercambio de información es lo que se denomina PIP: preguntar-informar-preguntar.

b) Cómo generar discrepancia

En los casos en que la persona no muestra ninguna intención de cambio se puede ir paso a paso generando discrepancia. Paciente y terapeuta reflexionan juntos sobre los motivos por los que se podría considerar un cambio. Existen varias estrategias:

- Intercambiar información recurriendo al PIP. Se realizan preguntas abiertas a partir de las cuales puede identificarse discurso de cambio.
- Dar *feedback*, proporcionando información objetiva sobre la que reflexionar.
- Explorar las preocupaciones de otros. Explorar cómo entiende el/la paciente la preocupación de una tercera persona (pareja, hijos...) y qué cree que la ha causado. Aquí es importante la escucha reflexiva. A veces, reflejar el discurso de mantenimiento del/de la paciente activa la postura contraria.
- Explorar sus metas futuras y sus valores. Se buscan puntos en que la conducta de consumo entre en conflicto con metas o valores importantes para la persona.

c) Habilidades en el proceso de evocación

Una vez enfocado el cambio se trabaja con las ideas y emociones del/de la paciente acerca de por qué y cómo puede hacerlo. La ambivalencia se refleja en una combinación de discurso de cambio y discurso de mantenimiento. En evocación es fundamental reconocer el discurso de cambio y saber evocarlo. Se diferencia entre **discurso de cambio preparatorio** (DARN: deseo de cambio, habilidad de cambio, razones o motivos concretos para cambiar y necesidad de cambio) y **discurso de cambio movilizador** (CAT: compromiso, activación y primeros pasos). El predominio del discurso de cambio predice el cambio de conducta. Para evocar el discurso de cambio nos podemos servir de formular preguntas abiertas, hacer reflejos y reforzar el discurso de cambio cuando aparezca. Lo recomendable es haber acumulado una buena proporción de discurso de cambio preparatorio y algo de discurso de cambio movilizador antes de lanzarse a explorar solo el movilizador.

d) Cómo afrontar la discordancia y el discurso de mantenimiento

En 2013 se abandona el concepto de “resistencia”, limitado al paciente, siendo sustituido por dos aspectos con igual relevancia: falta de armonía en la relación del terapeuta con el/la paciente, y el discurso de mantenimiento: centrado en la conducta. Si el/la paciente da muestras de discrepancia se puede recurrir a diferentes estrategias:

- Disculparse + Afirmar + Cambiar el foco.
- Enfatizar la autonomía.
- Reenmarcar (inseguridad -> reto, adversidad -> fortaleza, etc.).
- Acuerdo con matiz.

Cuando la motivación de la persona llega a un determinado umbral de activación, la balanza empieza a caer del otro lado y la persona habla más de cuándo y cómo cambiar y menos de si cambiar o no y por qué. Los signos que deben advertirse para iniciar la planificación incluyen el aumento del discurso de cambio preparatorio y algo de lenguaje movilizador.

La entrevista motivacional ha sido **utilizada con éxito en individuos dependientes de la marihuana en combinación con TCC** pero en el caso de otras sustancias ilegales, los resultados no son consistentes. En general, **la EM parece ser más eficaz para involucrar a los consumidores de drogas en el tratamiento** y para incrementar la retención que para producir cambios en el uso de drogas. No obstante, el uso combinado de la EM junto con otras intervenciones que se describirán más adelante, parece una buena estrategia para aquellos sujetos resistentes al cambio o con baja motivación inicial.

2.2. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

Desde el enfoque cognitivo-conductual las intervenciones consistirán en proporcionar a los usuarios el **conocimiento** adecuado sobre su adicción, así como el **entrenamiento** necesario para afrontar las situaciones de alto riesgo que desencadena el consumo. Las estrategias principales incluyen: psicoeducación, análisis funcional (AF), el entrenamiento en habilidades de rechazo y la planificación de la autogestión, pero también el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, las estrategias de gestión emocional, la asistencia con problemas escolares y/o laborales y la terapia familiar y de pareja.

a) Análisis funcional

Permite indagar en las situaciones que rodean el consumo de sustancias del usuario. El objetivo es examinar las relaciones entre los estímulos que disparan el consumo y las consecuencias de este, y proporcionar información fundamental sobre el significado de la conducta para el usuario, así como posibles barreras y motivación para el cambio.

- **Desencadenantes:** Son eventos que suceden justo antes de que la persona lleve a cabo el consumo, y aumentan la probabilidad de que este se produzca. Los desencadenantes pueden ser personas concretas, lugares o entornos, pero también sentimientos o pensamientos.
- **Consecuentes:** Hacen referencia a cualquier efecto derivado directa o indirectamente del consumo de sustancias. Estas consecuencias pueden ser positivas y hacer referencia a los efectos buscados de las sustancias (diversión, desinhibición, evasión...), apareciendo normalmente a corto plazo; o bien negativos, directos o indirectos (“malos viajes”, conflicto familiar, problemas financieros o de salud...). Las consecuencias positivas dan información de la función que cumple el consumo y, por tanto, de los mantenedores de la conducta; mientras que las consecuencias negativas dan información de los riesgos percibidos y experimentados por la persona.

b) Entrenamiento en rechazo de drogas

La presión social es un predictor significativo de las recaídas durante el tratamiento (Barati *et al.*, 2023). Por ello, el entrenamiento en el rechazo es un componente crucial para desarrollar las habilidades necesarias para afrontar las situaciones a las que la persona se verá expuesta. Para la preparación del entrenamiento en habilidades de rechazo puede recurrirse a la información obtenida de técnicas como el AF. Para un correcto aprendizaje de las técnicas y el incremento de la probabilidad de que se implementen es importante practicarlas, para lo que se puede recurrir al *role playing*.

Las principales estrategias o habilidades de rechazo que suelen entrenarse incluyen las siguientes (extraído y adaptado de Budney y Higgins, 1998):

- Decir no de forma asertiva.
- Sugerir actividades alternativas e incompatibles con el consumo.
- Abordar directamente el asunto con quien persiste en ofrecer la droga. Solicitar a esa persona que no pregunte ahora ni en el futuro si le apetece consumir.
- Cambiar el tema de conversación.

En todos los casos es importante mostrar un lenguaje corporal asertivo y coherente con el mensaje y estilo comunicativo. La expresión y el tono de voz no deben dejar dudas sobre la seriedad de la petición, para evitar la insistencia.

c) Planificación de autogestión

Hay tres formas básicas de **manejar los desencadenantes del consumo**, para reducir el riesgo del mismo (adaptado de Budney y Higgins, 1998):

- **Evitar el desencadenante.** Por ejemplo: evitar entrar a un bar, evitar salir por ciertas zonas o con ciertas personas.
- **Reorganizar el entorno.** Puede implicar retirar la sustancia de la casa, deshacerse de los medios necesarios para su uso o para su consecución, no llevar dinero encima, etc.
- **Nuevas formas de afrontamiento, o planes de acción** ante la aparición de los desencadenantes (por ejemplo, la realización de actividades incompatibles).

Para llevar a cabo esta planificación de autogestión ante los posibles desencadenantes detectados, se recurrirá a los resultados del análisis funcional realizado con la persona.

2.3. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

La Prevención de recaídas (PR), en la actualidad, se considera como una forma más de tratamiento, a diferencia de años atrás que se consideraban como una parte adicional, y constituye un tratamiento de elección tanto en formato individual como grupal. El modelo de prevención de recaídas más conocido es el de **Marlatt y Gordon** (1985). Este modelo asume que los procesos de abandono son diferentes a los de mantenimiento del cambio de conducta y que los riesgos de recaída son complejos e implican factores individuales, situacionales, fisiológicos y socioculturales, siendo la recaída y el proceso de recuperación un proceso continuo y no el punto final que se iguala al fracaso del tratamiento.

Este modelo considera que **la recaída es un proceso determinado por múltiples factores** y la prevención de recaídas es un programa de autocontrol, diseñado con objetivo de ayudar a las personas a anticipar y afrontar los aspectos relacionados con la recaída en el proceso de cambio de conductas adictivas. Durante el mismo, se ponen en marcha procesos distintos a los requeridos para el abandono de la sustancia, dado que mantener el cambio requiere un gran número de decisiones y responsabilidad para la persona. En el mantenimiento del cambio son importantes, entre otras, la percepción de autocontrol o autoeficacia y enfrentar situaciones de alto riesgo de recaída. La probabilidad de recaída se considera el resultado de la interacción de diversas variables internas como las emociones o estrés que experimenta la persona, el nivel de autoeficacia percibida, el nivel de compromiso con el cambio, las estrategias de afrontamiento, expectativas, historia previa y variables externas como la demanda situacional, la disponibilidad de sustancia, apoyo social, etc.

Estos autores plantean **que la recaída se inicia con pensamientos, sentimientos y/o conductas que pueden parecer irrelevantes (o no relacionados con el consumo), pero que pueden finalizar con la realización de la conducta problemática**. Durante este proceso, pueden aparecer pensamientos que minimizan las consecuencias negativas de la conducta problemática y maximiza los efectos positivos, o también puede racionalizar el dilema, reevaluando los pros y contras, negando el problema de haber ejecutado la conducta, lo que puede llevar a una recaída. A estas conductas, racionalizaciones y minimizaciones del riesgo de la conducta se las conoce como **“decisiones aparentemente irrelevantes”**. Una decisión aparentemente irrelevante (DAI) puede ser consciente o inconsciente y conduce a una situación de alto riesgo que no necesariamente es percibida como tal (PIR 22, 170). Por ejemplo, la persona puede empezar con la toma de una DAI, como sería el caso de alguien que lleva varios meses abstinentemente decide de forma repentina cambiar la ruta por la que camina habitualmente hasta el trabajo y escoge una que cruza un lugar donde consumía alcohol antes del tratamiento. En este caso, la elección de una nueva ruta se considera una DAI que, sin ser consciente, le lleva a una situación de alto riesgo de recaída. En el tratamiento es importante reconocer e interrumpir la cadena decisional antes del consumo, porque cuanto más tarde en detenerla, más dificultad puede encontrar, especialmente si existe ya disponibilidad de la sustancia o señales condicionadas al consumo. Ante una caída, puede disminuir su sensación de control, su autoeficacia y aparecer lo que los autores han denominado el “efecto de violación de la abstinencia” (EVA).

Además, serían importantes la identificación y el control de las decisiones aparentemente irrelevantes, que consiste en:

- Comprender la importancia de las decisiones aparentemente irrelevantes y su relación con las situaciones de alto riesgo.
- Identificar ejemplos personales de decisiones aparentemente irrelevantes.
- Practicar la toma de decisiones segura.

Los autores diferencian entre **“caída”** (consumo aislado) y **“recaída”** (restablecimiento de un hábito previamente eliminado como consecuencia de no superar adecuadamente las situaciones de caída) (Marlatt y Gordon, 1985). Esta diferenciación tiene una especial relevancia, dado que asume que no siempre tras un consumo se produce un proceso de recaída. Ante una caída, la persona, siempre que sea consciente de lo que está sucediendo, podrá poner en marcha estrategias de afrontamiento adecuadas y acciones correctivas para la prevención de la recaída. Una respuesta de afrontamiento adaptativa, incrementará su percepción de autoeficacia y disminuirá la probabilidad de recaída.

En el proceso de **recaída** interactúan tres factores cognitivos (Marlatt y Gordon, 1985): la autoeficacia (capacidad de afrontar situaciones de alto riesgo), las expectativas de los resultados de la conducta de consumir y las atribuciones de causalidad.

Marlatt explica la pérdida de control que lleva a un sujeto que ha bebido a una recaída en función del **efecto de violación de la abstinencia** (EVA). Según Marlatt (1993), este elemento se caracteriza por dos elementos cognitivo-afectivos (PIR 19, 40):

- 1) Un **efecto de disonancia cognitiva**: la ocurrencia de la conducta adictiva es disonante con la definición cognitiva que uno tiene como abstinentemente (mayor cuanto mayor sea el compromiso adquirido, el tiempo que lleva abstinentemente y el valor subjetivo de la conducta prohibida). Esto crea un estado emocional negativo de conflicto y culpa que puede ser reducido por la repetición de la conducta adictiva y por una reestructuración cognitiva de la autoimagen acorde con la recaída.
- 2) Un **efecto de atribución personal**: el sujeto atribuye la ocurrencia de la conducta adictiva a factores estables, internos y globales (p. ej. la insuficiente capacidad de control sobre las propias conductas). Esta atribución disminuye la resistencia a futuras tentaciones.

Las características de las situaciones de recaída suelen ocurrir de distinta forma y en respuesta a la distinta vulnerabilidad de los sujetos ante determinadas situaciones que elicitarán, en primer lugar, una caída esporádica y aislada; y posteriormente, la recaída en el consumo. La teoría del aprendizaje social resulta un modelo útil para identificar los tipos de factores predisponentes (características personales y variables antecedentes) que pueden incrementar la vulnerabilidad a la recaída de una persona. Este modelo propone asociaciones recíprocas entre características de la persona (creencias y expectativas acerca del mantenimiento de la abstinencia, grado de adicción física, etc.), de la conducta (habilidades de afrontamiento, etc.) y del ambiente (redes sociales, etc.).

Dentro de las situaciones de alto riesgo, Marlatt (1993) ha distinguido las recaídas que se deben a factores propios del individuo (determinantes intrapersonales) y a reacciones a los eventos ambientales o interpersonales (determinantes interpersonales). Los primeros abarcan los estados emocionales negativos, los estados fisiológicos negativos, deseo de incrementar los estados emocionales positivos, etc. Los segundos incluyen conflictos interpersonales, la presión social, el incremento de los estados emocionales positivos (placer, excitación sexual, euforia, etc.) asociados a situaciones interpersonales. También se han encontrado casos en que los factores fisiológicos, principalmente derivados de los efectos de la abstinencia, han sido los detonantes de la recaída.

Dentro de un **programa de entrenamiento específico de prevención de la recaída** (p. ej. Dimeff y Marlatt, 1995) se debe:

- i. Informar al sujeto que las recaídas son posibles.
- ii. Diferenciar caída vs recaída.
- iii. Asumir el papel en el proceso de caída o recaída.
- iv. Analizar los factores que le han llevado a caer o recaer.
- v. Entrenar habilidades específicas de afrontamiento ante situaciones de alto riesgo.
- vi. Entrenarle en la toma de decisiones hacia el no consumo en situaciones de alto riesgo.
- vii. Entrenarle en estrategias globales de afrontamiento y de estilo de vida para mantenerse abstinentes.

Una parte del tratamiento que no debe descuidarse nunca es la fase de mantenimiento (de los logros obtenidos) y seguimiento.

El modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) se ha ido puliendo y en el año 2004 se reformuló pasando de un modelo lineal a un modelo de recaída cognitivo-conductual que pone **mayor énfasis en los procesos dinámicos de recaída** (PIR 18, 112).

Esta reformulación propone que se producen influencias recíprocas entre variables disposicionales, contextuales y experiencias pasadas y actuales de cada paciente. Dentro de los determinantes intrapersonales identificaron también: la autoeficacia, las expectativas de resultado, el craving, la motivación, las estrategias de afrontamiento y los estados emocionales; y dentro de los determinantes interpersonales, el apoyo social.

