



Elisardo Becoña Iglesias

Trastornos adictivos



EDITORIAL
SÍNTESIS

TRASTORNOS ADICTIVOS

PROYECTO EDITORIAL

PSICOPATOLOGÍAS

Coordinador:
Vicente Caballo



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

TRASTORNOS ADICTIVOS

Elisardo Becoña Iglesias



Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Elisardo Becoña Iglesias

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-907779-8-5

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Prólogo

1. *Los trastornos adictivos*

- 1.1. Introducción
- 1.2. Epidemiología
- 1.3. ¿Por qué las personas consumen drogas?
- 1.4. Tipos de trastornos adictivos
 - 1.4.1. Trastornos relacionados con sustancias
 - 1.4.2. Trastorno de juego
 - 1.4.3. Otros trastornos adictivos
- 1.5. Otros conceptos importantes
 - 1.5.1. Vía de administración
 - 1.5.2. Tolerancia
 - 1.5.3. Craving
 - 1.5.4. Politoxicomanía
 - 1.5.5. Comorbilidad
- 1.6. Curso

2. *Clasificación de los trastornos adictivos*

- 2.1. Los trastornos adictivos para el CIE-10
- 2.2. Los trastornos adictivos para el DSM-5
 - 2.2.1. Trastornos relacionados con sustancias
 - 2.2.2. Trastorno de juego (juego patológico)
- 2.3. Características de los distintos trastornos adictivos
 - 2.3.1. Alcohol
 - 2.3.2. Tabaco
 - 2.3.3. Cannabis
 - 2.3.4. Cocaína
 - 2.3.5. Heroína

- 2.3.6. Otras drogas
- 2.3.7. Juego patológico
- 2.4. Los trastornos inducidos por sustancias

3. Evaluación de los trastornos adictivos

- 3.1. Introducción
- 3.2. Evaluación de los trastornos mentales y del comportamiento
- 3.3. Evaluación de la personalidad y los trastornos de personalidad
- 3.4. Evaluación neuropsicológica
- 3.5. Evaluación de los estadios de cambio
- 3.6. Evaluación del estado físico
- 3.7. Evaluación de la dependencia de las distintas sustancias
 - 3.7.1. Alcohol
 - 3.7.2. Tabaco
 - 3.7.3. Cannabis
 - 3.7.4. Cocaína
 - 3.7.5. Otras drogas
 - 3.7.6. Juego patológico

4. Tratamiento psicológico de las adicciones. Modelo general de tratamiento

- 4.1. Objetivos a conseguir en el tratamiento de una conducta adictiva
- 4.2. Meta terapéutica: abstinencia, autocontrol, reducción de daños o programas sustitutivos
- 4.3. El proceso de tratamiento de las adicciones: modelo general
 - 4.3.1. Incremento de la motivación para el cambio
 - 4.3.2. Exposición con prevención de la respuesta..
 - 4.3.3. Control de estímulos
 - 4.3.4. Entrenamiento en solución de problemas
 - 4.3.5. Terapia cognitiva
 - 4.3.6. Afrontamiento y manejo del craving
 - 4.3.7. Entrenamiento en reducción de la ansiedad y del estrés
 - 4.3.8. Entrenamiento en habilidades sociales
 - 4.3.9. Control de la ira y de la agresividad
 - 4.3.10. Manejo de contingencias y activación conductual
 - 4.3.11. Técnicas de autocontrol
 - 4.3.12. El tratamiento de los problemas de comorbilidad
 - 4.3.13. El tratamiento de los problemas maritales y familiares

- 4.3.14. Terapia en grupo
- 4.3.15. Prevención de la recaída
- 4.3.16. Cambio a un estilo de vida saludable
- 4.4. Otras cuestiones relevantes relacionadas con el tratamiento

5. *Tratamiento de la dependencia del alcohol*

- 5.1. Introducción
- 5.2. Evaluación y análisis funcional
- 5.3. Tratamiento psicológico para el trastorno por consumo de alcohol
 - 5.3.1. Tipos de tratamientos
 - 5.3.2. Tratamientos eficaces
- 5.4. Descripción de los principales programas de tratamiento
 - 5.4.1. Entrenamiento en habilidades sociales y en habilidades de afrontamiento
 - 5.4.2. Entrenamiento en autocontrol conductual
 - 5.4.3. Programas de beber controlado
- 5.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual
 - 5.5.1. Objetivos a conseguir en el tratamiento y desintoxicación
 - 5.5.2. Incremento de la motivación para el cambio
 - 5.5.3. Autorregistro de la conducta
 - 5.5.4. Entrenamiento en estrategias y técnicas de deshabitación psicológica
 - 5.5.5. El abordaje de los problemas maritales
 - 5.5.6. El apoyo de la familia y de otras personas significativas
 - 5.5.7. El tratamiento de la comorbilidad
 - 5.5.8. Prevención de la recaída y afrontamiento para futuras situaciones de riesgo
 - 5.5.9. El abordaje de otros problemas
 - 5.5.10. Cambio de estilo de vida y manejo de su estado físico
 - 5.5.11. Fase de mantenimiento y seguimiento

6. *Tratamiento de la dependencia del tabaco*

- 6.1. Introducción
- 6.2. Evaluación
- 6.3. Tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco
 - 6.3.1. Los primeros tratamientos psicológicos para los fumadores
 - 6.3.2. Los tratamientos psicológicos multicomponentes y la

- manualización de los tratamientos
- 6.3.3. Eficacia del tratamiento psicológico
- 6.3.4. Elementos comunes a los tratamientos psicológicos eficaces para dejar de fumar
- 6.3.5. El tratamiento psicológico como tratamiento de elección para los fumadores
- 6.4. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual: el programa para dejar de fumar
 - 6.4.1. Introducción
 - 6.4.2. Protocolo de tratamiento para dejar de fumar
 - 6.4.3. La comorbilidad
 - 6.4.4. Seguimientos
 - 6.4.5. Tratamiento individual versus grupal

7. Tratamiento de la dependencia del cannabis

- 7.1. Introducción
- 7.2. Evaluación
- 7.3. Tratamiento psicológico de la dependencia del cannabis
 - 7.3.1. Estudios en adultos
 - 7.3.2. Estudios en adolescentes y jóvenes
- 7.4. Descripción de los principales programas de tratamiento
 - 7.4.1. El Cannabis Youth Treatment Study
 - 7.4.2. The Marijuana Treatment Project
 - 7.4.3. El proyecto CANDIS
- 7.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual
 - 7.5.1. Demanda de tratamiento y evaluación
 - 7.5.2. Incremento de la motivación para el cambio
 - 7.5.3. Incremento de la adherencia al tratamiento
 - 7.5.4. Dejar de consumir cannabis
 - 7.5.5. Entrenamiento en habilidades y conductas incompatibles con el consumo de cannabis
 - 7.5.6. Manejo de los pensamientos sobre el consumo de cannabis
 - 7.5.7. Entrenamiento en solución de problemas
 - 7.5.8. Prevención de la recaída
 - 7.5.9. Pareja y familia
 - 7.5.10. Vida laboral o estudios
 - 7.5.11. Amigos, ocio y tiempo libre
 - 7.5.12. El consumo de otras sustancias

- 7.5.13. Visión de sí mismo y del mundo
- 7.5.14. La psicopatología asociada
- 7.5.15. Estilo de vida saludable
- 7.5.16. Los que consumían para el alivio físico o mental

8. *Tratamiento de la dependencia de la cocaína*

- 8.1. Introducción
- 8.2. Evaluación
- 8.3. Tratamiento psicológico para el trastorno por consumo de cocaína
- 8.4. Descripción de los principales tratamientos
 - 8.4.1. Terapia cognitivo-conductual
 - 8.4.2. Terapia cognitiva
 - 8.4.3. Terapia de incentivos
- 8.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual
 - 8.5.1. Objetivos a conseguir en el tratamiento
 - 8.5.2. Incremento de la motivación para el cambio
 - 8.5.3. Clarificación de las metas a conseguir
 - 8.5.4. Afrontar y superar las urgencias
 - 8.5.5. Reforzar la motivación y el compromiso para dejar de consumir cocaína
 - 8.5.6. Estrategias para afrontar los pensamientos relacionados con la cocaína
 - 8.5.7. Control de estímulos y prevención de la respuesta
 - 8.5.8. Entrenamiento en habilidades de rechazo de ofrecimiento de cocaína
 - 8.5.9. La importancia de las decisiones aparentemente irrelevantes
 - 8.5.10. Entrenamiento en solución de problemas
 - 8.5.11. Prevención de la recaída y afrontamiento para futuras situaciones de riesgo
 - 8.5.12. El tratamiento de la comorbilidad
 - 8.5.13. Cambio de estilo de vida y mejora de su estado físico
 - 8.5.14. El apoyo de la familia y otras personas significativas
 - 8.5.15. El abordaje de los problemas maritales, legales y laborales

9. *Tratamiento de la dependencia de la heroína*

- 9.1. Introducción
- 9.2. Evaluación

- 9.3. Fases del tratamiento
- 9.4. Tipos de abordajes terapéuticos
 - 9.4.1. La desintoxicación
 - 9.4.2. Programas libres de drogas
 - 9.4.3. Programas ambulatorios
 - 9.4.4. Programas de mantenimiento con agonistas opiáceos (metadona y buprenorfina)
 - 9.4.5. Programas con antagonistas opiáceos (naltrexona)
 - 9.4.6. Unidad de Día
 - 9.4.7. Programas de prevención de recaídas
 - 9.4.8. Comunidad Terapéutica
 - 9.4.9. Programas de reducción de daños
- 9.5. Tratamiento psicológico de la dependencia de la heroína
- 9.6. Protocolo de tratamiento psicológico para la dependencia de la heroína
 - 9.6.1. Incremento de la motivación para el cambio
 - 9.6.2. Entrenamiento en reducción de la ansiedad y del estrés
 - 9.6.3. Entrenamiento en solución de problemas
 - 9.6.4. Entrenamiento en habilidades sociales
 - 9.6.5. Terapia cognitiva
 - 9.6.6. Control de estímulos
 - 9.6.7. Exposición con prevención de la respuesta
 - 9.6.8. Control de la ira y de la agresividad
 - 9.6.9. Manejo de contingencias
 - 9.6.10. Técnicas de autocontrol
 - 9.6.11. Tratamiento de la comorbilidad
 - 9.6.12. Tratamiento de los problemas maritales y familiares
 - 9.6.13. Terapia de grupo
 - 9.6.14. Prevención de la recaída

10. *Tratamiento del juego patológico*

- 10.1. Introducción
- 10.2. Evaluación y análisis funcional
- 10.3. Tratamiento psicológico del juego patológico
- 10.4. Tipos de tratamiento en el juego patológico
 - 10.4.1. Terapia conductual
 - 10.4.2. Terapia cognitiva y cognitivo-conductual
 - 10.4.3. Programas de juego controlado
 - 10.4.4. Otros abordajes terapéuticos
- 10.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual

- 10.5.1. Incremento de la motivación y de la adherencia al tratamiento
- 10.5.2. Objetivos a lograr con el tratamiento
- 10.5.3. Obtención de información objetiva de su conducta y búsqueda de personas de su medio que le apoyen
- 10.5.4. Exposición con prevención de la respuesta..
- 10.5.5. Control de estímulos
- 10.5.6. Entrenamiento en solución de problemas
- 10.5.7. Terapia cognitiva para el cambio de creencias irracionales sobre el juego
- 10.5.8. Entrenamiento en reducción de la ansiedad y del estrés
- 10.5.9. Entrenamiento en habilidades sociales
- 10.5.10. Entrenamiento en autocontrol
- 10.5.11. El tratamiento de los problemas de comorbilidad
- 10.5.12. El tratamiento de los problemas maritales y familiares
- 10.5.13. Prevención de la recaída
- 10.5.14. Cambio hacia un estilo de vida saludable

Referencias bibliográficas

Prólogo

Los trastornos adictivos constituyen en la actualidad un importante problema social. El consumo de sustancias como el alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, heroína, etc., u otros problemas comportamentales, como el juego patológico o el uso abusivo de internet, son los más relevantes. Cuando la personas es adicta, su comportamiento se caracteriza por una pérdida de control ante esa conducta, centra casi en exclusiva su vida en el consumo o realiza la conducta de modo compulsivo, y tiene importantes problemas (personales, familiares, económicos, laborales, sociales, físicos, legales, etc.) debido a su adicción. Además, estos trastornos afectan a un enorme número de personas (p. ej., los millones de personas en España dependientes del tabaco).

En el presente manual nos centramos en la evaluación y el tratamiento psicológico de los trastornos adictivos más importantes, tanto los relacionados con sustancias (p. ej., cocaína) como el juego patológico. Se exponen sus principales características, su evaluación, el tratamiento de elección, los protocolos de tratamiento y cómo poner en práctica cada uno de ellos para el alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, heroína y juego patológico.

Este manual recoge la experiencia clínica, docente y de investigación del autor a lo largo de más de 30 años en el campo de los trastornos adictivos. Su labor la ha desarrollado fundamentalmente en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, concretamente en la Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos que dirige. Aporta información relevante de primera mano obtenida a lo largo de varias décadas de los excelentes profesionales que pasaron por las sesiones del Máster en Drogodependencias de su universidad, que dirigió durante más de 10 años, de un gran número de cursos que ha dirigido sobre trastornos adictivos, con excelentes profesionales que participaron en ellos, de su continua participación en foros profesionales y científicos nacionales e internacionales, proyectos de investigación nacionales, europeos y de América latina sobre drogas, etc. También por estancias que ha realizado en centros de investigación y de tratamiento punteros de distintos países.

La lista de agradecimientos sería extensa. Todo ello le ha ayudado a enriquecer y comprender mejor este problema y, con ello, mejorar las técnicas de tratamiento. Y, sobre todo, a nivel clínico, por la experiencia acumulada en el tratamiento de miles de personas fumadoras de cigarrillos durante varias décadas, sus aportaciones terapéuticas desde que surgió el juego patológico en España, y el desarrollo de programas terapéuticos para las personas dependientes de la cocaína o el cannabis junto al equipo terapéutico de su Unidad. A todo esto hay que añadir su importante labor investigadora y de divulgación

en este campo. Por ello, el lector detectará esos pequeños detalles prácticos que siempre son tan útiles para el profesional, no solo para comprender mejor cada trastorno adictivo, sino para realizar más adecuadamente su tratamiento.

El agradecimiento especial es para los pacientes. De ellos se aprende día a día, en ellos vemos los cambios en su consumo, el surgimiento de nuevos patrones de consumo o nuevas adicciones, sus dificultades, sus éxitos, sus dudas, etc. También es en ellos donde aplicamos los tratamientos más innovadores, siempre guiados por la idea de mejorar el trabajo clínico. Este agradecimiento se hace extensivo a las docenas de psicólogos, junto a otros profesionales sanitarios, que se han formado en nuestra Unidad a lo largo de tantos años o que han realizado estancias en la misma.

Y sin una familia comprensiva como la que tengo, difícil sería llevar a buen puerto muchos proyectos y tareas del día a día a lo largo de estos años.

Espero y deseo que este libro sea un instrumento útil para comprender mejor la complejidad de los trastornos adictivos, su relevancia, cómo realizar la evaluación y el tratamiento psicológico de los mismos y, con todo ello, lograr mejorar la calidad de vida de estas personas y las de su entorno. Si lo logramos, estaremos ayudándoles, como profesionales sanitarios, a reducirles o eliminarles el sufrimiento que les causan las adicciones.

Los trastornos adictivos

1.1. Introducción

Las adicciones, los trastornos adictivos y las drogas, en sus distintas denominaciones, se han convertido en las últimas décadas en un importante problema clínico y social debido al incremento de su prevalencia y a sus negativas consecuencias para la salud, la economía y la sociedad. Ningún país desarrollado ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas, tal como lo reflejan estudios, encuestas y la propia realidad clínica de las personas que acuden en busca de ayuda cuando el problema les ha desbordado o les está produciendo graves consecuencias.

Sustancias que eran desconocidas para nuestra cultura, para los individuos de regiones geográficas concretas, se han introducido en las últimas décadas, como ha ocurrido con la heroína en los años 70 del siglo XX, la cocaína en los años 80 y un gran incremento del consumo de las drogas de síntesis y el cannabis en los 90. Por el contrario, debido a que conocemos sus efectos negativos, en las últimas décadas se aprecia un descenso del consumo abusivo de las drogas legales como el alcohol y el tabaco. En poco tiempo, sustancias que eran para nosotros desconocidas, o cuyo consumo era anecdótico (p. ej., la heroína, la cocaína, el hachís) se han convertido en muy prevalentes y en fuente de problemas físicos, personales, sociales y psicopatológicos. Además, España, por su lugar geográfico, es punto de entrada a Europa de drogas desde África y América, lo que nos hace ser uno de los principales consumidores de drogas ilegales del mundo, sobre todo entre jóvenes de 14 a 25 años.

El incremento del consumo de drogas ha llevado en paralelo a un incremento del número de problemas en los individuos y en sus familias a nivel laboral, económico, social, judicial, etc. Ello también ha exigido poner en práctica medidas de tratamiento, preventivas y de reincorporación social. Ningún país desarrollado, ni siquiera los directamente implicados en la producción de drogas (cannabis, cocaína y heroína, especialmente), ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas.

Entendemos por droga “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este” (Kramer y Cameron, 1975: 13). Y por droga de abuso “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral” (Schuckit, 2000: 4).

Como dice Schuckit (2000: 13) “toda droga de abuso causa intoxicación, todas inducen dependencia psicológica (sentimiento desagradable sin la droga) y todas son autoadministradas por un individuo para cambiar su nivel de conciencia o para incrementar su bienestar psicológico”.

Drogodependencia es, tal como indica la OMS, el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por:

1. El deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
2. La tendencia a incrementar la dosis.
3. La dependencia física y generalmente psíquica con síndrome de abstinencia por retirada de la droga.
4. Los efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. Actualmente, en vez de drogodependencia solemos hablar de dependencia de drogas o dependencia de sustancias psicoactivas.

Lo que caracteriza a todas las drogas es que pasan rápidamente desde el torrente sanguíneo al cerebro y esto afecta a cómo el individuo percibe y siente. Estos cambios suelen ser percibidos como placenteros o reforzantes. Como resultado de ello, muchos individuos continúan tomando la sustancia incluso aunque sus consecuencias negativas sean importantes. En los últimos años se han producido importantes avances en el conocimiento de los mecanismos cerebrales de la dependencia a las drogas (Salivas y Volkow, 2005) que completan los ya conocidos de tipo ambiental y de aprendizaje (Becoña, 2002).

Para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios: por ejemplo, su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), su estructura química, su acción farmacológica, el medio sociocultural (legales/ilegales, institucionalizadas/no institucionalizadas, duras/blandas, más peligrosas/menos peligrosas) o con respecto al sujeto, mediante clasificaciones clínicas. También se han diferenciado en drogas de la calle, duras o blandas, ilícitas, de diseño, de club, etc. Sin duda, la clasificación de las drogas depende del contexto.

Una de las clasificaciones más utilizadas es la de Schuckit (2000), que las agrupa en depresores del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., alcohol), estimulantes o simpatomiméticos del SNC (p. ej., cocaína), opiáceos, cannabinoles, alucinógenos, solventes, drogas para contrarrestar otros efectos y otras (cuadro 1.1). El DSM-5 (APA, 2014) las clasifica en 10 clases: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (con categorías independientes para la fenciclidina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes); tabaco; y otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Cuadro 1.1. *Clasificación de las drogas según Schuckit (2000)*

<i>Clase</i>	<i>Algunos ejemplos</i>
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiazepinas).
Estimulantes o simpatomimético del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso.
Opioides	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas.
Cannabinoides	Marihuana, hachís.
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA).
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores.
Otras	Fenciclidina (PCP).

El DSM-5 cambia la concepción clásica de la causa del consumo de drogas, ya que ahora considera que todas las drogas que se consumen en exceso producen una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos. Esto lleva a un claro reduccionismo biológico, ya que se justifica con esto que las personas descuiden actividades normales, dado que las drogas activarían directamente las vías de recompensa. Es decir, las drogas producirían placer, y este placer dejaría de lado cualquier otro tipo de actividad reforzante para el individuo. Y, si los individuos no tienen autocontrol, entonces no tendrán mecanismos adecuados de inhibición cerebral, y estarán más predispuestos al consumo de drogas. De ahí que también se haya incluido el juego patológico junto a los trastornos relacionados con sustancias ya que, según el DSM-5 “existe evidencia de que los comportamientos de juego patológico activan los sistemas de recompensa de manera semejante a las drogas de abuso, y porque este produce síntomas conductuales similares a los de los trastornos por consumo de sustancias”.

Conocemos la relevancia de las drogas en el ser humano por los niveles de prevalencia y por los efectos que producen en el organismo humano a nivel de morbimortalidad y otros derivados de su consumo. De ellas hay que destacar primero las legales (alcohol y tabaco), luego la marihuana y en tercer lugar la cocaína, las drogas de síntesis y la heroína, que van desde los mayores niveles de prevalencia a los problemas más graves e inmediatos que producen en los individuos. Pero también tenemos los alucinógenos, los solventes y otras nuevas drogas que van surgiendo cada año para consolidarse o desaparecer (p. ej., GHB, ketamina, enteógenos, etc.) (Becoña, 2005, OEDT, 2015).

Algunos de los conceptos centrales en el tema de las drogodependencias son el abuso y la dependencia, según el CIE-10, o los *trastornos relacionados con las sustancias*, según el DSM-5, y la intoxicación, abstinencia y distintos *trastornos inducidos por sustancias*, como el *delirium*, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos psicóticos, trastornos del sueño, etc., que pueden ser producidos por el consumo de las mismas. El DSM-5 habla de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, eliminando la diferencia entre abuso y dependencia, como incluía

el previo DSM-IV, y considerando en su lugar niveles de gravedad del trastorno (leve, moderado y severo). Otros conceptos importantes son: tipo de droga, vía de administración, condición clínica de la persona consumidora, dosis, grado de pureza de la droga, potencia adictiva de la droga, politoxicomanía, edad de consumo, sexo del consumidor, metabolización, sobredosis, adulteración, etc.

1.2. Epidemiología

Son varias las drogas que tienen un consumo importante en España, en la línea de lo que ocurre en otros países de nuestro entorno. Primeramente tenemos el consumo clásico del vino y, para las ocasiones, bebidas fermentadas autóctonas (p. ej., el aguardiente, coñac...). En las últimas décadas se han introducido otras formas de consumo, o se han generalizado otras que eran minoritarias. Nos referimos a la cerveza y a los licores, especialmente las bebidas de alta graduación y en formas de fermentados foráneas, como el whisky, el vodka, etc. Al mismo tiempo, en los últimos años, ha surgido un nuevo fenómeno que para nosotros era desconocido: el cambio en los patrones de consumo. Del llamado consumo mediterráneo de alcohol (vino sobre todo), en dosis bajas, pero diarias, se ha pasado en los jóvenes a un patrón de consumo intensivo (borracheras), sobre todo los fines de semanas (el clásico botellón), consumiendo bebidas de alta graduación en cantidades altas y abusivas, en muchos casos con el único objetivo de conseguir en poco tiempo la embriaguez (Becoña y Calafat, 2006). Este nuevo patrón de consumo acarrea nuevos problemas y exige abordajes innovadores para afrontarlos así como tomar medidas para preservar la salud de las personas que se pueden ver afectadas por este nuevo tipo de consumo.

En relación al consumo de tabaco, desde hace años sabemos que fumar se considera una epidemia, la epidemia tabáquica. Fumar cigarrillos es la principal causa de mortalidad y morbilidad de los países desarrollados, produciendo un gran número de muertes prematuras cada año, unos 5 millones en el mundo, de los que corresponden a España más de 50.000. A pesar de que en los últimos años venimos asistiendo en los países desarrollados, a un descenso en el consumo de tabaco, fundamentalmente en los varones, todavía actualmente fuma en España un alto número de personas.

El consumo de cannabis, en sus distintas formas, tiene efectos psicoactivos en el individuo. Es una droga que produce intoxicación, tolerancia, dependencia, etc. Muchos consumidores, como le ocurre a otras personas dependientes de drogas legales o ilegales, suelen negar estos efectos, pero la evidencia científica sobre ello es incontestable.

La heroína es un opiáceo descubierto hace ya un siglo. Hasta hace unos años se administraba fundamentalmente por vía intravenosa; hoy esto solo lo hace un porcentaje reducido de sus consumidores. También es posible fumarla (“chinos”) o esnifarla. El primer consumo de heroína produce náuseas, vómitos y disforia; tras estas molestias propias de las primeras ocasiones aparecen los síntomas buscados, como placer, euforia y reducción de la ansiedad; si el consumo continúa, estos efectos placenteros se siguen

produciendo durante un tiempo, conocido como la “fase de luna de miel”. En la siguiente fase se consume solo con el objetivo de encontrarse bien y evitar el síndrome de abstinencia. El consumo regular de heroína provoca niveles considerablemente altos de tolerancia. En España tuvimos graves problemas con la misma a partir de 1970, sobre todo por las infecciones por compartir jeringuillas y por el VIH.

En relación a la cocaína, se puede consumir mascando sus hojas, en forma de polvos de clorhidrato de cocaína para esnifar o inyectarse, y el *crack* para fumar o, como ya se ha dicho anteriormente, mezclada con heroína (*speedball*). En nuestro medio está comercializado el clorhidrato de cocaína, que es el que recibe realmente el nombre de cocaína. El modo más rápido de absorción de la cocaína es fumada, llegando en este caso por vía pulmonar al cerebro en pocos segundos. Produce un fuerte *craving* el abandono de su consumo. De ahí su elevado poder de producir dependencia psicológica y poca dependencia física.

Las drogas de síntesis son sustancias, que al igual que la cocaína, ejercen una acción estimulante sobre el SNC. Sus principales efectos son la elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Al finalizar los efectos estimulantes iniciales surge la depresión y la fatiga. La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión. Su uso suele ser recreativo.

También hay muchas otras drogas disponibles (anfetaminas, alucinógenos...). En el siguiente capítulo las veremos más ampliamente.

Existe un considerable número de estudios epidemiológicos sobre el consumo de las distintas sustancias psicoactivas en España, utilizando muestras representativas de toda la población (adulta y escolar), por parte del Plan Nacional sobre Drogas. Estas encuestas vienen haciéndose desde el año 1994 hasta la actualidad. Tal y como muestran las últimas encuestas nacionales sobre drogas (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías [OEDT], 2014), el consumo de casi todas las drogas ilegales no ha dejado de crecer año a año desde mediados de los años 90 hasta que hace unos años (2007 a 2009) llegó al máximo nivel, a partir del cual ha descendido ligeramente, aunque los niveles de consumo siguen siendo muy altos.

La encuesta para la población general española de 15 a 64 años del año 2011 nos indica que las sustancias psicoactivas más consumidas alguna vez, durante los últimos 12 meses, fueron el alcohol, con un 76,6%, y el tabaco, con un 40,2% (OEDT, 2014). Entre las drogas de comercio ilegal la sustancia más extendida es el cannabis y sus derivados, seguida de la cocaína y el éxtasis, con prevalencias de consumo en los últimos 12 meses que superan el 1% (9,6% para cannabis, 2,2% para cocaína y 0,7% para éxtasis). El resto de las drogas ilegales están mucho menos extendidas, con prevalencias de consumo en el último año que se sitúan entre el 0,6% para las anfetaminas, 0,4% para los alucinógenos y el 0,1% para la heroína. Merece una mención aparte el consumo de hipnosedantes con o sin receta médica, cuya prevalencia en los últimos 12 meses fue de un 11,4%, superado solo por el alcohol, el tabaco y el cannabis. En años previos, el consumo sin receta médica estaba en torno al 4%.

A nivel de consumo diario, un 29,9% consume tabaco, un 14,4% alcohol, un 6,5% hipnosedantes, y un 1% cannabis (OEDT, 2014).

En cuanto al consumo de sustancias entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursaban Educación Secundaria Obligatoria (ESO), en la encuesta de 2012, un 74% había consumido alcohol en los 30 días previos a la encuesta, y un 29,7% tabaco. A estas sustancias, le sigue el cannabis, con una prevalencia del 16,1%, y la cocaína con un 1,5%. A continuación aparecen otras sustancias ilegales como los alucinógenos y el éxtasis, con prevalencias entre el 1 y el 1,2%. De todas las sustancias ilegales, la heroína es la sustancia menos extendida, con una prevalencia del 0,6% en los últimos 30 días. Destaca también como en los adultos el 3,4% consumen hipnosedantes sin receta médica (que sube al 6,6% al sumar con y sin receta médica).

Además, en los adolescentes el 12,5% fuma tabaco diariamente y el 2,7% consume alcohol diariamente; otro 2,7% consume cannabis diariamente; un 0,9% toma hipnosedantes diariamente.

De estos datos se aprecia que el tabaco y el alcohol son las sustancias más prevalentes a nivel de consumo, de ahí que también sean las que producen mayores problemas sanitarios. En las drogas legales, tabaco y alcohol, se ha producido un importante descenso en el consumo en la población adulta, pero esto no ha ocurrido en los jóvenes; más bien ha pasado lo contrario en los últimos años. El consumo está más extendido durante los fines de semana, sobre todo en la población menor de 34 años. Destaca el incremento del número de borracheras o consumo intensivo de alcohol. Así, en los estudiantes de secundaria ha aumentado el porcentaje de borracheras en los 30 días previos a la encuesta de un 16,1% en 1994 a un 25,6% en 2006, a un 35,6% en 2010 y a un 20,8% en 2012. En el caso del tabaco hay oscilaciones de año a año, lo que indica cierto nivel de estabilidad.