Se establecen dos tipos de factores o procesos en el modelo: los **procesos tónicos** (estables) y las **respuestas fásicas** (transitorias) que interactúan para determinar la probabilidad de recaída. Los procesos **tónicos** incluyen **riesgos distales**: factores de fondo **estables** en el tiempo que determinan el “punto de partida” o la “vulnerabilidad inicial” (rasgos de personalidad, factores familiares, expectativas de resultados...). Estos procesos tónicos, más estables, van a depender de cómo interactúan las respuestas **fásicas**, más **transitorias**, que pueden servir para activar o prevenir una recaída (impulsos/anhelos, estados de ánimo...). El consumo de sustancias y sus consecuencias inmediatas son procesos adicionales que se ponen en marcha una vez que se produce una caída y que pueden determinar el paso a la recaída.

En resumen, mientras que **los procesos tónicos** pueden determinar **quién es vulnerable** a una recaída, **las respuestas fásicas** determinan **cuándo** se produce una recaída.

Las variables distales influirían en los procesos cognitivos, afectivos y de afrontamiento que se producirían en una situación de posible riesgo de recaída y por tanto serían predisposiciones estables que aumentan la vulnerabilidad a la recaída, mientras que las variables proximales serían los precipitantes.

Son técnicas claves para la prevención de recaídas: mantener un estilo de vida equilibrado, mejorar la identificación de situación de riesgo (registros), así como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento de dichas situaciones (manejo del

craving), la RC, el entrenamiento en solución de problemas y mejorar la autoeficacia (Marlatt y Donovan, 2005). Veamos cada una de ellas:

a) Estilo de vida equilibrado

Durante todo el proceso de tratamiento se debe trabajar para que se produzca un cambio en el estilo de vida con una **mayor programación y control de las actividades de la vida diaria** y con la inclusión de **actividades alternativas gratificantes**, puesto que Marlatt y Gordon entienden que en la base de cualquier recaída se encuentra un estilo de vida desequilibrado (con actividades poco gratificantes y carga excesiva de “debes”). En la versión más actualizada del programa incluyen *mindfulness*, como una técnica para mejorar la interpretación de las situaciones vitales y tener un estilo de vida más equilibrado.

b) Identificación de situaciones de alto riesgo

Pueden incluir emociones (agradables o desagradables), situaciones de ansiedad o estrés, la presión social, ciertos lugares, estar cerca de gente que consume, etc. Estas situaciones, además, pueden estar asociadas al *craving*, que supone un alto riesgo de consumo y que se puede explicar por el condicionamiento de estímulos asociados al consumo, a la necesidad de sentirse mejor, al placer o a las cogniciones asociadas, etc.

Estas situaciones de riesgo suponen el contexto en el que van a interactuar los riesgos distales y proximales, y es por ello por lo que deben ser anticipadas. Para identificarlas va a ser importante que puedan describir con mucho detalle las situaciones en las que habitualmente consumían o sentían mayor deseo de consumo, indicando lugar, personas asociadas, tiempo, emociones y pensamientos (en esto puede ser de mucha ayuda el análisis funcional).

c) Entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo

Suponen la continuación necesaria de la identificación de situaciones de riesgo. Las personas que han identificado situaciones de riesgo deben diseñar “**planes de acción**” concretos y detallados para cada una de ellas. Es importante que sean las personas quienes propongan estrategias propias con las que se sientan cómodas y confiadas. Esto hará más probable que las puedan llevar a cabo, dará información al terapeuta sobre la viabilidad de dichos planes, la autoeficacia y la necesidad de entrenamiento en dichas habilidades (*role playing*), y permitirá que exista un *feedback*.

La *adaptación del modelo de prevención de recaídas que incluye mindfulness* pretende mejorar la identificación de situaciones de riesgo, poner en marcha planes de acción mejorando la toma de decisiones o manejar las emociones y pensamientos desadaptativos, buscando, en particular, un reequilibrio del estilo de vida. Esta variante se ha mostrado como una alternativa eficaz especialmente en el manejo del *craving*, por lo que es una herramienta que se puede valorar en el entrenamiento de habilidades también.

d) Aumento de la autoeficacia

La autoeficacia, que suele disminuir los días antes de reiniciarse el consumo y tras los consumos –lo que incrementa notablemente la probabilidad de recaída–, es una de las variables fundamentales en la prevención de recaídas.

Una elevada autoeficacia está directamente relacionada con el uso de estrategias de afrontamiento efectivas, por lo que los pacientes deben identificar situaciones de riesgo, contar con planes de acción ajustados y, además, tener confianza en el éxito de estos para que aumente la probabilidad de aplicarlos.

Algunas estrategias utilizadas en el contexto de la intervención para mejorar la autoeficacia son:

- **El fomento de la colaboración** usuario/a-terapeuta, motivando al paciente a convertirse en observador/a de su comportamiento y lograr de esta manera que se considere más **responsable de los cambios**.
- **La simplificación de las tareas**, descomponiendo el objetivo general de cambio de conducta en pequeños objetivos a alcanzar. Los planes de acción deben estar adaptados a la realidad de los pacientes y puede tratarse de metas pequeñas a corto plazo, que permitan alcanzar un objetivo mayor a largo plazo.

e) Restructuración cognitiva (RC)

En la prevención de recaídas, la RC se centra en **eliminar los mitos y percepciones erróneas del usuario sobre los efectos del consumo, las expectativas positivas del mismo, y en modificar las atribuciones desadaptativas** sobre la naturaleza del proceso de cambio, siendo estas un componente crítico en la interpretación de las **consecuencias de la violación de la abstinencia (EVA)** por parte del paciente. No hay que olvidar que la EVA incluye la disonancia cognitiva y una atribución de la causa por la que he consumido. Si la atribución es interna, global y estable aumentará la probabilidad de un nuevo consumo y de una recaída.

Un ejercicio que se puede utilizar es **“la montaña de cambio”** (Sobell y Sobell, 2015). En él se compara el proceso de cambio con la escalada de una montaña, haciendo hincapié en que el cambio se debe afrontar adoptando una perspectiva a largo plazo. Para trabajar la cadena de construcción hacia la recaída (vuelta al patrón de consumo inicial) se trabaja sobre las interpretaciones que hace el usuario cuando se producen los primeros consumos. En general, pueden diferenciarse dos formas de interpretarla: como un fracaso o como un contratiempo temporal. Además, se incide en la importancia de entender estos primeros consumos como una oportunidad de aprendizaje y de mejora de las estrategias de afrontamiento utilizadas hasta el momento. A través de este ejercicio no solo se trabaja la RC del proceso de cambio, sino también se fomenta la autoeficacia del paciente, dotándolo de herramientas para afrontarlo y aumentando su percepción de responsabilidad dentro de dicho proceso.

2.4. MANEJO DE CONTINGENCIAS

Consiste en la **entrega sistemática de reforzadores o castigos de forma contingente** a la ocurrencia de una conducta objetivo o ante la ausencia de la misma, respectivamente (por ejemplo, la abstinencia del consumo). El MC constituye un **complemento de intervención** que se suma a tratamientos empíricamente validados con el fin de mejorar su eficacia. El objetivo de los componentes de MC es utilizar los principios del condicionamiento operante para lograr modificaciones conductuales mediante la utilización de refuerzos que permitan instaurar y establecer conductas terapéuticas o el cumplimiento de los objetivos del tratamiento, a la vez que se extinguen conductas no deseadas como el consumo de sustancias. El fin último es lograr un reajuste de las contingencias ambientales de forma que el consumo pierda capacidad reforzante. Para que un programa de MC sea efectivo, se requiere que cumpla una serie de requisitos básicos, derivados de los principios del condicionamiento operante:

- Monitorización y verificación objetiva de las conductas que se quiere reforzar (por ejemplo, la abstinencia con pruebas bioquímicas).
- Procurar la mayor contigüidad temporal posible entre la realización de la conducta (consumo) o su verificación y la entrega del reforzador correspondiente.
- Ofrecer reforzadores de interés para el usuario y de suficiente magnitud para que resulten alternativas reales al consumo.
- Los incentivos se administrarán en forma de vales o *vouchers* que serán intercambiables por bienes y servicios.

2.5. ADAPTACIÓN A CONTEXTOS ESPECÍFICOS

a) Intervención grupal en adicciones

La terapia de grupo es la modalidad de tratamiento más habitual para los trastornos por consumo de sustancias, a menudo junto con la terapia individual. En función del objetivo se pueden establecer varios tipos de modelos de terapia de grupo: 1) el modelo psicoeducativo de grupo, 2) el modelo de entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales y 3) el modelo de proceso, en el que el efecto terapéutico está relacionado con las interacciones.

Hasta la fecha se han hecho pocas revisiones sobre la eficacia de los tratamientos grupales en adicciones, la más destacable sigue siendo la realizada por Weiss *et al.* (2004), que concluyeron que: 1) la terapia de grupo adicional puede mejorar la eficacia del tratamiento habitual, 2) no se encontraron diferencias significativas entre la terapia de grupo y la individual, y 3) se encontraron pocas diferencias entre los tipos de terapia de grupo, sin que ningún tipo de terapia de grupo en particular sea superior a los demás. Sin embargo, es habitual que las personas abandonen los tratamientos grupales (vergüenza, mayor deseo de intimidad...), por lo que las intervenciones grupales e individuales suelen ser complementarias y la forma más frecuente de tratamiento en los centros (SAMHSA, 2020).

b) Abstinencia frente a reducción de consumo

No todas las personas tienen interés en abandonar definitivamente el consumo de alcohol u otras drogas y, en ocasiones, prefieren reducir el consumo progresivamente hasta llegar a la abstinencia o mantenerse en consumos mínimos. Es por ello que la abstinencia como única vía de recuperación se ha mostrado insuficiente y, en este sentido, un porcentaje importante de personas no acude a tratamiento o abandona el mismo porque se sienten obligadas a dejar de consumir para siempre o culpables cuando se produce una caída.

A la vista de estos hallazgos, algunos enfoques, como la entrevista motivacional o el modelo de autocambio dirigido, proponen dotar de más autonomía y responsabilidad a las personas en el proceso de cambio y que sean ellas mismas quienes decidan cómo y cuánto reducir su consumo.

Henssler *et al.* (2021) llevaron a cabo un **metaanálisis para evaluar la eficacia de las estrategias de tratamiento basadas en la reducción del consumo en comparación con las basadas en la abstinencia** en pacientes con trastorno por consumo de alcohol y **no encontraron diferencias significativas en la abstinencia** entre los dos enfoques. Los resultados sobre parámetros sociales, las mejoras en la gravedad del consumo de alcohol, la recaída en el consumo excesivo y las bebidas por día de consumo indicaron la misma eficacia de ambas modalidades de tratamiento. Por todo ello, este es un aspecto que debe tenerse en consideración a la hora de planificar un tratamiento en adicciones. Aunque la meta a medio o largo plazo sea la abstinencia, es recomendable para minimizar abandonos y para llegar a más personas con los tratamientos promover distintas vías de recuperación y la autonomía de los pacientes en las decisiones sobre su recuperación.

No obstante, la recuperación en adicciones ya no es entendida, únicamente, desde el punto de vista de lograr la abstinencia, de la asistencia a tratamiento o de la remisión de un conjunto de síntomas (Carballo, 2023). La recuperación es 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.

RECUERDA

- ◆ El Modelo transteórico entiende el cambio como un proceso en espiral, en el que el individuo progresa entre estadios: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción, mantenimiento y recaídas.
- ◆ La Entrevista Motivacional no es una técnica ni un tratamiento, sino una manera de comunicarse o relacionarse con las personas, con el objetivo de facilitar el cambio.
- ◆ Los procesos de la Entrevista Motivacional son: vincular, enfocar, evocar y planificar.
- ◆ Las decisiones aparentemente irrelevantes (DAI) son pequeñas elecciones cotidianas que parecen neutras, sin relación directa con el consumo, pero que acercan de forma gradual a una situación de alto riesgo y, por tanto, aumentan la probabilidad de caer o recaer.

3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Existe un importante soporte científico que avala la eficacia de distintos tratamientos psicológicos. En este punto se ha presentado una perspectiva general del manejo de las drogodependencias, siendo necesario complementarlo con tratamientos específicos que se presentarán a lo largo del tema. La evidencia acumulada demuestra que se dispone de **tratamientos cognitivo conductuales** de primera elección para el trastorno por consumo de sustancias. Además, para algunas sustancias se emplean **tratamientos farmacológicos** (mediante sustancias agonistas, antagonistas o interdictoras).

Desde el modelo biopsicosocial (o bioconductual) (que es el modelo con mayor aceptación para explicar las conductas adictivas), las contingencias asociadas a las conductas de uso o abstinencia juegan un papel determinante.

En años recientes, la **economía conductual (EC)**, disciplina híbrida entre la psicología y la economía, ha conceptualizado la adicción (la génesis, el mantenimiento y la recaída) como un **trastorno de elección** que se caracteriza por dos procesos de reforzamiento constituyentes de la denominada «**patología del refuerzo**» (Bickel y Atharmeh, 2020):

1. **Una valoración excesiva del reforzador**, es decir, de la sustancia (elevada eficacia del reforzamiento).
2. Una preferencia excesiva por la elección de **reforzadores inmediatos frente a los demorados (alto descuento por demora o Delay Discounting, DD)** (PIR 23, 66).

Este modelo tiene implicaciones para la intervención en adicciones, que requiere un análisis funcional de la conducta en el que se incluyan el patrón actual, antecedentes, consecuentes, otras áreas conductuales implicadas en el inicio y mantenimiento del problema o afectadas por éste, así como la identificación de recursos que puedan competir con el uso de drogas (reforzadores alternativos). Dentro de las terapias psicológicas, las técnicas de **manejo de contingencias y cognitivo-conductuales** han sido las más eficaces. Estas técnicas combinan contingencias naturales y artificiales. Se han utilizado en formato individual y grupal, sin encontrar diferencias en resultados a largo plazo, sin embargo, el formato grupal demuestra ser más coste-eficaz.

Para la adicción a algunas sustancias, el tratamiento psicológico es la única línea de actuación, por ejemplo, las drogas ilegales más consumidas (cannabis y cocaína) no disponen de opciones farmacológicas probadas para la desintoxicación y las técnicas operantes (MC) y TCC son las intervenciones más eficaces. En otras sustancias es necesaria la desintoxicación física con fármacos (por ejemplo, alcohol y opiáceos).

La evidencia acumulada demuestra que **en la actualidad se dispone de tratamientos conductuales de primera elección** (tratamientos bien establecidos) para la adicción severa a las drogas y que las terapias conductuales son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la drogadicción.

A pesar de esta relativa eficacia, en la práctica totalidad de las conductas adictivas las **tasas de recaídas a largo plazo** siguen siendo altas. Por tanto, las futuras líneas de investigación deben dirigirse a mejorar los resultados a largo plazo. Se requieren estudios que evalúen el impacto relativo de los diferentes componentes de los programas multimodales y, dada la heterogeneidad clínica entre quienes tienen un problema de consumo, investigaciones paciente-tratamiento que busquen la combinación idónea entre ambos.