Cuadro 1.2. Prevalencia de consumo de drogas en España, 2011 (encuesta de la población general de 15-64 años)

<i>Sustancia</i>	<i>Consumo vida</i>	<i>Consumo últimos 12 meses</i>	<i>Consumo últimos 30 días</i>	<i>Edad de inicio</i>
Alcohol	90,9	76,6	62,3	16,7
Tabaco	71,7	40,2	37,6	16,5
Cannabis	27,4	9,6	7,0	18,7
Éxtasis	3,6	0,7	0,3	20,8
Alucinógenos	2,9	0,4	0,2	20,5
Anfetaminas/speed	3,3	0,6	0,3	20,2
Cocaína (polvo/base)	8,8	2,3	1,1	21,0
Heroína	0,6	0,1	0,1	20,7
Inhalables volátiles	0,8	0,1	0,0	19,7
Tranquilizantes con y sin receta	17,1	9,8	6,9	–
Somníferos con y sin receta	7,9	4,4	3,4	–
Hipnosedantes con y sin receta	19,5	11,4	8,3	34,5

En las drogas ilegales se ha llegado al tope de consumo hace unos años y ahora hay un ligero descenso mantenido para la cocaína y la heroína, aunque preocupa el tema del cannabis. El cannabis es la droga ilegal más consumida en España y la que se consume a una edad media más temprana. Aunque el consumo suele ser esporádico, si en 1999 lo consumía un 4,6% en el último mes, en 2012 sube al 10,6%. En 2009 baja ligeramente y en 2011 lo consume el 9,6%, en la población de 15 a 64 años. El incremento del consumo se ha producido sobre todo en los más jóvenes.

Como ya indicamos, destaca el enorme incremento del consumo de hipnosedantes, con o sin receta médica, tanto en la población adulta como en la población escolarizada. Algo está ocurriendo aquí que va más allá de la mera demanda de sustancias.

Cuadro 1.3. *Prevalencia de consumo de drogas en España, 2012 (encuesta de la población escolar de 14-18 años)*

<i>Sustancia</i>	<i>Consumo vida</i>	<i>Consumo últimos 12 meses</i>	<i>Consumo últimos 30 días</i>	<i>Consumo últimos 12 meses</i>		<i>Edad de inicio</i>
				<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	
Alcohol	83,9	81,9	74,0	80,9	82,9	13,9
Tabaco	43,8	35,3	29,7	33,1	37,5	13,6
Cannabis	33,6	26,6	16,1	29,7	23,3	14,9
Éxtasis	3,0	2,2	1,2	3,0	1,4	15,8
Alucinógenos	3,1	2,0	1,0	2,9	1,1	15,4
Anfetaminas	2,4	1,7	1,0	2,4	1,1	15,5
Cocaína (polvo/base)	3,6	2,5	1,5	3,4	1,6	15,5
Heroína	1,0	0,7	0,6	1,1	0,4	14,4
Inhalables volátiles	1,9	1,2	0,8	1,6	0,8	13,4
GHB	1,3	1,0	0,7	1,5	0,5	15,1
Hipnosedantes sin receta	18,5	11,6	6,6	8,4	14,9	14,3

En relación a las diferencias por sexo, la prevalencia de consumo de drogas en la población general, es bastante más elevada entre los hombres que entre las mujeres, sobre todo en el caso de las sustancias ilegales, exceptuando los hipnosedantes sin receta. En el caso de los estudiantes de ESO de 14 a 18 años, la prevalencia de consumo de drogas es más elevada en los hombres que en las mujeres (p. ej., en 2012, un 29,7 de los hombres y un 23,3% de las mujeres consumieron cannabis en los últimos 12 meses).

También destaca que el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas ha disminuido claramente, sobre todo en el caso del alcohol, el cannabis y los hipnosedantes, tanto en la población general como entre los estudiantes de ESO. Mucho más peligroso es el hecho de que, entre estos jóvenes, haya disminuido el riesgo percibido ante el consumo esporádico de cocaína, pues esto se relaciona con el aumento de las prevalencias de consumo alguna vez en la vida.

En los últimos años, además, ha aumentado la disponibilidad percibida de cannabis y cocaína, tanto en la población general de 14 a 65 años como en los estudiantes de ESO de 14 a 18 años, si bien en la población general la tendencia es hacia la estabilización a partir de 2001. Entre los estudiantes ha aumentado ligeramente la disponibilidad percibida

de alcohol, heroína y éxtasis. La normalización, tener una percepción de normalización de las drogas, incide negativamente en la concepción sobre las drogas y en el incremento de la prueba y del consumo.

1.3. ¿Por qué las personas consumen drogas?

Son múltiples los factores que llevan a que una persona consuma una droga. Pero no es lo mismo probar o consumir una droga en una ocasión que hacerse adicto a la misma, como tampoco es lo mismo consumir durante un tiempo y dejarlo para siempre, o seguir consumiendo y hacerse finalmente adicto. Por ello consideramos (ver [cuadro 1.4](#)) que hay una fase previa o de predisposición al consumo de drogas, otra fase de conocimiento, pasando o no luego a una de experimentación o inicio en el consumo. Una vez que ha ocurrido el consumo, pueden o no ocurrir varias cosas: dejar de consumir en poco tiempo, continuar el consumo, con lo que es más probable que se pase al abuso de la misma y, si este sigue, se puede llegar a tener dependencia de la sustancia. En este estado, puede seguir el consumo o puede plantearse la persona el abandono de la sustancia. En el último caso, puede mantenerse o puede producirse la recaída. Para que se den unas u otras fases hay toda una serie de factores sociales, psicológicos y biológicos que van a determinar un camino u otro en el individuo (ver Becoña, 1999, 2002).

Existen varios factores, antes de que el consumo se inicie, que se relacionan con la mayor o menor probabilidad de poder consumir una sustancia. Son los factores ecológicos y socioculturales (como el lugar del planeta en donde se viva, las sustancias que allí estén presentes, el acceso a ellas, la valoración social de las mismas, etc.), la predisposición biológica (a pesar de que puede haber en algunos individuos una mayor predisposición biológica que en otros para el consumo de drogas –por causas genéticas, biológicas o constitucionales– no es la única causa, a pesar del intento de reduccionismo actual de toda la vida cotidiana a la biología), la predisposición psicológica (sobre todo debido al papel del aprendizaje en la vida del individuo –condicionamiento clásico, operante y vicario–), la personalidad del individuo (p. ej., el rasgo de búsqueda de sensaciones) y la inteligencia (sabemos de su poder protector ante el consumo o para salir antes del mismo), y el papel que tienen la predisposición biológica, psicológica y sociocultural al actuar a un tiempo de modo conjunto y no separado.

En la fase de conocimiento de una droga concreta van a incidir varios factores, sobre todo en la adolescencia (entre 12 y 16 años), como por ejemplo, el ambiente concreto en donde vive, estudia, sale con sus amigos o se divierte. El aprendizaje tiene aquí también un papel importante: la socialización del individuo, en relación con su familia, iguales y amigos, así como escuela, instituto y ambiente escolar, se relacionan con consumir o no sustancias. Todo ello también está vinculado a las leyes y normas (formales e informales) sobre las sustancias legales e ilegales, al conocimiento, a través de la televisión, internet y otros medios de comunicación, que tiene el adolescente sobre las drogas y sus efectos; y

a los factores cognitivos que se relacionan con la conceptualización del mundo, de sí mismo y de los demás, como son las expectativas y creencias sobre las drogas, su consumo y sus efectos.

La fase de experimentación es aquella en la que la persona consume la sustancia; otros no lo harán. El alcohol será probado por casi todas las personas; el tabaco, por casi la mitad de ellas; con el cannabis pasará algo semejante. De ahí la vulnerabilidad actual que tienen los jóvenes ante las drogas. Este consumo tiene la mayor probabilidad de producirse en la adolescencia, ya que es la edad crítica para el consumo de drogas. En etapas posteriores de la vida, la probabilidad del consumo disminuye. Otros factores importantes relacionados con el individuo, el ambiente, su parte psicológica o su parte biológica son: si es hombre o mujer (los varones tienen mayores niveles de consumo y dependencia que las mujeres); la disponibilidad y precio de la sustancia; la posibilidad de acceso a la misma; la percepción del riesgo de cada sustancia; la publicidad (drogas legales); la aceptación social y la presión y conformidad social respecto al consumo; las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones que se tienen sobre las drogas, adquiridas a lo largo del proceso de socialización; el poder de las drogas como potentes reforzadores (por sus propiedades inmediatas); el papel de los iguales y amigos en las situaciones de consumo, ocio y diversión; la interacción del consumo de drogas con otras conductas problema (TDAH, agresividad, conducta antisocial), que puede llevar a que se agrave el problema o a que la persona se encuentre mejor consumiendo (para evadirse, para relajarse, para excitarse, etc.); la personalidad del individuo (sobre todo sus niveles de impulsividad y de búsqueda de sensaciones, que facilitan el consumo de sustancias); de nuevo, el peso que en un momento concreto tienen la familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación; el nivel de rendimiento escolar y su valoración de los estudios, ya que si el rendimiento es bajo hay mayor probabilidad de consumo de drogas y también, por otro lado, el consumo de drogas ilegales lleva a un mayor fracaso escolar y abandono de la escuela; el papel que tiene (como modelado) el consumo de drogas de los padres (p. ej., si el padre o la madre son alcohólicos) y de los hermanos; si tiene padres con trastornos mentales, ya que ello es un factor de riesgo para el consumo de drogas; si ha tenido o tiene estrés o eventos vitales estresantes, ya que estos aumentan el riesgo de consumir drogas; el estado emocional y las habilidades de afrontamiento, ya que se relacionan con el consumo; lo mismo ocurre con los problemas internalizantes y externalizantes. En cambio, un mayor autocontrol es un elemento protector del consumo. Y, naturalmente, probar la sustancia y ver los efectos que produce. Si se esperan buenos efectos, y lo son a corto plazo, mayor será el riesgo de seguir consumiendo; si los efectos son negativos, es más probable que no siga el consumo, al menos de la droga que no le ha gustado. En un caso u otro, el consumo depende de la interacción de los múltiples factores que hemos comentado hasta aquí.

Cuadro 1.4. *Factores que se relacionan con el consumo de drogas a lo largo de distintas fases*

Fase previa o de predisposición

- Factores ecológicos y socioculturales.
 - Predisposición biológica.
 - Predisposición psicológica: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia.
 - Predisposición biológica, psicológica y sociocultural actuando a un tiempo.
-

Fase de conocimiento

- El ambiente.
 - El aprendizaje.
 - La socialización.
 - La familia.
 - Los iguales y amigos.
 - La escuela, el instituto y el ambiente escolar.
 - Leyes y normas sobre las sustancias legales e ilegales.
 - La televisión, internet y otros medios de comunicación.
 - Factores cognitivos: las expectativas y creencias.
-

Fase de experimentación e inicio al consumo

- La adolescencia: la edad crítica para el inicio al consumo.
 - Características sociodemográficas.
 - Disponibilidad y precio de la sustancia.
 - Accesibilidad a la sustancia.
 - La percepción del riesgo de cada sustancia.
 - Publicidad (drogas legales), aceptación social del consumo, presión social al consumo y conformidad.
 - Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones.
 - Las drogas como reforzadores.
 - Los iguales y amigos en las situaciones de consumo, ocio y diversión.
 - La interacción con otras conductas problema (TDAH, agresividad, conducta antisocial).
 - La personalidad: impulsividad y búsqueda de sensaciones.
 - La familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación.
 - Rendimiento escolar y consumo de drogas.
 - Consumo de drogas en los padres y en los hijos.
 - Trastornos mentales de los padres y consumo de drogas en los hijos.
 - Estrés y eventos vitales estresantes.
 - El estado emocional y las habilidades de afrontamiento.
 - Problemas internalizantes y externalizantes.
 - Autocontrol.
 - Efectos de la prueba/no prueba de la sustancia disponible.
 - La interacción de los distintos factores entre sí.
-

Fase de consolidación: del uso al abuso y a la dependencia

- Uso, abuso y dependencia.
 - La escalada en el consumo de drogas (de las legales a las ilegales).
-

Fase de abandono o mantenimiento

Fase de recaída

Cuando la persona continúa consumiendo una sustancia adictiva, si no deja el consumo, irá pasando por las fases de abuso y dependencia hasta considerarse una adicción. Al llegar a este punto, van perdiendo peso los factores sociales (p. ej., disponibilidad, precio, normas sociales) y adquiriendo más peso los factores psicológicos, sobre todo los de condicionamiento, y los biológicos (p. ej., síndrome de abstinencia), junto a otros del proceso adictivo como es el craving. Esto no ocurre de golpe: suele haber un proceso adictivo característico en el que la persona empieza con las drogas legales (p. ej., borracheras, consumo de tabaco) para ir pasando al consumo de drogas ilegales que cree inocuas (p. ej., cannabis) que, unido a los factores de riesgo anteriores, le hará pasar al consumo de drogas como la cocaína, las drogas de síntesis, la heroína y luego varias de ellas (politoxicomanía).

El proceso adictivo, cuando ya existe, llevará a la persona a plantearse en distintos momentos reducir el consumo, y luego abandonarlo: es en ese momento cuando acudirá a tratamiento. Pero lo hará con toda la historia anterior y con el consumo de una sustancia que tiene un alto poder de reforzamiento, por lo que, si la deja, tendrá síndrome de abstinencia, craving, etc. Aquí pondremos en práctica las estrategias de tratamiento para lograr la abstinencia, que ocurrirá en unos casos pero en otros no. Y, tras dejar el consumo, algunos recaerán, para más tarde volver a tratamiento porque la persona necesita dejar de consumir pero tiene dificultades para lograrlo.

1.4. Tipos de trastornos adictivos

Los sistemas clasificatorios diferencian dos tipos de trastornos dentro de los relacionados con sustancias: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Dentro del grupo de inducidos por sustancias se incluyen la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias o por medicamentos (los trastornos psicóticos, los trastornos bipolares, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos del sueño, las disfunciones sexuales, el *delirium* y los trastornos neurocognitivos).

1.4.1. Trastornos relacionados con sustancias

A) Trastornos por consumo de sustancias

La característica esencial de los trastornos por consumo de sustancias, según el DSM-5, es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con ella. El diagnóstico se puede hacer para las 10 clases de sustancias, excepto para la cafeína (aparece en el apéndice del mismo como afección que

precisa más estudio). El DSM-5 incluye un cambio en la conceptualización del trastorno al indicar que “una particularidad importante del trastorno por consumo de sustancias es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece especialmente en las personas con trastornos graves. Los efectos comportamentales de estos cambios cerebrales se muestran en las recaídas repetidas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga.” (APA, 2014: 483).

Por *consumo* de una droga se entiende la ingestión de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Es cuando el consumo es esporádico. El *abuso* se da cuando hay un consumo continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La *dependencia* surge con el consumo excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un consumo continuado intermitente o un alto consumo solo los fines de semana.

Para el DSM-5 un trastorno por consumo de una sustancia se caracteriza por un patrón problemático de consumo de la misma que lleva a un perjuicio o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes síntomas a lo largo de un periodo de 12 meses:

- Consumo de la sustancia en grandes cantidades o durante mayor tiempo del previsto.
- La persona intenta abandonar la sustancia sin conseguirlo.
- La persona invierte grandes cantidades de tiempo en conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos.
- Deseo intenso de consumo manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento.
- Incumplimiento de los deberes fundamentales a nivel académico, laboral o doméstico debidos al consumo.
- Sigue consumiendo la sustancia a pesar de tener problemas en la esfera social o interpersonal.
- Reduce o abandona importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.
- Sigue consumiendo la sustancia a pesar de que esta le produce riesgos físicos.
- La persona sigue consumiendo la sustancia a pesar de padecer un problema físico o psicológico recurrente que se exacerba por el consumo.
- Tolerancia: una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- Síndrome de abstinencia cuando deja de consumir o disminuye el consumo de la sustancia.

Por *dependencia*, denominada *síndrome de dependencia de una droga*, según la

CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), se entiende el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas por las cuales el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a una instauración del resto de las características de la dependencia más rápida de lo que sucede en individuos no dependientes.

Según la CIE-10, para diagnosticar dependencia de una droga se debe considerar:

- a) La evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de la sustancia durante los intentos de abandono de su consumo.
- b) El deseo de dejar de consumir.
- c) Un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado.

Cuadro 1.5. *Los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos según el DSM-5*

<i>Trastornos por consumo de sustancias</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Para las 10 drogas consideradas: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (con categorías independientes para la fenciclidina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes); tabaco; y otras sustancias. – Criterios diagnósticos comunes: consume grandes cantidades o durante un tiempo más prolongado del previsto; intentos persistentes de dejar o reducir el consumo sin conseguirlo; invierte una gran cantidad de tiempo intentando conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos; craving; incumplimiento de sus deberes académicos, laborales o domésticos por el consumo de la sustancia; sigue consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal; reduce o abandona importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo; consume la sustancia a pesar de que la misma le produce un riesgo físico; consume la sustancia a pesar de que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que se originó o que se exacerba con el consumo; tolerancia; síndrome de abstinencia cuando disminuye o cesa el consumo).
<i>Trastornos inducidos por sustancias</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Intoxicación. – Abstinencia. – Trastornos psicóticos. – Trastornos bipolares. – Trastornos depresivos. – Trastornos de ansiedad. – Trastornos obsesivo-compulsivos. – Trastornos del sueño. – Disfunciones sexuales. – <i>Delirium</i>.

- d) La evidencia de fenómenos de neuroadaptación como la tolerancia o la dependencia.
- e) Si hay un consumo de drogas con la finalidad de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- f) El predominio de conductas de búsqueda de droga en decremento de otras prioridades importantes en la vida del individuo.
- g) Un rápido resurgimiento de la dependencia después de un período de abstinencia.

Los criterios de la CIE-10 sugieren la existencia de dependencia física, psicológica y social en una persona, pero no como elementos separados sino complementarios y entrelazados. Así, tendríamos los factores físicos (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia), los psicológicos (aprendizaje y características personales) y los sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente).

Tanto las clasificaciones de la CIE de la OMS como otros investigadores y clínicos, han diferenciado la dependencia física de la psíquica. Dentro de la dependencia física, los dos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La CIE-10 define la *dependencia física* como el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, esto es, los síndromes de abstinencia, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga. Por *dependencia psíquica o psicológica* entiende la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar.

Otro concepto relevante es el de *potencial adictivo de una droga*, que es la propensión que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la usan. Por ejemplo, en lo que se refiere a las drogas legales, el tabaco tiene un alto poder adictivo, ya que el fumador no puede controlar su consumo ni fumar con moderación. En cambio, la mayor parte de consumidores de alcohol son bebedores sociales, que pueden controlar sin problemas su consumo y no beber nada durante días o semanas.

El CIE-10 habla de consumo perjudicial, en vez de abuso, que sería una forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicótropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. Estas formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos.

Mientras que el DSM-IV distinguía el abuso de la dependencia, como el CIE-10, el actual DSM-5 solo considera el trastorno relacionado con sustancias (TRS), añadiéndole el nivel de gravedad en función de los criterios diagnósticos que tiene el individuo: *leve*

(2-3 síntomas), *moderada* (4-5 síntomas) y *severa* (6 o más síntomas).

B) *Trastornos inducidos por sustancias*

Los trastornos inducidos por sustancias incluyen la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos).

1. *Intoxicación*

La *intoxicación* es un estado transitorio que sigue a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol, en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas. Los síntomas van más allá de la mera intoxicación física, ya que con ella se consigue producir trastornos de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, de la capacidad de juicio, del control emocional y de la conducta psicomotora.

La *intoxicación por alcohol* se caracteriza, para el DSM-5, por una ingestión reciente de alcohol, junto a cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio, sexualidad inapropiada) que se presentan durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Esto se acompaña de una serie de signos o síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol, como: lenguaje farfullante; incoordinación; marcha inestable; nistagmo; deterioro de la atención o de la memoria; y estupor o coma.

La *intoxicación en el tabaco* no la considera el DSM-5, pero existe. Algunas de sus características son: taquicardia, aumento de la presión arterial, diarrea, vómitos, disminución del apetito, etc.

La *intoxicación por cannabis* produce cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos como deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, etc. El DSM-5 considera que para que haya intoxicación por cannabis tiene que haber un comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo, junto a algunos de los siguientes síntomas que aparecen sobre unas dos horas después de su consumo: inyección conjuntival, aumento de apetito, boca seca y taquicardia.

Altas dosis de *cocaína* producen una serie de síntomas entre los que se incluyen agitación, irritabilidad, juicio deteriorado, conducta sexual potencialmente peligrosa e impulsiva, agresión, un incremento generalizado de la actividad psicomotora y, potencialmente, síntomas de manía. Los principales síntomas físicos asociados son la taquicardia, la hipertensión y la midriasis. Hay que tener en cuenta la especificación de la presencia de alteraciones perceptivas. Si las alucinaciones están presentes en la ausencia

de juicio de realidad intacto, el diagnóstico apropiado es un trastorno psicótico inducido por cocaína con alucinaciones.

La *intoxicación por opiáceos* incluye la presencia de cambios comportamentales desadaptativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación, alteración de la capacidad de juicio, etc.) y algunos síntomas físicos específicos del consumo de opiáceos (p. ej., miosis, somnolencia, lenguaje farfullante, deterioro de la atención o de la memoria). En general, la presencia de un estado de ánimo alterado, retardo psicomotor (inhibición psicomotora), somnolencia, lenguaje farfullante, disminución de la memoria y la atención en la presencia de otros indicadores de un consumo reciente de opiáceos sugieren un diagnóstico de intoxicación por opiáceos.

2. *Síndrome de abstinencia*

El síndrome de abstinencia de una sustancia se produce cuando la persona deja de consumirla o reduce de modo significativo su consumo. Al encontrarse mal, lo más probable es que vuelva a consumirla para encontrarse bien. Esto puede ocurrir en unas horas o en unos días. El síndrome de abstinencia es claramente apreciable a nivel físico y psicológico, dado que produce un malestar clínicamente significativo o un deterioro importante en la vida del individuo que hace que vuelva a consumir la sustancia, pedir ayuda terapéutica o realizar conductas que hasta ese momento no había realizado (p. ej., dejar el trabajo para consumir o para conseguir la sustancia, cometer actos delictivos para obtener dinero para comprarla, tomar otras sustancias sustitutivas, etc.).

El síndrome de abstinencia del alcohol, para el DSM-5, se produce cuando se reduce o se deja de consumir alcohol después de un tiempo prolongado de consumo. Los síntomas característicos son: hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones); temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o delirios; agitación psicomotora; ansiedad; y crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas). Se debe especificar si es o no con alteraciones perceptivas. Tarda en desaparecer, si no se trata, de 5 a 7 días.

En el caso del alcohol, su síndrome de abstinencia es de los pocos que puede llevar a la muerte al individuo. En los casos graves, la persona entra en un estado de confusión que también puede ser violento, apareciendo un *delirium*, con o sin alucinaciones. Esto suele ser debido a la existencia de una enfermedad médica previa (p. ej., insuficiencia hepática, neumonía o hemorragia gastrointestinal, secuelas de un traumatismo craneoencefálico, hipoglucemia, desequilibrio electrolítico o estado postoperatorio). Las personas que tienen graves problemas con el alcohol tienen asociadas múltiples enfermedades físicas. También pueden aparecer convulsiones. El *delirium tremens* (confusión, desorientación, conciencia fluctuante u obnubilación, alteraciones perceptivas, delirios, alucinaciones vívidas, agitación, insomnio, fiebre leve, importante activación autonómica). Este puede aparecer de repente o a los dos o tres días después de la abstinencia, llegando a su máxima intensidad al cuarto o quinto día. Suelen tener alucinaciones visuales de insectos, animales pequeños u otras distorsiones, junto con

terror y agitación. Aunque en la mayoría remite en unos días, puede llegar a durar 4 o 5 semanas. Sin tratamiento su mortalidad es del 10-20% (Ponce *et al.*, 2003).

El *síndrome de abstinencia del tabaco* se caracteriza, para el DSM-5, por la aparición, en las 24 horas después del cese del consumo, de irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad para concentrarse, aumento del apetito, intranquilidad, estado de ánimo deprimido, e insomnio.

En relación al *síndrome de abstinencia del cannabis*, este se ha encontrado cuando el nivel de consumo es muy alto, habitualmente cuando es diario o casi diario. Con consumos menores o esporádicos puede no darse. De ahí que el DSM-IV no incluía el síndrome de abstinencia del cannabis, pero sí el DSM-5, que indica la irritabilidad, rabia o agresividad; nerviosismo o ansiedad; dificultad para dormir (insomnio, pesadillas...), pérdida de apetito o peso, intranquilidad, estado de ánimo deprimido y, por lo menos, uno de los siguientes síntomas físicos: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.

Después de dejar de consumir cocaína, o después de la intoxicación aguda, aparece una depresión caracterizada por disforia, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, fatiga, hipersomnolencia y, algunas veces, agitación. Con un consumo leve o moderado, estos síntomas duran unas 18 horas. Con un consumo elevado, los síntomas pueden prolongarse durante una semana, alcanzando su punto álgido entre los dos y cuatro días después de interrumpir el consumo. En algunos pacientes este síndrome se puede prolongar durante varias semanas o meses. Los síntomas de abstinencia pueden estar también asociados con ideación suicida. Durante el período de abstinencia el deseo de cocaína (craving) puede ser muy intenso, dado que la persona sabe que tomando cocaína puede aliviar los síntomas molestos del síndrome de abstinencia. Las personas que experimentan el síndrome de abstinencia suelen tomar alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

En el DSM-5 la abstinencia de cocaína está dentro de la *abstinencia de estimulantes* (anfetamina, cocaína y otros estimulantes). La caracteriza el estado de ánimo disfórico y otros cambios fisiológicos (p. ej., fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnolencia, aumento del apetito y retraso psicomotor o agitación) que aparecen en unas horas o en unos días después de cesar el consumo de la sustancia.

En la mayoría de las personas que son dependientes de drogas de acción corta, como la heroína, las reacciones derivadas del no consumo empiezan 6-8 horas después de la última dosis. Las primeras horas del síndrome de abstinencia se caracterizan por dolor muscular, bostezos, sudoración profusa y lagrimeo. Treinta y seis horas después de inyectarse heroína por última vez, los síntomas aumentan en gravedad y pueden aparecer contracciones musculares, calambres, escalofríos que alternan con sudoración y un aumento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea. Normalmente tienen lugar también náuseas o vómitos, diarreas y perturbaciones del sueño. Los síndromes de abstinencia más intensos duran unas 72 horas y van disminuyendo gradualmente en los siguientes 5-10 días.

El DSM-5 considera para la *abstinencia de opiáceos* que se puede producir tanto

por el cese de su consumo como por la administración de un antagonista. Sus síntomas serían: estado de ánimo disfórico; náuseas o vómitos; dolores musculares; lagrimeo o rinorrea; dilatación pupilar, piloerección o sudoración; diarrea; bostezos; fiebre; e insomnio.

3. Otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos

Dentro de otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos, se consideran los trastornos psicóticos, los trastornos bipolares, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos del sueño, las disfunciones sexuales, el *delirium* y los trastornos neurocognitivos.

Cuadro 1.6. *Diagnósticos asociados con las distintas sustancias, DSM-5 (APA, 2013)*

	Alcohol	Cafeína	Cannabis	Alucinógenos		Inhalantes	Opiáceos	Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	Estimulantes*	Tabaco	Otras (o desco- nocida)
				Fenciclidina	Otros						
Trastorno por consumo de sustancias	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Intoxicación	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Síndrome de abstinencia	x	x	x				x	x	x	x	x
Trastornos psicóticos	I/A		I	I	I**	I/A		I/A	I		I/A
Trastornos bipolares	I/A			I	I			I/A	I/A		I/A
Trastornos depresivos	I/A			I	I	I	I/A	I/A	I/A		I/A
Trastornos de ansiedad	I/A	I	I	I	I	I	A	A	I/A		I/A
Trastornos obsesivo-compulsivos y otros relacionados									I/A		I/A
Trastornos del sueño	I/A	I/A	I/A				I/A	I/A	I/A	A	I/A
Disfunciones sexuales	I/A						I/A	I/A	I		I/A
Delirium	I/A		I	I	I	I	I/A	I/A	I		I/A
Trastornos neurocognitivos	I/A/P						I/P		I/A/P		I/A/P

x= categoría reconocida en el DSM-5.

I= inicio durante la intoxicación.

A= inicio durante la abstinencia.

I/A= inicio durante la intoxicación o durante la abstinencia.

P= trastorno persistente.

* Incluye sustancias de tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes no especificados.

** También trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*).

Los trastornos mentales inducidos por sustancias suelen ser temporales, pero en ocasiones se mantienen una vez que ha cesado el consumo. Varían de unas a otras sustancias, aunque las drogas más sedativas (los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y el alcohol) pueden causar trastornos depresivos durante la intoxicación y alteraciones ansiosas en el síndrome de abstinencia. Las sustancias más estimulantes (como las anfetaminas y la cocaína) se asocian a trastornos psicóticos y de ansiedad en la intoxicación y a episodios depresivos en la abstinencia.

Es importante saber que para establecer un diagnóstico de trastorno mental inducido por sustancias debe existir evidencia de que dicho trastorno no se explica mejor por un trastorno mental preexistente. Por ello, con el fin de conseguir un diagnóstico adecuado hay que dejar pasar un mes sin que la persona consuma la sustancia para saber si la sintomatología era inducida por el consumo de una sustancia o la persona tiene un diagnóstico primario de ese trastorno previo al consumo. Se deja pasar ese mes porque en la mayoría de los casos los síntomas remiten por sí solos al lograrse la abstinencia.

En el [cuadro 1.6](#) se indican los trastornos inducidos en las distintas sustancias.

1.4.2. Trastorno de juego

El juego de azar en España representa actualmente un importante volumen de negocio, en torno a 30.000 millones de euros cada año. El mayor gasto en juego se produce en las máquinas tragaperras, seguido del bingo y, a más distancia, el cupón de la ONCE, las loterías, las quinielas, etc. Esto indica claramente que los intereses económicos que existen en torno al juego son muy importantes, ya que dan empleo a miles de personas y permiten recaudar miles de millones de euros en impuestos. Pero el juego también acarrea un serio problema de salud mental a una parte de los que participan en él, a los conocidos como jugadores patológicos o ludópatas.

El reconocimiento formal del trastorno del juego patológico se produce en 1980 por parte de la American Psychiatric Association (1980). Por juego patológico se entiende un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar y en la aparición de una conducta de juego que compromete, rompe o lesiona los objetivos personales, familiares o profesionales del jugador. El DSM-5 lo denomina más recientemente como trastorno de juego, y el CIE-10 como ludopatía. El DSM-5 lo incluye también en la categoría de trastornos adictivos, cuando previamente estaba dentro de los trastornos de control de impulsos no incluidos en otros apartados.

El juego patológico es un trastorno progresivo. Sus cuatro características principales son (Rosenthal, 1992): a) una continua o episódica pérdida de control sobre el juego; b) una continua preocupación por el juego y por obtener dinero para jugar; c) pensamiento

irracional sobre el juego; y d) continuación en el juego a pesar de sus adversas consecuencias.

La prevalencia de este trastorno varía dependiendo de qué criterios se utilicen, dados los cambios que han tenido en los distintos DSM para el juego patológico. Actualmente, en otros países, tanto anglosajones como europeos, la prevalencia está en torno al 0,3-0,6%, aunque en otros estudios puede llegar hasta el 2%. Para España, con criterios del DSM-III había un 1,5% de jugadores patológicos que con criterios del DSM-IV baja al 0,3% como mínimo para el último año y sobre el 1% para la vida (Becoña, 2010).

Para el CIE-10, la ludopatía está dentro del apartado de trastorno de los hábitos y del control de los impulsos. Se caracteriza por la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas que dominan la vida del individuo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares. La pauta para el diagnóstico es que la persona apuesta de una forma constante y reiterada que persiste y se incrementa a pesar de las consecuencias adversas que le produce tal conducta, como pérdida de la pareja, pérdida del dinero que poseía, situación familiar crítica, etc.

Para el DSM-5, el trastorno de juego es una conducta que tiene que tener al menos 12 meses de duración y que le acarrea falta de control ante el juego, como tener que apostar cada vez más, estar nervioso o irritado cuando intenta reducir o parar de jugar; intentar dejar de jugar sin conseguirlo; estar preocupado mucho tiempo por la conducta de juego; apostar cuando se encuentra mal anímicamente; volver a recuperar las pérdidas otro día; mentir a la familia u otras personas para ocultar su conducta; poner en peligro, o perder, relaciones importantes (p. ej., pareja, trabajo); y contar con fiadores que le pueden prestar dinero en situaciones financieras desesperadas. Todo lo anterior tiene que ocurrir sin que se pueda explicar mejor la conducta de juego por un episodio maniaco.

En el caso del juego patológico, el DSM-5 no considera que exista un síndrome de abstinencia del mismo. Sin embargo, distintos estudios han indicado que al dejar de jugar, muchos jugadores tienen síntomas semejantes, aunque amortiguados, que los que tienen los consumidores de drogas (cefaleas, molestias estomacales, náuseas, mareos, etc.).

1.4.3. Otros trastornos adictivos

El DSM-5 considera dentro de los trastornos que precisan más estudio para ser incluidos en el DSM el “trastorno de juego por internet”. Los criterios diagnósticos propuestos son casi iguales que los del juego patológico, aunque aplicados al juego en internet. El motivo de introducirlo aquí es que hay evidencia de que este es un grave problema de salud mental en Asia, sobre todo en China, Corea del Sur y Taiwán, y en menor grado en occidente. La creciente introducción de internet en los hogares de todo el mundo y el interés de las empresas de juego por estar en internet hace muy probable que este trastorno aparezca en el próximo DSM y que haya que tenerlo en cuenta en las actuales demandas de tratamiento.

En una línea semejante, se estudió la inclusión de la “adicción a internet” en el

DSM-5, aunque finalmente no ha entrado en el mismo. Sin embargo, la información que existe sobre el tema es cada vez mayor (ver Echeburúa *et al.*, 2009). Tampoco han entrado las denominadas *adicciones comportamentales*, con la excepción del juego.

Nos referimos a ciertas conductas que tienen potencialidad de producir adicción, como son internet, las nuevas tecnologías, el sexo, la televisión, la compra, el trabajo, los teléfonos móviles, las líneas eróticas, las sectas, etc. El número de adicciones se incrementaría si consideramos que Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

Estamos ante un campo importante que dilucidar en los próximos años (Echeburúa *et al.*, 2009), pero hay que clarificarlo bien. Así, en el caso de internet, se considera que existirían varios tipos de adicción: la adicción cibersexual; a las relaciones (virtuales) en internet a través de chats y sistemas de mensajería instantánea; al juego por internet (interactivo –casinos, juegos multiusuarios, subastas– y no interactivo –juegos tradicionales como solitario, buscaminas, etc., que en algún caso sería también adicción al ordenador) y la sobrecarga de información (navegación excesiva por la red y la inacabada búsqueda de datos, que sería el *tecnoestrés*).

1.5. Otros conceptos importantes

1.5.1. Vía de administración

Las drogas se pueden tomar a través de seis *vías de administración*: oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; pulmonar, inhalada y/o fumada; nasal (esnifada); intravenosa; intramuscular o subcutánea; y rectal.

La vía pulmonar es la que permite que la droga llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas. En todo caso, la dosis y la frecuencia de consumo desempeñan un papel importante para pasar del consumo al abuso y, finalmente, a la dependencia. En función de la vía de administración y del tipo de drogas, su efecto y las consecuencias físicas y psicológicas que se produzcan serán más o menos inmediatas. La vía de administración más problemática es la intravenosa, especialmente en el caso de la heroína.

1.5.2. Tolerancia

La tolerancia, la vía de administración y la politoxicomanía son conceptos clave cuando hablamos de drogas (Becoña, 2008, 2014). La *tolerancia* es un estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico. El proceso de metabolización de la droga limita la duración de su efecto. La exposición iterativa ocasiona que la droga se metabolice con mayor rapidez y la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente por lo que, para obtener el mismo efecto anterior, hay que aumentar la dosis y la frecuencia de administración.

Se conocen varios tipos de tolerancia. La *tolerancia cruzada* es un fenómeno por el que se toma una droga y aparece tolerancia no solo a esa droga sino también a otra del mismo tipo o, a veces, de otro conexo; p. ej., la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina y viceversa y, en menor grado, el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos. La tolerancia está muy relacionada con la dependencia. Así, también existe el fenómeno de *dependencia cruzada*, que se refiere a la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra. Por ejemplo, la metadona puede suprimir el síndrome de la abstinencia de la heroína y los tranquilizantes, el del alcohol. De hecho, la mayoría de los métodos de desintoxicación se basan en el fenómeno de la dependencia cruzada.

1.5.3. Craving

El craving, o la urgencia o fuerte deseo o ganas de consumir, se caracteriza por un deseo intenso de consumir una sustancia que, si no se realiza, produce un poderoso sufrimiento físico y/o mental (Manejwala, 2013). En los trastornos adictivos es habitual que aparezca craving, con distintos niveles de intensidad y relevancia. Puede ser breve o mantenerse durante tiempo, y aparecer puntualmente o de forma recurrente; tenerlo es una causa frecuente de la recaída. El problema para su evaluación es que es un constructo subjetivo (p. ej., a veces se diferencia la urgencia por consumir del craving, pero una fuerte urgencia puede ser lo mismo que el craving). Su evaluación es subjetiva o mediante escalas elaboradas para medirlo.

Los modelos psicológicos del craving son diversos (Durán y Becoña, 2006), tanto conductuales como cognitivos. Por ejemplo, Tiffany (1990) ha propuesto un modelo cognitivo en el que el craving y el consumo son independientes. El consumo estaría controlado por procesos mentales automatizados y el craving por procesos mentales no automatizados. Así, si la persona no quiere dejar de consumir, el craving va a potenciar el consumo, la búsqueda de la sustancia. Pero si quiere dejar de consumir el craving va a interferir en ese deseo de mantener la abstinencia. De modo semejante, Weaver y Schnoll (1999) consideran que hay dos tipos de craving: el anhedónico y el condicionado. El anhedónico es el deseo de consumo que aparece en una situación de aburrimiento, para

sentirse mejor. El condicionado es el deseo de consumo que aparece ante un estímulo asociado a consumos previos. Este tipo es muy frecuente entre los consumidores de estimulantes, porque reviven las experiencias agradables asociadas al consumo.

El modelo biológico del craving predice que este es muy alto durante la privación aguda de la sustancia y en individuos con niveles altos de dependencia. A lo largo del tiempo, a medida que la persona progresa en su trayectoria adictiva con esa sustancia, surgen conexiones importantes entre estado de ánimo negativo, craving y consumo de la sustancia. Esa persona nota rápidamente que consumiendo la sustancia alivia el estrés y los estados emocionales aversivos. El alivio del estrés y el abatimiento repetitivo a través del consumo de la sustancia puede inducir condicionamiento clásico, de modo que el craving se convierte en una respuesta consistente al estrés y a los estados de ánimo negativos.

La tradición clínica indica que el craving de una sustancia (p. ej., nicotina, alcohol, cocaína, etc.) es difícil de aguantar debido a su inicio temprano, persistencia y gravedad. Sin embargo, estudiar el craving ha sido y sigue siendo un reto importante debido a que es un concepto difícil de apresar y todavía controvertido. Es difícil de definir y de medir y tiene una relación tenue con la recaída. Claramente, el craving y el afecto negativo contribuyen a la recaída, de ahí que sea necesario conocerlo, manejarlo y que la persona pueda hacerle frente efectivamente.

El actual DSM-5 ha incluido el craving como uno de los criterios diagnósticos del TRS. Sin embargo, lo que afirman los miembros de grupo de elaboración del TRS para el DSM-5 (Hasin *et al.*, 2013: 840) es bien elocuente: “los clínicos expresaron su entusiasmo en añadir el craving en las presentaciones de trabajo y en la web del DSM-5. Finalmente, a pesar de que los beneficios psicométricos de añadir el criterio de craving son ambiguos, la consideración de que el craving puede ser un objetivo del tratamiento biológico (una perspectiva no psicométrica) prevaleció. Mientras se espera que se produzca el desarrollo de indicadores de craving biológicos, los clínicos e investigadores pueden evaluar el craving con cuestionarios, como los utilizados en los estudios de la teoría de respuesta al ítem”. Sobran los comentarios.

1.5.4. *Politoxicomanía*

Se habla de *politoxicomanía*, *poliadicción* o *consumo de sustancias múltiples* cuando una persona con un diagnóstico principal de dependencia de una sustancia psicoactiva presenta al mismo tiempo dependencia de otra u otras sustancias. Por ejemplo, el consumidor de heroína que consume cocaína cuando escasea la primera; o el consumidor de cocaína que toma con frecuencia alcohol o ansiolíticos para contrarrestar el efecto de la ansiedad. Los consumidores de heroína o cannabis también suelen consumir sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, etc. Este es un fenómeno frecuente, fundamentalmente cuando el consumo principal es la heroína. La persona puede usar otras sustancias psicoactivas, bien porque no hay heroína disponible en un momento puntual, bien para contrarrestar

los efectos del síndrome de abstinencia o también para incrementar los efectos de la misma.

1.5.5. Comorbilidad

La comorbilidad también se conoce por diagnóstico o patología dual. Es la concurrencia a un tiempo de un trastorno mental con un trastorno de abuso de sustancias. Esto ocurre porque, con frecuencia, las manifestaciones de la intoxicación o del síndrome de abstinencia son muy semejantes a las de distintos trastornos mentales. De ahí la necesidad de que la persona pase por un período de abstinencia antes de poder hacer un diagnóstico real, si existe, de muchos trastornos mentales que tienen síntomas semejantes o idénticos a los producidos por la propia sustancia (APA, 2000). Los más frecuentes y relevantes en el TRS son los trastornos psicóticos, los afectivos, los de ansiedad y también la dependencia de otras sustancias.

La presencia de psicopatología en las personas que están en tratamiento por consumo de drogas es muy frecuente. Aproximadamente el 25% de las personas con dependencia del alcohol y un 50% de las personas dependientes de drogas tienen depresión comórbida (Grant *et al.*, 2004b). De modo semejante, los trastornos de ansiedad se diagnostican en aproximadamente el 25% de las personas dependientes del alcohol y en un 43% de las personas dependientes de drogas (Grant *et al.*, 2005). Y los trastornos de personalidad, de los que el más frecuente es el antisocial, se diagnostican en el 50% de las personas dependientes del alcohol y en el 70% de las personas dependientes de drogas (Grant *et al.*, 2004a). Mientras que los datos anteriores son los que se encuentran en los estudios de la población general, en los pacientes que acuden a tratamiento la comorbilidad todavía es mayor (Kavanagh y Connolly, 2009).

Otro problema frecuente es el consumo de más de una droga o la dependencia de varias sustancias (Griffin *et al.*, 2009; Kavanagh y Connolly, 2009), o saber cuál es la sustancia principal. La realidad clínica nos indica que lo habitual es que una persona con un trastorno mental que a su vez consume sustancias tenga abuso o dependencia de más de una de ellas (p. ej., alcohol, tabaco, cocaína y cannabis).

Es frecuente que las personas con trastornos mentales tengan también un trastorno de abuso de sustancias; en el caso de la esquizofrenia, en estudios norteamericanos llega al 40-50%, excluyendo la nicotina; de no excluirla, casi todos tendrían un trastorno comórbido por el alto porcentaje de esquizofrénicos que fuman (Becoña y Míguez, 2004), que suele ser del 70-90% (Martínez *et al.*, 2004). Además, sobre el 40% de las personas con dependencia del alcohol tienen también depresión (Brown y Schuckit, 1988).

A veces puede ser complejo hacer un diagnóstico de trastornos mentales en pacientes con trastornos por abuso de sustancias, porque el abuso de sustancias puede causar un amplio número de trastornos mentales. Por ello, hay que saber si el paciente presenta signos y síntomas que son manifestaciones de un coexistente trastorno mental o

consecuencia de la intoxicación o del síndrome de abstinencia de la droga.

Muchos clínicos sobrediagnostican trastornos mentales en personas que abusan de sustancias, mientras que el abuso de sustancias se detecta poco entre los pacientes con trastornos mentales (Weiss *et al.*, 1998). Aunque se ha avanzado bastante en ambos tipos de diagnósticos por parte de los clínicos en los últimos años, en unos casos el clínico no pregunta acerca del posible consumo de sustancias en sus pacientes y en otros, aún preguntándolo, el paciente oculta dicha información por motivos múltiples. Y también puede ocurrir que el paciente minimice los consumos que lleva a cabo o que considere que no son relevantes o que no le interesan al clínico por verlos en el nivel de la normalidad. Por ejemplo, sabemos que el consumo de drogas puede incrementar el riesgo de hacerse daño a sí mismo y de suicidio en pacientes depresivos, el incremento de agresiones o violencia en pacientes psicóticos que consumen estimulantes, etc. (Miles *et al.*, 2003).

Es frecuente encontrarse con que la persona tiene más de dos trastornos. Es más bien lo habitual. Por ello es más correcto hablar de “comorbilidad” que de “patología dual”. En esta última tendría dos o más trastornos en un mismo individuo. La evolución y el pronóstico en estos pacientes son más complicados, por lo que la intervención terapéutica también es más compleja (Becoña *et al.*, 2008).

1.6. Curso

El curso de la dependencia, abuso, intoxicación y abstinencia varía según el tipo de sustancia, la vía de administración, los factores individuales, la disponibilidad de la sustancia, etc.

Cuando el individuo llega a ser dependiente, el curso suele ser crónico, con años de evolución e importantes consecuencias negativas debido a su consumo. Puede pasar por períodos de abstinencia total o parcial, pero la recaída es frecuente en este trastorno.

Para el DSM-5, el curso del TRS tiene varias especificaciones para la remisión, dependiendo de cada sustancia. Se diferencia la remisión inicial de la remisión continuada. La remisión inicial se aplica después de haberse cumplido previamente los criterios del TRS pero desde hace al menos 3 meses y menos de 12 no los cumple, con la excepción del craving en muchas sustancias. La remisión continuada es cuando, como en el caso anterior, supera ya los 12 meses sin consumir la sustancia, aunque puede seguir teniendo craving. También debemos especificar si está en un entorno controlado (p. ej., hospital, comunidad terapéutica, centro ambulatorio) en donde tiene un acceso restringido a la sustancia. En el caso de los opiáceos a lo anterior hay que añadir si está en terapia de mantenimiento (p. ej., con agonistas opiáceos) o en un entorno controlado (p. ej., en un hospital o comunidad terapéutica).

Clasificación de los trastornos adictivos

2.1. Los trastornos adictivos para el CIE-10

Por *dependencia, síndrome de dependencia* según la CIE-10 (OMS, 1992), se entiende el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas por las cuales el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración del resto de las características de la dependencia más rápidamente que en individuos no dependientes.

Según la CIE-10, para diagnosticar dependencia de una droga se debe considerar:

- a) La evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de la sustancia durante los intentos de abandono de su consumo.
- b) El deseo de dejar de consumir.
- c) Un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado.
- d) Evidencia de fenómenos de neuroadaptación como la tolerancia o la dependencia.
- e) Si hay un consumo de drogas con la finalidad de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- f) El predominio de conductas de búsqueda de droga en decremento de otras prioridades importantes en la vida del individuo.
- g) Un rápido resurgimiento de la dependencia después de un período de abstinencia.

Los criterios de la CIE-10 sugieren la existencia de dependencia física, psicológica y social en una persona, pero no como elementos separados sino complementarios y entrelazados. Así, tendríamos los factores físicos (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia), los psicológicos (aprendizaje y características personales) y los sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente). Tanto las clasificaciones de la

CIE-10 como otros autores relevantes han diferenciado la dependencia física de la psíquica, como ya vimos en el capítulo anterior. También ya vimos el concepto de potencial adictivo de una droga que considera el CIE-10.

2.2. Los trastornos adictivos para el DSM-5

Actualmente el DSM-5, a diferencia del DSM-IV, distingue, por una parte, los trastornos relacionados con sustancias y, por otra, el trastorno de juego, lo que conocemos como juego patológico.

2.2.1. Trastornos relacionados con sustancias

El DSM-5 (APA, 2014) distingue dentro de *los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*: a) los trastornos relacionados con sustancias (TRS) y b) los no relacionados con sustancias (el trastorno de juego). Se caracterizan porque todas las sustancias o conductas adictivas (juego) producen una activación directa del sistema de recompensa cerebral, lo que produce que las actividades cotidianas pueden ser descuidadas.

En los trastornos por consumo de sustancias (TCS) hay toda una serie de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa utilizando la sustancia a pesar de producirle problemas significativos. De modo general, los TCS se caracterizan por un patrón problemático de consumo de la sustancia que lleva a un perjuicio o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los once síntomas que definen este trastorno, a lo largo de un periodo de doce meses:

1. Se consume a menudo la sustancia en mayor cantidad o durante un periodo de tiempo mayor que el esperado.
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de dejar o controlar el consumo de la sustancia.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Tiene craving, o un fuerte deseo o urgencia de consumir la sustancia.
5. El consumo recurrente de la sustancia le lleva a un fracaso a la hora de cumplir con las principales obligaciones en el trabajo, escuela o casa.
6. Continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener de modo persistente o recurrente problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la misma.
7. Deja de hacer o reduce importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
8. El consumo de la sustancia es recurrente en situaciones en las que es físicamente

peligroso.

9. Continúa con el consumo de la sustancia a pesar de conocer que tiene un persistente o recurrente problema físico o psicológico que es probablemente causado o exacerbado por la misma.
10. Tolerancia, definida de uno de estos dos modos:
 - a) La necesidad de incrementar de modo importante la cantidad de sustancia consumida para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) Una marcada disminución del efecto con el uso continuo de la misma cantidad de sustancia.
11. Síntoma de abstinencia, manifestado por uno de los siguientes:
 - a) Los característicos del síndrome de abstinencia para esa sustancia.
 - b) La sustancia (o una sustancia similar, como las benzodiazepinas en el caso del alcohol) se toma para aliviar o evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.

Como vemos, para la definición de TRS destacan los clásicos de intoxicación, tolerancia, síndrome de abstinencia, deseo de abandonar o reducir el consumo, graves consecuencias en la salud y en la vida cotidiana, etc. También introduce elementos nuevos como es el craving y el nivel de severidad del trastorno, en leve (2-3 síntomas), moderado (4-5 síntomas) y severo (6 o más síntomas). Este es un nuevo concepto que llevará a un enorme incremento de este trastorno por su laxitud.

Hay actualmente un importante punto de discusión sobre el punto de corte para este trastorno en el DSM-5. Ahora son 2 de 11 criterios. Los estudios de validación realizados, utilizando tanto muestras de la población general como clínicas, cambiaba poco la prevalencia de usar 2, 3 o 4 criterios como punto de corte para el TRS (Hasin *et al.*, 2013). Pero otros estudios, con muestras muy amplias (p. ej., Compton *et al.*, 2013), indican que el punto de corte sería de 4 o más para el alcohol, cocaína y opiáceos. Para el cannabis sería de 6 o más criterios. El actual punto de corte de 2 llevará a un sobrediagnóstico estigmatizando a personas “normales”.

Con el DSM-5 se ha perdido una buena oportunidad de hacer tipologías de adictos, que son más útiles en la clínica, y que integran la tan habitual comorbilidad asociada. Estudios como el de Moss *et al.* (2007), en la dependencia del alcohol, indica que es posible hacerlo. También se ha hecho en otros trastornos (p. ej., en los tipos de esquizofrenia, tipos de trastorno bipolar, etc.) del propio DSM-5.

El consumo de sustancias psicoactivas puede producir un gran número de efectos y trastornos de tipo físico y mental, como dependencia, intoxicación, síndrome de abstinencia (con y sin *delirium*), trastorno psicótico, síndrome amnésico, trastorno del estado de ánimo, trastorno sexual, trastorno del sueño, trastorno perceptivo u otros. Para algunas sustancias, como por ejemplo la heroína, las consecuencias físicas son claras cuando se toma inyectada (p. ej., la persona se expone a contraer hepatitis, tuberculosis y el VIH). Los problemas médicos y legales derivados del consumo de heroína han

provocado una gran alarma social, lo que a su vez ha facilitado la aparición de una amplia red de tratamiento en España y en otros países. Sin embargo, en la actualidad la principal demanda de nuevos tratamientos es por la cocaína, a lo que hay que añadir una parte de heroinómanos cronicados y el incremento de demandas de tratamiento por cannabis. En las drogas legales el problema con el alcohol se ha mantenido constante y en un alto nivel, y se han incrementado también en los últimos años las demandas de tratamiento de los fumadores.

2.2.2. *Trastorno de juego (juego patológico)*

Para la CIE-10, la ludopatía o juego patológico se caracteriza por un comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve a jugar otro día para intentar recuperarlo (tratando de “cazar” las propias pérdidas).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego.
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

Además, el comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

Cuadro 2.1. *Criterios para la intoxicación del alcohol (DSM-5)*

- A) Ingestión reciente de alcohol.

- B) Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio) que se presentan durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después.
- C) Uno o más de los siguientes signos o síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
- Lenguaje farfullante.
 - Incoordinación.
 - Marcha inestable.
 - Nistagmo.
 - Deterioro de la atención o de la memoria.
 - Estupor o coma.
- D) Los signos o síntomas no se deben a otra enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluyendo la intoxicación por otra sustancia.
-

En el caso del trastorno de juego, este se caracteriza para el DSM-5 por (criterio A) una conducta de juego problemático, persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, indicado por la presencia de cuatro o más de los siguientes criterios a lo largo de un periodo de 12 meses:

1. Necesidad de apostar cantidades cada vez mayores de dinero cada vez que juega para conseguir el grado de excitación deseado.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o parar de jugar.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
4. Está a menudo preocupado con el juego (p. ej., preocupándose por revivir experiencias pasadas de juego, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando cómo conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej., desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, suele volver otro día para intentar recuperarlo (tratando de “cazar” las propias pérdidas).

Cuadro 2.2. Criterios para el síndrome de abstinencia del alcohol (DSM-5)

- A) Interrupción o disminución del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B) Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después del abandono o reducción descrito en el criterio A:
- Hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones).
 - Temblor distal de las manos.

- Insomnio.
 - Náuseas o vómitos.
 - Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o delirios.
 - Agitación psicomotora.
 - Ansiedad.
 - Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
- C) Los signos o síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social, laboral, o de otras áreas importantes del funcionamiento del individuo.
- D) Los signos o síntomas no se deben a otra enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluyendo la intoxicación o el síndrome de abstinencia de otra sustancia. Especificar si:
- Con alteraciones perceptivas.
-

7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo, o una carrera académica o profesional a causa del juego.
9. Cuenta con otras personas para que le den dinero para aliviar una situación financiera desesperada provocada por el juego.

Además, esa conducta de juego se explica mejor que por tener un episodio maníaco (criterio B).

A nivel diagnóstico encontramos criterios para el diagnóstico de:

- Trastorno por consumo de sustancias o de juego, para cada una de las 10 clases de sustancias que considera el DSM-5: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).
- Criterios para la intoxicación de cada sustancia;
- Criterios para el síndrome de abstinencia de cada sustancia;
- Trastornos inducidos por cada sustancia. Como un ejemplo, en los [cuadros 2.1](#) y [2.2](#) presentamos los criterios de intoxicación y síndrome de abstinencia para el alcohol.

2.3. Características de los distintos trastornos adictivos

2.3.1. Alcohol

El consumo de *alcohol* está muy arraigado en los patrones culturales vigentes en nuestra

sociedad, debido a que se trata de una sustancia que viene siendo elaborada y consumida desde hace miles de años. España es uno de los países a la cabeza mundial de la producción de alcohol (vino fundamentalmente).

El alcohol se obtiene de la fermentación de carbohidratos vegetales (p. ej., granos, frutas). Esta fermentación se puede producir de forma natural –y así debió de ser las primeras veces en que el hombre se dio cuenta de sus propiedades– o se puede conseguir haciéndolo de forma artesanal o industrial. La fermentación da lugar a una bebida que contiene entre el 12% y 15% de alcohol, mientras que con la destilación se obtienen mayores concentraciones (Echeburúa, 1996). En las bebidas de fermentación natural (vino, cerveza, sidra), el contenido alcohólico depende del contenido de azúcares del mosto. En cambio, las bebidas de mayor graduación (p. ej., whisky, ron, coñac) hay que añadirles alcohol u obtenerlas mediante destilación, que es como habitualmente se hace. En ella se llevan a ebullición los líquidos fermentados y se condensan luego los vapores producidos.

El alcohol es soluble tanto en un medio lipídico como acuoso. Esto le permite atravesar fácilmente las membranas de las paredes del estómago y ser rápidamente absorbido y distribuido por el sistema circulatorio a los tejidos, incluido el cerebro. Después de ingerirse, el alcohol es rápidamente absorbido a través del estómago y, sobre todo, del intestino delgado, siendo la absorción más rápida si la persona está en ayunas. A los 5 minutos ya se puede detectar alcohol en la sangre, alcanzándose la máxima concentración a los 30-60 minutos. El alcohol se distribuye por todo el cuerpo de forma rápida a todos los órganos. La mayoría del alcohol se elimina por el hígado

Los daños corporales, a diferencia de los psíquicos, se producen sobre todo en relación con el uso continuado de cantidades importantes de alcohol que el organismo tiene dificultades para metabolizar, aunque el consumidor no perciba ningún peligro. Las consecuencias si se consume esporádicamente son menores, aunque sea en altas dosis, pero aún así se incrementa el riesgo de que haya otros problemas en esas situaciones de consumo intensivo (p. ej., más probabilidad de tener accidentes).

Las enfermedades del hígado y del estómago se relacionan con el consumo de alcohol, debido a que después de la ingestión de alcohol este es rápidamente absorbido por el intestino y pasa al torrente sanguíneo. Después se distribuye por todo el cuerpo, atravesando la barrera hematoencefálica. De ahí los efectos subjetivos, psicoactivos y conductuales que produce; altos niveles de consumo crónico producen daño cognitivo y cerebral. Es en el hígado donde el alcohol se convierte en acetaldehído y acetato, siendo eliminado del cuerpo en su mayor parte por la orina. Pero el hígado solo puede metabolizar normalmente cierta cantidad de alcohol (lo que entendemos por beber seguro en personas sanas); si la cantidad es mayor y lo tiene que hacer día tras día, el órgano se irá afectando con el paso del tiempo. Durante el embarazo el alcohol puede causar daño en el feto, y el consumo por parte de la madre de grandes cantidades puede producir el síndrome alcohólico fetal. Por todo ello, el consumo de alcohol es la responsable de la tercera causa de incapacidad en el mundo desarrollado después del tabaco y de la hipertensión.

Una persona normal elimina de su organismo en una hora una unidad de bebida estándar (lo equivalente a un vaso de vino a una cerveza). La eliminación depende del metabolismo; por ello, cuando la persona ha ingerido una gran cantidad de alcohol, no puede rebajarla con remedios populares como el café, las vitaminas o una ducha fría.

El alcohol es una sustancia depresora del sistema nervioso central. En pequeñas dosis ya interfiere con distintas funciones (p. ej., la capacidad de autocritica), aunque la persona siente sedación y sensación de excitación. Cuando llega a la embriaguez tiene alteraciones del comportamiento, reducción de la capacidad de autocritica, mala coordinación de movimientos y alteraciones en la capacidad perceptiva. Si la depresión del sistema nervioso es intensa, puede llegar incluso al coma. Los efectos en cada individuo dependen de diversos factores: cantidad total bebida, en cuánto tiempo, peso corporal, edad, género, tolerancia, consumo de otros medicamentos, el estado de ánimo, etc. Los principales sistemas de neurotransmisión afectados por el alcohol son el GABA, glutamato, dopamina y opioide.