3.1. ALCOHOL

El alcohol es la sustancia psicoactiva que **acarrea más problemas** personales, sociales y de salud en nuestro país. Se trata del tercer factor de riesgo de mortalidad después del tabaco y la hipertensión. Tiene consecuencias negativas a nivel laboral, problemas sociales e inadaptación, problemas familiares, mortalidad y suicidio. También se asocia a múltiples enfermedades físicas (cirrosis, úlceras, cáncer, abortos, etc.). A continuación, se exponen los tratamientos eficaces para sus distintos trastornos relacionados:

A) Intoxicación alcohólica

El tratamiento de la misma consiste en: disminución de la estimulación externa, interrupción de la ingesta de alcohol y puesta en marcha de medidas de mantenimiento y contención para evitar lesiones propias o ajenas.

B) Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia suele desaparecer casi siempre entre los 4-5 días.

El **delirium tremens** se presenta aproximadamente en un tercio de los pacientes que padecen convulsiones. Su mortalidad sin tratamiento es del 10-20 %. Se trata la causa que origina el cuadro, si se conoce, y habitualmente se utilizan sedantes (benzodiazepinas) y en algunos casos antipsicóticos.

La alucinosis alcohólica cursa generalmente de forma subaguda con varias semanas de duración pudiéndose cronificar. El tratamiento es el mismo que en los casos de abstinencia, introduciendo neurolépticos si es necesario.

Respecto a los trastornos inducidos de carácter crónico, se encuentra el síndrome de Wernicke-Korsakoff, que se incluye en los trastornos amnésicos.

C) Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff

Su evolución puede ser favorable si se administra tiamina por vía IV y luego IM, además de magnesio (ya que una hipomagnesemia haría ineficaz el efecto de la tiamina) si no, puede provocar un trastorno amnésico crónico también llamado psicosis de Korsakoff (el 80% de los pacientes con Wernicke desarrollan un síndrome de Korsakoff), o incluso la muerte. El tratamiento se inicia con la administración de tiamina hasta que remite la oftalmoplejía. En la fase crónica, se han utilizado la clonidina (memoria reciente) y el propranolol (ataques de ira) no siendo muy eficaces. La fluvoxamina parece reducir los déficits de memoria.

3.1.1. Tratamiento farmacológico

Los fármacos desarrollados para la dependencia de alcohol son principalmente de tres grupos:

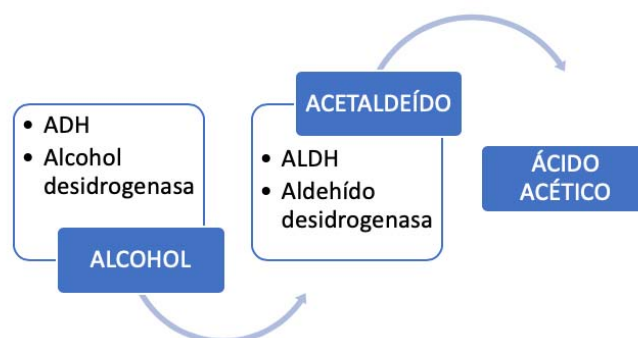
- 1) Pretenden producir un condicionamiento aversivo al tomar alcohol (drogas interdicatoras) y se utilizan habitualmente junto a la terapia de conducta: **disulfiram** y **carbimida** (o cianamida cálcica). Actúan inhibiendo la enzima aldehído-deshidrogenasa (ALDH) (PIR 18, 167; PIR 20, 170).
- 2) Orientados a tratar el síndrome de abstinencia: clometiazol, tiapride, tetrabamato y benzodiazepinas.
- 3) Orientados a tratar el síndrome de dependencia (acción *anticraving*): acamprosato y **naltrexona**.

Un fármaco, además de los que generalmente estudiamos, el **nalmefeno**, no sirve para dejar de beber, sino para reducir el consumo, aunque tiene resultados pobres y controvertidos (Vallejo, 2023).

Para tratar el síndrome amnésico o demencial se administran complejos vitamínicos B (B₁, B₆ y B₁₂) y ácido fólico, ya que en su etiología interviene el déficit de estas vitaminas.

El alcohol se transforma en acetaldehído, mediante la enzima alcohol-deshidrogenasa (ADH); y el acetaldehído en ácido acético, mediante la aldehído-deshidrogenasa (ALDH). El mecanismo de acción de las drogas interdicatoras es la inhibición de la enzima ALDH, produciendo efectos adversos al consumir alcohol, por acumulación de acetaldehído: vasodilatación, rubor, palpitaciones, sudoración, cefalea, visión borrosa, náuseas, vómitos, dolor en el pecho, debilidad o incluso hipotensión y depresión respiratoria.

La tasa de abandono del tratamiento con fármacos sin tratamiento psicológico asociado es muy alta: un 65% de abandonos (NICE, 2011). De ahí la relevancia del tratamiento psicológico, que es eficaz incluso por sí solo (Vallejo 2023).



3.1.2. Tratamiento psicológico

El trabajo de la motivación para el cambio será necesario como marco general de tratamiento para las drogodependencias, en este punto inicial se incluyen el Modelo transteórico del cambio y la Entrevista Motivacional.

Investigaciones actuales indican que el consejo motivacional de bajo contacto, llevado a cabo por el médico de atención primaria tiene un importante impacto en el alcoholismo (Finney y cols., 2007). Una vez abordada la motivación para el cambio se aplicarán programas específicos para el tratamiento del alcoholismo.

Según el manual de **Vallejo Pareja (2023)**, los tratamientos se dividen en dos grandes grupos: los dirigidos a la abstinencia y los dirigidos al beber controlado. Esto también se modula por el nivel de gravedad del trastorno y por los objetivos que quiere lograr la persona. Los más cronificados y con enfermedades físicas optarán en mayor medida por la abstinencia, mientras que en personas menos cronificadas, más jóvenes y con menor motivación puede ser una alternativa el beber controlado. En jóvenes donde predomina el consumo intensivo de alcohol, o *binge drinking*, va a ser más difícil aplicar programas orientados a la abstinencia, mientras que en personas mayores van a ser los ideales, sobre todo si su salud física está afectada o tienen trastornos neuropsicológicos.

Según este manual, los tratamientos más útiles para el consumo de alcohol son: las intervenciones breves, como la entrevista motivacional; las aproximaciones de condicionamiento operante, como MC y la CRA; los TCC, donde destaca el entrenamiento en habilidades sociales, la prevención de recaídas; y otros procedimientos más recientes como ACT o Mindfulness.

A lo anterior hay que añadir la reducción de daños, entre los que se incluyen el entrenamiento en autocontrol y los programas de beber controlado.

Es importante señalar que este manual no es una guía de tratamientos eficaces, y por tanto no se pueden equiparar las afirmaciones sobre eficacia de este y del manual de Fonseca (2021).

Vallejo plantea que los tratamientos para el alcoholismo contemplan los siguientes **aspectos**:

- **Objetivos y desintoxicación** cuando sea necesario.
- Incremento de la **motivación** para el cambio.
- Empleo de **autorregistros**.
- **Entrenamiento en estrategias psicológicas dirigidas a superar el craving** (para cuando ya se ha superado la dependencia física): deshabituación psicológica. En esta etapa se toman también a menudo interdictores. Las técnicas psicológicas que se emplearán dependerán del análisis funcional que se haya realizado.
 - Entrenamiento en manejo de ansiedad y estrés.
 - Entrenamiento en habilidades sociales (hhss).
 - Entrenamiento en manejo de las urgencias y del *craving*. El modelo cognitivo-conductual ve al *craving* como causa de indicios ambientales condicionados, no como la causa del síndrome de abstinencia o de necesidades fisiológicas internas del alcohol. Además, se asume que el *craving* puede estar mediado por las expectativas del placer inmediato o de la reducción del malestar asociado con beber. Así, la persona está influida por tres procesos cognitivos: racionalización, negación y decisiones aparentemente irrelevantes.
 - Entrenamiento en solución de problemas (SP).
 - Entrenamiento en control de la agresividad y de la ira.
 - Entrenamiento en técnicas cognitivas.
 - Entrenamiento en autocontrol.
- **El abordaje de los problemas de pareja y familiares**. Se asume que la pareja y la familia tienen un papel relevante en la conducta de beber y en su mantenimiento.
- Cambio de estilo de vida y manejo de su estado físico.
- El tratamiento de la **comorbilidad**.
- **Prevención de la recaída** y afrontamiento para futuras situaciones de riesgo.
- **Fase de mantenimiento y seguimiento**. Las personas suelen acudir a tratamiento cuando ya están en una fase avanzada de su trastorno. Pocas van a demandar tratamiento en una fase leve o moderada, a menos que ese consumo le acarree problemas manifiestos (ej. continuos accidentes de tráfico). Cuanto más tarde acudan a tratamiento peor será su estado físico, psicológico y social, haciendo más difícil el trabajo terapéutico. Además, cuando la persona tiene pocos recursos para mantener la abstinencia, la fase de rehabilitación psicosocial posterior es imprescindible y es una parte central del tratamiento. De no hacerla la recaída es casi segura. Convendría hacer visitas de seguimiento con un mínimo de 6 meses, siendo ideal que puedan llegar hasta los dos años (espaciándolas conforme se mantiene la abstinencia). En ellas podremos ver si se mantienen los cambios, intervenir de nuevo cuando aparecen caídas o recaídas, buscar apoyo social en su medio, etc.

El manual de Fonseca (2021) plantea cuáles son las **intervenciones de eficacia probada con grado de recomendación A** para el trastorno por consumo de alcohol (PIR 23, 68):

ALCOHOL	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
IMB (Intervenciones motivacionales breves)	A	1++
MET (Terapia de aumento motivacional)	A	1+
CRA (Aproximación al refuerzo comunitario)	A	1++
TCC (tanto TCC, como CSST y Prevención de Recaídas)	A	1++
Terapia Conductual Familiar y pareja	A	1++

Dentro de las **intervenciones de eficacia probada con grado de recomendación A** se encuentran: las intervenciones motivacionales breves (IMB), la terapia de aumento motivacional (*Motivational Enhancement Therapy*, MET), las TCC como el entrenamiento en habilidades interpersonales (CSST) y la prevención de recaídas; la terapia conductual familiar y de pareja y la aproximación de reforzamiento comunitario (CRA).

Otras intervenciones se encuentran **en fase experimental** como la CET, el MC e intervenciones neuropsicológicas.

A continuación, se describen los diferentes programas psicológicos para el tratamiento del alcoholismo:

a) Intervenciones motivacionales breves (IMB)

Las **IMB** tienen un fuerte soporte empírico para la reducción del consumo y los problemas asociados, especialmente en los adolescentes y también para jóvenes hasta 30 años, con eficacia hasta un año tras la intervención. Su tamaño del efecto es mayor cuanto mayor es el consumo en el pretratamiento.

Habitualmente incluyen: *feedback* sobre el consumo, discusión sobre los riesgos para la salud, entrenamiento en estrategias de afrontamiento para evitar o moderar el consumo.

SBIRT es un protocolo de intervención específico (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment).

b) Terapia de aumento motivacional (MET)

La **MET** es una intervención cuyo objetivo es promover la disposición al cambio a través de discusión de experiencias de la persona con el alcohol, *feedback* de resultados de evaluación inicial y promover frases automotivadoras, desarrollar un plan de cambio y monitorizar la conducta de consumo y, en las últimas sesiones, se promueve la implicación de una persona significativa de su entorno.

La eficacia de la MET se ha probado dentro del proyecto MATCH, resultando cuatro sesiones de MET tan eficaz como otras intervenciones más intensivas como TCC (12 sesiones).

c) Aproximación al refuerzo comunitario (CRA)

El programa (*Community Reinforcement Approach*), ideado inicialmente por Hunt y Azrin (1973) se centra en aspectos familiares, sociales, laborales y recreativos, con el objetivo de reforzar la sobriedad, dando gran peso a las técnicas motivacionales y al uso del refuerzo positivo. Se trata del programa conductual que cuenta con mejor soporte empírico, pensado inicialmente para el tratamiento de alcoholismo severo y cuyo objetivo principal es el de reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional. Su objetivo es reorganizar el estilo de vida de las personas y favorecer conductas incompatibles con el consumo de alcohol. Puede aplicarse en grupo o individual, y la duración suele ser de una sesión semanal. La CRA es un programa multicomponente o de amplio espectro. Incluye los siguientes componentes:

- a) Uso del disulfiram.
- b) Entrenamiento en habilidades de comunicación (familia y pareja). En sujetos con pareja se incluyen en el “consejo matrimonial de reciprocidad”.
- c) Establecimiento de un “club de trabajo” para desempleados donde son entrenados en técnicas de búsqueda de empleo.
- d) Actividades recreativas no relacionadas con el alcohol. Disponen de un “Club Unidos”: un bar sin alcohol donde interactuar y conocer a personas abstemias.
- e) Entrenamiento para enfrentarse a las urgencias y deseos de beber y para resistir la presión social, mediante sensibilización encubierta.

Señalar que exige una “prueba de sobriedad” (generalmente 90 días, nunca menos de 60) y que el plan de trabajo se realiza en función de la escala de felicidad y de los objetivos.

d) Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Los programas cognitivo-conductuales se centran en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales que mantienen la conducta de beber. Se distinguen dos modelos principalmente:

d1) Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento (*Coping/social skills training, CSST*)

El objetivo principal de este tipo de intervenciones es dotar al paciente de las suficientes habilidades de afrontamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de alto riesgo producidas por estímulos que desencadenan el deseo de beber. La eficacia del CSST no se ve confirmada en todos los estudios puesto que existen muchos formatos distintos en la literatura, si bien parece un tratamiento bien establecido.

Uno de estos programas es el de **Monti, Abrahams, Kadden** y cols. (1989). Cuenta con entrenamiento en habilidades de comunicación, en el manejo cognitivo-conductual del humor y en el afrontamiento de las urgencias de beber. En su última versión (2002) lo considera un tratamiento basado en la perspectiva del aprendizaje cognitivo-social; utiliza técnicas como el ensayo de conducta, exposición a señales, modelado, reestructuración cognitiva, instrucción didáctica... además de dar importancia a eventos vitales estresantes. El tratamiento tiene 12 sesiones, puede aplicarse de forma individual o grupal. Los temas tratados se agrupan en los siguientes grupos:

- Habilidades interpersonales.
- Habilidades intrapersonales: habilidades específicas para afrontar las causas intrapersonales de beber y estrategias generales de modificación del estilo de vida.
- Exposición a indicios con entrenamiento en afrontamiento de los deseos de beber o craving.
- Patología dual.

En el manual de E. Fonseca (2021) se expone que, aunque se han descrito distintas versiones de la CSST, sus módulos habituales son: **entrenamiento en prevención de recaídas, en habilidades interpersonales e intrapersonales de manejo de estados emocionales y afrontamiento** de estados como los derivados de eventos vitales negativos.