El consumo de alcohol es, hoy en día, un problema que rebasa los límites de la patología médica, afectando a la vida social, familiar y, en muchos casos, transformándose en un grave problema de salud mental que, a su vez, puede tener otros trastornos asociados. A nivel laboral, el consumo abusivo de alcohol acarrea accidentabilidad, absentismo, menor rendimiento, problemática en el grupo de trabajo, cargas sociales, inadecuación, inadaptación, y mortalidad y suicidio. La familia del alcohólico sufre directamente las graves consecuencias a través de relaciones conflictivas con la pareja, agresividad en las relaciones familiares y posibles repercusiones en los hijos. Muchas de las separaciones de parejas tienen como causa el consumo excesivo de alcohol o los malos tratos asociados a su consumo.

Tradicionalmente, el alcoholismo ha sido considerado como un trastorno progresivo: el consumo de bebidas alcohólicas se inicia en la adolescencia y progresa lentamente, llegando a constituirse en un problema hacia la mitad o al final de la segunda década de la vida (Jellinek, 1960). Hoy tenemos el grave problema del alcoholismo juvenil, especialmente las borracheras de fin de semana, y el nuevo patrón de consumo tipo anglosajón (Becoña y Calafat, 2006; Secades, 1997).

Una exposición crónica al alcohol produce dependencia física. Cuando alguien ha estado bebiendo durante un largo tiempo y deja de hacerlo de repente, el síndrome de abstinencia puede ser grave e incluso mortal. Con respecto al síndrome de abstinencia, el alcohol y las sustancias farmacológicamente relacionadas son las drogas adictivas más peligrosas. La abstinencia se alivia instantáneamente con el alcohol, las benzodiazepinas o los barbitúricos. De igual manera, el síndrome de abstinencia causado por la exposición crónica a las benzodiazepinas o a los barbitúricos se alivia con el alcohol.

El alcoholismo se da más frecuentemente en el varón; la mujer con problemas de alcohol comienza a beber más tardíamente; y se aprecia en los últimos años un cambio en los patrones de bebida tradicionales hacia el modelo de bebida anglosajón en los más jóvenes (beber el fin de semana grandes cantidades de alcohol hasta llegar a la embriaguez), lo que está produciendo también un cambio en el tipo de bebedores y

alcohólicos y en el acceso a los recursos asistenciales.

Como nota positiva, a pesar de la gravedad del problema y del surgimiento de nuevas formas de consumo, en las últimas décadas en España, como en los países tradicionalmente productores de vino mediterráneos, se ha producido globalmente un descenso en la cantidad consumida de alcohol puro per cápita (Gual y Colom, 1997).

2.3.2. *Tabaco*

El *tabaco* es una sustancia que tiene una larga historia. Se extrae de la planta *Nicotiana tabacum*, y se fuma habitualmente en forma de cigarrillos y, en menor grado, en cigarros puros y pipa. También se puede consumir en forma de polvo esnifado, mascado, etc. El nivel de dependencia que produce el tabaco es muy elevado, semejante al de las restantes drogas. Originario de América, allí se fumaba desde hace siglos por sus propiedades medicinales, usándose también en rituales y, en ciertos momentos, a nivel lúdico. Poco a poco su uso se fue extendiendo; con el descubrimiento de América se generaliza su uso por parte de los españoles allí, y es introducido en Europa en siglo XV. En 1881 se patenta la primera máquina de fabricar cigarrillos en Estados Unidos y, a partir de ahí, se da un fuerte empuje al consumo. El tabaco se convierte en una manufactura. A partir de la II Guerra Mundial, y debido a los cambios sociales y políticos que se producen en los países desarrollados, se incorpora la mujer al consumo de tabaco, conforme va cambiando su rol en la sociedad (Becoña *et al.*, 1988).

El humo del tabaco contiene más de 4.000 componentes, de los cuales los más importantes son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono. La nicotina es un alcaloide, líquido e incoloro, que adquiere un tono marrón cuando entra en contacto con el aire. Además de ser una sustancia adictiva, es altamente tóxica. Se absorbe por vía oral, digestiva, dérmica y conjuntival y se elimina por la saliva, la orina, la leche materna, el sudor, en las secreciones mucosas y el pelo recién lavado. Tiene un gran poder adictivo, pues tarda menos de 10 segundos en atravesar la barrera hematoencefálica y en activar los receptores colinérgicos-nicotínicos (Becoña, 2006). La dependencia de la nicotina se produce por el humo fumado de los cigarrillos y pipas aspirado por vía pulmonar, por las sales básicas de los puros absorbidas por los plexos venosos sublinguales y por el tabaco en polvo aspirado por la nariz. Existen otras formas de consumo (p. ej., mascado) que no se dan en nuestra cultura.

El alquitrán es una sustancia sólida, de color oscuro y olor fuerte. Es uno de los principales componentes sólidos del tabaco, que se debe fundamentalmente al papel del cigarrillo y a la combustión del tabaco. Dicha sustancia está formada por una amplia variedad de componentes, algunos de ellos carcinógenos, como el benzopireno, o cocarcinógenos.

El monóxido de carbono es un gas incoloro que se desprende de la combustión del cigarrillo. Al ser absorbido por la vía pulmonar, se combina con la hemoglobina de la sangre y forma la carboxihemoglobina, una sustancia que limita el aporte de oxígeno al

organismo, pues restringe la fijación del mismo a los hematíes (García *et al.*, 1998).

Cuadro 2.3. *Sustancias nocivas contenidas en el humo del tabaco*

<i>Sustancias cancerígenas</i>	
Alquitrán	Líquido utilizado para asfaltar carreteras, pintar barcos, etc.
Arsénico	Veneno mortal muy potente.
Creosota	Carcinógeno.
Cadmio y níquel	Utilizado en las baterías.
Cloruro de vinilo	Carcinógeno.
Polonio 210	Radiactivo y carcinógeno.
Uretato	Carcinógeno; utilizado en embalajes.
Formaldehído	Conservante orgánico utilizado en laboratorios. forenses y anatomía patológica.
<i>Tóxicos irritantes (inciden en los ojos y en las vías respiratorias, tanto de los fumadores como de los no fumadores)</i>	
Amoniaco	Líquido de olor fuerte que se utiliza en los limpiacristales.
Acetona	Disolvente tóxico bien conocido.
Acroleína	Potente irritante bronquial; causa enfisema.
Monóxido de carbono	Gas incoloro; mortal en lugares cerrados.
Metanol	Utilizado en la combustión de misiles.
Tolueno	Disolvente tóxico.
Cianuro de hidrógeno	Veneno mortal utilizado como raticida.

Fuente: Salvador *et al.* (2005).

Cuadro 2.4. *Estimación de la mortalidad en Europa causada por distintos factores*

<i>Factor</i>	<i>Hombres (%)</i>	<i>Mujeres (%)</i>
Fumar	27	6
Alcohol	11	5
Sobrepeso	1	3
Actividad física	<1	5
Infección	3	4
Luz solar	1	2
Exposición ocupacional	3	<1
Exposición ambiental	<1	<1

Fuente: Martín-Moreno *et al.* (2008: 1391).

El tabaquismo sigue siendo la primera causa evitable de enfermedad y muerte prematura en el mundo y es responsable de 5 millones de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el año 2030. En nuestro país, la mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada, más de 50.000 personas por año. Además de la mortalidad que produce, el tabaco constituye el mayor problema de salud prevenible en los países desarrollados. Actualmente, el 30% de las muertes por cáncer se atribuyen directamente al consumo de tabaco (Alonso, 1998; Vineis *et al.*, 2004), entre los que destacan el cáncer de la cavidad oral y faríngea, el cáncer de laringe, el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, el cáncer de esófago, el cáncer de estómago, el cáncer de páncreas, el cáncer de vejiga, el cáncer de riñón y el cáncer de cuello de útero. El tabaco es el responsable de al menos el 30% de las muertes por enfermedades cardiovasculares: aneurismas, paradas cardíacas, arteriosclerosis, enfermedad cardíaca isquémica (angina de pecho e infarto de miocardio) y síndrome coronario agudo, hipertensión y enfermedad cerebrovascular (USDHHS, 2004, 2014).

Dos hechos que destacan especialmente en los últimos años son, por un lado, la aprobación el 21 de mayo de 2003 del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por Naciones Unidas, que es un salto cualitativo para el control del tabaquismo a escala mundial y, por otro, la aprobación en España de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, seguida luego por otra en 2007. Estos avances en el control del tabaquismo han sido debidos a múltiples motivos, como las consecuencias que el tabaco causa en la salud, pero también porque el tabaco tiene la consideración de droga por el alcaloide nicotina que contiene, y porque hoy no cabe ninguna duda de que fumar representa un grave problema de salud pública por la gran mortalidad y morbilidad anual que produce (OMS, 2008).

A pesar de que en el humo del tabaco están presentes muchas sustancias, la que produce principalmente la adicción al tabaco es la nicotina, una droga con gran poder psicoactivo. La nicotina se sintetiza en forma de líquido oleaginoso e incoloro y se disuelve fácilmente en agua y alcohol, pasando del color amarillo al pardo oscuro en contacto con estos líquidos. Es la responsable de incrementar la activación, la tasa cardíaca, la presión arterial, etc. Además, hay un lugar en el cerebro donde, al llegar la nicotina, se activan unos receptores específicos que la fijan: son los *receptores nicotínicos*. La nicotina, por tanto, va a ser la responsable de que los fumadores queden adictos a la misma en poco tiempo. La nicotina produce una fuerte adicción, y su falta produce el síndrome de abstinencia de la nicotina.

Además, en los últimos años, distintos estudios han encontrado una clara relación entre el consumo de tabaco y la presencia de otros trastornos psicopatológicos, tales como depresión, trastornos de ansiedad, otros trastornos adictivos (dependencia del alcohol, cannabis, cocaína) y trastorno de déficit de atención con hiperactividad y esquizofrenia (Becoña, 2003). Esta relación, que se encuentra consistentemente en los adultos, comienza a surgir en la adolescencia. De ahí que los fumadores incrementen las probabilidades de tener estos problemas.

Lo que diferencia a la nicotina respecto a otras drogas es que no produce problemas

en el área laboral, familiar o social, o estos son manejables. Sin embargo, en etapas medias de la vida, especialmente entre 40 y 50 años, acarrea en un porcentaje importante de fumadores graves problemas de salud y en muchos casos la muerte.

2.3.3. Cannabis

El *cannabis* (*cannabis sativa*) es una planta de la que se pueden fumar sus hojas, en cuyo caso se habla de marihuana, o fumar su resina, denominada hachís. El hachís se elabora por agitación, presión o raspadura de las hojas y flores de la planta. En la *cannabis sativa* se han identificado 60 cannabinoides, de los que el más importante y principal componente psicoactivo es el *delta-9-tetrahidrocannabinol* (THC). Otros son el cannabidiol y el cannabinol. También existen las variedades de *cannabis indica* y *cannabis ruderalis*, que se usan para su consumo o para el cruce entre especies. La *cannabis indica* es la que muchos consumidores llaman el cannabis medicinal y la *cannabis ruderalis* es una planta más dura de cara a su cultivo, de ahí que sea cruzada con la *sativa* o la *indica* para conseguir variedades más resistentes, ya que se hibridan muy bien entre si.

La planta de cannabis, que en castellano se conoce como cáñamo., tiene habitualmente una altura de 1 a 2 metros, pero puede llegar a medir 6 metros. Se usaba para hacer alpargatas, pasta de papel, cordelería y molduras.

La marihuana se consume habitualmente inhalada (fumada), igual que el hachís. También se puede tomar oralmente, para hacer té y como extracto de aceite que se puede mezclar con otros alimentos. Cuando se fuma, el THC rápidamente pasa a la sangre y es distribuido al resto del cuerpo. Tiene una alta liposolubilidad. La alteración del estado de ánimo y los efectos cardiovasculares (incremento de la tasa cardíaca) ocurren de 5 a 10 minutos después de fumarla. En la sangre, el THC tiene una vida media de 19 horas, aunque su principal metabolito, el 11-hidroxi-delta-9-THC tiene una vida media de 50 horas. Después de una semana, del 25 al 30% del THC y sus metabolitos todavía están en el cuerpo. Su completa eliminación dura de 2 a 3 semanas (Hart y Ksir, 2013).

Un consumidor regular de cannabis suele fumar de 3 a 5 porros diarios. En adictos el número se incrementa. En los últimos años ha aumentado la potencia del THC en distintos países, tanto en relación con el hachís como con la marihuana. Por ejemplo, en Estados Unidos la potencia media del THC ha subido del 0,5% en 1970, al 1,1% en 1980, al 3,8% en 1990, al 5,4% en 2000 y al 10,6% en 2010 (Sevigny, 2012). En Europa los datos son semejantes, con un incremento del 15 al 30% en los últimos años en los *coffee shops* holandeses (Carpentier *et al.*, 2012)

Sabemos que existe un sistema cannabinoide endógeno. Los cannabinoides se unen a unos receptores llamados cannabinoides (CB₁ y CB₂). El receptor CB₁ se haya ampliamente distribuido en el SNC y en menor medida en el sistema nervioso periférico.

El receptor CB₂ se localiza en distintos lugares, pero sobre todo en las células del sistema inmunológico. Hay compuestos endógenos que se unen a estos receptores y que se denominan endocannabinoides. El sistema cannabinoide está implicado en distintas funciones fisiológicas, como el aprendizaje, la memoria, las emociones, el refuerzo, la ingesta de comida, la neuroprotección, el dolor y la conducta motora (Comisión Clínica, 2009). El THC actúa sobre el sistema cerebral de recompensa, como otras drogas.

Los síntomas positivos más característicos que produce su consumo son sensación de bienestar, relajación, euforia, adormecimiento y elevación de la actividad sexual, aunque los efectos subjetivos varían de modo importante en cada individuo, siendo a veces más importantes que la cantidad de sustancia consumida. A continuación siguen otros efectos, como letargo, anhedonia y problemas de atención y memoria. También aparece risa fácil y locuacidad. Se altera la memoria reciente y existe dificultad de concentración y disminución de la atención. Es frecuente que aumente el apetito después de su consumo (Becoña, 2008).

Cuadro 2.5. *Una breve historia del cannabis*

El consumo de cannabis tiene una larga historia. Los primeros datos de su uso se remontan a China, hace 6.000 años. Su planta se utilizaba para hacer distintos objetos y prendas con su fibra, pero también usaban sus frutos como comida y como medicina para el dolor reumático, la diarrea, los trastornos reproductivos de la mujer, la malaria y otros; combinada con otras plantas, se usaba como anestésico en operaciones quirúrgicas. Hay evidencia de su uso en la India, hace 3.000 años, como medicina, como droga recreativa y en rituales religiosos. Tenemos también datos de su uso en diversos países y culturas en donde se daba la planta, por sus propiedades curativas. Por ejemplo, en el Tíbet era considerada una planta sagrada y se usaba para facilitar la meditación. La prohibición musulmana de las bebidas alcohólicas favoreció indirectamente el consumo, aunque controlado, del cannabis.

La decadencia de su uso como planta medicinal se produce a partir de finales del siglo XIX, debido al enorme avance de la medicina, y es retirada de la farmacopea a principios del siglo XX, se prohíbe su uso y pasa a convertirse en una droga ilegal. Pero es también en el siglo XX, sobre todo a partir de su segunda mitad, cuando se consume para propósitos recreativos y hedonistas. Movimientos del siglo XX, como el *beat*, *hippie*, etc., se identificaron totalmente o en parte con el consumo de marihuana (recordemos su uso como oposición a la guerra del Vietnam en Estados Unidos). En los últimos años su consumo, como el de otras drogas, va muy unido al fenómeno de la vida recreativa, y destaca además una potente industria en torno al cannabis y a su promoción. Hoy en día es la droga ilegal más consumida en el mundo.

Pero los efectos negativos de su consumo son importantes, con claros riesgos en la salud de sus consumidores crónicos y dependientes (Ashton, 2002; Hall, 2014; Volkow *et al.*, 2014; Witton, 2008). Aunque no suelen producirse consecuencias graves, bastantes consumidores han experimentado en alguna ocasión lipotimias, reacciones paranoides, arritmias o crisis agudas de ansiedad (similar a un ataque de pánico). Conforme se va haciendo habitual el consumo, van disminuyendo estos problemas, pero a algunos las consecuencias que les produce son graves. Un 20% reconoce que su consumo le produce sensación de cansancio, ausencia de motivación y falta de energía. Aproximadamente el 9% de los que experimentan con el cannabis se hacen dependientes (Volkow *et al.*, 2014). Al dejar de consumirlo se produce síndrome de abstinencia, como en las otras

drogas de abuso (p. ej., irritabilidad, dificultades para dormir, craving, etc.).

El consumo prolongado de dosis altas de THC puede conducir a un estado de pasividad e indiferencia (el conocido y discutido *síndrome amotivacional*) que se caracteriza por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales debido al consumo de cannabis durante años y que persisten una vez interrumpido dicho consumo. La persona está apática, indiferente, pasiva, con problemas de concentración, perezosa. Consumir cannabis lleva a un mayor fracaso escolar.

La edad de inicio en el consumo de cannabis se considera hoy un factor determinante para la aparición y gravedad de las consecuencias negativas que produce. Empezar a consumirlo antes de los 16 años tiene importantes repercusiones, como la cronicidad posterior, incremento de problemas físicos (p. ej., incremento de padecer tumor de testículos) (Hall *et al.*, 2014) y distintos trastornos mentales (Lynskey *et al.*, 2003). Recientemente se ha descrito la aparición de accidentes cardiovasculares en adolescentes que consumen marihuana (Wolff *et al.*, 2014). Esto podría jugar un papel importante en el daño neuronal relacionado con el consumo de marihuana; de ahí que el aumento del consumo podría incrementar estos problemas. Al consumir THC en cualquiera de sus formas aparece taquicardia y aumenta el gasto cardíaco. En un estudio de 3.882 pacientes que tuvieron un infarto de miocardio, la exposición a la marihuana multiplicaba de 4 a 8 veces el riesgo de desencadenar en la hora siguiente un infarto de miocardio (Mittleman *et al.*, 2001).

La marihuana incide en el rendimiento psicomotor y la conducción de vehículos, la conducta alimentaria, el sueño, la conducta reproductiva, la cognición y la concentración, etc. Igualmente, en el sistema respiratorio (p. ej., tienen más bronquitis, infecciones respiratorias y neumonía) (Davonitch y Gorelik, 2012; Volkow *et al.*, 2014). Además, los efectos respiratorios negativos de fumar cannabis y tabaco se suman.

Un problema ampliamente estudiado en los últimos años es la relación entre consumo de cannabis y surgimiento de problemas psicóticos. Como dice la Comisión Clínica (2009: 64), con los conocimientos disponibles podemos afirmar que:

- a) La intoxicación aguda por cannabis puede provocar la aparición de síntomas psicóticos tales como despersonalización, desrealización, sensación de pérdida de control e ideas paranoides.
- b) El consumo de cannabis puede originar psicosis inducidas, de corta duración y que ceden con la abstinencia prolongada.
- c) El consumo de cannabis es muy prevalente en sujetos con trastornos mentales graves como la esquizofrenia.

En un estudio sueco con 50.000 reclutas que no tenían psicosis, pero que consumían cannabis, se encontró 15 años después que el riesgo de tener esquizofrenia era el doble que los que no consumían cannabis (Andreason *et al.*, 1987). Por tanto, hay cierta vulnerabilidad que se ha indicado como que “nuestra mejor estimación es que el riesgo de padecer una psicosis se dobla de aproximadamente de 7 en 1.000 no consumidores a

14 en 1.000 consumidores regulares de cannabis” (Hall, 2014: 26).

Hay que indicar que a la popularidad del cannabis ha contribuido, y sigue contribuyendo, el falso debate sobre su utilidad terapéutica. Lo que subyace en muchos casos a esta discusión es la falacia entre la utilización de un fármaco derivado del cannabis (como ocurre con la metadona respecto a los opiáceos) que tenga garantías de consumo y seguridad terapéutica y la legalización del consumo del cannabis, que es una cuestión radicalmente distinta. Así, hoy existen sustancias derivadas del cannabis para su uso terapéutico como la *nabilona* y el *dronabinol*. Está autorizado su uso, entre los más relevantes, para mareos y vómitos secundarios al tratamiento con antineoplásicos que no respondan a los tratamientos convencionales; pérdida de apetito en el síndrome de anorexia y caquexia en enfermos de sida; esclerosis múltiple; y analgésico en pacientes con cáncer avanzado. Pero la idea no es fumarlo, sino tomar la sustancia química aislada.

En resumen, el consumo de marihuana produce un empeoramiento de la memoria, la concentración, la motivación, la autoestima, las relaciones interpersonales, la salud, el empleo o un gasto excesivo cuando su consumo es elevado (Steinberg *et al.*, 2005).

2.3.4. *Cocaína*

La *cocaína* se extrae del arbusto de la coca (*Erythroxylum coca*). Se puede tomar en forma de hojas de coca y, en su estado manufacturado, su alcaloide cocaína o el subproducto *crack*. La cocaína propiamente dicha es clorhidrato de cocaína; el crack es pasta base de coca amalgamada con bicarbonato sódico.

En toda América del Sur el consumo de coca en forma de hojas masticadas es muy antiguo. Sus propiedades, como impedir la aparición del cansancio, eliminar la sensación de hambre, perder la sensación de frío y actuar como anestésico, tenían una enorme utilidad en muchas zonas donde el hombre vive a miles de metros de altitud sobre el nivel del mar. Llegó a ser tan importante su consumo que se estableció en siglos pasados en América del Sur una medida de distancia, la *cocada*, que era el tiempo que se tardaba en masticar una bola de hojas de coca de un punto a otro.

A mediados del siglo XIX, Niemann y Wolter aislaron el alcaloide cocaína. Se utilizó inicialmente para el tratamiento de los morfinómanos con resultados desastrosos. Cabe señalar aquí los estudios sobre la cocaína de Sigmund Freud, originalmente publicados en 1884, donde concluyó que su consumo moderado “no perjudicaba al cuerpo”. El fracaso del tratamiento de su amigo Fleischl le afectó de forma considerable. A principios del siglo XX se produjo una epidemia de cocaína en Europa, que empezó a remitir a partir de la Convención del Opio de 1925. En las últimas décadas, de nuevo, estamos asistiendo a una introducción masiva de la sustancia. Una parte de sus consumidores cree que tiene pocos efectos en la salud, cuando realmente sí los produce, y son graves.

La coca se puede tomar en forma de hojas masticadas, polvos de clorhidrato de cocaína para esnifar o inyectarse y crack para fumar o, como ya se ha dicho anteriormente, mezclada con heroína (*speedball*). En nuestro medio se comercializa el

clorhidrato de cocaína, que es el que recibe realmente el nombre de cocaína. El modo más rápido de absorción de la cocaína es fumándola, ya que en ese caso llega por vía pulmonar al cerebro en pocos segundos (San, 1996).

En el consumo de cocaína se distinguen dos tipos claramente diferenciados: el episódico y el crónico. En el primer caso, el consumo se hace en fines de semana, en fiestas, ante una sobrecarga de trabajo, etc. A veces “colocarse”, consiste en consumir esporádicamente pero a dosis altas. Cuando esto ocurre, la bajada suele ser intensa y en ocasiones se produce un síndrome de abstinencia que dura varios días. El consumo crónico se da diariamente o casi diariamente en dosis moderadas o altas, a lo largo de todo el día o a unas horas determinadas; conforme transcurre el tiempo se produce el fenómeno de tolerancia, que exige ir incrementando la dosis. Llega un momento en que la droga deja de producir efectos placenteros o estos son muy escasos, por lo que se consume para evitar el síndrome de abstinencia.

Los principales efectos de la cocaína son euforia, labilidad emocional, grandiosidad, hiperalerta, agitación psicomotriz, insomnio, anorexia, hipersexualidad, tendencia a la violencia y deterioro de la capacidad de juicio. Como ocurre en otras drogas, el consumidor de cocaína suele serlo también, con abuso o dependencia, de otras sustancias como alcohol, hipnóticos o ansiolíticos, con el objetivo de aliviar los efectos negativos de la intoxicación por cocaína.

Algunos de los efectos producidos por la abstinencia de cocaína son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía y aislamiento social. Igual que ocurre con el cannabis, puede haber disfunción sexual, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria.

Cuando se deja de consumir cocaína se produce un intenso síndrome de abstinencia (*crash*), caracterizado por disforia, dolores gastrointestinales y otras sensaciones desagradables como deseo intenso de consumir (*craving*), depresión, trastorno de los patrones del sueño, hipersomnolencia e hiperalgesia. Distintos estudios han encontrado relación entre trastornos afectivos y abuso de cocaína, lo que sugeriría el consumo de esta droga para controlar el estado de ánimo depresivo. Esto parece claro cuando después del síndrome de abstinencia no remite la depresión, que puede confundirse inicialmente con uno de los síntomas del síndrome de abstinencia de la cocaína (López y Becoña, 2006). Los síntomas de abstinencia no dejan ninguna secuela fisiológica, aunque la disforia, falta de energía y anhedonia pueden durar de una a diez semanas. Ello facilita la recaída, ante el recuerdo de los efectos eufóricos que produce la cocaína. La cocaína, a diferencia de la mayoría de las drogas, produce un elevado grado de dependencia psicológica y poca dependencia física.

Un derivado de la coca es el crack, que se consume fumado y recibe su nombre del ruido que producen los cristales de la sustancia al romperlos. Es conocido también por “la cocaína de los pobres”, ya que es mucho más barato que la cocaína.

Las complicaciones orgánicas más importantes que produce el consumo de cocaína son distintas alteraciones cardiovasculares, como arritmias, infartos agudos de miocardio e ictus, con frecuencia en personas jóvenes, lo que no ocurriría de no consumir cocaína.

Igualmente pueden aparecer alteraciones neurológicas, como convulsiones, vasculitis cerebral, cefaleas, etc. En los que la esnifan también pueden aparecer complicaciones respiratorias, como la perforación del tabique nasal, complicaciones en las vías aéreas inferiores (p. ej., hemorragia pulmonar); fallo renal agudo, infarto de la arteria renal, o facilitar la progresión de una insuficiencia renal crónica; ginecomastia, disfunción eréctil, amenorrea, infertilidad; perforación yuxtapiórica, que exige una intervención quirúrgica, etc. (Barcells, 2001). Todo ello indica el gran número de complicaciones médicas que su consumo puede acarrear, que, en algunos casos, pueden llegar a producir la muerte. Igualmente, el consumo agudo o crónico de cocaína puede producir depresión, paranoia transitoria, alucinaciones, psicosis inducida por cocaína, etc. La comorbilidad del consumo de cocaína con otros trastornos es frecuente (Becoña y Lorenzo, 2001).

2.3.5. *Heroína*

La *heroína* es un opiáceo y por tanto, como todos ellos, un derivado del opio (*Papaver somniferum*). La heroína fue descubierta en 1874 en la empresa farmacéutica Bayer por el Dr. Heinrich Dresser. Cuando se comercializó, a finales del siglo XIX, se decía de ella que era una sustancia cuyas cualidades no producían hábito, era fácil de usar y, curiosamente, era la única sustancia con la que se podía curar con rapidez a los morfinómanos. Además, al ser un derivado del opio, era eficaz para el tratamiento de la tos y de la disnea en asmáticos y tuberculosos. Durante los diez años en que estuvo comercializada, su difusión fue enorme; incluso la heroína llegó a sustituir a la morfina en China, donde sucedieron las conocidas guerras del opio, que nos permiten comprender mejor el fenómeno de las drogodependencias (Escohotado, 1998). En la actualidad, la heroína sigue siendo la droga ilegal que acarrea más problemas sanitarios, de orden público y de alarma social.

La *morfina* es el principal alcaloide del opio. Su nombre hace honor a Morfeo, el dios del sueño. Tiene excelentes cualidades para aliviar el dolor, es el mejor analgésico natural que se conoce y, en la actualidad, es una sustancia terapéutica habitual en el tratamiento del dolor. Los primeros “morfinómanos” fueron fundamentalmente profesionales de la medicina. En las guerras, la aparición de la jeringa y su poder analgésico permitieron su rápida difusión. El control actual de la morfina hace que no sea una droga de abuso importante fuera de su administración terapéutica para el dolor.

Otro opiáceo, en este caso sintético, es la *metadona*, que se utiliza como sustitutivo de la heroína en muchos programas de tratamiento.

Hasta hace unos años la heroína se administraba fundamentalmente por vía intravenosa; hoy solo lo hace por este sistema una minoría, los heroinómanos más cronificados y dependientes. También es posible fumarla (“chinos”) o esnifarla. El primer consumo de heroína produce náuseas, vómitos y disforia; tras estas molestias propias de las primeras ocasiones aparecen los síntomas buscados, como placer, euforia y reducción de la ansiedad; si el consumo continúa, estos efectos placenteros se siguen produciendo

durante un tiempo, conocido como la “fase de luna de miel”. En la siguiente fase se consume solo con el objetivo de encontrarse bien y evitar el síndrome de abstinencia. La inyección intravenosa produce inicialmente una sensación de éxtasis muy intensa (*flash*) de 5 a 15 minutos. Después se experimenta una sensación menos intensa de satisfacción, euforia y bienestar, que dura de 3 a 6 horas. Después, hay un fuerte deseo de conseguir más droga para obtener esos efectos.

Hay que diferenciar la heroína blanca de la marrón. La blanca es soluble, es una sal; la marrón es una base, y para poder inyectarla es necesario mezclarla con limón. Gusta más la heroína blanca, por ser de mayor pureza; la marrón es de menor pureza y mayor toxicidad. La existencia de un tipo u otro de heroína es importante para la vía de consumo (inyectada, fumada).

La intoxicación por heroína tiene síntomas muy característicos, como una miosis muy intensa (pupilas en punta de alfiler), junto a euforia, apatía, irritabilidad o disforia, retardo psicomotor, somnolencia, lenguaje farfullante, reducción de la atención y deterioro de la capacidad de juicio. Otros síntomas asociados son bradicardia, hipotensión, hipotermia, analgesia y, en muchas ocasiones, un estreñimiento pertinaz. Cuando la intoxicación es muy intensa puede desembocar en una sobredosis, que en muchos casos produce la muerte.