Otro es el tratamiento de **habilidades de afrontamiento para la conducta de beber** (HACB) (Langley et al., 1994). Fue inicialmente diseñado para trabajar con personas con deterioro neurológico con problemas con la bebida. La intervención se lleva a cabo en cuatro fases:

- a) **Evaluación amplia**, se pone énfasis en el autorregistro y en las tareas para casa.
- b) **Preparación para el cambio** (sesiones 1 y 2), donde se fortalecen las habilidades de toma de decisiones mediante la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1991). Tiene varios pasos: mejora de la relación, retroalimentación, reestructuración para el cambio.

- c) **Entrenamiento en las habilidades de afrontamiento** (sesiones 3 a 8), con la construcción de escenas donde se consume alcohol, selección de técnicas de afrontamiento, entrenamiento en solución de problemas y práctica de las técnicas y estrategias de tratamiento.
- d) **Generalización estructurada** en donde se entrena en prevención de recaídas y en mejora de habilidades en el contexto de la exposición a las señales. También se potencia la búsqueda de apoyo social.

Los bebedores con vidas relativamente intactas y que poseen potentes fuentes de disfrute con incentivos no químicos parecen ser los mejores candidatos para este tratamiento.

d2) Prevención de recaídas

Ya se ha descrito en el apartado 2.3., dentro del abordaje general del tratamiento. Es un tratamiento con grado de recomendación A para el trastorno por consumo de alcohol.

e) Terapia conductual familiar y de pareja

Son programas multicomponentes altamente estructurados (9-12 sesiones), que se centran en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. Suelen incluir técnicas como el contrato de contingencias, autorregistro, asignación de tareas y entrenamiento en solución de problemas.

La terapia de pareja denominada **Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)** de Miller, Meyers y Tosigan (1999) incluye: entrevista motivacional, entrenamiento en manejo de contingencias para reforzar la abstinencia, entrenamiento en habilidades de comunicación, identificación de actividades que pueden competir con la bebida, identificación de situaciones de riesgo e identificación de actividades reforzantes para la pareja.

Otro ejemplo de terapia conductual familiar y de pareja es el **programa de McCrady y Epstein** (2015), que tiene tres componentes: TCC para el consumo de alcohol del paciente, TCC para mejorar las habilidades de personas significativas que apoyan el cambio; y TC de pareja para mejorar el funcionamiento de la relación.

La mayoría de los trabajos han encontrado resultados positivos tras la aplicación de este tipo de estrategias y señalan que estas técnicas son un **componente crítico de los programas de tratamiento**. De hecho, las técnicas de manejo familiar son una parte importante de la CRA.

Otros tratamientos:

Terapia de exposición a pistas o señales (CET)

Este tratamiento (*Cue Exposure Therapy*, CET) consiste en la exposición a señales que antecedían la conducta de beber (PIR 16, 175). Estas técnicas están orientadas a reducir la reactividad a las señales mediante procedimientos de control estimular y de exposición. La intervención consiste en la exposición repetida a señales que anteceden la conducta de beber en ausencia de ésta (prevención de respuesta), con la consiguiente extinción de las respuestas condicionadas de deseo. Se trata de una **terapia en fase experimental**, según se recoge en el manual de Fonseca.

Manejo de Contingencias

Desde esta perspectiva se entiende el uso del alcohol como una conducta operante mantenida por los efectos reforzantes de la sustancia y por reforzadores sociales. Estas terapias se caracterizan por el reforzamiento de la abstinencia o de otras conductas adaptativas por medio de reforzadores tangibles. El manejo directo de contingencias ofrece resultados esperanzadores, si bien hay escasez de estudios hasta la fecha, por lo que se considera que está en **fase experimental**.

Asesoramiento motivacional sistemático

Se basa en la teoría de la motivación. Asume que la persona que empieza a beber obtiene poca satisfacción emocional de los incentivos de otras áreas de la vida, encuentra muchas más reacciones positivas bioquímicas frente al alcohol que negativas o los incentivos de otras áreas de su vida son excesivamente dolorosos. De modo que llegan a una pauta de usar el alcohol bien por sus efectos químicos positivos o porque sirve de regulador del afecto.

El que una persona decida beber en una determinada ocasión particular está determinado por la cuestión de si los cambios afectivos positivos esperados de la conducta de beber sobrepasan los negativos. La fuente de motivación para beber se centra, así, en las denominadas “*circunstancias presentes*” (incentivos positivos y negativos de la gente en otras áreas de la vida y al afecto correspondiente al que da lugar).

Los objetivos de esta técnica son:

- a) Identificar los patrones motivacionales desadaptativos de los bebedores problema que impiden que consigan lo que necesitan y lo que esperan de la vida.
- b) Cambiar estos patrones desadaptativos por medio de una técnica de asesoramiento motivacional que produzca un aumento de la satisfacción por la vida y una reducción de la conducta de beber.

Para evaluar la estructura motivacional se realiza el **Cuestionario de la estructura motivacional**. Los resultados muestran un perfil con once índices clínicos fundamentales, entre los que están: el número de objetivos (pocos-muchos), la valencia de los esfuerzos por conseguir los objetivos (apetitiva-aversiva), lo provechoso del esfuerzo que se está realizando (útil-inútil), las probabilidades esperadas de éxito (muy optimista-muy pesimista), la accesibilidad de los objetivos (muy accesibles-muy distantes), los efectos del alcohol (efectos facilitadores muy potentes-efectos facilitadores muy interferentes).

Los autores han identificado dos conglomerados diferentes de patrones motivacionales: 1) el “**soñador**” (S), tiene gran número de objetivos, manifiestan un esfuerzo inútil y espera sufrir una gran tristeza si no tiene éxito en conseguir sus objetivos; y 2) el “**depresivo**” (D), representa el rol del espectador, invierte poco esfuerzo y espera experimentar poca alegría si tiene éxito y poca tristeza si fracasa.

La intervención consiste en dos componentes:

Componentes esenciales de asesoramiento: a) repasar lo que conlleva la intervención, b) rellenar el cuestionario de la estructura motivacional, c) utilizar ejercicios adicionales para planificar objetivos de tratamiento y d) establecer objetivos concretos específicos.

Componentes esenciales de reestructuración que se eligen de forma individual.

1. Construir los escalones hacia el objetivo (D).
2. Establecer objetivos para llevar a cabo las sesiones (D).
3. Cambiar el estilo de vida de asertivo a apetitivo (D).
4. Mejorar la capacidad para lograr los objetivos (S).
5. Reexaminar las fuentes de autoestima (S).
6. Solucionar los conflictos entre objetivos (S).
7. Liberarse de objetivos inapropiados (S).
8. Identificar nuevas fuentes de disfrute (D).

Los bebedores problemáticos carentes de objetivos en sus vidas y que utilizan el alcohol como único recurso para lograr una satisfacción emocional serían buenos candidatos para este tratamiento.

En los últimos años se han expandido las intervenciones breves y motivacionales:

02. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Adultos. Tratamientos para trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones

- La intervención del **consejo motivacional llevada a cabo por el médico de Atención Primaria** es coste-eficiente (Chi y cols., 2022). Sólo un 15-20% de quienes tienen un trastorno por consumo de alcohol acuden a tratamiento, por ello la importancia de abordajes que aumenten la motivación al cambio.
- La OMS ha desarrollado una **app: PAHOLA**, que evalúa el consumo de alcohol y propone ayuda. No hay muchos estudios al respecto de la utilidad del empleo de apps, aunque algunos han demostrado claramente que reducen el consumo de alcohol.

Con todo, en muchos casos las intervenciones breves no serán suficientes y necesitaremos recurrir a tratamientos específicos y de más duración.

Entrenamiento en autocontrol conductual

Se trata de un programa multicomponente diseñado por Hester y Miller (1989) que tiene la ventaja de que sirve para entrenar para la abstinencia como para el beber controlado, pudiéndose aplicar en grupo, individualmente o en formato de autoayuda. Es un procedimiento educativo en el que el sujeto se hace responsable del cambio. Las técnicas incluidas son:

- a) Autoobservación.
- b) Planificación de objetivos (imprescindible pasar por un periodo de sobriedad).
- c) Manejo del consumo a través del control de estímulos.
- d) Modificación de la topografía o del patrón temporal de uso del alcohol para minimizar la intoxicación u otras consecuencias negativas. Se incluye el tratamiento de cómo y qué beber.
- e) Modificación de las consecuencias del uso del alcohol y de las conductas relacionadas, reforzando la reducción del uso del alcohol e incrementando su implicación en conductas alternativas.
- f) Elaborar un sistema de refuerzos (realistas, del medio del sujeto y realmente reforzantes) en función de la consecución de los objetivos.
- g) Aprendizaje de habilidades de afrontamiento alternativas.

Programas de beber controlado

El beber controlado es una forma de tratamiento para un tipo determinado de bebedores: jóvenes con buen apoyo familiar y laboral, que rechazan la abstinencia como meta, con fuertes demandas para beber socialmente o que han fracasado en tratamientos previos orientados hacia la abstinencia.

Los programas en la actualidad suelen constar de: delimitación de objetivo, autorregistro, análisis funcional de las situaciones de bebida, cambios específicos en la conducta de beber, refuerzo por conseguir el objetivo marcado y aprendizaje de habilidades de afrontamiento alternativas, incluyendo la prevención de recaídas.

Sobell y Sobell (1993) trabajan con bebedores problema para prevenir que se conviertan en bebedores crónicos. Estos bebedores problema suelen ser jóvenes con buen nivel cultural y con empleo. Enmarcan la intervención en una aproximación de automanejo. Los programas suelen ser **programas de autocontrol breves** (4 semanas) ya que se ha encontrado la misma efectividad que con los programas largos.

Perspectivas de tratamiento

Un tema relevante en los últimos años ha sido el del emparejamiento o “Matching” del sujeto al tratamiento que mejor se ajuste.

Se han llevado a cabo tres proyectos: **MATCH** (Proyect Mathc Research Group, 1993), **UKATT** (Ukatt Research team, 2007) y **COMBINE** (Anton y cols., 2006). Son estudios que pretendían ofrecer a cada sujeto dependiente de alcohol el tratamiento que mejor se ajustara a sus características, suponiendo que la individualización del tratamiento mejoraría los resultados.

Hasta ahora **no se ha demostrado que la individualización del tratamiento mejore los resultados**. Sí sabemos que los pacientes más graves se benefician de intervenciones más intensivas, pero que no habría diferencias para quienes tienen problemas menos severos entre intervenciones intensivas y poco intensivas. Por un lado, quienes tienen una alta sociopatía

deberán ser tratados con intervenciones basadas en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Por el contrario, aquellos bajos en sociopatía probablemente obtendrán los mismos resultados o aún mejores con tratamientos orientados a la mejora de las relaciones.

Tampoco se ha podido confirmar que la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos sea mejor que cada uno de ellos por separado. Esto ha llevado a indicar el peso que pueden tener los factores comunes en la eficacia del tratamiento.

3.2. SEDANTES, HIPNÓTICOS Y ANSIOLÍTICOS

Se utilizan para tratar problemas de insomnio, ansiedad y casos de abuso y dependencia de otras drogas. Su consumo produce altos niveles de tolerancia y un agudo síndrome de abstinencia. Además, puede tener consecuencias negativas como menor rendimiento escolar o laboral, mayor riesgo de accidentes y agresiones, sobredosis accidentales o suicidio, y su combinación con alcohol es peligrosa.

El tratamiento ante una intoxicación por sedantes (sobreingesta medicamentosa) consiste en: lavado gástrico y carbón activado para evitar la absorción, antes de las 4-8 horas de ingesta; soporte cardiocirculatorio; aumento de la excreción mediante diuresis forzada y alcalinización de la orina. En los casos de intoxicación por benzodiazepinas el tratamiento de elección es administrar **flumazenil** que bloquea su acción.

El tratamiento del síndrome de abstinencia en ámbito hospitalario consiste en sustituir la sustancia por otra con la que tenga tolerancia cruzada y reducirla progresivamente.

3.3. OPIÁCEOS

La administración crónica de opiáceos inhibe la tasa de descarga noradrenérgica, por lo que los síntomas de abstinencia están mediatizados por su actividad noradrenérgica. La **clonidina** es un agonista de los receptores alfa 2 noradrenérgicos, por lo que suprime e inhibe los síntomas de abstinencia a narcóticos.

Existe una tasa de mortalidad del 2% por año y aproximadamente el 20-30% de los sujetos que presentan dependencia logran la abstinencia a largo plazo.

Respecto al tratamiento, la **combinación de terapia psicológica (MC y TCC) con tratamientos farmacológicos** puede recomendarse con un grado de evidencia B. Los protocolos de MC ha sido los más investigados y han obtenido resultados positivos en retención, abstinencia y otros objetivos de tratamientos.

Existen tratamientos dirigidos al abandono total del consumo (**programas libres de drogas**) y programas de mantenimiento con agonistas opiáceos (**programas de reducción de daños**), como la metadona o la buprenorfina.

3.3.1. Tratamiento farmacológico

- 1) Antagonistas opiáceos, para tratar la intoxicación (**naloxona**) y para los tratamientos libres de drogas (**naltrexona**). La naltrexona produce extinción de la conducta de consumo (efecto anticraving) (PIR 20, 171), eliminando la acción y efecto reforzante de los opiáceos a través del bloqueo de sus receptores (PIR 17, 114).
- 2) Agonistas en una terapia de mantenimiento de reducción de daños: **metadona** y buprenorfina.
- 3) Orientados a tratar el síndrome de abstinencia: clonidina y benzodiazepinas.

El **programa de mantenimiento con agonistas opiáceos** o de reducción de daños no tiene como objetivo inicialmente el logro de la abstinencia, sino que el consumo se produzca en condiciones de seguridad para la salud de los usuarios (PIR 22, 169). Permite reducir el consumo de opiáceos, el riesgo de exposición a VIH, la morbilidad fetal, obstétrica y posterior al parto (en pacientes embarazadas), etc. Entre los pacientes para los que está indicada la inclusión en estos programas se encuentran:

- Pacientes que no consiguen la abstinencia a través de programas de desintoxicación o con el seguimiento de programas libres de drogas.

02. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Adultos. Tratamientos para trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones

- Drogodependencias crónicas de varios años de duración, con fracasos repetidos en los tratamientos de desintoxicación y/o estancia en comunidades terapéuticas.
- Pacientes afectados de complicaciones orgánicas graves cuya recaída en la autoadministración intravenosa de heroína, puede poner en peligro su vida.
- Pacientes embarazadas con consumo activo de heroína (PIR 18, 169).
- Pacientes con patología psiquiátrica asociada.

3.3.2. Tratamiento psicológico

Las intervenciones psicológicas más investigadas han sido el manejo de contingencias (MC) y la TCC, en la mayor parte de los casos combinada con tratamiento con metadona. El MC ha obtenido resultados positivos en retención, abstinencia y otros objetivos de tratamiento. Los reforzadores más utilizados han sido dosis de metadona, vales canjeables (*vouchers*) y el acceso al trabajo. Aunque estos programas suponen costes adicionales, hay estudios que demuestran su coste-efectividad.