El síndrome de abstinencia de la heroína aparece tras varias horas desde que el individuo tenía que haberse administrado la dosis, sobre las ocho horas desde el último consumo. Alcanza su punto álgido a los dos o tres días y desaparece tras 7 a 10 días. Los signos y síntomas más importantes, semejantes a una gripe fuerte, son, al principio, piloerección, sudoración, lagrimeo, bostezos y rinorrea; luego, diarrea, dolor generalizado en las articulaciones, incremento de la frecuencia respiratoria, vómitos, dilatación pupilar y pérdida de peso. Transcurridas 36 horas desde el último consumo, los síntomas de abstinencia aumentan en gravedad, y pueden aparecer contracciones musculares incontrolables, calambres y escalofríos alternando con sudoración, aumento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea y perturbaciones del sueño. Los síntomas más intensos duran unas 72 horas y disminuyen gradualmente durante los siguientes 5 a 10 días (Pérez de los Cobos, 1996).

El consumo regular de heroína provoca niveles considerablemente altos de tolerancia. No suele ser la primera sustancia que posee efectos psicoactivos consumida. Una vez establecido un patrón de dependencia o abuso de opiáceos, algo que sucede rápidamente, la búsqueda de droga se convierte en el centro de la vida del individuo.

Los estudios realizados con morfínómanos indican una elevación del estado de ánimo y una sensación placentera de bienestar asociada a su consumo. Al tiempo que es un analgésico eficaz, también es un potente depresor de los centros respiratorios y del de la tos. Produce un intenso estreñimiento y la característica miosis o constricción pupilar. La heroína tiene efectos similares a la morfina, con la diferencia de que con una dosis diez veces menor de heroína se obtienen efectos comparables. Ambas sustancias son muy adictivas; desarrollan rápidamente tolerancia y dependencia.

La frecuencia de enfermedades infecciosas (p. ej., tuberculosis, hepatitis B, VIH) es

alta. Las muertes por sobredosis se producen por depresión respiratoria, aunque la muerte en estos adictos ocurre por múltiples causas. En ocasiones dicha sobredosis se produce al aparecer en el mercado una partida de heroína con mayor nivel de pureza que la habitual, con menos adulterantes; los más comunes de la heroína son los polvos de talco y el almidón, aunque pueden encontrarse muchos otros.

También en los últimos años ha cobrado relevancia el preparado conocido como *speedball*, en el que se mezcla heroína con cocaína, al ser ambas solubles. Este preparado es peligroso porque ambas sustancias actúan sinérgicamente deprimiendo la función respiratoria.

2.3.6. Otras drogas

Hay muchas drogas disponibles, como las de síntesis, alucinógenos, anfetaminas, etc. Se engloban con la denominación de *drogas de síntesis* una serie de sustancias psicoactivas sintetizadas químicamente de forma ilegal que pertenecen a varios grupos farmacológicos, aunque destacan las de tipo anfetamínico. La de consumo más común es el *éxtasis* (MDMA), que fue sintetizado en 1912 en Alemania como anorexígeno. Otras, entre las múltiples existentes, son el MDA (3,4-metildioxianfetamina) o “píldora del amor”, el MDEA (3,4-metilenodioxietilamfetamina) o “eva”, el MBDB (N-metil-1-(3,4-metileno-dioxifenil)-2-buranamina) o “edén”, etc. Químicamente, son muy semejantes al MDMA y con efectos psicoactivos parecidos a la ingestión de esta sustancia, aunque con otros añadidos (p. ej., el MDA tiene también propiedades alucinógenas; el MDEA tiene efectos más rápidos y de menor duración; el MBDB produce un estado de introspección placentero y facilita la comunicación interpersonal, etc. (Pérez *et al.*, 2003).

Aunque predominan sus efectos estimulantes, tampoco son extraños los efectos alucinógenos; los problemas de desorientación y las distorsiones perceptivas son menores que las de los alucinógenos clásicos, como el LSD.

Este tipo de drogas se pueden obtener fácilmente en un laboratorio a partir de la metanfetamina y otras sustancias adictivas, sin necesidad de sustancias naturales ni de productos químicos sofisticados sino de sustancias de fácil compra para combinar con la metanfetamina. Pueden llegar a tener un poder enorme (p. ej., la droga caníbal) y, aparte, ocupan muy poco espacio, al ser algunos de estos productos muy concentrados.

Estas sustancias, al igual que la cocaína, ejercen una acción estimulante sobre el SNC. Sus principales efectos son elevación del estado de ánimo, aumento de la empatía, disminución de la inhibición, disminución de la sensación de fatiga y del apetito, aumento del estado de alerta, etc. Al finalizar los efectos estimulantes iniciales, surge la depresión y la fatiga. La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión. Su intoxicación produce euforia, un sentimiento de espiritualidad y cercanía, incremento de la presión sanguínea, de las pulsaciones y de la sudoración. También se asocia con ansiedad, ataques de pánico, contracciones musculares, sequedad de boca y estado de ánimo lábil.

Este tipo de drogas va muy unido a la vida recreativa (Calafat *et al.*, 2000), ya que con ellas es posible aguantar mejor la marcha y el cansancio.

Aunque existen catalogadas alrededor de 100 especies alucinógenas en el mundo vegetal, destacan la *psilocibina* (sustancia activa de algunos hongos alucinógenos), la *mescalina* (sustancia activa del peyote) y el producto químico y más conocido LSD-25. A los alucinógenos también se les conoce con el nombre de psicodélicos (reveladores de la mente) y psicomiméticos (que simulan estados psicóticos): Producen cambios en la percepción, el pensamiento y el estado de ánimo sin producir confusión mental, pérdida de la memoria o desorientación en el espacio y el tiempo.

El descubrimiento del *LSD-25* por Hofmann y Stoll en 1938 tendría una enorme importancia en la aparición de distintos movimientos culturales y contestatarios, así como en la aparición del abuso de esta sustancia en décadas posteriores (Weiss y Millman, 1998). Este alucinógeno tiene como nombre químico el de dietilamida del ácido lisérgico, LSD como iniciales de su nombre en inglés, y 25 por ser el compuesto número 25 sintetizado en aquel entonces por el laboratorio Sandoz. No fue hasta 1943 cuando Hofmann, por accidente, ingirió una pequeña cantidad de LSD y pudo apreciar sus propiedades como alucinógeno. El denominado “movimiento psiquedélico”, o “psicodélico”, llegó a ser relevante en Estados Unidos en los años 1950 y 1960 al tiempo que se hicieron muchas investigaciones con el LSD-25 para estudiar sus propiedades terapéuticas. A mediados de la década de los 60 fue prohibido en distintos estados norteamericanos y en 1971, en la Convención para el control de sustancias psicótropas de la ONU.

Las alucinaciones que producen estas sustancias se ven influidas de modo importante por las expectativas del individuo.

La primera experiencia con los alucinógenos resulta negativa o aversiva, lo que facilita que muchas personas no realicen más pruebas después de la primera, aunque hay personas a las que les divierte la experiencia y continúan con su uso. La ingestión de LSD-25 produce mareos, debilidad, náuseas y visión borrosa; pero también alteraciones de las formas y colores, dificultad para enfocar objetos y agudización del sentido del oído. Puede igualmente producir alteraciones del estado de ánimo, dificultad para expresar los pensamientos, despersonalización y alucinaciones visuales; estos efectos suelen considerarse efectos agudos. Los efectos crónicos incluyen estados psicóticos prolongados, depresión, estado de ansiedad crónica y cambios de la personalidad. Algunos consumidores pueden seguir teniendo algunos efectos durante meses o años, especialmente trastornos perceptivos (p. ej., percibir con mayor intensidad que lo normal colores y sabores). Se considera que la experiencia con alucinógenos varía de modo importante de persona a persona, e incluso en la misma persona bajo distintas condiciones (Weiss y Millman, 1998). Cuando hay un consumo continuo se desarrolla rápidamente tolerancia.

Los alucinógenos tienen, con frecuencia, efectos adversos, como reacción aguda de pánico, alucinaciones desagradables, miedo por las sensaciones experimentadas, estados psicóticos, *flashbacks* o volver a revivir posteriormente lo que se experimentó durante la

intoxicación pero sin estar ahora presente el consumo de la sustancia. Los *flashbacks* pueden ser recurrentes y mantenerse mucho tiempo, incluso años.

Las *anfetaminas* son, como la cocaína, estimulantes del SNC. Descubiertas en los años 30 del siglo XX, se utilizaron inicialmente como descongestivo nasal. Sus efectos euforizantes produjeron pronto los primeros casos de abuso. Sus principales efectos son elevación del estado de ánimo y disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Finalizados los efectos estimulantes iniciales, surge la depresión y la fatiga. La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz, depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía, aislamiento social y, en otros casos, disfunción social, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria. También puede incrementarse la agresividad del consumidor en el periodo de intoxicación.

Como estimulante del SNC, sus efectos son similares a los de la cocaína. El consumo se detiene cuando el consumidor queda físicamente exhausto o no puede obtener más anfetaminas. El síndrome de abstinencia de las anfetaminas cuando la dosis es alta dura muchos días. Para evitar los efectos negativos de la intoxicación por anfetaminas, también suelen consumir, abusar o depender del alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

La *metanfetamina* (*speed, hielo, ice, crystal*) es estructuralmente similar a la anfetamina, pero más potente. Se sintetizó a partir de la efedrina y fue muy consumida entre los soldados en la II Guerra Mundial. En España se consume poco, pero es un grave problema en la costa oeste de los Estados Unidos. Los estudios sugieren que los consumidores crónicos de metanfetamina sufren cambios estructurales en el cerebro, y se observan cambios cognitivos en la memoria y el aprendizaje (Colado y O'Shea, 2006).

Los *inhalantes, inhalables o sustancias volátiles*, contenidas en algunos de los siguientes productos: laca de uñas, disolventes, insecticidas, quitamanchas, pinturas, pegamentos, colas, gasolina de coches, barnices, desodorantes, cementos plásticos y aerosoles, se caracterizan por contener productos químicos como acetona, alcohol butílico, tolueno o benceno (Rodríguez-Martos, 1996). Es, como le pasa al crack, otra “droga de los pobres”, con una enorme relevancia en los barrios marginales de Latinoamérica, pero que apenas se consume aquí. Se consumen inhalados, bien a través de la nariz o de la boca. Los compuestos químicos que producen efectos psicoactivos son los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran, básicamente, en la gasolina, pinturas y disolventes (p. ej., tolueno, benceno).

Existen muchos otros productos que se pueden inhalar, dado que compuestos como éteres, cetonas y glicoles son comunes en múltiples productos comercializados. En productos como pegamentos, disolventes y aerosoles pueden encontrarse estas sustancias fácilmente. Los efectos psicoactivos iniciales son similares a la intoxicación alcohólica; sus usuarios buscan el *rush* para conseguir de modo rápido un sentimiento de euforia que puede estar asociado con la sensación de flotar y la desaparición de las inhibiciones. Este estadio inicial de excitación va seguido de otro de sedación, y frecuentemente puede aparecer otro final de irritabilidad. Posteriormente, aparecen síntomas como dolor de

cabeza y trastornos gastrointestinales (náuseas y vómitos, diarrea, calambres intestinales, etc.). Si el consumo persiste a lo largo del tiempo, surgen problemas más graves de tipo pulmonar y circulatorio, anemia, hepatitis, trastornos del desarrollo, neuropatías, etc. Los efectos de los inhalantes son devastadores, con la aparición de problemas físicos y mentales graves. Las complicaciones renales y hepáticas en estos consumidores son frecuentes.

Para los consumidores habituales de inhalantes, esta suele ser la droga de elección, aunque pueden también haber probado otras. Por otra parte, se ha encontrado dependencia de distintos inhalantes en obreros que manipulan a nivel industrial sustancias con poder adictivo, aunque la legislación tiene normas claras para que no ocurra esta dependencia (p. ej., utilizar mascarillas, protecciones adecuadas, etc.).

Existen muchas más drogas que las que hemos visto; la lista es muy larga: la fenciclidina (PCP) o polvo de ángel para consumos puntuales (p. ej., el yagé o la ayahuasca); el gamma hidroxibutirato (GHB), denominado erróneamente éxtasis líquido, que es un anestésico, como la ketamina; los enteógenos, etc. (Becoña, 2005). También destaca en los últimos años la aparición de nuevas drogas a través de internet, por cultivo, mezcla o síntesis química (OEDT, 2015).

2.3.7. *Juego patológico*

El juego ha tenido una enorme expansión en España desde su legalización en 1977, especialmente desde 1981, cuando se legalizan las máquinas tragaperras, lo cual trajo consigo el surgimiento de los jugadores patológicos. En torno a 1990 el problema del juego patológico en España era muy grave, y había una creciente alarma social; esto llevó al Gobierno de aquel entonces a tomar distintas medidas de control en relación con las máquinas tragaperras y a disminuir el número de las existentes. Debido a esto se aprecia que en los últimos años ha habido cierta contención en el juego, ya que había llegado a unos niveles muy elevados, con varios cientos de miles de afectados y muchos otros cientos de miles de familiares afectados.

Por suerte, hoy la percepción de riesgo sobre el juego ha aumentado en España, hay mayor información sobre el juego patológico en los medios de comunicación y hay dispositivos asistenciales para su tratamiento, aunque siguen siendo insuficientes. Por su parte, la industria sigue preocupada solo por ampliar la oferta de juego sin considerar la mayoría de ella que el juego pueda causar problemas de ludopatía. La administración es tolerante porque recauda una gran cantidad de dinero en impuestos por el juego (Becoña, 1996).

Actualmente, están legalizados en España:

- Juegos de casinos (ruleta, *blackjack*, bacarrá, etc.) y máquinas tragaperras de casinos (las máquinas de tipo C).
- Bingos.

- Apuestas deportivas (quinielas de fútbol, quiniela hípica, apuestas en las carreras de galgos).
- Loterías (lotería nacional, lotería primitiva, bonoloto, euromillón, loterías rápidas e instantáneas) y cupones (cupón de la ONCE, combo de la ONCE).
- Máquinas recreativas y juegos mecánicos con posibilidad de ganar dinero (las populares máquinas tragaperras, máquinas tipo B).
- Distintos juegos en internet (máquinas, póker, casino, etc.).
- Juegos tradicionales o históricos a lo largo de todo el año o en una ocasión determinada (p. ej., Lotería de la Caridad de Melilla).

También existen, en menor grado, juegos de cartas (p. ej., póker), dados, etc., de tipo privado y con apuestas monetarias; y juegos ilegales, especialmente peleas de animales con grandes apuestas, aunque están muy perseguidos.

La cantidad gastada anualmente en juego en España es muy importante; somos uno de los países de Europa con mayor gasto por habitante. El gasto per cápita es de 581,42 euros (2010). Los datos del año 2013 indican un gasto en juego de 28.122 millones de euros (8.136 en máquinas tragaperras, 30% del total). Por orden de importancia de gasto en juego, se encuentran: máquinas tragaperras, bingo, loterías (Lotería Nacional), loterías de organismos benéficos (ONCE), lotería primitiva y bonoloto, y casino. En España el juego más popular son las máquinas tragaperras; hay 207.974 máquinas (1 por cada 125 españoles adultos) (datos de diciembre de 2013). Somos uno de los países del mundo con más máquinas tragaperras por millón de habitantes; este es uno de los juegos de azar con mayor poder adictivo, que se refleja en que el 75% de las personas que acuden a tratamiento por problemas de juego en España son dependientes de ellas. (Becoña, 2009).

Son varios los factores de riesgo que se relacionan con este alto nivel de juego en España:

- a) La enorme disponibilidad de juegos de azar desde su legalización hace pocos años. Tanto para el juego como para cualquier droga, la disponibilidad es un factor básico para su uso o consumo. En pocos años, se pasó de una situación en la que estaban prohibidos casi todos los juegos de azar a otra en la que el juego está por todas partes, se promociona, y se asume que es un modo fácil de conseguir dinero.
- b) La interacción del juego con otras conductas adictivas, especialmente con el consumo de alcohol. España tiene un importante número de personas con dependencia del alcohol. Además, se bebe con frecuencia en lugares públicos, como bares, cafeterías, pubs, restaurantes, y en ellos hay también máquinas tragaperras. La alta disponibilidad de máquinas en estos locales, junto al consumo de alcohol, multiplican el efecto hacia los posibles consumidores. Por ello, en España en torno al 25% de los jugadores patológicos tienen problemas de abuso o dependencia del alcohol (Becoña, 2004).

- c) Factores de vulnerabilidad, como sexo (hay más jugadores hombres que mujeres), características de personalidad (p. ej., búsqueda de sensaciones, impulsividad), distorsiones cognitivas sobre el azar, la suerte y la habilidad, etc.
- d) La tolerancia social hacia el juego. En pocos años en España se han dado cambios enormes en la vida social. Uno de estos es el juego. A pesar de las consecuencias que acarrea, la administración mira para otro lado a nivel de sus efectos negativos, dado que con él obtiene una gran cantidad de dinero a través de impuestos. También la tolerancia social hacia muchos otros temas ha tenido un campo abonado para que se hayan ido legalizando muchos juegos y a que socialmente se asuma por parte de muchas personas que el juego es bueno, aplicándoles a los que tienen problemas de juego el modelo moral de “viciosos” (Marlatt y Gordon, 1985).

A su vez, como factores de protección, tendríamos:

1. El peso de la familia como elemento protector ante situaciones de riesgo o juego excesivo. Con frecuencia ha sido la familia la que ha detectado el problema del juego y lo ha cortado.
2. El mayor conocimiento social de las características del juego patológico. Aquí las asociaciones de jugadores rehabilitados han transmitido claramente las graves consecuencias del juego de azar. Esto ha permitido conocer bien qué es un jugador patológico, cómo detectarlo y a dónde puede acudir si tiene problemas de juego.
3. Distintas medidas que tímidamente se han ido tomando por parte de la administración para frenar el grave problema que se vivió a principios de 1990 en España debido al gran número de jugadores patológicos que aparecieron.
4. La mayor capacidad de detección de los jugadores patológicos tanto en atención primaria, salud mental como en todo el sistema sanitario. Esta detección precoz ha ayudado para que no evolucionasen en su carrera adictiva. Además, poco a poco se ha incluido el tratamiento del juego como un servicio que prestar dentro de las adicciones.
5. El incremento de la percepción de riesgo sobre las consecuencias negativas que produce jugar.

Realmente hay una gran accesibilidad al juego (disponibilidad), este tiene un bajo coste, está bien valorado socialmente y hay continuos y poderosos estímulos relacionados con el mismo. Además, está asociado con el consumo de alcohol.

Otra realidad es la de los autoprohibidos del juego, que son actualmente unos 85.000 para bingos y casinos. Pero no es posible autoprohibirse jugar a las máquinas tragaperras de los bares.

Otro aspecto relevante es la comorbilidad del juego patológico con otros trastornos. En el metaanálisis de Lorains *et al.* (2011) un 57,5% tenían asociado un trastorno por

consumo de sustancias (un 28,1% trastorno por consumo de alcohol; un 17,2% trastorno por abuso/dependencia de drogas ilícitas; y un 60,1% dependencia de la nicotina), un 37,9% un trastorno del estado de ánimo (23,1% depresión mayor y un 9,8% episodios maníacos o trastorno bipolar), un 37,4% un trastorno de ansiedad (p. ej., 11,1% un trastorno de ansiedad generalizada) y un 28,8% un trastorno de personalidad antisocial. De ahí que en la clínica sea normal en muchos casos que tengan uno o más trastornos mentales y del comportamiento asociados al juego patológico.

2.4. Los trastornos inducidos por sustancias

Son varios los trastornos que pueden producir el consumo de drogas. Entre ellos están el *delirium* inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, trastorno de ansiedad inducido por sustancias, disfunción sexual inducido por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias.

Los trastornos inducidos por sustancias pueden aparecer en el contexto de la intoxicación, de la abstinencia de sustancias o persistir largo tiempo una vez que el consumo ha cesado (cuadro 2.6). Por la similitud de síntomas de dependencia, intoxicación y abstinencia de drogas con distintos trastornos mentales, es necesario para un adecuado diagnóstico ver la relación de los síntomas con el consumo de la sustancia o su abstinencia, si estaban o no presentes antes del consumo, si han persistido a pesar de dejarse de consumir la sustancia, edad en que aparece el trastorno, dosis que utilizaba, etc. De ahí que el DSM-5 considere que hay que esperar cuatro semanas después de la abstinencia de la sustancia para poder hacer un diagnóstico de trastorno inducido por sustancias, aunque se llega a sugerir que este período pueda tener que ser más largo (p. ej., seis semanas para la cocaína, López y Becoña, 2006). Finalmente, si los síntomas no remiten hablaríamos de un trastorno mental primario; si remiten, hablaríamos de un trastorno inducido por sustancias.

Cuadro 2.6. *Resumen de criterios diagnósticos del DSM-5 para los trastornos inducidos por sustancias o medicamentos*

- A) El trastorno tiene una presentación sintomática clínicamente representativa de un trastorno mental relevante.
- B) A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio hay pruebas de que:
 - El trastorno se ha desarrollado durante o dentro del mes posterior a la intoxicación o la abstinencia de la sustancia o por la toma de una medicación.
 - El consumo de la sustancia o de la medicación es capaz de producir el trastorno mental.
- C) El trastorno no se explica mejor por un trastorno mental independiente (p. ej., uno

que no está inducido por la sustancia o la medicación). Tal evidencia de un trastorno mental independiente puede incluir lo siguiente:

- El trastorno precede al comienzo de la intoxicación severa, síndrome de abstinencia o exposición a la medicación.
- El completo trastorno mental persiste por un periodo de tiempo sustancial (p. ej., al menos un mes) después del cese del síndrome de abstinencia agudo o de la intoxicación severa o de tomar la medicación. Este criterio no se aplica para el trastorno neurocognitivo inducido por sustancias o el trastorno perceptivo persistente por consumo de alucinógenos, que persiste más allá del abandono de la intoxicación aguda o del síndrome de abstinencia.

D) El trastorno no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E) El trastorno causa un malestar clínicamente significativo o un perjuicio en las áreas social, laboral u otras importantes del funcionamiento del individuo.

Evaluación de los trastornos adictivos

3.1. Introducción

La evaluación tiene como objetivo fundamental en el campo psicológico describir el problema por el que la persona acude a tratamiento, llegar a un diagnóstico de su trastorno o trastornos, realizar una adecuada evaluación conductual, incluyendo su historia previa sobre el trastorno, tratamientos que ha realizado e idea sobre el tratamiento que se le va a aplicar, para con todo ello diseñar y aplicarle un tratamiento.

De modo más concreto, es imprescindible obtener información sobre aspectos esenciales del trastorno, como son:

- a)* Abuso o dependencia (nivel de gravedad).
- b)* Intoxicación.
- c)* Síndrome de abstinencia.
- d)* Trastornos psicopatológicos asociados.
- e)* Estado psicológico y curso del trastorno.
- f)* Estado físico y médico.
- g)* Estado social (económico, estatus laboral, pareja, problemas legales, detenciones, etc.).
- h)* Red de apoyo social (familiar, social, amigos, etc.).
- i)* Valoración global del individuo.
- j)* Pronóstico.

Tenemos que saber si la persona tiene un problema de abuso o dependencia (CIE-10), que se relaciona con el nivel de gravedad del trastorno, o un trastorno por consumo de sustancias según el DSM-5, y el nivel de gravedad (leve, moderada o severa). También si este es el diagnóstico principal o no. En la misma línea, tenemos que conocer el proceso, y diagnóstico, de la intoxicación y del síndrome de abstinencia, por la relevancia que tiene cuando dejan de consumir la sustancia, o recaen por no ser capaces de mantener la abstinencia. También es frecuente encontrar otros problemas y trastornos psicopatológicos asociados al abuso y dependencia de distintas sustancias. Lo anterior lo haremos fundamentalmente con la entrevista.

Tenemos que comenzar evaluando el estado psicológico general para conocer el estado actual del individuo de cara al tratamiento. Aquí se utilizan desde distintas escalas y cuestionarios, como evaluaciones más específicas (p. ej., evaluación neuropsicológica si se piensa que pueda haber alguna afectación neuropsicológica por la sustancia). Esto es importante en muchas ocasiones para poder predecir el curso del trastorno. No es lo mismo disponer de adecuados recursos psicológicos (p. ej., disponer de buenas habilidades sociales, saber solucionar adecuadamente los problemas, alta autoestima e inteligencia, etc.) que no tenerlos.

A diferencia de otros trastornos, en los trastornos por consumo de sustancias el estado físico y médico a veces es determinante. Muchas personas desarrollan enfermedades directamente relacionadas con el consumo de la sustancia (p. ej., cirrosis por el consumo de alcohol, enfisema por el consumo de tabaco, hepatitis o VIH por el consumo de heroína por vía parenteral, problemas cardíacos por el consumo de cocaína, etc.). Estas enfermedades o problemas físicos pueden condicionar el tratamiento. En todo caso, hay que tenerlos muy en cuenta de cara a la aplicación del tratamiento, y debe llevarse a cabo una intervención médica para ellos junto a otra de tipo psicológica. En los casos más graves es necesaria una intervención social (p. ej., en los casos más complejos, desestructurados o graves, especialmente en la dependencia de la heroína, cocaína y alcohol). Conocer el estatus económico, laboral, cómo es la relación de pareja, si actualmente tiene problemas legales o juicios pendientes, así como penas, apelaciones, etc., ya que este es un elemento fundamental de la evaluación.

Todo lo anterior nos permitirá llegar a la valoración global del individuo a través de distintos cuestionarios y entrevistas. Y, con dicha valoración, podremos establecer un pronóstico de qué podemos hacer, cómo y cuándo lo podemos hacer. De este modo, la evaluación se convierte en un punto esencial de todo el proceso terapéutico. Una buena evaluación es claramente el paso previo, e imprescindible, para poder aplicar un tratamiento adecuado que, en ocasiones, tiene que ser un tratamiento interdisciplinar. En otros casos será suficiente solo un tratamiento psicológico eficaz, tratamiento que se tiene que fundamentar en la psicología basada en la evidencia (Labrador *et al.*, 2000).

Una de las tareas más importantes para un clínico en el abordaje de cualquier conducta adictiva es la de evaluar y establecer diagnósticos funcionales que valgan para la planificación del tratamiento (Muñoz, 2003). El marco de referencia para esto es la *evaluación conductual*. La evaluación conductual de los problemas de adicción designa al proceso de recogida de información que permite tomar decisiones sobre la producción de un cambio de conducta y la evaluación de ese cambio. La evaluación conductual es un proceso continuado a lo largo de toda la intervención que tendrá como objetivos:

1. Identificar las conductas que integran el problema adictivo y las variables que están controlando su aparición.
2. Establecer los objetivos que se quieren lograr con la intervención.
3. Suministrar información relevante para la selección de las técnicas de tratamiento más apropiadas en cada caso.

4. Valorar de manera precisa los resultados de la intervención.

La evaluación conductual, al ser un proceso que se desenvuelve a lo largo de la intervención terapéutica, permite distinguir diversas fases sucesivas:

- a) Evaluación de las conductas que constituyen el problema y de las variables que lo mantienen.
- b) Formulación de hipótesis explicativas del problema adictivo. Estas hipótesis incluirán la historia de aprendizaje del problema, en función de los diferentes factores implicados en la génesis y el mantenimiento de la adicción, así como los principales factores relacionados o facilitadores de la abstinencia, y aquellos que será necesario modificar para cumplir los objetivos.
- c) Establecimiento de los objetivos terapéuticos.
- d) Selección de las técnicas de intervención.
- e) Valoración de los resultados de la intervención.

La evaluación conductual debe establecerse a dos niveles: de evaluación específica y de evaluación de otras conductas relacionadas con el consumo de drogas. La *evaluación específica* se refiere a la evaluación de la amplitud y de las circunstancias del consumo de drogas: el tipo de drogas utilizadas, las dosis consumidas, la vía de administración, los momentos de consumo máximo y las circunstancias en que tiene lugar. Para ello se utilizan distintos tipos de instrumentos de evaluación. Y la *evaluación de otras conductas relacionadas con el consumo de drogas* son aquellas otras conductas problemáticas que suelen ser causas y consecuencias del consumo. Conviene prestar atención, en el caso de las drogas ilegales, a áreas como las condiciones físicas y estado de salud general, atendiendo de modo especial a las enfermedades más frecuentes: sida, hepatitis B y C, tuberculosis, etc.; el grado de cohesión familiar y social; la situación económica; la situación ante la ley, lo que influye de modo importante en la motivación para participar en un programa terapéutico; y las condiciones psicológicas y repertorio de conductas de la persona, como comportamientos problemáticos, frecuentes en los consumidores, que pueden ser causantes y resultantes del consumo de drogas: ansiedad, depresión, distorsiones cognitivas, trastornos del sueño, déficits en habilidades sociales, disfunciones sexuales, etc. La decisión de la pertinencia de la intervención en alguna de esas áreas dependerá de la intersección de los siguientes dos factores:

1. Interés por el bienestar global de la persona.
2. Previsión de que estos comportamientos problema puedan ser facilitadores y actuar como estímulos antecedentes del consumo de drogas.

3.2. Evaluación de los trastornos mentales y del comportamiento

Aunque nos vamos a centrar en el trastorno principal por el que la persona demanda

tratamiento, también tenemos que evaluar otros trastornos que con frecuencia van asociados (p. ej., trastornos depresivos, psicóticos, de ansiedad, etc.). De ahí que podamos tanto utilizar entrevistas clínicas estructuradas como complementarlas con cuestionarios generales. Dentro de las entrevistas clínicas disponemos de la *Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV* (SCID I; First *et al.*, 1998a). También disponemos del *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Robins *et al.*, 1988) para hacer los diagnósticos con criterios CIE-10, entre los más importantes.