Tanto MC como TCC, en combinación con terapia farmacológica, se considera dentro de las intervenciones de eficacia probada (grado de recomendación B). El MC es eficaz para la consecución de la abstinencia inicial a través de protocolos rigurosos, y la TCC fortalece la abstinencia y los cambios en el estilo de vida a largo plazo.

Según el manual de E. Fonseca (2021), los tratamientos psicológicos más eficaces son:

OPIÁCEOS	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
MC (Manejo de Contingencias)	B	2++
TCC (Terapia cognitivo-conductual)	B	2++

Son los programas que más investigación han desarrollado:

1. **Manejo de contingencias (MC).** Existe gran diversidad de formatos: estas técnicas operantes se han mostrado relativamente efectivas tanto en programas de agonistas opiáceos (metadona) como de antagonistas (naltrexona). El MC es eficaz fundamentalmente para la consecución de la abstinencia inicial.

Con los pacientes adictos a opiáceos en programas de mantenimiento con metadona se ha empleado una versión particular del MC, el programa denominado **Lugar de Trabajo Terapéutico (*Therapeutic Workplace*)**. En este programa se utiliza el salario como reforzador contingente a la abstinencia y a otras conductas ligadas a la participación en un módulo de empleo (puntualidad y otras *conductas profesionales*).

El equipo de Silverman ha llevado a cabo varios estudios con seguimientos de hasta ocho años en los que se mostraba la eficacia de esta intervención para incrementar las tasas de abstinencia y mejorar el funcionamiento psicosocial en este tipo de población.

2. **Terapia cognitivo conductual.** Fortalece la abstinencia y los cambios en el estilo de vida a largo plazo.

Por otro lado, con la **exposición a pistas o señales (CET)**, aunque se han encontrado resultados positivos con algunas sustancias ilegales como la cocaína, parecen desaconsejarse en el caso de la adicción a opiáceos (Vallejo 2023). Quizá más que como tratamiento, la CET deba pensarse como una técnica a incluir dentro de programas de intervención más amplios.

3.4. ESTIMULANTES (COCAÍNA y ANFETAMINAS)

El tratamiento, en caso de intoxicaciones leves, la mayoría de las veces sólo requiere el mantenimiento de las constantes vitales. En casos más graves se precisa sedación. En los casos de una psicosis cocaínica (habitualmente delirio paranoide) se requiere tratamiento con benzodiazepinas y neurolépticos, si se precisase (este caso es más frecuente en consumidores vía intravenosa o por inhalación y menor en los que la esnifan).

02. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Adultos. Tratamientos para trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones

Los síntomas de abstinencia aguda requieren por lo general algunos días de descanso y recuperación, debido a los sentimientos desagradables de depresión y laxitud que aparecen. Pueden coexistir ideas autolíticas. Se pueden requerir sedantes y antidepresivos.

En este momento, la principal demanda de tratamiento para sustancias ilegales es para la cocaína, además de la heroína y una creciente demanda de tratamiento para cannabis (Belloch, 2024).

En la actualidad no existen tratamientos farmacológicos aprobado para tratar la adicción a los estimulantes (se utilizan agonistas dopaminérgicos, antidepresivos, estimulantes, neurolépticos...). Por ello nos centraremos en los tratamientos psicológicos.

Según el manual de E. Fonseca (2021) los tratamientos más eficaces para el tratamiento de la adicción a los estimulantes son:

ESTIMULANTES	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
CRA + MC	A	1++
MC	A	1++
TCC	A	1++

Por tanto, los tratamientos para los estimulantes incluidos como intervenciones de eficacia probada con grado de recomendación A son: la aproximación de reforzamiento comunitario (**CRA**) + **manejo de contingencias** (MC); el **manejo de contingencias** (MC) y la **TCC**. El MC obtiene resultados muy positivos a corto plazo y se recomienda combinarlos con otros programas como CRA para mantenerlos a largo plazo. Parece que cuando se combinan las terapias TCC y Prevención de recaídas con programas de MC se obtienen mejores resultados.

Como intervenciones en fase de experimentación, E. Fonseca (2021) expone el desarrollo de **TCC breves** (aunque por el momento no tienen eficacia contrastada y se recomiendan TCC más intensivas), así como **terapias de tercera generación** (terapia de aceptación y compromiso, prevención de recaídas basada en *mindfulness*, reducción de estrés basado en *mindfulness* junto con MC). Otros programas que no cuentan con evidencia empírica suficiente son: terapia psicodinámica de apoyo expresivo, intervenciones basadas en programas de 12 pasos, programas de ejercicio físico estructurado y educación para la salud, la terapia interpersonal y la terapia familiar, así como las terapias neurocognitivas.

El manual de Vallejo (2023) apunta a que la terapia de exposición a pistas o estímulos (CET), a pesar de desaconsejarse en el caso de la adicción a opiáceos, ha obtenido resultados positivos con la adicción a la cocaína.

a) Programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo (CRA + Vouchers) (Budney y Higgins, 1998) (PIR 16, 177; PIR 21, 147).

Este programa es el que cuenta con mejores resultados en términos de retención en tratamiento y abstinencia. Integra la CRA con un programa de manejo de contingencias en el que los pacientes pueden ganar puntos o recibos (*vouchers*) canjeables por determinados reforzadores que contribuyen a alcanzar los objetivos del programa. Los *vouchers* se consiguen principalmente por análisis negativos en orina. Como en el manejo de contingencias se refuerza la conducta objetivo (normalmente la abstinencia), esta debe verificarse con pruebas bioquímicas, monitorizando frecuentemente la conducta objetivo para aplicar el incentivo (PIR 21, 205).

Se trata de un **tratamiento multicomponente** cuyo objetivo fundamental es la abstinencia y con una duración total de 24 semanas. Para conseguirlo, se promueven cambios en 4 áreas de la vida: relaciones familiares (incluye asesoramiento en las relaciones de pareja), actividades de ocio, relaciones sociales y área vocacional. Incluye componentes como: incentivos, análisis funcional, entrenamiento en habilidades para el rechazo de drogas, cambios en estilo de vida, terapia de pareja, abordaje del consumo de otras sustancias y problemas psicológicos concomitantes. Un subcomponente de la terapia de incentivo es un procedimiento de manejo de contingencias que refuerza sistemáticamente la retención y la abstinencia.

Además, este programa de CRA + terapia de incentivo se ha adaptado a lo que se ha llamado Terapia de Conducta Computarizada, que automatiza el componente de MC e incluye algunos de los módulos de entrenamiento en habilidades a través de un ordenador programado en función de las características individuales del paciente. Se ha justificado el uso como una forma

de abaratar los tratamientos y como una alternativa para personas que quieran preservar su anonimato o que padezcan algún tipo de ansiedad o fobia social que les impida acudir a un tratamiento estándar.

b) Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Suelen trabajarse las habilidades de afrontamiento y la prevención de recaídas. Es un programa de corta duración (habitualmente 12 semanas) con dos componentes: análisis funcional y entrenamiento en habilidades (no incluye la provisión directa de contingencias por medio de incentivos ni el empleo de recursos comunitarios).

c) Propuesta de Graña y Muñoz para sujetos consumidores de cocaína y heroína.

Esta es una propuesta de intervención para la presencia de politoxicomanía. Estos autores plantean un programa de tratamiento de 9 meses y 3 de seguimiento con tres fases diferenciadas:

Primera fase: 1) realización de un contrato terapéutico; 2) evaluar en qué “estadio de cambio” se encuentra al iniciar el programa de tratamiento; 3) **superar el síndrome de abstinencia**.

Normalmente la deshabituación se hace de forma ambulatoria lo que supone un trabajo con la familia y un cambio en la red social del paciente.

Segunda fase: 1) mantener la abstinencia inicial; 2) replantear y fortalecer el proceso de cambio; 3) abordar el deseo de recuerdo persistente de la droga, mediante entrenamiento familiar para prevenir el consumo, pues para Graña (1994) la variable más importante implicada en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas es la dinámica familiar; 4) alcanzar **cierto grado de autocontrol** mediante procedimientos de exposición con prevención de respuesta (controlado por la familia) tras un mes mínimo de abstinencia. Se pueden utilizar también técnicas como la sensibilización encubierta; 5) manejar el ritual de búsqueda de drogas; 6) **generalizar la abstinencia a otro tipo de drogas**.

Dentro de esta fase se tratarán otros objetivos como la **modificación del estilo de vida** mediante la planificación de actividades, la mejora de los hábitos de salud y de higiene personal, la modificación de pensamientos disfuncionales y creencias erróneas y el manejo de aspectos psicológicos característicos en los drogodependientes como las reacciones de ira y la búsqueda de sensaciones.

Tercera fase: Se fortalecen los logros terapéuticos anteriores y se aborda la **prevención de recaídas**.

3.5. TABACO

Existen más de 130 tratamientos “formales” para dejar de fumar que se pueden dividir en tres grandes bloques: tratamientos psicológicos, tratamientos desarrollados en el contexto médico y tratamientos desarrollados en el contexto comunitario o social.

Según el manual de E. Fonseca (2021), los tratamientos más eficaces para el tratamiento de la adicción al tabaco son los siguientes:

TABACO	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
MC	A	1++
TCC	A	1++

Se han clasificado los tratamientos según grados de recomendación (Fonseca, E., 2021) encontrando dentro de las intervenciones de eficacia probada (grado de recomendación A) la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el manejo de contingencias (MC); y como intervenciones en fase experimental se encuentran otras como: entrevista motivacional, *mindfulness* y las intervenciones neurocognitivas. La terapia de exposición a pistas (CET) que busca disminuir la reactividad o *craving*, se considera una terapia de eficacia no probada.

02. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Adultos. Tratamientos para trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones

En la **TCC** se incluyen sesiones iniciales de preparación para el cambio, técnicas como la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGINA), control estímulos, entrenamiento en solución de problemas, incremento de ejercicio físico, entrenamiento en relajación y control de estrés, así como prevención de recaídas mediante entrenamiento en habilidades de afrontamiento en situaciones de riesgo y búsqueda de apoyo social. Parece que la eficacia de la TCC está relacionada con su intensidad, siendo más eficaces intervenciones intensivas (4 o más sesiones, al menos 10 minutos por sesión y más de 30 minutos en total). Los programas más intensivos constan de sesiones de 60-90 minutos semanales durante 6-12 semanas, con seguimientos mensuales posteriores.

En la terapia de **MC** se refuerza la abstinencia mediante pruebas bioquímicas, siendo el protocolo de reforzamiento más frecuente el uso de *vouchers* o incentivos intercambiables por reforzadores naturales que se aplican tanto por la abstinencia como por conductas que la favorecen (ej. cambios en estilo de vida). Además, añadir el MC a un programa de TCC ha demostrado ser coste-eficaz. Existe amplia evidencia de la eficacia de MC en poblaciones específicas como embarazadas y personas con esquizofrenia.

Las terapias basadas en *Mindfulness*, aunque parecen reducir el estrés, la irritabilidad y la ansiedad, aún no tienen eficacia probada, al igual que las intervenciones neurocognitivas (ej. abordan sesgos atencionales o control inhibitorio).

A continuación, se presentan otras conclusiones sobre la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar. Es importante señalar que el resto de los manuales y autores que se enumeran a continuación no forman parte de una guía de tratamientos eficaces y, por tanto, no se pueden equiparar las afirmaciones sobre eficacia indicadas.

Según el manual de **Vallejo Pareja (2023)**, el tratamiento de elección para dejar de fumar serán los programas comunitarios debido a la economía de los mismos y al impacto que tienen sobre la población, obteniendo éxitos entre un 10-40% en el abandono del tabaco y una media de 20% de abstinencia al primer año de seguimiento.

Otros autores, Fiore et al. (1990), señalan lo que ya decían estudios previos: que quitarse por sí mismo debe considerarse la forma de tratamiento del tabaquismo más eficaz, sin embargo, sólo es útil para los fumadores que se ajusten a ese perfil.

Gil Roales-Nieto, J. (2005), presenta los distintos programas ordenados por eficacia promedio (ver tabla), donde los tratamientos son **eficaces comparados con el grupo control o placebo** con diferencias cuantitativas en su eficacia que no resultan definitivas.

TIPOS DE PROGRAMAS Y EFICACIA	
Tratamientos	Eficacia promedio (rango)
Técnicas de saciación	45,8 (10-76)
Reducción gradual de nicotina	33 (6-71)
Fumar rápido	32 (0-72)
Chicle de nicotina	28 (3-63)
Programas multicomponentes	26,5 (8-46,2)
Bupropión	25,3 (12-40)
Parches de nicotina	22 (8,5-35)
Spray nasal de nicotina	19,8 (15,4-26)
Programas en medios de comunicación	19,1 (4-42)
Consejo o advertencia médica	16 (3-33,3)
Programas de autotratamiento, autoayuda o autocontrol	13,7 (0-57)
Inhalador de nicotina	12,3 (10,5-21)

Los tratamientos llevados a cabo en contextos médicos por profesionales (sustitutivos de la nicotina y bupropión) no ofrecen mayor eficacia que los tratamientos psicológicos profesionales disponibles. Mención aparte merecen el consejo y la advertencia médicos al tratarse de un tratamiento psicológico (basado en el lenguaje) llevado a cabo por profesionales médicos, cuya relativa eficacia puede deberse, precisamente, a esta coyuntura.

En general se observan niveles de eficacia pobres en todos los programas de tratamiento. En los programas con mayores tasas de eficacia se observa un 20-40% de abstinencia al año de seguimiento.

Otros estudios refieren que la terapia cognitivo conductual puede alcanzar un éxito al año de seguimiento del 30% mientras que el parche sustitutivo de nicotina del 11%. Incluso, la combinación terapia más parche no es superior a la terapia cognitivo conductual por sí sola.

La conclusión final de esta revisión señalaría que todos los tipos de tratamientos revisados pueden entenderse como tratamientos eficaces comprobados a lo largo de numerosos estudios, de modo que el amplio rango de tratamientos disponibles representa oportunidades distintas de éxito dependiendo del tipo de fumador a quien se apliquen; por lo tanto, es esencial adaptar el tratamiento al perfil comportamental del fumador.

A continuación, se presentan los diferentes tratamientos para abandonar el consumo de tabaco, clasificados en tratamientos psicológicos, médicos y desarrollados en el contexto comunitario o social.

3.5.1. Tratamientos psicológicos

1. Procedimientos basados en la saciación (aversión)

Se trata de los primeros procedimientos que se utilizaron (Resnick en 1968 plantea el procedimiento clásico) con sus múltiples variantes posteriores. Son alta o moderadamente efectivos, pero tienen un alto porcentaje de abandonos.

- a) **Procedimiento de saciación.** El estudio pionero con el tabaquismo es de Resnick (1968). El método consiste en que el fumador aumente el número de cigarrillos habituales hasta el “punto de saciación”, de forma que los aspectos positivos de la conducta de fumar se conviertan en aversivos. Este método agrava el estado de salud de los participantes con problemas cardiovasculares, por lo que se desaconsejó su uso. Tori (1978) desarrolló el método de **saciación al sabor**, que posteriormente fue modificado por Kopel, Zuckerman y Baksht (1979) y se denominó “**retención de humo**”. Este método consiste en retener el humo en la boca mientras se sigue respirando por la nariz.
- b) **Procedimiento de fumar rápido.** Desarrollado por Harris y Lichtenstein (1971) consiste en tomar caladas de un cigarrillo cada seis segundos, hasta el punto en que comienzan a sentirse mal (náuseas o mareos) o hasta cumplir un tiempo límite prefijado. Es el procedimiento más utilizado en la clínica, junto con otras técnicas, pero está contraindicado en pacientes obesos. El *rapid puffing* (caladas rápidas) es muy similar (Erickson, Tiffany, Martin y Backer, 1983).
- c) **Fumar centrado en la atención.** Desarrollado por Hackett y Horan (1978). Se trata de entrenar al fumador en fumar durante cinco minutos focalizando la atención en las sensaciones producidas por fumar. Tratan de demostrar que cuando el fumar se separa de las situaciones y actividades sociales, llega a convertirse en una experiencia neutra. Se desarrolla en grupo.
- d) **Procedimiento de costo de respuesta.** Se firma un contrato en el que el fumador deposita una cierta cantidad de dinero que pierde si fuma y que va recuperando a medida que mantiene su abstinencia.
- e) **Tratamiento por aversión al sabor.** Consiste en el uso de sustancias que producen un sabor desagradable cuando se fuma un cigarrillo después de haberlas tomado.

2. Procedimientos alternativos a la aversión

a) Procedimientos centrados en el autocontrol

- a1) **Reducción progresiva o gradual de tabaco:** Busca reducir el consumo de tabaco a través de realizar modificaciones en dimensiones de la conducta de fumar (tasa, sustancia o topografía).

– Incremento progresivo del intervalo entre cigarrillos.

- Reducción gradual del número de cigarrillos. Frederiksen (1979) idea la técnica de “fumar controlado” consistente en un complejo programa dirigido a modificar las diferentes dimensiones de la conducta de fumar; es decir, sustancia, tasa y topografía.
- Reducción progresiva de la ingesta de nicotina y alquitrán (RGINA) (Foxy y Brown, 1979). Se cambia paulatinamente de marca de cigarrillos reduciendo la nicotina ingerida y se disminuye el consumo de cigarrillos al día (PIR 21, 146). La evidencia indica que la reducción semanal del 30% combinada con TCC+MC produce un 95% de abstinencia al final del tratamiento.

Los programas de reducción gradual de la ingesta de nicotina implican la disminución progresiva del consumo en lugar de la abstinencia total inicial, de forma que se logra la deshabitación de forma menos aversiva, disminuyendo la probabilidad de aparición de síntomas de abstinencia (PIR 22, 171).

La reducción progresiva o gradual de nicotina no debe confundirse con el cambio de tabaco normal a tabaco *light* fuera de un programa estructurado de reducción de nicotina. El consumo de tabaco *light* **no** resulta ser menos perjudicial, ya que los fumadores cambian el patrón de consumo, incrementando el número de caladas y la intensidad de las mismas por lo que puede suponer el aumento de la inhalación de ciertos gases y por lo tanto un mayor aumento de riesgos para la salud.

a2) La técnica de “fumar señalizado” (Shapiro et al., 1971): Trata de **extinguir la relación funcional entre determinadas señales ambientales y fumar.**

El fumador debe llevar un dispositivo que emitirá una señal auditiva a intervalos programados al azar y sólo se podría fumar en esa ocasión.

Lowe y cols. (1980) idearon un “**procedimiento de extinción de señales**” consistente en eliminar las señales y actividades relacionadas con fumar de dos formas: con la **práctica en la extinción de señales** (se identifican las tres señales predominantes para fumar y no se fuma en presencia de éstas durante un cierto tiempo antes de comenzar la abstinencia de fumar) y mediante el **fumar centrado en la atención.**

b) Terapias de grupo o CLINICS para dejar de fumar

Grupos terapéuticos para dejar de fumar que varían en función de la orientación a seguir o la frecuencia de las sesiones. La modalidad grupal se desarrolla generalmente en varias sesiones a lo largo de una o más semanas e incluye conferencias, discusiones de grupo, información sobre salud y tabaco, etc. para favorecer la motivación al abandono del tabaco. Se pueden distinguir tres fases básicas en este tipo de intervenciones: fase del desarrollo de la autoestima y comprensión del problema, prácticas de abstinencia bajo condiciones controladas y fase de mantenimiento. Se observa un 20% de abstinentes al año de seguimiento.

c) Programas multicomponentes

Dada la gran variabilidad, no representa en sí mismo una entidad terapéutica definida y delimitada. Los programas multicomponentes no se han mostrado más eficaces que otros tipos de intervención más sencillos y su efectividad varía en función de sus componentes. Generalmente comprenden tres fases: preparación, abandono del tabaco y mantenimiento de la abstinencia.

Como un ejemplo dentro de nuestro país destacaríamos el “Programa para dejar de fumar” de Becoña (2007). Los componentes de este programa son:

- 1) Contrato de tratamiento.
- 2) Autoobservación: autorregistro y representación gráfica del consumo.
- 3) Información sobre el tabaco.
- 4) Control de estímulos.
- 5) Actividades para no padecer los síntomas del síndrome de la abstinencia de la nicotina.

- 6) *Feedback* fisiológico del consumo de cigarrillos (monóxido de carbono en el aire espirado).
- 7) Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, a razón de una reducción del 30% semanal, mediante el cambio de marcas y la reducción gradual del número de cigarrillos.
- 8) Control de estímulos.
- 9) Estrategias de prevención de la recaída.

Los componentes anteriormente mencionados se traducen en tareas a realizar a lo largo de las 6 sesiones semanales de 1 hora, en las 6 semanas que dura el tratamiento. Las cuatro primeras semanas se orientan al abandono del tabaco, centrándose en la eliminación de las dependencias fisiológica, psicológica y social del fumador y, las dos últimas, se dedican a aspectos relacionados con la prevención de la recaída y el mantenimiento de la abstinencia.

El tratamiento se puede realizar a nivel clínico o mediante un procedimiento de autoayuda (con un manual de autoayuda). A nivel clínico puede realizarse de forma individual o grupal, y con distintos niveles de intensidad en su aplicación, desde el consejo psicológico, hasta el tratamiento clínico intensivo. Lo habitual es que se realice a nivel grupal, porque, a diferencia de otros trastornos, en la adicción al tabaco el tratamiento grupal resulta de gran relevancia.

d) Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de aceptación y compromiso representa una excelente elección para aquellos fumadores en los que exista un componente de evitación y para aquellos fumadores denominados “*early-lapse smokers*” (desliz temprano), fumadores que se mantienen en el intento de abandono del tabaco con frecuentes violaciones de la abstinencia.

3. Autotratamiento o procedimientos de autoayuda

Los tratamientos en los que el fumador es el agente principal resultan eficaces para un porcentaje reducido de fumadores. Están indicados en personas con fuerte motivación, un repertorio general de autocontrol, iniciativa y autonomía.

3.5.2. Tratamientos desarrollados en el contexto médico

Entienden que la adicción es una enfermedad que debe tratarse farmacológicamente. Se incluyen:

- Consejo y/o advertencia médica para dejar de fumar.
- Tratamientos con fármacos antagonistas, aunque su uso es poco habitual: mecamilamina.
- Tratamiento del síndrome de abstinencia: clonidina, imipramina, bupropión (antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de NA, DA y en menor medida de serotonina), doxepina (antidepresivo tricíclico) y vareniclina y **citisinga** (agonistas parciales nicotínicos).
- Sustitutivos de la nicotina: chicle, solución nasal o parches. El parche es en la actualidad la forma de terapia sustitutiva más utilizada. Actualmente se suelen combinar con tratamientos cognitivo-conductuales.

Vallejo (2023) concluye que los tratamientos farmacológicos se encuentran en desuso y presentan resultados de eficacia confusos. Principalmente se recomiendan para “fumadores duros”, aquellos que consumen más de 20 cigarrillos al día.

3.5.3. Tratamientos desarrollados en el contexto comunitario o social

Sin la mediación de un profesional de forma directa (ej. ofrecer programas a través de medios de comunicación).

3.6. CANNABIS

A pesar de ser la droga ilegal más consumida en el mundo, hasta hace relativamente poco tiempo no contábamos con tratamientos específicos para la adicción al cannabis con buen soporte empírico.

Más recientemente (Fonseca, 2021), se han incluido dentro de las intervenciones de eficacia probada (grado de recomendación A) para el consumo de cannabis: la **terapia de aumento motivacional (MET)**, la TCC y el MC.

CANNABIS	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
MC	A	1++
TCC	A	1+
MET	A	1+

La **MET** consiste en una terapia similar a la entrevista motivacional que requiere al menos 1-4 sesiones de 60-90 minutos y que habitualmente se integra en formatos más amplios de TCC. Martin, Copeland y Swift (2005) desarrollan una intervención motivacional breve: **ACCU** (Adolescent Cannabis Check-up) que parece útil en reducir la frecuencia y cantidad de consumo y en reducir síntomas de dependencia.

La **TCC**, y su combinación con MET, entre otros, constituye uno de los programas con mayor soporte empírico, especialmente si incluyen componentes de prevención de recaídas, ya que, aunque la TCC se ha mostrado eficaz en el tratamiento del abuso y/o dependencia al cannabis, las tasas de recaída sugieren que muchos participantes no obtienen resultados positivos a largo plazo.

Por último, varios metaanálisis consideran el **MC** como un tratamiento bien establecido mostrando superioridad a otros tratamientos en términos de abstinencia y reducción de frecuencia de consumo. Cuando se combina con TCC su relación coste-eficacia mejora. También parece mejorar los resultados cuando el MC se dirige a reforzar la abstinencia en lugar de otras conductas de adherencia a tratamiento (PIR 23, 67).

Otras intervenciones como terapias basadas en *mindfulness*, las que incluyen *técnicas neuropsicológicas* y las *intervenciones motivacionales breves* no se consideran de eficacia probada o están **en fases de experimentación**.

El manual de Vallejo (2023) señala que la entrevista motivacional en combinación con TCC ha sido utilizada con éxito en individuos dependientes de la marihuana.

RECUERDA

- ◆ El tratamiento psicológico es fundamental para los trastornos por consumo de sustancias.
- ◆ Existe evidencia acumulada que demuestra que los tratamientos conductuales, como la TCC y el MC, son de primera elección.
- ◆ Los tratamientos con grado de recomendación para el trastorno por consumo de alcohol son: IMB, MET, CRA, TCC y TCFyP.

4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA ADICCIONES CONDUCTUALES

La intervención psicológica en adicciones sin sustancia sigue un proceso **similar al de otras adicciones** (PIR 23, 69) dando importancia a la toma de conciencia y motivación para el tratamiento en fases iniciales, al control de estímulos, limitando los tiempos de exposición para, posteriormente, realizar una exposición con prevención de respuesta ante los estímulos y prevención de recaídas ante situaciones de riesgo, así como modificación en el estilo de vida. Son muy utilizados, por tanto, los programas multicomponente.

A diferencia de otras adicciones, el objetivo terapéutico de las adicciones sin sustancia en muchos casos no es la abstinencia total, sino **un uso racional de la conducta** (p. ej., el juego controlado).

Indicaciones para la abstinencia completa	Indicaciones para el juego controlado
<ul style="list-style-type: none"> – Demanda de este objetivo. – Fuerte asociación entre el juego y elevadas respuestas cognitivas y fisiológicas. – Sesgos cognitivos importantes. – El juego episódico podría dificultar el control de impulsos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Rechazo de la abstinencia total. – Historia de juego corta y menor deterioro. – Periodos de tiempo sin jugar. – Sin serio deterioro en la familia o entorno próximo.

4.1. TRASTORNO POR JUEGO

En torno al 10% de pacientes con TJ buscan tratamiento. Lo hacen más los varones y a una edad más temprana que las mujeres, aunque presentando una mayor duración del trastorno en el momento de la consulta. Se estima una elevada recuperación espontánea (50% según Ginley et al., (2019) y en torno al 35% según Penadés (2024). Por otro lado, se dan altas tasas de abandono, aproximadamente el doble que las habituales en psicoterapia (39%), en mayor medida en terapias de exposición (51%) que en las terapias cognitivas (32%).

La TCC presenta la **mayor evidencia de eficacia**, tanto a nivel individual como grupal y tanto a corto como a medio plazo. Aborda tanto el componente cognitivo como el conductual, con diferentes técnicas: psicoeducación, control de estímulos, prevención de respuesta, RC, refuerzo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y estrategias de prevención de recaídas. El número de sesiones oscila entre 4 y 20, aunque la mayoría no supera las 10, y suelen ser bastante estructuradas.

En las **primeras fases** el **control de estímulos** es fundamental, puesto que evita respuestas condicionadas (abstinencia), reduce el *craving*, etc.

Más adelante, entrarán en juego el **descondicionamiento**, estrategias dirigidas a extinguir la respuesta condicionada, presentando estímulos condicionados sin respuesta de juego (exposición con prevención de respuesta, **EPR**), y la **prevención de recaídas**.

Recomendaciones para la evaluación y el Tratamiento de la adicción al juego (Chóliz y Marcos, 2020)

- i. **Análisis, evaluación y diagnóstico:** valorar intervención en otras áreas, admitir problema y compromiso con tratamiento (PIR 25, 109).
- ii. **Abstinencia** y superación del malestar (privación del juego), **conductas alternativas al juego**. Contrato terapéutico. **Control de estímulos**.
- iii. **Descondicionamiento** de antecedentes y consecuentes del juego y entrenamiento en autocontrol (estilo de vida saludable). Exposición con prevención de respuesta, contracondicionamiento, hh de afrontamiento.
- iv. **Reestructuración cognitivo-conductual:** información sobre el juego, cambio de actitudes. Grupo de discusión con tarjetas de juego ético.
- v. **Consolidación de los cambios y prevención de recaídas:** situaciones de riesgo. *Role-playing*, debate y grupo de discusión.

a) Factores asociados con la respuesta al tratamiento basado en TCC

Algunas variables se relacionan con una **peor respuesta al tratamiento**: la presencia de mayor psicopatología y desregulación emocional, la mayor gravedad de la conducta de juego y la modalidad de juego estratégico (aquel en el que la persona emplea habilidades y toma decisiones que afectan al curso del juego; vs juego no estratégico: más relacionado con el azar).

Las variables mayor duración del trastorno y ser mujer han obtenido resultados inconsistentes cuando se estudia su relación con la respuesta al tratamiento.

b) Factores asociados con la respuesta al tratamiento basado en TCC

Variables **predictoras del riesgo de recaída** son: la menor edad, el sexo femenino, un menor nivel socioeducativo y soporte social, la conducta de juego activa al inicio del tratamiento, la mayor duración del trastorno, la presencia de comorbilidad, la inflexibilidad cognitiva y la presencia de distorsiones cognitivas (sobre todo ilusión de control y sesgos interpretativos).

En caso de producirse una caída, **comunicarlo** al entorno parece reducir el riesgo de que se produzca una recaída; por un lado, se reduce el deseo/*craving* con el fin de recuperar las pérdidas y por otro se puede analizar la situación de riesgo y extraer un aprendizaje.

c) Factores asociados con la respuesta al tratamiento basado en TCC

Se han descrito tasas de abandono de entre 14-50%, el 32% en población española.