Dentro de los cuestionarios generales para evaluar la psicopatología destacaríamos el *Cuestionario de 90 Síntomas Revisado* (SCL-90-R; Derogatis, 2002). Este cuestionario evalúa nueve escalas sintomáticas (ansiedad, depresión, ansiedad fóbica, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo) y también incluye tres índices globales de psicopatología. También el *MMPI-2-RF*, que nos da información de 50 escalas en distintos factores generales y específicos, entre las que destacan las que evalúan síndromes clínicos. Igualmente disponemos del *Cuestionario de Salud General* (GHQ-28; Golberg y Hillier, 1979; validación española en Lobo *et al.*, 1986). Ofrece resultados en cuatro áreas: síntomas somáticos de origen psicológico, ansiedad/angustia, disfunción social y depresión.

Podemos afinar más con escalas específicas para evaluar distinta sintomatología, lo que nos puede ser útil para ver la evaluación del tratamiento. Tenemos para la depresión la *Escala de Hamilton para la Depresión* (HDRS; Hamilton, 1960). Consta de 17 ítems que ofrecen una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en cada uno de sus cuatro factores: melancolía, ansiedad, sueño y vitalidad. También el *Inventario para la Depresión de Beck II* (BDI-II; Beck *et al.*, 1996), que evalúa la presencia de sintomatología depresiva en las últimas dos semanas y cuantifica su intensidad; consta de 21 ítems.

Para evaluar la ansiedad disponemos, entre otros, del *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI; Spielberger *et al.*, 1971). Evalúa síntomas psicológicos relacionados con la ansiedad estado y rasgo. Es uno de los más utilizados por su brevedad, fácil corrección y por disponer de baremos estandarizados.

Para la esquizofrenia o alguna otra forma de psicosis disponemos de la *Escala Breve de Valoración Psiquiátrica* (BPRS; Overall y Gorhan, 1962), que permite realizar evaluaciones rápidas y altamente eficientes de los cambios producidos en los síntomas de las personas con este trastorno. Actualmente se utiliza preferentemente como una medida de la gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico. También contamos con la *Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia* (PANSS; Kay *et al.*, 1987), que clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto y evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y de la patología general del trastorno.

Son también muy útiles para evaluar el riesgo de suicidio distintas escalas como la *Escala de Ideación Suicida* (SSI; Beck *et al.*, 1979). Evalúa la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. También la *Escala de Desesperanza* (Beck *et al.*, 1974), que evalúa la actitud de la

persona hacia las expectativas futuras, uno de los tres componentes de la tríada cognitiva de Beck.

3.3. Evaluación de la personalidad y los trastornos de personalidad

Para evaluar la personalidad y los trastornos de personalidad disponemos de entrevistas clínicas y de cuestionarios específicos. Dentro de las entrevistas clínicas, disponemos de la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV* (SCID II; First *et al.*, 1998b), que permite al clínico el diagnóstico de los trastornos de personalidad con criterios DSM-IV y DSM-5. Para el CIE-10, disponemos del *Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad* (IPDE; Loranger, 1995). Los criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante preguntas que hacen referencia a 6 áreas de la vida del paciente: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afecto, prueba de realidad y control de impulsos. Este instrumento proporciona dos tipos de información diagnóstica: categorial (es decir, si cada uno de los trastornos de personalidad explorado está ausente, probable o presente) y dimensional (de cada trastorno de personalidad proporciona una medida de la intensidad con la que está presente).

Disponemos de varios cuestionarios autoinformados. Para los trastornos de personalidad destaca el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon III* (MCMI-III; Millon, 1994), que evalúa 11 patrones clínicos de personalidad: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo (sádico), compulsivo, negativista (pasivo-agresivo) y autodestructivo; y tres patrones graves de personalidad: esquizotípico, límite y paranoide. Evalúa también una serie de síndromes del eje I (trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante). En la misma línea el *Cuestionario Exploratorio de la Personalidad* (CEPER, Caballo, 1997) evalúa los trastornos de personalidad del DSM más el pasivo-agresivo y depresivo, así como los dos que han desaparecido en el paso del DSM-III al DSM-IV (sádico y autodestructivo).

También es sumamente útil el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado* (MMPI-2 RF; Ben-Porath y Tellegen, 2008). Evalúa varios factores o aspectos de la personalidad y contiene 8 escalas de validez, 3 escalas de segundo orden (dimensiones globales), 9 escalas clínicas reestructuradas, 23 escalas de problemas específicos (5 escalas somáticas, 9 de internalización, 4 de externalización, 5 de relaciones interpersonales), 2 escalas de intereses y 5 escalas de personalidad psicopatológica (agresividad, psicoticismo, falta de control, emocionalidad negativa / neuroticismo e introversión/escasa emocionalidad positiva).

También disponemos del *Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado* (TCI-R; Cloninger, 1999; versión española de Fernández *et al.*, 2004), que parte del modelo psicobiológico de Cloninger que se sustenta en la existencia de cuatro dimensiones de temperamento (búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia

de recompensa y persistencia), vinculadas a factores biológicos, y tres rasgos caracteriales (autodirección, cooperatividad y autotranscendencia), vinculados a factores experienciales y de aprendizaje.

En cuanto a cuestionarios específicos para evaluar la personalidad, tenemos el *16 PF-5* (Cattell y Cattell, 1995). Evalúa las dimensiones globales de extraversión, ansiedad, dureza, independencia y autocontrol; el *Inventario NEO de Personalidad-Revisado (NEO-PIR)*, Costa y McCrae, 1992) que evalúa los factores generales de neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad y un amplio conjunto de facetas; y el *Cuestionario de Personalidad de Eysenck-Revisado (EPQ-R)*; Eysenck y Eysenck, 1985), que evalúa las tres dimensiones básicas de la personalidad: extraversión, emotividad y dureza y otra complementaria de disimulo/conformidad.

También disponemos de otras escalas para evaluar la autoestima, como la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (Rosenberg, 1989); la impulsividad con la *Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)*; Patton *et al.*, 1995); la búsqueda de sensaciones con la *Escala de Búsqueda de Sensaciones V (SSS V)*; Zuckerman *et al.*, 1978); la asertividad con el *Inventario de Asertividad de Rathus* (Rathus, 1973); y el locus de control con el *Cuestionario de Esferas de Control* (Paulhus y Christie, 1981).

3.4. Evaluación neuropsicológica

Cada vez se describen más procesos cognitivos alterados, sobre todo de las funciones ejecutivas. Entre el conjunto de déficits localizados en los lóbulos frontales (Verdejo-García y Bechara, 2010) destacan:

1. Dificultades para iniciar, interrumpir y/o reiniciar la conducta.
2. Problemas en la focalización, el mantenimiento y la alternancia de la atención.
3. Desinhibición y dificultad para resistirse a las interferencias.
4. Inflexibilidad para generar hipótesis alternativas ante los problemas.
5. Déficit en el establecimiento y el mantenimiento de planes de acción orientados a metas.
6. Falta de regulación de la conducta basada en el *feedback*.
7. Dificultades en la abstracción y la categorización de conceptos.
8. Disminución en la producción fluida del lenguaje.
9. Dificultad en la recuperación guiada de la información almacenada.
10. Alteraciones en el razonamiento social.

De las escalas validadas en población española destacan la *Escala de Comportamiento del Sistema Frontal (FrSBe)*; Grace y Malloy, 2001, validación española de Pedrero *et al.*, 2009); el *Cuestionario Disejecutivo (DEX)*; Wilson *et al.*, 1996, validación española de Llanero *et al.*, 2008).

También, el modo más práctico y operativo para evaluar las funciones ejecutivas es

analizar de forma separada los procesos implicados en el funcionamiento ejecutivo. Los procesos más analizados son la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo, la fluidez verbal, fonológica y semántica, la inhibición o control de la interferencia, la flexibilidad cognitiva y la planificación y toma de decisiones. Para ello, contamos con diversos instrumentos entre los que podemos destacar: *Stroop*, tareas *Go/NoGo* o *Stop signal*, *Test de Hayling*, *Test de Torre de Hanoi*, *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin* y el *Iowa Gambling Task*.

3.5. Evaluación de los estadios de cambio

Desde hace años sabemos de la relevancia que tienen los estadios de cambio en una persona adicta. Unido a ello está la motivación para el tratamiento, otro aspecto central en la intervención terapéutica. Disponemos de varios cuestionarios para evaluar los estadios de cambio, entre los que destacan la URICA y la SÓCRATES. La *Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island* (URICA; McConaughy *et al.*, 1983), consta de 32 ítems y proporciona puntuaciones en 4 escalas que se corresponden con los estadios de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. La escala SÓCRATES (Miller y Tonigan, 1996) consta de 19 ítems y 3 escalas: ambivalencia, reconocimiento y emprendimiento de cambios, que representarían el proceso motivacional distribuido en un continuo.

También destaca el *Cuestionario de Preparación para el Cambio* (Rollnick *et al.*, 1992, adaptación española de Rodríguez-Martos *et al.*, 2000). Consta de 12 ítems y en él se describen tres estadios motivacionales (precontemplación, contemplación y acción), cada uno de los cuales está representado por 4 ítems. También contamos con cuestionarios que evalúan los estadios de cambio para sustancias concretas, como el *Cuestionario de Procesos de Cambio para Adictos a la Cocaína* (PCQ; Martin *et al.*, 1992), que evalúa 10 procesos de cambio de Prochaska y Diclemente.

3.6. Evaluación del estado físico

El estado físico está deteriorado en muchos adictos que demandan tratamiento. Por ello, deben tenerse en cuenta las enfermedades físicas relacionadas con el consumo u otras que pueda padecer. Si ha sido remitido por el médico ya sabremos lo que tiene, y lo seguirán para el tratamiento de los problemas físicos. Si nosotros detectamos o sospechamos que pueda tener una enfermedad física, lo remitiremos al especialista o a su médico de cabecera. Si trabajamos en un equipo multidisciplinar será una de las partes que habrá que evaluar y tratar.

3.7. Evaluación de la dependencia de las distintas sustancias

3.7.1. Alcohol

La evaluación del alcoholismo debe considerarse desde una perspectiva multidimensional (Echeburúa, 1996). La historia de dependencia alcohólica de un individuo va en función de una interrelación de factores biológicos, psicológicos y ambientales. La evaluación hay que abordarla desde una perspectiva amplia y exhaustiva; la persona tiene que ser objeto de un estudio detallado. Junto a la evaluación conductual es necesaria una amplia exploración clínica y la utilización de marcadores biológicos, cuando se quiere confirmar el diagnóstico, se cree necesario o se trabaja en un equipo multidisciplinar. Existen varios índices de tipo fisiológico para evaluar el nivel y la gravedad del consumo de alcohol, que se usan en el campo médico como marcadores de alcoholismo o de afectación al hígado u otros órganos (p. ej., la gamma-glutamyl-transpeptidasa (GGT), la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT), la transaminasa glutamitoco-oxalacética (GOT o AST), la transaminasa glutamicopirúvica (GPT o ALT), el volumen corpuscular medio (VMC), el colesterol HDL, los triglicéridos, el ácido úrico y el cociente GOT/GPT < 1) (Ponce *et al.*, 2003; Rubio, 2015). Estos son inespecíficos y no diagnostican alcoholismo; la medida más fiable es el nivel de alcohol en sangre, que también se puede detectar en el aliento y la saliva con aparatos sencillos.

Para evaluar parámetros de consumo, tales como la dependencia del alcohol, la severidad, la frecuencia y la cantidad de consumo, contamos con varios instrumentos. Los cuestionarios, de tipo autoinforme, más utilizados en la clínica son el CAGE, MAST, MALT, CBA y AUDIT. Igualmente debemos utilizar instrumentos de screening y escalas psicométricas para evaluar otros posibles problemas asociados al consumo de alcohol como ansiedad, depresión, asertividad, ajuste marital, locus de control, etc. También el estadio de cambio en que está la persona.

Es relevante evaluar la presencia de otros trastornos que pueden estar asociados con la dependencia del alcohol en el momento de la evaluación, así como la existencia de trastornos mentales y de abuso de sustancias, en el pasado y actualmente. Entre los trastornos más frecuentemente asociados en varones se encuentra la personalidad antisocial, otros trastornos por abuso de sustancias, trastorno depresivo mayor, agorafobia y fobia social; en mujeres, trastorno depresivo mayor, agorafobia, otros trastornos por abuso de sustancias y personalidad antisocial (The Plinius Maior Society, 1995). Hay que tener cuidado, especialmente en personas mayores, en las que en ocasiones se solapa la sintomatología alcohólica con la de otros trastornos (p. ej., problemas de sueño, bajo deseo sexual, problemas cognitivos y de memoria, etc.).

Muchas personas con alcoholismo tienen déficits cognitivos, especialmente en las áreas del razonamiento abstracto, memoria y solución de problemas. Dado que el funcionamiento verbal suele ser normal, estos problemas no siempre son aparentes de modo inmediato.

Considerando unidades de bebida estándar (Gual, 1996), se considera un consumo prudencial de alcohol aquel que no supera el límite, en mujeres, de 14 unidades/semana (112 g/semana) y de 21 unidades/semana en varones (168 g/semana), lo que representa 2

y 3 unidades por día en mujeres y varones, respectivamente. A partir de dicho límite existiría un riesgo progresivo, aunque el criterio de intervención se sitúa en 21 unidades/semana (168 g/semana) en la mujer y 35 unidades/semana (280 g/semana) en el varón, siempre que sean personas sanas (para calcular la cantidad de gramos consumidos diariamente, o el número de unidades de bebida, solo hay que transformar cada cerveza o vaso de vino en una unidad, equivalente a 10 g, y un vaso o copa de destilado en dos unidades, equivalentes a 20 g). Estos son los límites normales que no se deben sobrepasar, aunque a algunos les pueden afectar niveles inferiores, especialmente si tienen problemas de dependencia de otras sustancias psicoactivas. El alcoholismo se da más frecuentemente en el varón; la mujer con problemas de alcohol comienza a beber más tardíamente. Se ha apreciado en los últimos años un cambio en los patrones de bebida tradicionales hacia el modelo de bebida anglosajón en los más jóvenes (beber el fin de semana grandes cantidades de alcohol hasta llegar a la embriaguez), lo que está produciendo también un cambio en el tipo de bebedores y alcohólicos y en el acceso a los recursos asistenciales.

Junto a todo lo anterior hay que evaluar su grado de motivación y los recursos de que dispone. Cuando en el tratamiento también participa la pareja, hay que evaluar su papel en relación con el individuo y con su conducta de beber.

A) La entrevista conductual

La entrevista es el primer contacto que tiene el cliente con el terapeuta. En el caso del alcoholismo, este es, con frecuencia, indirecto, a través de la esposa, de los hijos, de otros familiares o amigos. De ahí que sea necesario darle estrategias adecuadas a estos familiares, cuando es el caso, para que convencen a la persona de que acuda a tratamiento o a una entrevista de evaluación, con vistas a que acepte llevar a cabo un tratamiento.

El objetivo de la entrevista conductual es obtener información relevante que nos permita conocer el problema de la persona, sus causas y, con ello, poder planificar su tratamiento. A diferencia de otros tipos de entrevista, lo que conseguimos con la entrevista conductual es conocer los elementos antecedentes de la conducta, un análisis minucioso de la conducta, las variables del organismo que se relacionan con ella y los consecuentes que produce esa conducta problema. Como cualquier tipo de entrevista, es de gran relevancia el primer contacto entre el cliente, paciente o usuario con el terapeuta, con el fin de retenerle en el tratamiento. La entrevista motivacional se orienta específicamente hacia esta cuestión.

Aquella información que nos va a resultar más relevante es la relacionada con la definición clara y objetiva de la conducta problema por la que acude a tratamiento. Se da gran relevancia a la conducta más inmediata (la realizada, por ejemplo, en la última semana o en el último mes), junto a la historia de esa conducta problema. También a cómo influye ese problema en las otras esferas de la vida. Con ello, podremos finalmente conocer no solo la conducta por la que viene a tratamiento sino los problemas que

acarrea esa y otras conductas (p. ej., problemas maritales, depresión, falta de trabajo, problemas físicos, etc.). La cuantificación de la conducta problema es importante, en el caso del consumo de alcohol mucho más, porque no solo nos da un valor numérico sino que nos permite saber el nivel de gravedad de la adicción, así como su repercusión a nivel biológico.

Un elemento central de la evaluación conductual, que es lo que más la caracteriza en relación con otros tipos de entrevista, es poder conocer los determinantes de la conducta problema (Llavona, 1993). Esto es, conocer junto a la conducta problema los antecedentes, consecuentes y variables del organismo relacionados con la conducta de abuso o dependencia del alcohol.

Un aspecto importante en la parte final de la entrevista es conocer hasta qué punto la persona está dispuesta a cambiar. Esto va a estar relacionado con la relevancia que tiene para esa persona su conducta, cómo le influye en su contexto más inmediato, qué nivel de satisfacción y reforzamiento obtiene con la misma, su grado de dependencia e historia de aprendizaje, etc. Tanto en el alcoholismo como en cualquier otra conducta adictiva, este es un elemento central para poder comenzar el tratamiento, para que se mantenga en el mismo y para que podamos obtener buenos resultados a corto, medio y largo plazo.

En los últimos años se ha ido generalizando paulatinamente la entrevista motivacional (Miller *et al.*, 2011). La motivación para el cambio es un aspecto fundamental que hay que plantear desde el primer momento en que el cliente entra en consulta para que se le haga la entrevista clínica. Precisamente en las personas dependientes del alcohol, un hecho habitual es que en la primera entrevista una parte de ellos no reconozca el problema, considere que bebe lo “normal” y por ello no hay razón para dejar de beber, o ni siquiera para reducir su consumo. Si no tenemos un cliente motivado, el tratamiento va a ser inútil en muchas ocasiones, lo va a abandonar o no va a acudir a la siguiente sesión. Como dice Rodríguez Martos (1999) “sin motivación para el cambio, no hay intervención que valga”. La entrevista motivacional permite abordar la cuestión de la falta de motivación en las fases de precontemplación o contemplación.

B) Observación y autoobservación (autorregistro)

El método observacional es de una gran fiabilidad y precisión. En el alcoholismo se desarrollaron distintos procedimientos de observación, entre los que destacan, por ser ampliamente conocidas, las pruebas de degustación y los bares experimentales.

La autoobservación, utilizando autorregistros, es un procedimiento barato, que realiza el propio individuo y que se adecua mejor a las condiciones naturales de su funcionamiento cotidiano. En el capítulo sobre el tratamiento del alcoholismo se muestra un ejemplo de autorregistro.

Con al autorregistro sabemos fácilmente en qué ocasiones bebe, con quién, cuándo y cómo. Una vez detectado estos, el modo de actuar es: evitar beber en la presencia de un antecedente particular (p. ej., después de discutir con la esposa); limitar la cantidad de tiempo o dinero disponible para beber; saber que beber en exceso es especialmente

probable en situaciones concretas, de ahí la necesidad de tomar precauciones en ellas; y, encontrar modos alternativos de afrontamiento con antecedentes particulares, tales como la ira o la frustración.

El autorregistro cumple una importante función, tanto para la evaluación del consumo antes del tratamiento como a lo largo del mismo. En la sesión de tratamiento el autorregistro permite reconstruir la situación de bebida que se ha producido en el día anterior o en días previos. Está claro que si la persona pierde totalmente el control va a ser difícil que lo realice, de ahí la relevancia de que una vez comenzado el tratamiento, junto al autorregistro, se le proporcionen estrategias adecuadas de control para que sea capaz de hacer frente a la situación de bebida, si nuestro objetivo es el autocontrol de la conducta, o incidir en que debe dejar totalmente de beber, si nuestro objetivo es la abstinencia total.

Cuando proporcionamos el autorregistro es importante explicar en qué consiste, cómo lo debe cubrir, dónde lo debe cubrir y qué se pretende con él. Hay que pedirle que registre todas las conductas de bebida, pero al tiempo hay que ser realistas, dado que es más importante una adherencia al autorregistro con algunas limitaciones en la recogida de la información, que un nivel de purismo que lleve al abandono de la cumplimentación del mismo.

C) *Inventarios y cuestionarios*

En los últimos años la evaluación mediante cuestionarios del consumo de alcohol ha tenido un gran desarrollo. Los más utilizados son el CAGE, AUDIT y MALT:

- *Evaluación General del Alcoholismo Crónico* (CAGE; Mayfield *et al.*, 1974, validación española de Rodríguez-Martos *et al.*, 1986). Es un instrumento de cribado que permite detectar pacientes con posible dependencia al alcohol. Consta de 4 preguntas con formato de respuesta dicotómica (sí, no), que ha mostrado amplia especificidad (100% o cercano) y un valor predictivo del 93% (San y Torrens, 1994). Es muy utilizado en Atención Primaria para el *screening* de alcoholismo por su brevedad, pero se deben intercalar las preguntas dentro de una entrevista más amplia para evitar que la persona ponga en marcha resistencias para reconocer el problema.
- *Test de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol* (AUDIT; Saunders *et al.*, 1993, adaptación española de Contel *et al.*, 1999). Cuestionario elaborado bajo los auspicios de la OMS para disponer de un instrumento de detección del consumo abusivo de alcohol, rápido, fácil, fiable y comparable entre países. Consta de 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta y evalúa la presencia de consumos de riesgo de alcohol y la sospecha de dependencia. Existe una versión reducida que recoge los tres primeros ítems del AUDIT: el AUDIT-C (Bush *et al.*, 1998).
- *Test de Alcoholismo de Munich* (*Munich Alcoholism Test* (MALT; Feuerlein *et*

al., 1979, adaptación española de Rodríguez-Martos y Suárez, 1984). Es un instrumento que sirve para hacer diagnóstico diferencial y para confirmar las sospechas de alcoholismo después de haber utilizado instrumentos más cortos como el CAGE o el CBA. Consta de dos partes. El MALT-O es la parte objetiva del instrumento, que completa el médico durante la exploración del paciente. Consta de 7 ítems que se cubren a partir de la exploración clínica, análisis de laboratorio y anamnesis. La otra parte, el MALT-S, es la parte subjetiva del cuestionario. Consta de 24 ítems en el cuestionario original y de 26 en la versión española de Rodríguez-Martos y Suárez (1984). En ellos se evalúa la conducta de consumo de alcohol, aspectos psicológicos, somáticos y sociales referidos a la dependencia alcohólica y centrados en los últimos dos años. Es un instrumento con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%.

También destacan distintos cuestionarios para evaluar el patrón de consumo de alcohol, como son el perfil de bebida de Marlatt, o las escalas para evaluar el craving, la evaluación neuropsicológica, etc. Igualmente, para evaluar los estadios de cambios, que ya vimos anteriormente.

D) La evaluación de otros problemas y trastornos

Dada la alta comorbilidad existente entre la dependencia del alcohol y otros trastornos se utiliza un amplio conjunto de inventarios, cuestionarios y escalas para evaluarlos. De ellos, los más relevantes y utilizados son los relacionados con el consumo de otras drogas y los de depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, estabilidad emocional, disfunción marital, etc.

3.7.2. Tabaco

A) Entrevista

Antes de diseñar un tratamiento es necesario conocer exhaustivamente distintos aspectos relacionados con la conducta de fumar de la persona. Entre las áreas más importantes para evaluar se incluyen las variables demográficas, variables relacionadas con el consumo, intentos de abandono o reducción de cigarrillos previos, cuánto tiempo ha permanecido abstinentes, razones para dejar de fumar en intentos previos, razones para dejarlo actualmente, aparición de psicopatología cuando la persona ha intentado dejar de fumar, si ha acudido a algún tratamiento para dejar de fumar antes, procedimientos que ha seguido para dejar de fumar, causas de la recaída en otros intentos, apoyo social, creencias sobre la incidencia del tabaco sobre la salud, síntomas y

molestias que padece o ha padecido por fumar cigarrillos, consumo de alcohol, café, otras drogas y medicamentos, deseo de dejar de fumar y expectativas sobre el tratamiento.

Se han diseñado un gran número de entrevistas, estructuradas y semi-estructuradas, para evaluar las características más relevantes del fumador. En algunos casos aparecen bajo el epígrafe de historia de fumar y del fumador. Como un ejemplo, el *Cuestionario sobre el hábito de fumar* (Becoña, 2004), una entrevista semiestructurada que consta de 58 ítems que recogen los aspectos anteriores.

B) Escalas que evalúan la dependencia

La escala más conocida y utilizada para evaluar la dependencia de la nicotina es el *Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina* (FTND; Heatherton *et al.*, 1991). Está formada por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. Ha sido validada con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre; esto permite que sea utilizada para medir el grado de dependencia fisiológica. En distintos estudios se utilizó una puntuación de 6 o más para la dependencia (vs. no dependencia) o para la dependencia alta (Fagerström *et al.*, 1996). Heatherton *et al.* (1991) sugieren utilizar solo dos ítems del cuestionario para evaluar la dependencia: el que evalúa la hora del primer cigarrillo del día y el número de cigarrillos por día.

Más actualmente, destaca la *Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina* (NDSS, Shiffman *et al.*, 2004; validación española de Becoña *et al.*, 2011), que sigue los criterios del DSM-IV-TR, consta de 19 ítems y permite evaluar un factor general de dependencia de la nicotina. Ha sido elaborada partiendo de la definición de síndrome de dependencia de Edwards (1986). Por ello, la NDSS considera cinco aspectos centrales para entender la dependencia de la nicotina: impulso (*drive*), que captura el craving y el síndrome de abstinencia y el sentido subjetivo de la compulsión a fumar; prioridad, que refleja la preferencia conductual de fumar por encima de otros reforzadores; tolerancia, que evalúa la reducción de la sensibilidad a los efectos de fumar; continuidad, que se refiere a la regularidad de fumar; y estereotipia, que evalúa la invarianza o monotonía de fumar. La fiabilidad de estas escalas es buena y hay versión corta de la misma, la NDSS-S (Becoña *et al.*, 2011).

C) Otros cuestionarios

Se usan otros cuestionarios, como la evaluación de los estadios de cambio; cuestionarios sobre la motivación de fumar, como la escala *Addiction Research Unit* (ARU) de West y Russell (1985), que evalúa los factores de imagen psicológica, actividad mano-boca, indulgente, sedativo, estimulante, adictivo, automático y dependencia promedio. También se puede obtener una puntuación de dependencia total.

Destacan también las escalas para evaluar la autoeficacia. Por ejemplo, la *Escala de Confianza en Situaciones de Fumar* de Condiotte y Lichtenstein (1981) evalúa la

eficacia que percibe la persona de estar abstinentes en aquellas situaciones en las que tiene más probabilidad de fumar; es decir, las personas indican su resistencia a la urgencia de fumar. Dicha escala consta de 48 ítems (situaciones), con 10 alternativas de respuesta. Posteriormente, Baer y Lichtenstein (1988) hicieron una versión reducida, el *Cuestionario de resistencia de la urgencia a fumar*.

También es necesario utilizar otras escalas, aparte de la entrevista clínica, para evaluar psicopatología asociada, como depresión, ansiedad, alcoholismo, esquizofrenia, trastornos de personalidad, etc. Para ello utilizaremos la entrevista clínica o distintos instrumentos para evaluar estos trastornos a nivel de *screening* (p. ej., Inventario de la Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, AUDIT, etc.).

D) *Autorregistros*

La mayoría de las veces que un fumador enciende un cigarrillo lo hace de forma automática e inconsciente, porque la conducta de fumar es un hábito que ha aprendido, debido a la multitud de veces que lo ha realizado durante su historia de fumador. Para cambiar este comportamiento mecánico, observarlo y conocerlo adecuadamente es necesario hacer autorregistros. Estos son la medida conductual más utilizada en el tratamiento de los fumadores.

Lo fundamental de un autorregistro es que ofrezca información adecuada sobre los parámetros de la conducta de fumar, así como de las condiciones en que ocurre y las consecuencias que le siguen. Los autorregistros deben ser lo más sencillos posibles, y debe recoger aquella información que sea útil para el tratamiento. De este modo, evitaremos que sea una tarea farragosa para los sujetos o que los hagan incorrectamente.

La realización de los autorregistros ayudará al fumador a tomar conciencia de su comportamiento mecánico y, además, gracias a ellos puede registrar y cuantificar objetivamente las variables que controlan su conducta. El terapeuta debe indicar al fumador los parámetros concretos que observar (p. ej., frecuencia), el método más adecuado de registro y el contexto en el que debe registrar la conducta. Es posible que la conducta empiece a modificarse por el hecho mismo de estar observándola, fenómeno que se conoce por el nombre de “efectos reactivos”.

3.7.3. *Cannabis*

En los últimos años se han desarrollado gran número de instrumentos específicos para evaluar distintos aspectos de la dependencia del cannabis. Algunos de los más importantes los indicamos a continuación:

- *Escala de Severidad de la Dependencia del Cannabis* (Martin *et al.*, 2006; adaptación española de PNSD y OEDT, 2009).

- *Test de Screening del Abuso de Cannabis* (CAST; Leglèye *et al.*, 2007; adaptación española de PNSD y OEDT, 2009). Evalúa el consumo problemático de cannabis, es decir, el consumo que tiene consecuencias sociales y de salud negativas para el consumidor o para quienes lo rodean. Son 6 ítems basados en los criterios DSM-IV que evalúan los problemas derivados del consumo.
- *Escala de Abuso del Cannabis* basado en los criterios DSM-IV (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005; adaptado por PNSD y OEDT, 2009).

También disponemos de otros instrumentos para evaluar distintos aspectos, como la *Escala de problemas con la marihuana* (Stephens *et al.*, 1994), que con 19 ítems identifica las áreas en las que la marihuana afecta al individuo en las relaciones sociales, autoestima, motivación y productividad, trabajo y finanzas, salud física, problemas de memoria y problemas legales); el *Cuestionario de razones para dejarlo* (McBride *et al.*, 1994), que con sus 26 ítems evalúa las razones para dejar la marihuana en las siguientes categorías: salud, deseo de autocontrol e influencias sociales y legales; el *Cuestionario de autoeficacia* (Stephens *et al.*, 1995), que con sus 20 ítems evalúa la habilidad que tiene el paciente para resistir la tentación a fumar marihuana en diferentes situaciones; o el *Cuestionario de autoeficacia de rechazar el cannabis* (Young *et al.*, 2012), que consta de 14 ítems y evalúa la creencia que tiene el individuo en su habilidades de rechazar los ofrecimientos de cannabis (autoeficacia).