El **abandono es mayor** en quienes tienen menor nivel educativo y socioeconómico, falta de soporte familiar y social, presencia de comorbilidad psiquiátrica y problemas somáticos, comisión de actos ilegales, mayor estrés psicológico, mayores dificultades de regulación emocional, distorsiones cognitivas, mayor impulsividad, peor rendimiento cognitivo e inflexibilidad cognitiva.

La edad, el sexo, el estatus laboral y la gravedad del trastorno han mostrado resultados inconsistentes; mientras que la duración del TJ y la edad de inicio no parecen tener una asociación directa con el abandono del tratamiento.

Por último, la modalidad de juego *online* se ha relacionado con un mayor riesgo de abandono.

En cuanto al niveles de evidencia y grados de recomendación, desde el manual de E. Fonseca (2021) se exponen los siguientes tratamientos:

Tratamiento	Tipo de adicción	Evidencia/Recomendación
Enfoque motivacional	Juego patológico	1+/Grado B
TCC	Juego patológico online/Videojuegos/Internet	1+/Grado B
Terapia cognitiva	Juego patológico	1+/Grado B
Intervención Breve	Juego patológico	1+/Grado B
Realidad virtual	Juego patológico / online	1+/Grado B
Privación/ abstinencia	Juego patológico, online, Móvil, rr.sociales, ejercicio	2++/Grado C
Estimulación cerebral no invasiva	Juego online	2++/Grado C
Terapia de grupo	Juego online	2+/Grado C
Terapia de pareja y/o familia	Videojuegos	2+/Grado C
Farmacológico	Juego patológico, online, Adicción al sexo, Internet	2-/Grado D
Grupos de autoayuda	Juego patológico	2-/Grado D
Mindfulness	Juego online	2-/Grado D

4.1.1. Programas de prevención

Debido a la importancia del ambiente (publicidad, amplia oferta, etc.) en la prevalencia de este trastorno, actualmente se pone énfasis en la prevención a través de políticas de juego.

La **hipótesis de la accesibilidad** plantea que la accesibilidad del juego es una condición necesaria para participar en él, y la participación es una condición necesaria para el desarrollo de problemas de juego.

Mientras que la **hipótesis de la adaptación** matiza, señalando que la población con el tiempo se adapta a la exposición a los juegos, lo que lleva a jugar menos y presentar menos problemas.

Ambas hipótesis comparten que **hay una reducción del daño conforme disminuye la participación en el juego**. No obstante, probablemente las políticas respecto al juego sean más eficaces si se desarrollan programas preventivos de amplio espectro dirigidos al a población general, abordando tantos los factores de riesgo como los de protección que, de hecho, podrían ser comunes a otros problemas de salud mental, adictivos y no adictivos.

Existen diferentes programas de prevención para cada grupo de edad:

a) Para niños y adolescentes

Los componentes más habituales son: aspectos cognitivos relacionados con problemas de juego, el papel del azar en el juego, habilidades para afrontar riesgos y problemas de juego.

En España se ha aplicado el **programa Ludens**, centrado en: informar sobre la realidad del juego, sensibilizar al riesgo de los juegos, cambiar las actitudes hacia el juego y evitar las conductas de riesgo que pueden llevar a la adicción. Se han observado reducciones significativas en frecuencia mensual de juego, porcentaje de adolescentes con juego de riesgo y porcentaje de adolescentes con juego patológico. Los menores fueron los que más se beneficiaron de ese programa.

b) Para jóvenes

Entre el fin de la adolescencia y el inicio de la edad adulta (19-35 años) se dan las tasas más altas de problemas de juego. La prevalencia de TJ en estudiantes de secundaria y/o universidad oscila entre el 3-32%, con un promedio del 10%.

La mayoría de los programas de prevención siguen una estrategia de prevención enmarcada en un modelo de reducción de daños, considerando al juego una actividad socialmente aceptable que debe desarrollarse de manera responsable. La **Intervención de Retroalimentación Personalizada (IRP)** está dirigida a corregir errores sobre las conductas típicas de juego (ej., sobreestimar las conductas de juego de los iguales) y es la estrategia preferida para reducir el juego de riesgo o problemático en adultos jóvenes. Es una intervención en una sola sesión y se centra en tres temas: 1) comportamiento de juego del jugador, 2) percepción del comportamiento de juego por el jugador y su grupo de referencia y 3) comportamiento real de juego del grupo de referencia. La mayor parte de los estudios revelaron que el enfoque IRP es una intervención eficaz como estrategia preventiva de reducción de daños, de bajo coste y de fácil difusión. No obstante, tiene menores efectos que los tratamientos de múltiples sesiones y algunos autores apuntan a que la IRP podría tener consecuencias indeseadas en jugadores poco frecuentes, al producir un efecto boomerang.

Se han obtenido buenos resultados a corto plazo con los programas de prevención para jóvenes, si bien es cierto que se desconocen los efectos a medio y largo plazo y existe la limitación de que la mayor parte de los estudios se han llevado a cabo con jóvenes universitarios únicamente.

c) Recomendaciones para los programas de prevención del juego.

- Cuanto antes se apliquen mejor (a partir de los 10 años).
- Funcionan mejor los programas de más de una sesión.
- Mejor orientar los esfuerzos a la prevención primaria (población general) que a la prevención secundaria (población de riesgo).
- Deben analizar la realidad del juego e insistir en su falta de rentabilidad a largo plazo.
- Deben incluir estrategias para identificar problemas y cómo afrontarlos.
- Además del contenido es relevante la forma de aplicación, recomendándose el uso de plataformas multimedia y ejemplos en los propios programas.
- Deben medir efectos negativos y su reducción, no sólo la frecuencia o gasto en el juego.

4.1.2. Intervenciones autodirigidas

Suponen un escaso contacto con profesionales, lo que las hace más accesibles, pero tienen un alto riesgo de abandono y reducida eficacia.

Jugadores en rehabilitación (JR) está basada en la filosofía de Alcohólicos Anónimos y su programa en 12 pasos, considerando la ludopatía una enfermedad incurable pero controlable. Altas tasas de abandono (48% en las tres primeras sesiones) y sólo un 8% logró la abstinencia al año. No es una intervención recomendable para muchos de los que buscan tratamiento.

La autoayuda en forma de **biblioterapia** o programas en internet pueden ser útiles, aunque también tienen tasas de abandono por encima del 50%. Mejoran significativamente sus resultados si se complementan con el contacto con un terapeuta profesional.

En líneas generales, aunque las intervenciones autodirigidas puedan ser útiles, **las intervenciones en directo con un terapeuta son más eficaces.**

4.1.3. Intervenciones motivacionales y otras estrategias psicosociales

Tienen el objetivo de que el jugador avance en las fases de motivación al cambio (hasta llegar al estadio de acción) y suelen conseguir resultados interesantes, tanto si se aplican de forma aislada como junto a las TCC, incluso en intervenciones de una sola sesión. Añadir más sesiones no parece mejorar los resultados.

Esta orientación incorpora técnicas procedentes de distintas intervenciones psicosociales: **técnicas conductuales**, como DS y EPR; **técnicas cognitivas**, como RC y SP; **tratamientos basados en aproximaciones sociales**; **EMDR**; **psicoeducación**; **mindfulness** y otras.

No obstante, en comparación con la TCC, se dispone de un **menor grado de evidencia sobre la eficacia y aceptabilidad de estas intervenciones en adicciones comportamentales.**

Se ha descrito su efectividad a corto plazo como intervención única y en combinación con intervenciones cognitivo-conductuales, si bien no se ha mostrado su superioridad frente a la TCC y siguen siendo necesarios más estudios para profundizar en el mantenimiento de sus efectos a largo plazo.

La incorporación de intervenciones de tipo motivacional puede ser de especial **utilidad**:

- Cuando exista una **baja motivación** para el cambio, lo que se ha identificado como un factor predictor de peor respuesta al tratamiento convencional con TCC.
- En pacientes con **comorbilidad** con un trastorno por uso de sustancias.
- En **población adolescente-juvenil**, por su menor motivación al tratamiento.
- En personas con **cuadros subclínicos** de juego problemático.

La intervención motivacional presenta una serie de **características** que juegan un papel importante en la calidad de la relación entre terapeuta y paciente:

- a) Es **colaborativa**, en vez de directiva.
- b) Evoca la propia **motivación** del paciente.
- c) Acepta la **autonomía** del individuo para tomar sus propias decisiones.

Las **principales estrategias** utilizadas por el terapeuta en las intervenciones motivacional son:

- Preguntas abiertas.
- Escucha reflexiva.
- Afirmer con comentarios positivos, resumir, utilizar preguntas evocadoras.
- Elaborar (pedir ejemplos específicos).
- Utilizar los extremos (“¿qué es lo que más te preocupa de tu conducta de juego?”).
- Analizar los objetivos, provocar afirmaciones automotivadoras.
- Provocar el reconocimiento del problema (“¿por qué crees que jugar de este modo es un problema?”, “¿de qué manera crees que tú u otras personas os habéis visto afectadas por tus conductas de juego?”).
- Explorar la preocupación.
- Evaluar la intención de cambiar.

4.1.4. Protocolos de intervención individual y grupal en TJ basados en TCC

Son las **intervenciones psicológicas de referencia**. Su objetivo puede ser la abstinencia completa o el jugar controlado. La mayoría incluyen elementos conductuales y cognitivos con distinto énfasis. Entre sus componentes principales están: la rees-

02. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Adultos. Tratamientos para trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones

tructuración cognitiva (RC), control de estímulos, desarrollo de conductas alternativas al juego, exposición -para reducir el deseo de jugar- y prevención de recaídas.

Tratamientos	Técnicas
Conductuales	Desensibilización sistemática Relajación Control de estímulos Exposición con prevención de respuesta (EPR)
Cognitivos	Reestructuración cognitiva (RC) Prevención de recaídas Terapia motivacional

Para conseguir la **abstinencia inicial** destacan las técnicas de control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta, mientras que para el **mantenimiento a largo plazo de la abstinencia** se emplean más las intervenciones cognitivas y las basadas en prevención de recaídas.

Los autores conductistas han intentado explicar el desarrollo de este trastorno como una conducta aprendida resultado de un **proceso de refuerzo**, aunque una de las mayores dificultades en la aplicación de esta teoría ha sido el desacuerdo sobre el elemento que actúa como refuerzo en el trastorno por juego.

Para algunos autores el elemento reforzador consiste en las ganancias económicas ocasionales, al menos en las etapas iniciales (Morán, 1970). En el marco del condicionamiento operante, Skinner (1953) señaló que la **variabilidad y la imprevisibilidad de los refuerzos** eran características que contribuían a potenciarlos y a potenciar una conducta aprendida; en este sentido, la ganancia que tiene lugar en los juegos de azar se ajusta sin duda a estos criterios. Otro factor que contribuye a mantener la hipótesis del incentivo económico como refuerzo es el hecho de que cerca de la mitad de los jugadores experimentan una **ganancia importante en la fase inicial** de su trastorno que podría actuar como desencadenante o, al menos, asistir de manera notable a su aparición (Custer, 1982; Custer, 1984; Custer & Milt, 1985).

Otro grupo de autores han señalado que el verdadero elemento reforzante en el trastorno por juego no es externo, como el incentivo económico, sino interno, y está constituido por el estado de excitación que el juego es capaz de provocar en el sistema nervioso central (Brown, 1986).

La **exposición gradual con prevención de respuesta** ha sido ampliamente utilizada en el tratamiento del trastorno por juego (PIR 18, 171) y se basa en los principios de aprendizaje de **extinción** (de los estímulos asociados a la pérdida de control) y **moldeamiento** (PIR 17, 112). Consiste en la exposición a situaciones que desencadenan la conducta de juego, pero en condiciones en las que ésta no pueda llevarse a cabo y se faciliten conductas alternativas. Se pretende lograr una habituación a los antecedentes y favorecer la práctica de otras conductas alternativas.

También se han desarrollado otros procedimientos **evitando** cualquier **estímulo asociado al juego**. Esto puede hacerse al principio, es decir, se realiza un **control estimular** (PIR 16, 176) junto con la exposición, y posteriormente se elimina ese control estimular para desarrollar habilidades adecuadas.

La importancia de las **técnicas cognitivas** está justificada dado el importante papel que tienen las **distorsiones cognitivas** en la predisposición y el mantenimiento del trastorno. Los resultados entre las intervenciones que tienen un enfoque más cognitivo y las que lo tienen más conductual han sido similares y añadir exposición a la intervención cognitiva no modificó su eficacia.

También se han obtenido resultados similares al aplicar la **TCC en formato individual o grupal**. Los criterios de inclusión a uno u otro programa son los siguientes:

Intervención individual	Intervención grupal
<ul style="list-style-type: none"> – Ausencia de coterapeuta. – Barrera idiomática. – Presencia de comorbilidad del eje I y/o II. – Discapacidad intelectual u otra afectación del neurodesarrollo o neurológica con interferencia funcional. – Preferencia del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> – Disponibilidad de coterapeuta. – Conciencia de trastorno. – Motivación para el cambio (si está precontemplativo, se empieza a trabajar individualmente para aumentar la motivación). – Aceptación de la abstinencia de todo tipo de juego con apuesta (no únicamente el juego problemático). – Sin comorbilidad, a excepción de tr. adaptativos reactivos a las consecuencias de su problema de juego.

Algunas **ventajas del tratamiento grupal** con respecto al individual son: reducir costos, facilitar red social que provea alternativas al juego y ayudar a identificar y modificar sesgos cognitivos, o reducción del engaño y autoengaño.

En cuanto al contexto, es mejor llevar a cabo el tratamiento en el ambiente habitual del jugador.

La duración de las intervenciones no siempre correlaciona con mejores resultados. Incluso intervenciones muy breves (10 min) han obtenido mayor beneficio terapéutico que un grupo de control en adultos con TJ (Petry et al., 2017).

Las intervenciones online, por su parte, en general parecen ser menos eficaces que las actuaciones presenciales, en parte por mayores tasas de abandono, pero también por mayor dificultad para cambiar los sesgos cognitivos.

La exposición con realidad virtual ha mostrado mayores cambios que la exposición en imaginación.

Actualmente, aunque no disponemos de datos sobre tratamientos eficaces, la alternativa más recomendable para el tratamiento del trastorno por juego son los **programas multicomponente en régimen ambulatorio**. Veamos algunos de estos programas:

1. Programa de Ladouceur y cols. (1991)

El objetivo de este programa es la abstinencia completa de la conducta de juego. Se centra fundamentalmente en los aspectos cognitivos del problema, aunque aborde diferentes conductas. Consta de las siguientes técnicas y/o pasos:

- a) **Reestructuración cognitiva:** Técnica de vital importancia, ya que según este autor el sujeto juega porque ha creado distorsiones cognitivas que hacen que tenga sensación de control sobre la conducta de juego. Se le enseña a que detecte y registre los pensamientos irracionales, corrigiéndolos y creando pensamientos alternativos.
- b) **Solución de problemas:** Se trata de un programa estándar que le enseña a definir operativamente los problemas, generar soluciones, valorarlas y seleccionar las más adecuadas.

Como una estrategia de control utiliza las técnicas de relajación, sobre todo, en aquellos pacientes cuyo nivel de activación es muy elevado.

- c) **Prevención de recaídas:** Consiste en la identificación de factores que puedan precipitar una recaída y en el entrenamiento de habilidades para hacerles frente.

2. Programa de Echeburúa y Báez (1994)

Este programa tiene la finalidad de alcanzar la abstinencia completa. Tiene dos componentes fundamentales:

- a) **Control de estímulos y exposición gradual en vivo con prevención de respuesta:** Se expone al sujeto a las condiciones que le inducen a jugar para que sienta deseos de hacerlo, pero siendo capaz de resistirse. Mientras tanto, se establece un control estimular sobre el dinero y las situaciones o «circuitos peligrosos».

b) **Terapia de grupo cognitivo-conductual:** Se lleva a cabo simultáneamente con la anterior. Su objetivo es la modificación de las alteraciones cognitivas, objetivo que parece más fácil de conseguir en terapia de grupo.

A continuación, se muestra una tabla resumen que recoge los dos modelos:

1. Programa de Ladouceur y cols.	2. Programa de Echeburúa y Báez
Objetivo: abstinencia completa. Centrado en cogniciones	Objetivo: abstinencia completa
a. Reestructuración cognitiva	a. Control de estímulos y exposición gradual en vivo con prevención de respuesta
b. Solución de problemas – Como una estrategia de control utiliza las técnicas de relajación (pacientes cuyo nivel de activación es muy elevado).	b. Terapia de grupo cognitivo-conductual: – Simultáneamente con la anterior. – Su objetivo es la modificación de las alteraciones cognitivas, objetivo que parece más fácil de conseguir en terapia de grupo.
c. Prevención de recaídas: – Identificación de factores que puedan precipitar una recaída y entrenamiento de habilidades para hacerles frente.	

Elaborado a partir de Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997).

3. Programa de intervención de Labrador y Fernández-Alba (1998, 2002)

Dirigido específicamente a jugadores de máquinas recreativas. Se llevará a cabo durante 8 sesiones en formato individual o parcialmente grupal. Centrado en el control de la activación y los pensamientos irracionales. Módulos centrales:

- Control estimular.
- Autoexposición gradual en vivo.
- Reestructuración de distorsiones cognitivas.
- Prevención de recaídas.

4. Programa autoaplicable de Echeburúa y Fernández-Montalvo

Es un tratamiento de 5 semanas que tiene como objetivo la abstinencia completa. Trabaja principalmente con control estimular y exposición con prevención de respuesta gradual.

5. Intervención en 10 sesiones para la abstinencia completa en TJ de Labrador (2016)

Este programa tiene como objetivo la abstinencia completa e incluye:

- Motivación al cambio:** Sólo si el paciente acepta que tiene un problema, decide cambiar sus conductas y se compromete con el cambio tiene sentido la aplicación de un TCC específico para el TJ.
- Control de situaciones y estímulos que provocan jugar:** Implica la restricción completa de la posibilidad de dinero, el contacto con personas y ambientes relacionados con el juego y el acceso a este, incluyendo que la persona realice una autodenuncia online que implique la prohibición de jugar. Este control inicial debe ser negociado con el paciente y progresivamente reducido, a medida que el jugador desarrolla habilidades de afrontamiento, ya que la idea es la integración de la persona en su medio habitual, no el aislamiento de este. Además, es importante el desarrollo de estrategias de autocontrol para regular los aspectos voluntarios de la conducta de juego.

También es el momento de establecer un plan realista de devolución de deudas si existieran. En esta fase es muy relevante la labor del coterapeuta.

Con respecto a la tolerancia de la ansiedad derivada de no poder realizar la conducta adictiva, se recomienda entrenar al paciente en técnicas de relajación.

- Desarrollo de un plan de vida nuevo y conductas alternativas al juego:** El objetivo es establecer nuevos objetivos vitales y conductas de ocio y red social alternativas al juego.

- d) **Control del valor emocional de ciertos estímulos:** La técnica de exposición –sin permitir la conducta de juego– será particularmente útil en esta fase (preferentemente en vivo y graduada).
- e) **Habilidades de afrontamiento:** Recomiendan especialmente la Solución de Problemas (D’Zurilla y Nezu, 2007) y el Entrenamiento en habilidades sociales.
- f) **Identificación y cambio de los sesgos cognitivos:** La RC se considera el procedimiento más adecuado para este objetivo y debe llevarse a cabo preferiblemente tras la técnica de control estimular y una vez avanzada la exposición.
- g) **Prevención de recaídas:** Tres objetivos principales en esta fase: identificar y afrontar situaciones de riesgo, analizar las posibilidades y efectos de la transgresión de la abstinencia (o el límite de juego) y estrategias a desarrollar en situaciones problemáticas, o en caso de haberse producido una caída o recaída. Puede incluirse una caída programada, para entrenar el uso de estrategias de recuperación.

El esquema de las sesiones del programa sería el siguiente:

1. Explicación del problema. Propuesta de tratamiento. Control de EE. Plan de devolución de deudas. Explicación de la técnica de exposición.
2. Control de EE. Exposición o autoexposición. Conductas alternativas gratificantes.
3. Control estimular. Autoexposición. Actividades alternativas. Solución de problemas I.
4. Control estimular. Autoexposición. Actividades alternativas. Solución de problemas II.
5. Control estimular. Autoexposición. Actividades alternativas. RC I.
6. Control estimular. Autoexposición. Actividades alternativas. RC II.
7. RC III.
8. Prevención de recaídas I.
9. Prevención de recaídas II.

4.1.5. Tratamiento farmacológico

Se usan ISRSs, drogas glutamatérgicas (N-acetilcisteína, memantina o topiramato), o antagonistas opiáceos (naltrexona o namelfeno).

Los que han obtenido mejores resultados han sido los antagonistas opiáceos y los estabilizadores del humor, en especial el topiramato, aunque no está claro qué añaden a un TCC. Hasta el momento **no hay suficiente apoyo para el uso de los tratamientos farmacológicos para el TJ y se aconseja utilizar psicoterapia en lugar de farmacoterapia.**

4.1.6. Conclusiones

En resumen, **la TCC sería la mejor intervención para el TJ**, aunque entre los distintos programas de TCC no se han detectado ventajas consistentes para un tratamiento específico y siendo similares también los resultados entre las intervenciones individuales y grupales. Los mejores resultados se obtienen con una combinación de tratamiento motivacional y TCC específica de juego, lo que involucra a jugadores en riesgo antes de que su juego se intensifique, previniendo tanto el TJ como sus efectos negativos asociados.

En algunos países más de la mitad del juego ya es **online** (Abbott et al., 2018).

Entre los **factores estructurales** del juego destaca la mayor capacidad adictiva de los juegos que requieren, o aparentan requerir, habilidades especiales del jugador (ej.: conocimientos previos en apuestas deportivas vs loterías).

Se estima que alrededor del 0.8% de la población tienen o han tenido TJ (**prevalencia vital**); otro 3-5% son jugadores de riesgo; y una frecuencia 3 o 4 veces superior para otros problemas asociados al juego.

Entre el 7-12% de los diagnosticados con TJ buscan ayuda profesional y cerca del 40% de los jugadores **abandonan** el tratamiento, por lo que motivar a mantenerse en el tratamiento es de especial relevancia.

También destacan los elevados porcentajes de **recaídas**, por lo que su prevención debe ser un objetivo principal del programa de intervención.

Destaca la importancia actual dada a las **dificultades en la regulación emocional** y el **control de impulsos** como factor desencadenante del juego, algo común a otros problemas en especial adicciones. Podría ser útil incluir, tanto en la prevención como en el tratamiento, el desarrollo de habilidades para regular las emociones.

4.2. TRASTORNO POR USO DE VIDEOJUEGOS Y OTRAS ADICCIONES CONDUCTUALES

Las nuevas “adicciones conductuales” o adicciones sin sustancia, se definen como todas aquellas conductas repetitivas que resultan placenteras y generan dependencia psicológica y pérdida de control del individuo. Estos comportamientos adictivos se parecen a las adicciones con sustancia en dominios como el curso, tolerancia, comorbilidad, contribución genética, respuesta al tratamiento y mecanismos neurobiológicos. Consisten en conductas específicas y repetitivas de búsqueda de refuerzo. Se ha descrito la adicción al juego, al sexo, a las compras, a la comida, al ejercicio físico, las tecnologías (Internet, móvil, videojuegos) y al trabajo, aunque la mayoría de estas adicciones conductuales no son reconocidas como trastornos mentales por el DSM-5-TR ni por la CIE-11.

La clasificación CIE-11 incluye dentro de los trastornos debidos a comportamientos adictivos, además del trastorno por juego de apuestas (“*Gambling disorder*”), el **trastorno por uso de videojuegos** (“*Gaming disorder*”), que puede implicar comportamientos tanto en línea (es decir, por internet) como fuera de línea.

Los *gamers* o jugadores de videojuegos (juegos digitales o de pantalla) en su mayoría tienen un uso recreativo (actividad de ocio). En estas adicciones, el límite entre la conducta normal y de abuso puede variar según el contexto cultural y otros factores. Por todo ello, a menudo el tratamiento propone un reaprendizaje del control de la conducta, más que la abstinencia total.

La adolescencia es la etapa de mayor vulnerabilidad para el trastorno por uso de videojuegos (12-18 años). En esta etapa, los juegos online son los que presentan mayor potencial adictivo, p.ej. los MMO (multijugador masivo en línea).

La **intervención psicológica** en adicciones sin sustancia sigue un proceso similar al de otras adicciones, dando importancia a la toma de conciencia y motivación para el tratamiento en fases iniciales, al control de estímulos, limitando los tiempos de exposición para, posteriormente, realizar una exposición con prevención de respuesta ante los estímulos y prevención de recaídas ante situaciones de riesgo, así como modificación en el estilo de vida. También se incluye entrenamiento en resolución de problemas, relajación, habilidades sociales y reestructuración cognitiva.

La **TCC también es el tratamiento de primera elección para la adicción a videojuegos**, mostrando una reducción de la sintomatología en el postratamiento y a los 6 meses de seguimiento; según algunos autores hasta los 2 años (Fonseca, 2021).

Los **procedimientos más eficaces**, dentro del marco de la TCC, son (Fonseca, 2021):

- **Definir pautas del espacio de juego** (dónde, en qué condiciones, con quién).
- Mejorar **habilidades interpersonales** mediante actividades sociales (para sustituir juego online por otras actividades sociales).

Los principales **objetivos** serían: identificar desencadenantes de conducta, analizar motivaciones subyacentes, encontrar formas alternativas de satisfacer esas necesidades.

El programa propuesto por Echeburúa, Corral y Amor (2005) y Echeburúa (2009) propone el **reaprendizaje del control de la conducta** y no la abstinencia total. Sus elementos son:

- a) Motivación para el cambio.
- b) Análisis de los estímulos asociados a la adicción.
- c) Control de estímulos asociados a la adicción.
- d) Exposición a estímulos.
- e) Aprendizaje de estrategias de solución frente a problemas específicos.
- f) Prevención de recaídas.

Para adicciones tecnológicas Young (1999) propone:

- Romper los hábitos de conexión (alterar la rutina y promover la adaptación a un nuevo estilo de vida).
- Fijar metas. Establecer un horario de conexión que sea realista incorporando espacios de conexión cortos pero frecuentes que fomenten la sensación de control.
- Utilizar interruptores externos. Elaborar una lista de recursos que el paciente puede utilizar para ayudarle a controlar el tiempo de conexión.
- Uso de tarjetas recordatorias en las que aparezcan los beneficios de la reducción del uso.
- Abstinencia de la aplicación específica.
- Incorporar herramientas y recursos de prevención (bloquear el acceso a contenidos, limitar el tiempo de conexión...).

La **terapia familiar, la psicoterapia ecléctica** (incluyendo estrategias de TCC, terapia familiar, la terapia centrada en la solución y la entrevista motivacional), los abordajes conocidos como “**campamentos de autodescubrimiento para adolescentes**”, formados por sesiones de TCC, psicoeducación, asesoramiento personal y talleres, con su origen en Corea del Sur, están bastante extendidos entre los países asiáticos, demostrando reducciones del tiempo total de juego, así como mejoras en el reconocimiento del problema y en la autoeficacia para el cambio positivo. El **mindfulness** ha demostrado reducir las distorsiones cognitivas asociadas, con la consiguiente disminución del *craving* y de la gravedad del trastorno.

En EE.UU. se han descrito programas de **tratamiento asociados a régimen de hospitalización y residencial**, siendo uno de los más conocidos el reSTART. Finalmente, se han propuesto otros programas de tratamiento manualizados como OMPRIS y PIPATIC.

RECUERDA

- ◆ En las primeras fases el control de estímulos es fundamental. Más adelante, cobran importancia la EPR y la prevención de recaídas.
 - ◆ La TCC sería la mejor intervención para el TJ, aunque entre los distintos programas de TCC no se han detectado ventajas consistentes para un tratamiento específico.
 - ◆ También han obtenido resultados similares las intervenciones individuales y grupales.
 - ◆ No hay apoyo suficiente para el uso de los tratamientos farmacológicos para el TJ.
-

ESQUEMA DE CONTENIDOS

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES: Trastornos relacionados con sustancias

ALCOHOL	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
IMB (Intervenciones motivacionales breves)	A	1++
MET (Terapia de aumento motivacional)	A	1+
CRA (Aproximación al refuerzo comunitario)	A	1++
TCC (tanto TCC, como CSST y Prevención de Recaídas)	A	1++
Terapia Conductual Familiar y pareja	A	1++

OPIÁCEOS	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
MC (Manejo de Contingencias)	B	2++
TCC (Terapia cognitivo-conductual)	B	2++

ESTIMULANTES	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
CRA + MC	A	1++
MC	A	1++
TCC	A	1++

CANNABIS	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
MC	A	1++
TCC	A	1+
MET	A	1+

TABACO	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
MC	A	1++
TCC	A	1++

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES: ADICCIONES CONDUCTUALES

Tratamiento	Tipo de adicción	Evidencia/Recomendación
Enfoque motivacional	Juego patológico	1+/Grado B
TCC	Juego patológico/online/Videojuegos/Internet	1+/Grado B
Terapia cognitiva	Juego patológico	1+/Grado B
Intervención Breve	Juego patológico	1+/Grado B
Realidad virtual	Juego patológico/ online	1+/Grado B
Privación/ abstinencia	Juego patológico, online, Móvil, rr. sociales, ejercicio	2++/Grado C
Estimulación cerebral no invasiva	Juego online	2++/Grado C
Terapia de grupo	Juego online	2+/Grado C
Terapia de pareja y/o familia	Videojuegos	2+/Grado C
Farmacológico	Juego patológico, online, Adicción al sexo, Internet	2-/Grado D
Grupos de autoayuda	Juego patológico	2-/Grado D
Mindfulness	Juego online	2-/Grado D