3.7.4. *Cocaína*

Aparte de cuestionarios generales para evaluar los distintos aspectos de una persona con problemas con la dependencia de la cocaína, hay varios cuestionarios específicos para ella, sobre todo para evaluar el craving, como:

- *Cuestionario de Craving de Cocaína* (CCQ; Tiffany *et al.*, 1993). Este cuestionario evalúa el deseo de consumir cocaína, la intención y planificación del consumo de cocaína, la anticipación de los efectos positivos del consumo, la anticipación de una mejora de los síntomas de abstinencia y la pérdida de control sobre el consumo. Consta de 45 ítems y se centra en el momento presente o en los últimos siete días.
- *Cuestionario de Craving* (Weiss *et al.*, 1995). El craving es considerado por estos autores como un fenómeno multidimensional, dinámico y episódico. Consta de 5 ítems en los que se evalúan los siguientes aspectos: intensidad del craving, intensidad del craving durante las 24 horas previas, frecuencia del craving, reactividad del craving ante estímulos ambientales relacionados y probabilidad de consumir si se está en un ambiente con disponibilidad de la

sustancia. Todos los ítems se centran en la evaluación del craving en el momento presente y la respuesta se sitúa en una escala tipo Likert que va de cero a nueve. El análisis factorial confirma que tiene una estructura unidimensional.

- *Cuestionario de Evaluación del Craving* (López y Becoña, 2006). Consta de 10 ítems, basado en los cuestionarios de Tiffany *et al.* (1993) y Weiss *et al.* (1995). Tiene una estructura factorial de un solo factor y una adecuada fiabilidad, de 0,85.
- Escalas unidimensionales de tipo analógico visual, en las que se pregunta a la persona directamente por su deseo de consumir, como la *Cocaine Craving Scale* (Gawin y Kleber, 1984), la *Minnesota Cocaine Craving Scale* (Halikas *et al.*, 1991) o la *Simple Test of Cocaine Craving and Related Responses* (Voris *et al.*, 1991). En uno de los extremos de la línea se sitúa la “ausencia de deseo” y en el otro “deseo muy intenso”. Este tipo de escalas se usan poco.

3.7.5. Otras drogas

A) Entrevistas

Dentro de las entrevistas estructuradas para el diagnóstico estarían el SCID-I (Spitzer *et al.*, 1998) para el DSM-IV y el SCAN (Vázquez Barquero, 1993), que es el módulo diagnóstico para la dependencia de drogas del CIDI para el CIE-10. Existe versión en castellano tanto para el SCID-I, como para el SCAN.

Las entrevistas más conocidas para evaluar el abuso y dependencia de sustancias son el Índice de Severidad de la Adicción (ASI), el EuropASI, que es la versión europea del mismo, el Indicador del Tratamiento de la Adicción a Opiáceos (OTI) y el Perfil de Adicción del Maudsley (MAP).

El *Índice de Severidad de la Adicción* (ASI 6; McLellan *et al.*, 2006, validación española de Díaz *et al.*, 2010) evalúa el grado de severidad del problema en siete áreas: estado médico general, situación laboral y financiera, consumo de alcohol, consumo de drogas, problemas legales, familia y relaciones sociales, y estado psicológico. También el *EuropASI* es la versión europea de la quinta versión del ASI (McLellan *et al.*, 1992).

El *Indicador de Tratamiento de la Adicción a Opiáceos* (OTI; Darke *et al.*, 1991) se ha elaborado para la evaluación de resultados en los tratamientos de la adicción a opiáceos. Se estructura en 6 áreas: consumo de drogas, conductas de riesgo para el VIH, funcionamiento social, actividad delictiva, estado de salud y situación psicológica (que consiste en los 28 ítems del Cuestionario de Salud General, GHQ-28 de Goldberg y Hillier, 1979). El OTI tiene como ventaja frente al ASI que se administra en 20-30 minutos. El ASI, en 45-60 minutos. El *Perfil de Adicción Maudsley* (MAP; Marsden *et al.*, 1998, validación española de Torres y Fernández, 2004) es una entrevista de 60

ítems que cubre cuatro áreas: abuso de sustancias, inyección y conductas sexuales de riesgo, salud y contexto vital y funcionamiento social. Respecto al tiempo de aplicación, es más breve que las anteriores, de 10 a 15 minutos.

El *Indicador de Tratamiento de la Adicción a Opiáceos*, OTI (Darke *et al.*, 1991, 1992) se ha elaborado para la evaluación de resultados en los tratamientos de la adicción a opiáceos. Se estructura en 6 áreas: consumo de drogas, conductas de riesgo para el VIH, funcionamiento social, actividad delictiva, estado de salud, y situación psicológica, evaluada con el GHQ-28. El OTI tiene como ventaja que se puede pasar en un tiempo de 20 a 30 minutos.

B) Inventarios y cuestionarios

Hay un amplio conjunto de inventarios y cuestionarios para evaluar distintos aspectos del consumo de la heroína. Un listado de ellos puede verse en Iraurgi *et al.* (2002) y Fernández y Gutiérrez (2003).

Quizás el más conocido es el *Test de Evaluación para el Consumo de Drogas* (DAST, Skinner, 1982, 1994), una adaptación del MAST para detectar problemas de abuso de drogas y para la evaluación del tratamiento. Ofrece un índice cuantitativo de la medida en que se padecen problemas o consecuencias por el abuso de drogas, cuya cumplimentación requiere aproximadamente 5 minutos. La última versión del DAST está formada por 20 ítems en forma de pregunta con dos opciones de respuesta (sí o no). La mayoría de los pacientes con problemas de alcohol u otras drogas puntúa 5 o más en la escala. Es importante examinar el contenido de los ítems que puntúan 1 para identificar los problemas específicos que tiene la persona (p. ej., problemas familiares, laborales, etc.).

Otro cuestionario en la misma línea que el anterior es el *Cuestionario de Severidad de la Dependencia a Opiáceos* (SOPQ; Sutherland *et al.*, 1986). Es una adaptación del SAQD que incluye preguntas relativas a cinco dimensiones:

1. Cantidad, vía de administración y patrón de consumo de opiáceos.
2. Síntomas físicos de abstinencia.
3. Síntomas afectivos de abstinencia.
4. Consumo de opiáceos y otras drogas para aliviar la sintomatología de abstinencia.
5. Rapidez en la instauración de los síntomas de abstinencia después de reiniciar el consumo de opiáceos tras un período de privación de la droga.

Para la evaluación de la autoeficacia destaca el *Cuestionario de Autoconfianza para el Consumo de Drogas* (DTCQ, Annis y Martín, 1985), un instrumento de 50 ítems que evalúa la autoeficacia o confianza en uno mismo para resistir al deseo de consumir drogas en una serie de situaciones particulares “de riesgo”. Como instrumento de evaluación, el DTCQ también fue diseñado para hacer posible la monitorización de la

autoeficacia para resistir al consumo de drogas ante determinadas situaciones de riesgo durante el curso del tratamiento. El desarrollo de la autoeficacia está asociado con un resultado favorable del tratamiento (Llorente, 1997). En su aplicación al consumo de heroína, el DTCQ-H fue validado para la población española (Llorente, 2001).

C) *Otros cuestionarios*

Una variable crucial en la evaluación del drogodependiente es conocer *la motivación del paciente para el cambio*. Como ya hemos indicado, los estadios de cambio se evalúan con la escala URICA u otras elaboradas por Prochaska y colaboradores (Trujols y Tejero, 1994). También se han evaluado los 10 procesos de cambio propuestos por Prochaska, que en nuestro medio tienen una adecuada capacidad discriminativa (Trujols *et al.*, 1997). Hay otro amplio conjunto de escalas para evaluar los estadios y los procesos de cambio (Carroll y Rounsaville, 2002; Fernández y Gutiérrez, 2003).

Una gran proporción de personas que demandan tratamiento para el uso de sustancias tiene también otros problemas como trastornos de ansiedad y depresión. Los evaluaremos con las entrevistas clínicas y cuestionarios ya citados para ello. También con frecuencia se utilizan los cuestionarios de personalidad y de trastornos de personalidad que ya vimos anteriormente.

El *Inventario de Situaciones para el Consumo de Drogas*, IDTS, de Annis y Graham (1992) evalúa las situaciones en que el paciente consumió drogas en el último año. Consta de 50 ítems que se agrupan en las ocho categorías que Marlatt y Gordon (1985) propuso para las recaídas. Llorente (1997) ha realizado la versión española del mismo. Otro cuestionario es el *Cuestionario de Riesgo para Consumir Drogas* (Annis y Martin, 1985), versión castellana en Fernández y Gutiérrez (2003).

Otras dos escalas cortas son la *Escala de Gravedad de la Dependencia* de Gossop *et al.* (1995), con solo 5 ítems (versión castellana de González Sáiz y Carulla, 1998) y el *Cuestionario de Dependencia de Leeds* (Raintnick *et al.*, 1994), con solo 10 ítems (versión castellana en González-Sáiz y Sánchez Carulla, 1999).

D) *Evaluación neuropsicológica*

En los últimos años se ha incrementado el interés y la utilización de pruebas neuropsicológicas, al encontrarse déficits neuropsicológicos en este tipo de pacientes y en otros, como ocurre con los pacientes alcohólicos. Son varias las pruebas que se utilizan, como las escalas de Wechsler, escalas de memoria, baterías neuropsicológicas específicas completas o una parte de estas (Bosch *et al.*, 2003).

E) *Evaluación del craving*

El estudio y evaluación del craving cobra cada vez más relevancia, especialmente en

relación con el consumo de cocaína. Hay varios instrumentos para su evaluación en distintas sustancias, aunque destaca su evaluación en la cocaína (López y Becoña, 2006). Suelen utilizarse medidas de autoinforme, en donde las palabras que más se utilizan para su evaluación o para denominar a los cuestionarios son urgencia o craving, aunque también existen otros modos de evaluarlos. La mejor evaluación del craving es la que se hace inmediatamente después de cesar el consumo de la sustancia, que es cuando se está bajo los efectos del craving, aunque ello no siempre es posible hacerlo. Por ello, aunque se considera menos fiable la evaluación con cuestionarios, la mayoría de los estudios lo que analizan son evaluaciones retrospectivas del craving (Tiffany *et al.*, 1993).

F) Autorregistros

El autorregistro es uno de los instrumentos de evaluación conductual que más utilidad tiene en el desarrollo de la formulación clínica, ya que permite la inclusión de instrucciones detalladas para que el paciente haga registros específicos de diversos aspectos de su comportamiento adictivo, no solamente en términos de descripción de respuesta, sino también de relaciones con otras variables de estímulo.

Los datos de los autorregistros pueden ser más exactos que la información procedente de la entrevista, siempre y cuando se completen inmediatamente antes y después del consumo, ya que no están sujetos a las posibles distorsiones de la memoria producidas por el paso del tiempo. Sin embargo, pueden presentarse al menos tres tipos de problemas que pueden alterar la calidad de los datos autoobservados:

1. Que el paciente no cumplimente el autorregistro con regularidad.
2. La dificultad de registrar el consumo de la sustancia en algunas circunstancias (p. ej., con sus amigos).
3. El autorregistro puede producir un efecto reactivo, especialmente si se anota el uso de la sustancia antes de consumirla.

En el primer caso, si se sospecha de esa posibilidad, el clínico debe anticiparse y pedirle al paciente que rellene el autorregistro en momentos específicos (p. ej., a la hora de comer, antes de irse a dormir). En el segundo caso, hay que planificar estrategias alternativas sobre cómo registrar los restos del consumo (p. ej., las pastillas que quedan). En el tercer caso, se pueden minimizar los efectos reactivos haciendo el registro después de que se produzcan los consumos. La exactitud de los datos autorregistrados también se mejora si el terapeuta los comprueba de forma periódica.

Los autorregistros no solo son recomendables para anotar el consumo y las circunstancias del mismo, sino que se pueden utilizar para evaluar otros muchos aspectos. Por ejemplo, se pueden realizar registros de pensamientos automáticos, de las actividades diarias, del deseo de consumo de heroína, cocaína o drogas de síntesis, etc.

3.7.6. Juego patológico

A) Cuestionarios e inventarios

Aparte de los criterios diagnósticos del DSM-5 y de las entrevistas clínicas para su diagnóstico (p. ej., SCID, CIDI, SCAN), se han utilizado varios instrumentos para evaluar el juego patológico, como indicamos a continuación:

- *SOGS (South Oaks Gambling Screen*, Lesieur y Blume, 1993). Tiene 20 ítems con un punto de corte de 5 o más para probable jugador patológico. Existe la adaptación española del mismo (Echeburúa *et al.*, 1994) y una versión corta de 4 ítems (Fernández-Montalvo *et al.*, 1995). Actualmente se considera que sobreestima al menos el doble el número de jugadores patológicos, dado que sus criterios se basan en el DSM-III y DSM-III-R.
- *NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems*, Gernstein *et al.*, 1999). El NODS se desarrolló para disponer de un instrumento de evaluación fiable del juego patológico, adecuado a los criterios del DSM-IV. Existe la versión castellana del mismo (Becoña, 2004). Consta de 17 ítems y el punto de corte es de 5 o más criterios para el probable jugador patológico.
- *NODS-CLiP (NODS, Control, Lying, and Preoccupation*, Toce-Gerstein *et al.*, 2009). Es la versión corta del NODS, de solo 3 ítems, para poder ser utilizada como un rápido instrumento de *screening*.
- *Entrevista Diagnóstica de la Severidad del Juego (DIGS*, Winters *et al.*, 2002). Su objetivo es conocer tanto los problemas de juego como otras áreas del funcionamiento y consecuencias relacionadas con la implicación en el juego. Incluye síntomas psiquiátricos, dificultades financieras y problemas legales. Utilizado por un clínico puede obtenerse también el diagnóstico de juego patológico.
- Junto a los anteriores cuestionarios disponemos de otros instrumentos, como las *20 Cuestiones de Jugadores Anónimos* y el *Massachusetts Gambling Screen (MAGS)*, para identificar jugadores problema; el *Gambling Assessment Module (GAM-IV)*; el *Gambling Behavior Interview (GBI)*; el *Lie/Bet Questionnaire*; y el *Addiction Severity Index (ASI)-Gambling Severity Index*, entre otros (Petry, 2005). También hay otros instrumentos para evaluar los pensamientos sobre el juego, creencias sobre el juego, variables dependientes del juego, etc.

B) Evaluación de la comorbilidad

En el caso del juego patológico, es de gran importancia evaluar varios trastornos que pueden ser comórbidos, como el abuso de sustancias (tabaco, alcohol y drogas ilegales). Para estos se utilizarán los instrumentos comentados anteriormente. De igual manera,

hay que evaluar el estado de ánimo, mediante su diagnóstico o escalas como el BDI-II. Esto mismo es aplicable para los trastornos de ansiedad, la impulsividad o los trastornos de personalidad. En todos estos casos utilizaremos los cuestionarios y escalas que expusimos en la parte correspondiente de este capítulo.

Tratamiento psicológico de las adicciones.

Modelo general de tratamiento

4.1. Objetivos a conseguir en el tratamiento de una conducta adictiva

Son muchas las distintas sustancias y conductas de las que las personas pueden adquirir dependencia. En cualquier intervención terapéutica con una persona que tiene una adicción hay varios objetivos a conseguir en el proceso de tratamiento ([cuadro 4.1](#)). Estos varían en función de la dependencia; esto es, poco se puede hacer con una intervención psicológica si la persona está intoxicada cuando acude a consulta; o, poco se puede hacer para intentar que mejore su estilo de vida saludable si no conoce medidas adecuadas para hacerlo.

El primer objetivo del tratamiento es que la persona con una adicción asuma que precisa de un tratamiento. Tanto en las drogas legales e ilegales, como en cualquier adicción conductual, hay un proceso de negación de muchos de los adictos de que estas les produzcan problemas. Las drogas les producen placer, bienestar, satisfacción (reforzamiento positivo) y, al tiempo, la propia droga les permite evitar el síndrome de abstinencia (reforzamiento negativo) cuando no consumen o no tienen suficiente dosis. Por ello, la dependencia se mantiene en el tiempo y el proceso de reforzamiento hace que las graves consecuencias que suelen acompañar al consumo impidan al principio asumir que les causa problemas. Aparte, por los procesos de cambio, se sabe que la persona tiene que pasar por distintas fases antes de asumir que tiene que hacer un cambio en su vida.

Cuadro 4.1. *Objetivos a conseguir en el tratamiento de cualquier conducta adictiva*

1. Reconocimiento por parte de la persona de que tiene un problema.
 2. Evaluar adecuadamente la conducta adictiva y otros problemas asociados.
 3. Desintoxicarlo, si es el caso, de la sustancia.
 4. Deshabituarlo psicológicamente.
 5. Entrenarlo en prevenir la recaída.
 6. Cambiar a un estilo de vida saludable.
-

Una vez que la persona ha asumido que tiene que cambiar, va a solicitar distintos tipos de ayuda. Y es entonces cuando hay que hacerle ver claramente que precisa ayuda, que tiene que cambiar su conducta por las graves y evidentes consecuencias que le está produciendo, pero que la persona no ve en ese momento (p. ej., que lo han despedido del trabajo, que ha tenido que abandonar los estudios, que tiene conflictos familiares, que lo ha detenido la policía, que tiene que ingresar en prisión, que sus relaciones sociales han cambiado y ahora se relaciona solo con amigos consumidores, etc.).

Superada la fase de negación del problema, o minimización del mismo, hay que delimitar claramente el problema por el que acude, factores relacionados y otros problemas que han causado la dependencia. Esta es la fase de evaluación, que ya se ha expuesto en el capítulo anterior, y que es de gran relevancia para el tratamiento.

Dentro ya del tratamiento, este se va a orientar inicialmente a que la persona consiga la abstinencia. Aquí va a variar el abordaje, según se trate de una persona dependiente del alcohol, nicotina, cannabis, cocaína, heroína, o juego, pero hay más aspectos comunes que distintos en lo que atañe a las técnicas de tratamiento que utilizaremos con unos o con otros. Hoy existen, especialmente en el tratamiento de la dependencia de la heroína, junto a los programas orientados a la abstinencia también los programas de reducción de daños, fundamentalmente los de mantenimiento con metadona.

En el caso de la heroína y el alcohol, puede ser necesario hacer la desintoxicación de la sustancia. Para la primera, se desintoxica al organismo mediante una interrupción brusca o paulatina de la sustancia. En la cocaína, cannabis y drogas de síntesis, como en el juego patológico, lo más importante es la dependencia psicológica, de ahí que la deshabitación psicológica se convierta en el aspecto esencial de su tratamiento.

Conseguida la desintoxicación, o lo que es lo mismo, que la persona quede libre de la sustancia, se pasa al proceso de deshabitación psicológica. Este es el proceso más largo y complejo, a excepción de cuando la persona está en un programa de mantenimiento con metadona, en cuyo caso ambos procesos van en paralelo.

La deshabitación psicológica pretende conseguir que las personas dependientes de una sustancia o de una adicción comportamental sean capaces de afrontar la abstinencia. Por ello, se les entrena mediante distintas técnicas en afrontar la vida sin drogas, en poder evitarlas, en rechazarlas y en reorganizar su ambiente de modo que pueda estar sin ellas. Esta es una de las partes más complejas de todo el proceso, dado que las personas que acuden a tratamiento suelen llevar años consumiendo. Además, muchos han descubierto que cuando se encuentran mal (síndrome de abstinencia) pueden mejorar rápidamente consumiendo drogas. De ahí la relevancia que tiene el entrenamiento en estrategias de afrontamiento ante las situaciones de riesgo de consumir. Las drogas producen efectos inmediatos: entre el consumo y su efecto pasan pocos segundos o minutos; hay también una gran disponibilidad de drogas y la persona sabe como acceder a las mismas. Entrenarlo para que adquiera habilidades para vivir sin drogas, que se encuentre bien subjetiva y anímicamente y que tenga apoyo en su ambiente, son algunas de las claves del éxito de un tratamiento. No se debe olvidar que las drogas consiguen no solo un efecto inmediato, sino que, por el consumo previo, se han hecho claramente

reforzantes. Hay que buscar alternativas de refuerzo para el individuo y para que con ellas pueda contraponer las consecuencias negativas del consumo (ya que cuando es adicto solo ve las positivas) a las ventajas que tiene no consumir a nivel personal, familiar, social, etc.

Dado que sabemos que la recaída es algo íntimamente unido a la dependencia de cualquier sustancia o adicción comportamental, entrenarlo en prevenir la recaída es un elemento de gran relevancia una vez superadas las fases anteriores. Desde el modelo de Marlatt y los desarrollos hechos a partir del mismo, con técnicas efectivas para que la persona no recaiga, la prevención de la recaída se ha convertido en un componente más del tratamiento. Con él podemos conseguir que la persona se mantenga abstinenta y, si recae, pueda volver de nuevo a la abstinencia.

Finalmente, si la persona cambia su estilo de vida anterior por un estilo de vida saludable es más probable que mantenga la abstinencia a largo plazo. Aunque esto es hoy claro, la realidad nos muestra que un cambio en el estilo de vida no siempre es fácil, y va a depender de múltiples circunstancias, tanto de la persona como de la familia y del medio social, oportunidades, madurez, etc. Cuando conseguimos un cambio en el estilo de vida relacionado con la abstinencia, entonces es más probable y fácil conseguir mantener la abstinencia. El análisis de la comorbilidad, relacionado con el cambio en el estilo de vida, cobra una gran relevancia. Hacer un seguimiento de ella y poder intervenir en los problemas asociados al consumo de drogas puede ser uno de los factores que facilitan el mantenimiento de la abstinencia.

4.2. Meta terapéutica: abstinencia, autocontrol, reducción de daños o programas sustitutivos

Cuando una persona demanda tratamiento tenemos que saber qué meta quiere lograr. Y también, en algunos casos, tenemos que proponerle la que es más adecuada para él, sobre todo cuando tiene problemas de salud física o trastornos mentales relacionados con dicho consumo. Aunque en la mayoría de los casos, sobre todo en los más graves, la abstinencia es la meta idónea, esta no va a ser aceptada por todos, o no van a lograr la abstinencia, o si la consiguen recaerán una y otra vez, con el nivel de frustración que ello implica. Por ello tenemos que movernos de modo realista entre la meta ideal y la meta viable de conseguir.

Un caso especial es el de las personas jóvenes, que son reticentes a aceptar la abstinencia completa de las sustancias, a menos que ya les hayan producido daños importantes. Sabemos que la abstinencia es la meta ideal: si la logra, se elimina la causa de sus problemas. Pero no siempre es fácil de conseguir ni de aceptar.

Cuando la meta es la abstinencia, el objetivo es que la persona deje de consumir y se mantenga así de ahí en adelante. Tendremos que centrarnos tanto en conseguir la abstinencia como en entrenarlo en estrategias de prevención de la recaída. Cuando la meta es el autocontrol, el objetivo terapéutico es lograr que la persona sea capaz de

autocontrolar su consumo para que le sea lo menos perjudicial posible. Programas para beber controlado, fumar controlado, jugar controlado, etc., son algunos ejemplos, pero no valen para todos los pacientes. Cuando hay una grave afectación física o mental debido a la sustancia, puede que la única meta sea la abstinencia, dado que si no, corre riesgo su vida.

A medio camino entre la abstinencia y el autocontrol de la conducta están los programas de reducción de daños y de sustitutivos, que se han desarrollado sobre todo para los consumidores de heroína. En los programas con sustitutivos opiáceos lo que se hace es usar una sustancia adictiva (p. ej., la metadona), que es segura y que, aunque produce también dependencia, no tiene los efectos nocivos para la salud que ocasiona el consumo de heroína, de manera que se logra evitar infecciones, sobredosis y problemas físicos. Lo que se hace es sustituir una sustancia por otra, pero usando la que tiene menos efectos nocivos; al estar la persona estabilizada en el consumo de la sustancia, puede llevar una vida normalizada y, al tiempo, podemos trabajar mejor a nivel terapéutico con ella y aplicarle las necesarias intervenciones psicológicas.

En los programas de reducción de daños nos vamos a centrar en que la persona pueda consumir de un modo más seguro, ya que en estos casos es poco probable que quiera dejar de consumir la sustancia. Se han usado programas de intercambio de jeringuillas, programas de mantenimiento con heroína, espacios de inyección segura, etc. (Trujols *et al.*, 1999). La relevancia de la reducción de daños en drogas ha llevado a que también se hable de una psicoterapia de reducción de daños (Tatarsky y Marlatt, 2010), que se orienta a reducir los daños producidos por el consumo de drogas, sin dirigirse a la abstinencia como meta principal.

4.3. El proceso de tratamiento de las adicciones: modelo general

A continuación exponemos un modelo general para el tratamiento de cualquier adicción. Con ello se puede ver que las comunales entre estas permiten partir de un modelo general de tratamiento, aunque hay técnicas específicas para adicciones concretas, como veremos en capítulos posteriores.

Cuadro 4.2. *Esquema general para el tratamiento de una conducta adictiva*

<i>1. DEMANDA DE TRATAMIENTO</i>	
Objetivo básico	Analizar la demanda y retener al paciente en el tratamiento.
Elementos a considerar	Motivación para el cambio, estadios de cambio, recursos disponibles, apoyo de su medio, tratamientos previos, conocimientos de los tratamientos disponibles, tratamiento que desea, análisis de quién está implicado en la demanda, por qué, etc.
Procedimientos técnicos	Entrevista motivacional, escalas para evaluar aspectos motivacionales y estadios de cambio.
<i>2. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS FUNCIONAL</i>	

Objetivo básico	Conocer las áreas donde es más necesario e inmediato realizar cambios, las áreas donde hay que realizar cambios a medio plazo y las áreas donde los cambios a través del tratamiento y la reinserción social le pueden llevar a una vida normalizada. Con toda esa información disponible, se realizará el análisis funcional de la conducta problema y otras conductas problema o trastornos asociados que tenga la persona.
Elementos a considerar	Evaluación individual, familiar, social, etc.
Procedimientos técnicos	Entrevista clínica, autoinformes, etc.

3. TRATAMIENTO

Fase I

Desintoxicación o mantenimiento

(p. ej., en el caso de la dependencia de la heroína o del alcohol)

Objetivo básico	Desintoxicación física de la sustancia.
Elementos a considerar	Tipo de desintoxicación en función de su petición, posibilidades asistenciales, recursos, etc., desde la ambulatoria a la hospitalaria.
Procedimientos técnicos	Intervención médica para la consecución de la desintoxicación sin sufrir los síntomas del síndrome de abstinencia de la sustancia.

Fase II

Deshabitación psicológica o consecución de la abstinencia de la sustancia o dejar de realizar la conducta

Objetivo básico	Lograr la completa deshabitación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la droga o a la realización de la conducta adictiva.
Elementos a considerar	Adherencia al tratamiento, fase del tratamiento, aceptación del tratamiento propuesto, etc.
Procedimientos técnicos	Técnicas conductuales y cognitivas para la consecución de la abstinencia (p. ej., exposición con prevención de la respuesta, control de estímulos, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en reducción del estrés, relajación, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva, terapia de solución de problemas, etc.). Se utilizará terapia individual, grupal y familiar.

Fase III

Normalización, cambio del estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas a su conducta adictiva.

Objetivo básico	Normalización de su vida, en el sentido de ir adquiriendo más responsabilidades en el trabajo, en los estudios, en la familia, con los amigos, con la pareja, etc.; pago de las deudas; búsqueda de trabajo si no lo tiene; ocupación del tiempo libre: realización de actividades de ocio y tiempo libre; clarificación de metas para su futuro; etc.
Elementos a considerar	Grado de deterioro, si trabaja o no, si está o no separado, si padece enfermedades físicas (p. ej., VIH, hepatitis), etc.
Procedimientos técnicos	Planificación de metas y objetivos, entrenamiento en adquirir nuevas habilidades y en asertividad, programa psicoeducativo, organización del tiempo, entrenamiento en solución de problemas, etc.

Fase IV. Prevención de recaídas

Objetivo básico	Entrenamiento en técnicas de prevención de la recaída para que se mantenga abstinentes a lo largo del tiempo, una vez lograda la abstinencia.
Elementos a considerar	Superación de las fases anteriores, cómo facilitar el mantenimiento de la abstinencia, efecto de la violación de la abstinencia, conocer las situaciones

	de riesgo y de alto riesgo, etc.
Procedimientos técnicos	Técnicas de prevención de recaídas (p. ej., autoinstrucciones, detección de situaciones de alto riesgo, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en solución de problemas, etc.).
<i>Fase V. Programa de mantenimiento o programa de apoyo a corto, medio y largo plazo</i>	
Objetivo básico	Entrenamiento en estrategias de mantenimiento de la abstinencia a largo plazo y en cómo mejorar su calidad de vida.
Elementos a considerar	Apoyo familiar, visitas de seguimiento a largo plazo, asistir a asociaciones de autoayuda, etc.
Procedimientos técnicos	Entrenamiento en relajación, programación de actividades, procedimientos de manejo de estrés, búsqueda de apoyo social, etc.
<i>Fase VI.</i>	
<i>Cuando sea necesario: programa de reducción de daños, terapia de reducción de daños, programa de juego controlado, etc.</i>	
Objetivo básico	En el caso de la dependencia de la heroína, reducir la prevalencia de VIH y mejorar los problemas causados por las drogas; en el juego patológico, reducir la conducta de juego a un nivel donde no le acarree graves problemas; en otras adicciones en las que no se logre la abstinencia, aplicar programas de autocontrol del consumo (p. ej., beber controlado, fumar controlado).
Elementos a considerar	Grado de deterioro de la persona, falta de adherencia al tratamiento psicológico, problemas psiquiátricos asociados, aceptación de este tipo de programas.
Procedimientos técnicos	Intervención mínima, programa psicoeducativo, educación para la salud y prácticas de seguridad ante la transmisión de enfermedades (VIH, hepatitis, etc.), terapia de reducción de daños, técnica de control de estímulos, educación sobre el juego y las leyes de la probabilidad, educación a nivel familiar, laboral y de tiempo libre.
<i>4. SEGUIMIENTO</i>	
Objetivo básico	Conocer la evolución de la persona después del alta terapéutica.
Elementos a considerar	Modo de realizarlo (personalmente, en su casa, teléfono).
Procedimientos técnicos	Entrevista, autoinforme, urionoanálisis, etc.

Las fases del tratamiento para una persona con una adicción son: demanda del tratamiento, evaluación, tratamiento y seguimiento. A su vez, dentro del tratamiento, se distinguen seis fases: desintoxicación o mantenimiento; deshabitación psicológica o consecución de la abstinencia de la sustancia o dejar de hacer la conducta; normalización, cambio de estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas a la adicción; prevención de recaídas; programa de mantenimiento o programa de apoyo a corto, medio y largo plazo; y, cuando sea necesario, programa de juego controlado o programas de reducción de daños (p. ej., en la dependencia de la heroína). Además, en este como en otros trastornos, y por los problemas asociados al mismo, el psicólogo tiene que poner en práctica todos los recursos terapéuticos disponibles que nuestra ciencia nos proporciona.

En el [cuadro 4.2](#) se exponen dichas fases, el objetivo básico a conseguir en cada una de ellas, los elementos que debemos considerar y los procedimientos técnicos necesarios. Indicamos también las técnicas de tratamiento más importantes que se utilizan, prestando

una atención especial a los aspectos motivacionales antes del tratamiento, a las técnicas para la deshabitación psicológica, a la prevención de la recaída y al mantenimiento a largo plazo.

Inicialmente lo que se pretende es que la persona consiga la abstinencia. Este sigue siendo hoy el objetivo básico, aunque no se debe descartar una mejora en las condiciones de vida del individuo manteniendo la realización de la conducta a niveles bajos (p. ej., en el juego controlado o en los programas de reducción de daños o de sustitutivos opiáceos), pudiendo ser estas una meta desde el principio del tratamiento. De este modo se logra retener a la persona en tratamiento, reducir o eliminar su conducta problema y mejorar su funcionamiento cotidiano.

4.3.1. Incremento de la motivación para el cambio

En las conductas adictivas es frecuente que muchos de los pacientes no acudan a tratamiento. De los que acuden una parte lo abandona después de la primera o primeras sesiones y, de los que acuden, no siempre siguen las instrucciones que se les dan. De ahí que en los últimos años la motivación para el cambio se haya convertido en un elemento terapéutico más, bajo la denominación de entrevista motivacional (Miller *et al.*, 2014; Rollnick *et al.* 2008).

La entrevista motivacional, que se lleva a cabo en los primeros contactos entre el terapeuta y el paciente, es el modo más idóneo para incrementar su motivación. No hay que olvidar que no todas las personas con una adicción acuden la primera vez voluntariamente; más bien esto es la excepción. En ocasiones acuden por causas externas, bien sean de tipo familiar o legal. En otros casos para buscar una ayuda puntual. Retener a la persona en tratamiento, o más bien retenerlo al principio para que luego inicie un tratamiento, es una cuestión fundamental en adicciones.

Muchas personas que acuden por primera vez a tratamiento piensan que no tienen un problema, que el problema es superficial o que aún no alcanzó el suficiente nivel de gravedad como para que haya que tratarlo. El objetivo de la primera entrevista, si ocurre esto, es convencerle de que sí tiene un problema, o de que alguien cercano a él lo tiene, y de que se le puede ayudar. Además, de poco sirve incluir a una persona en tratamiento si no quiere realizarlo o no está motivado para llevarlo a cabo. De hacerlo, probablemente el tratamiento va a ser inútil, lo va a abandonar o no va a acudir a las siguientes sesiones.

La entrevista motivacional permite abordar la cuestión de la falta de motivación en aquellas personas en las fases de precontemplación (cuando no tienen ningún interés en cambiar su conducta) o contemplación (cuando tienen algún interés en cambiar su conducta pero no en este momento, sino en un futuro cercano) (ver [cuadro 4.3](#)). En ella se utilizan varias estrategias motivacionales, que han demostrado que son muy eficaces para motivar al paciente a cambiar su conducta. Estas son ocho (Miller y Rollnick, 1999; Rollinick *et al.*, 2008):

1. *Dar información y aconsejar.* Hay que proporcionarle información clara y objetiva. Es básico identificar su problema y los riesgos que tiene, explicarle el porqué de la necesidad del cambio y facilitarle la opción para hacer el cambio terapéutico.
2. *Quitar obstáculos.* Hay que facilitarle que pueda acudir al tratamiento, que no pueda poner excusas para no hacerlo. Conseguir una intervención breve y en un período de tiempo corto, en vez de una lista de espera larga, facilitan que acuda y se implique en un tratamiento.
3. *Ofrecerle distintas alternativas para que pueda elegir.* Es importante que la persona vea que tiene varias opciones disponibles y que puede libremente elegir una de ellas. La sensación de que ha elegido por él mismo, sin coacciones y sin influencias externas, aumentan su motivación personal. Esto facilita no solo asistir al tratamiento, sino que mejore la adherencia y el seguimiento del mismo. Igualmente, en el tratamiento, es importante discutir con él las distintas posibilidades, metas y objetivos que se pretenden, y que tenga un papel activo en la elección de la alternativa que se va a poner en práctica.

Cuadro 4.3. *Los estadios de cambio de Prochaska y Diclemente*

<i>Precontemplación</i>	Etapas en la que no se tiene intención de cambiar. Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los <i>pros</i> de consumir superan a los <i>contras</i> .
<i>Contemplación</i>	Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Los contempladores son conscientes de los <i>pros</i> de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevado.
<i>Preparación o determinación</i>	En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se fija en un mes. Los <i>pros</i> de dejar el consumo superan a los <i>contras</i> .
<i>Actuación o acción</i>	La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva: deja de realizar la conducta adictiva. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre el abandono y seis meses de seguimiento.
<i>Mantenimiento del cambio</i>	Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción (después de 6 meses de abstinencia). Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.
<i>Recaída</i>	Esta etapa ocurre cuando la persona, después de un periodo de abstinencia (acción o mantenimiento) vuelve otra vez al consumo de la sustancia.

Cuadro 4.4. *Aspectos más importantes de la motivación para el cambio en la entrevista*

motivacional

Principios generales de la entrevista motivacional

1. Expresar empatía.
2. Desarrollar la discrepancia.
3. Evitar la discusión.
4. Remover la resistencia.
5. Apoyar la autoeficacia.

Cómo promover la motivación para el cambio

1. Hacer preguntas abiertas.
2. Escuchar reflexivamente.
3. Reafirmación.
4. Resumir periódicamente.
5. Provocar afirmaciones automotivadoras.

Elementos básicos para producir la motivación para el cambio

1. Proporcionar retroalimentación.
2. Hacer énfasis en su responsabilidad y en su libertad de elección.
3. Consejo directo y claro de qué necesita cambiar y cómo hacerlo.
4. Proporcionarle varias alternativas para que pueda elegir entre ellas.
5. Ser empático.
6. Aumentar su autoeficacia.

Fuente: Adaptado de Miller (1995) y Miller y Rollnick (1999).

4. *Disminuir los factores que hacen que la conducta de consumo sea deseable.* La conducta de consumo se mantiene por consecuencias positivas. Hay que identificar estas consecuencias para eliminarlas o disminuirlas. Entre los procedimientos que se pueden utilizar para disminuirlos están la toma de conciencia de sus consecuencias perjudiciales, o mediante las contingencias sociales que disminuyen las consecuencias positivas y aumentan las consecuencias negativas. Igualmente, analizar los pros y contras, costes y beneficios, etc.
5. *Promover la empatía.* La empatía, la escucha reflexiva, la capacidad de comprenderlo, favorece que el paciente presente menores niveles de “resistencia” al cambio.
6. *Dar retroalimentación.* Es muy importante que el terapeuta dé retroalimentación continua al paciente, que devuelva la información que recoge, sobre como lo ve, su situación actual, sus riesgos y sus posibles consecuencias.
7. *Clarificar objetivos.* Si la persona no tiene un claro objetivo, la retroalimentación puede que no sea suficiente. Por ello, los objetivos que se le planteen tienen que ser realistas, alcanzables y aceptados por el paciente. En caso contrario no los verá viables, los rechazará directamente o no los cumplirá, con lo que no pondrá ningún aspecto motivacional de su parte para intentar conseguirlos.

8. *Ofrecer ayuda activa.* A pesar de que siempre es el paciente quien decide o no cambiar, llevar o no a cabo un tratamiento, es importante el papel del terapeuta. Por ejemplo, cuando el paciente no acuda a la sesión de tratamiento, si el terapeuta se pone en contacto con él por teléfono u otra persona del centro, las probabilidades de que continúe con el tratamiento serán mayores.

En el [cuadro 4.4](#) se presentan los aspectos más relevantes de la entrevista motivacional.

4.3.2. *Exposición con prevención de la respuesta*

La exposición consiste en exponer al individuo a la situación que evita, para conseguir el contracondicionamiento o la extinción después de la habituación a la situación que le produce ansiedad. Suele utilizarse en la situación real (en vivo), en la que el individuo tiene miedo o ansiedad, aunque también puede utilizarse imaginariamente. En distintos trastornos adictivos, la técnica de la exposición es central (p. ej., en el juego patológico). Lo habitual en adicciones es unirla a la prevención de respuesta.

La exposición es el proceso de controlar y tener contacto sistemático con un estímulo o situación que produce miedo al individuo (Abramowitz *et al.*, 2011). Es una técnica de elección para distintos trastornos de ansiedad. La simple exposición lo que hace es romper el ciclo de ansiedad y conducta de evitación.

La persona ansiosa típicamente sobreestima el grado de amenaza que cree que tiene un estímulo o situación amenazante, y simultáneamente infraestima el grado en que cree que puede afrontar esa amenaza. Por ello, evita ese contacto y puede mantener esa evitación durante mucho tiempo. La evitación alivia a la persona momentáneamente (reforzamiento negativo), pero la conducta de evitación sigue persistiendo ante tal estímulo o situación. Por ello, el objetivo de la exposición es evitar la evitación (Wenzel, 2013). A través de los mecanismos de la habituación y de cambios cognitivos la persona se da cuenta de que puede afrontar y estar en esa situación que antes veía como amenazante.

La exposición puede aplicarse en la situación real o imaginariamente; también se puede hacer con realidad virtual. Para aplicarla se hace una jerarquía de estímulos o situaciones a las que tiene que exponerse la persona.

Como ya indicamos, la exposición suele combinarse con la prevención de la respuesta. En esta se bloquea la evitación o el escape de la situación temida (Franklin *et al.*, 2009). La prevención de la respuesta permite ver al individuo en la situación a la que se expone que sus miedos no son realistas. Lo cierto es que con ella el individuo puede extinguir el miedo a situaciones, objetos y pensamientos que le evocan malestar.

La adecuada aplicación exige explicarle la técnica, que haya una buena relación terapéutica, llevar un registro de las tareas de exposición, supervisar la exposición y la prevención de la respuesta directamente por parte del terapeuta o de un coterapeuta (p.

ej., su pareja), que tenga siempre presente que cuanto mayor sea el tiempo de exposición, mejores serán los resultados; si evita o incumple la exposición o la prevención de la respuesta es necesario volver a introducirla lo antes posible, reforzarle por sus logros y crear un ambiente adecuado para que se mantengan las ganancias logradas. Como es claro, el principal problema que podemos tener con esta técnica es la resistencia del paciente a ponerla en práctica.

4.3.3. *Control de estímulos*

Los antecedentes son los acontecimientos que preceden a una respuesta operante. Los antecedentes de la conducta son los estímulos, situaciones o circunstancias presentes antes o durante la ocurrencia de la conducta, o que estaban presentes antes de la conducta. Las personas aprenden que unas conductas son reforzadas y otras no. Y también que en unas situaciones se obtiene reforzamiento y en otras no (Miltenberger, 2013).

Se dice que un comportamiento está bajo control del estímulo cuando hay una mayor probabilidad de que se produzca en presencia de un estímulo antecedente específico o un estímulo de una clase de estímulos específicos. Realmente, la mayor parte de los comportamientos están bajo el control del estímulo. No ocurren al azar, dependen de situaciones o circunstancias específicas que han sido reforzadas en el pasado (p. ej., ante la luz roja del semáforo –estímulo antecedente– paramos el coche –conducta– para evitar un accidente o una multa de tráfico –consecuente–).

El estímulo antecedente que está presente cuando un comportamiento va seguido de reforzamiento se conoce como estímulo discriminativo. Esto es de gran relevancia en los consumidores de sustancias y en la conducta de juego.

Lo anterior indica la relevancia de implantar un efectivo control de estímulos en los trastornos adictivos. Por ejemplo, en el caso del juego lo que haremos será restringir el acceso a aquellos lugares en donde la probabilidad de jugar es mayor (calles donde hay ciertos bares con máquinas “calientes”, calles donde hay bingos), horas de mayor riesgo de consumir la sustancia (p. ej., en la zona donde se “pillaba” droga). Esto lo hacemos entrenando a la persona en la búsqueda de alternativas a sus anteriores costumbres o a que lo acompañe alguien en las situaciones que son de mayor riesgo para acudir a jugar, a comprar heroína, etc.

Es determinante en este caso el control del dinero. Dado que el dinero es uno de los estímulos más importantes para que la persona juegue o compre la droga, si no tiene dinero su probabilidad de jugar o comprar droga disminuye mucho. En este caso tiene el jugador que transferir todo su dinero a un familiar o a una persona cercana para que se lo controle y para que le dé solo el dinero que precisa para cada día. Además, debe justificar todos los días, a poder ser con tickets o facturas, en qué lo ha gastado para que no utilice parte de ese dinero para jugar.

En el caso de la dependencia a opiáceos y cocaína, esta técnica es muy útil en las

primeras fases del tratamiento. Algunos de los estímulos más relevantes asociados al consumo son la conducta de búsqueda de drogas, amigos consumidores, lugares habituales de consumo, indicios ambientales, material para el consumo etc. Junto a esta restricción, es importante que la persona sea capaz de generalizar dicho control para que en el futuro no recaiga.

4.3.4. *Entrenamiento en solución de problemas*

La terapia o entrenamiento en solución de problemas (ESP) es un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema. Este entrenamiento consta de cinco fases (D’Zurilla, 1986; D’Zurilla y Nezu, 2007):

1. Orientación hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Implementación y verificación de la solución.

Es un proceso cognitivo, afectivo y conductual a través del cual el individuo aprende a identificar o descubrir soluciones a los problemas específicos que se le van presentando en su vida cotidiana. El objetivo del ESP es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico. La ventaja del ESP es que es útil para abordar cualquier tipo de problema, sean interpersonales (p. ej., problemas financieros, conflictos maritales, disputas familiares), personales e intrapersonales (p. ej., depresión, ansiedad, etc.) y sociales o comunitarios (p. ej., conducta criminal, discriminación, malos tratos, etc.).

Existen tres estilos de solución de problemas. Uno de tipo adaptativo, el racional, y dos de tipo desadaptativo, el impulsivo/descuidado y el evitativo. El *estilo de solución de problemas racional*, o estilo de solución de problemas constructivo, incluye cuatro habilidades de solución de problemas: definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, e implementación y verificación de la solución. El *estilo de solución de problemas impulsivo y descuidado* se caracteriza por una respuesta generalizada de tipo impulsivo cuando se enfrenta a la solución de problemas. En el *estilo de solución de problemas evitativo* no afronta la solución del problema, retrasándola, mostrando pasividad ante la misma o una fuerte dependencia ante otras personas que son las que deciden la solución al problema. Por ello, evita los problemas, no se enfrenta a los mismos, los dilata o carga la responsabilidad de su solución a otros.

En el ESP, para pasar de una fase a otra, hay que superar previamente la anterior. Cuando no hay suficiente información en una fase concreta, se ha infravalorado o saltado una fase previa, se está en una fase de entrenamiento, o la solución elegida no resulta la

adecuada, hay que volver a la fase o fases previas para que una vez haya sido realizada correctamente podamos continuar con las siguientes (ver [cuadro 4.5](#)).

Cuadro 4.5. *Algunos conceptos básicos y pasos para implantar el entrenamiento en solución de problemas*

<i>¿Qué es un problema?</i>	Un problema o una situación problemática es una situación real o imaginaria a la que tenemos que buscar una solución pero que no sabemos cómo dársela. El resultado suele ser un aumento en el nivel de estrés y del afecto negativo.
<i>La orientación hacia el problema</i>	Los problemas son normales en nuestra existencia; unas personas los solucionan mejor que otras. El perfeccionismo, la falta de habilidades, u otras características son barreras importantes para solucionar problemas. Por ello, reconocer que existen problemas y que tenemos que buscarles soluciones es el primer paso para encontrar dichas soluciones.
<i>Definición y formulación del problema</i>	Cuando sabemos que un problema existe debemos definirlo claramente, de modo operativo, específico y concreto, utilizando información relevante sobre el mismo.
<i>Generación de soluciones alternativas</i>	No se debe aceptar únicamente la solución que se daba hasta ahora a ese problema. Hay que buscar soluciones alternativas al mismo, y generar el mayor número posible de ellas. Se recomienda hacer un listado con todas aquellas soluciones que vengan a la mente; la única regla a tener en cuenta es que sean soluciones concretas y no vagas.
<i>Toma de decisiones</i>	De todas las alternativas de solución propuestas, se elige una, en función del valor de la alternativa para solucionar el problema y de las consecuencias personales, sociales, económicas, etc., que implica. La que se seleccione tiene, antes de ponerse en práctica, que ser una posible solución viable al problema. Ya seleccionada, se diseñará una táctica concreta para ponerla en práctica.
<i>Puesta en práctica y verificación de la solución</i>	La solución elegida se pondrá en práctica y se comprobará si con ella se soluciona el problema. Se observará si el problema queda resuelto o si es necesario revisar el proceso, en el caso de que el resultado no haya sido el esperado.

Sabemos que la solución de problemas inadecuada media el consumo de drogas (Jaffee y D’Zurilla, 2009). De ahí que varios estudios hayan utilizado la misma en pacientes alcohólicos, con dependencia de opiáceos o de otras sustancias. Con ella mejoran aspectos importantes de la vida del individuo (p. ej., empleo). También, con frecuencia, el ESP se ha combinado con otras terapias conductuales o cognitivas para tratar la comorbilidad asociada (p. ej., trastorno por consumo de sustancias y trastorno límite de la personalidad; Nezu *et al.*, 2004), o se ha utilizado como un componente de un tratamiento más amplio (p. ej., para la dependencia de la cocaína; Becoña, 2008). Así, en la mayoría de los manuales de tratamiento para heroína, cocaína, cannabis, etc., suele incluirse el ESP como uno de sus componentes (p. ej., Carroll, 2001).

4.3.5. *Terapia cognitiva*

En el caso de los trastornos adictivos, al igual que en otros, la terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos se producen y mantienen debido a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a corregir tanto esas premisas distorsionadas como los errores cognitivos. Beck y sus colaboradores han desarrollado un protocolo de tratamiento para las personas dependientes de sustancias psicoactivas mediante terapia cognitiva (Beck *et al.*, 1993). Para esta, los factores de predisposición son importantes y están basados en características cognitivas, más que conductuales o biológicas (p. ej., la poca tolerancia ante la frustración).

A partir del patrón cognitivo pueden producirse distintas conductas (p. ej., consumo) o procesos biológicos (p. ej., síndrome de abstinencia). Las creencias disfuncionales tienen una gran relación con las urgencias al consumo (craving), así como con otros problemas emocionales (p. ej., ansiedad, depresión). Lo que la terapia cognitiva va a hacer es modificar los pensamientos y creencias erróneas del individuo y enseñarle técnicas de control. Las creencias más comunes de las personas con dependencia de sustancias psicoactivas son:

- Necesito la sustancia para funcionar y sentirme normal.
- La sustancia mejora mi funcionamiento personal y mental.
- La sustancia me crea sentimientos positivos y estimulantes.
- La sustancia me incrementa el sentido de dominio.
- La sustancia me reduce el afecto negativo.
- La sustancia me tranquiliza.
- La sustancia es lo único que reduce mis ganas de consumir (craving).

La terapia cognitiva da gran importancia a las creencias y a las urgencias. Como dice Beck *et al.* (1999: 84) “los *significados* que se derivan de las creencias que se ligan a las situaciones son los que causan el craving en la persona. Las personas que tienen creencias que no pueden tolerar la ansiedad, la disforia o la frustración, por ejemplo, estarán muy atentos a estas sensaciones y construirán expectativas acerca de poder aliviarse de las mismas, solo mediante la utilización de drogas o ingiriendo alcohol. Por tanto, cuando aparece una emoción desagradable, la persona intenta neutralizarla utilizando una droga o bebiendo”.

Aunque el planteamiento anterior pudiese parecer reduccionista, a nivel práctico no lo es. Junto al peso que se le da a la parte cognitiva de la persona como causa de la explicación del consumo de sustancias, también se consideran aspectos esenciales, como sus actuales problemas vitales, evolución desde la infancia, supuestos, estrategias compensadoras, elementos de vulnerabilidad, conducta, etc. De modo semejante, el tratamiento se va a centrar en varios de los aspectos que se relacionan con el problema.

Una sesión terapéutica consta de ocho elementos: establecer la agenda de la sesión;

comprobar el estado de ánimo del individuo; unir los contenidos de la última sesión con la actual; comentar los puntos programados para abordar durante la sesión; diálogo socrático; resúmenes parciales; asignación de actividades para casa entre esa sesión y la próxima; y retroalimentación del paciente sobre la sesión. Es importante que el paciente vaya asumiendo el modelo cognitivo, para que con ello se puedan cambiar sus pensamientos y creencias erróneas o inadecuadas. El análisis de las situaciones de urgencia puede servir para este propósito.

Las técnicas que se utilizan dentro de la terapia cognitiva son semejantes a las que se utilizan para otros trastornos, como el diálogo socrático, la reatribución, tareas para casa, análisis de ventajas y desventajas de consumir, identificar y modificar las creencias asociadas con la drogas, la técnica de la flecha descendente, la técnica de imaginación y los autorregistros. También da una gran importancia a la relación terapéutica. Igualmente utiliza técnicas conductuales como programación y control de actividades, experimentos conductuales, juego de roles, entrenamiento en relajación, solución de problemas, ejercicio, control de estímulos, etc.

Junto al control de las urgencias y de las creencias asociadas a las mismas, conforme avanza el tratamiento, cobra más relevancia la práctica de la activación de creencias de control. Con ello se van superando las creencias básicas y los pensamientos automáticos que tiene el individuo sobre su consumo y pasa a ejercer un mayor control sobre los impulsos al consumo. Tampoco se deben dejar de lado todos los otros problemas que se han ido asociando al consumo de drogas, lo que en ocasiones conduce al individuo a un círculo vicioso de problemas-consumo-incremento de problemas-consumo, etc. De igual modo da gran relevancia a la presencia de otros trastornos como la depresión, la ira y la ansiedad, y los trastornos de personalidad, que deben ser detectados y tratados.

Dado que la caída y la recaída son muy frecuentes en los trastornos adictivos, la terapia cognitiva también da una gran importancia a ello, en lo que denomina intervención en crisis, siguiendo una adaptación a partir del modelo de Marlatt para la prevención de recaídas.

La utilización de la terapia cognitiva en el campo de las drogodependencias es amplia. En el caso de los pacientes con trastornos mentales, en concreto las personas deprimidas con abuso o dependencia de drogas, el enfoque más recomendado es también la terapia cognitiva de Beck, que a su vez es un componente de distintos tratamientos más amplios (Becoña *et al.*, 2008).

4.3.6. *Afrontamiento y manejo del craving*

El craving es posiblemente el concepto más ampliamente estudiado y el más pobremente conocido en las adicciones (Lowman *et al.*, 2000). A pesar de que el craving producido por una droga ha sido definido en numerosas ocasiones, hoy sigue el debate sobre cuál es la mejor manera de definirlo (Sayette *et al.*, 2000). Esto no ha impedido que se haya convertido en uno de los síntomas del DSM-5 para el diagnóstico de trastorno por

consumo de sustancias. Por ejemplo, existe controversia sobre si el craving debería ser considerado como un síntoma válido del síndrome de abstinencia de la nicotina: en ocasiones, sí se considera parte del síndrome de abstinencia, pero otros lo consideran por separado (Hughes, 1994).

Generalmente, el craving es un deseo o necesidad irresistible de consumo de una droga, es una experiencia subjetiva, en el sentido de que uno debe de ser consciente del deseo para el ansia. La “necesidad irresistible” de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.

En algunas sustancias, como en el tabaco, se ha sugerido que el craving podría ser uno de los predictores más sensibles y consistentes del comportamiento de fumar y de la recaída en el tabaco (Piasecki, 2006). Sin embargo no todos los estudios muestran que las caídas ocurren en presencia de un craving intenso; algunas caídas ocurren cuando los fumadores están experimentando poco o ningún craving (Tiffany, 1990). Por otra parte, los fumadores menos dependientes, que tienen tanto menos craving como menos síndrome de abstinencia de la nicotina, tienen más probabilidades de caer en presencia de estímulos concretos como, por ejemplo, en presencia de alcohol (Shiffman *et al.*, 1997). Esto sugiere que los estímulos ambientales juegan también un papel importante en la recaída (Ferguson y Shiffman, 2010).

En los últimos años, el craving aparece como un aspecto central de los programas de prevención de la recaída; el motivo es que si no se maneja adecuadamente el craving en el tratamiento, o una vez finalizado el mismo, la probabilidad de que la persona recaiga es alta.

4.3.7. *Entrenamiento en reducción de la ansiedad y del estrés*

Hoy sabemos que la ansiedad y el estrés son dos importantes problemas que se relacionan con las distintas adicciones (Al’Absi, 2007; Daughters *et al.*, 2009; Smith y Book, 2009). Esto tiene su mayor importancia cuando se han tenido importantes estresores en momentos tempranos de la vida o cuando también está asociado el trastorno por estrés postraumático (Kosten y Kehoe, 2007; Roberts *et al.*, 2007) Por ello, es necesario evaluar esta problemática y aplicar técnicas para su control y eliminación. Los programas específicos pretenden alterar la percepción del grado de amenaza que se le atribuye al estresor, su estilo de vida para reducir tanto la frecuencia como la severidad de los estresores externos y capacitarles para usar estrategias de afrontamiento activas que inhiban o reemplacen las respuestas de estrés incapacitantes.

Como técnica de intervención general, se puede utilizar cualquiera de las existentes para los distintos problemas de estrés y ansiedad como, por ejemplo, el entrenamiento en manejo del estrés, técnicas de relajación, técnicas cognitivas, exposición, paquetes específicos de tratamiento, biblioterapia, cambio del estilo de vida, etc. (Donahue y Kushner, 2007).

En la práctica, el entrenamiento en relajación es una técnica ampliamente utilizada,

junto a las de tipo cognitivo, para cambiar las creencias erróneas sobre las causas de la ansiedad o de los elementos estresantes. Cuando padece un trastorno de ansiedad específico (p. ej., ataques de pánico) es necesario aplicar aquellas técnicas específicas que son eficaces para el tratamiento del mismo (p. ej., Barlow *et al.*, 2011).

4.3.8. *Entrenamiento en habilidades sociales*

El entrenamiento en habilidades sociales es una técnica que se utiliza con frecuencia en el campo psicológico, y específicamente en las adicciones. La misma se orienta a mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales de las personas utilizando para ello distintas técnicas como las instrucciones, el modelado, el juego de roles y las tareas para casa (Caballo e Irurtia, 2008). Parte de la base de que a las personas que tienen la habilidad de poder expresar sus sentimientos positivos y negativos, sin perder reforzamiento social, les será reforzante ese tipo de comportamiento y se sentirán mejor. En las habilidades sociales es importante tanto la percepción del individuo de la situación social como la interpretación de las situaciones sociales y las propias habilidades sociales que se poseen.

A muchas personas con dependencia de distintas drogas, y especialmente en el consumo de alcohol, se les proporciona entrenamiento en habilidades sociales para mejorar su competencia social. La mejora de la comunicación con otras personas, sobre todo para lograr una comunicación apropiada y efectiva, permite una mejor estabilidad psicológica, poder expresarse como quiere y mejorar así distintos aspectos de su vida (Segrin, 2009). También, con frecuencia, este entrenamiento hay que usarlo para controlar el estrés que tiene el individuo, o saber conceptualizarlo de otro modo, o entrenarle en asertividad porque carece de ella.

El entrenamiento en habilidades sociales da gran peso a que el mismo se haga en el ambiente social de la persona, en situaciones sociales (p. ej., en el bar con los amigos), aunque ello se extiende al ambiente social más inmediato como es el de su pareja (sobre todo si tiene problemas maritales) o al resto de los miembros de la familia, o para lograr apoyo social si no lo tiene, etc. En suma, la pretensión es mejorar la comunicación y las habilidades interpersonales y, con ello, reducir la ansiedad en situaciones sociales. En el [capítulo 5](#), dedicado al tratamiento del alcoholismo, veremos esto más ampliamente.

Este entrenamiento ha mostrado tener una buena eficacia en el campo de las drogas (VanHasselt y Hersen, 1978), sobre todo en el alcoholismo (Monti *et al.*, 2002). También se usa como una estrategia de prevención de la recaída, dado que con frecuencia las situaciones de recaída se dan cuando existe frustración e incapacidad de expresar ira, incapacidad de resistir la presión social, tener un estado emocional negativo, incapacidad de resistir la tentación intrapersonal, entre otras (Marlatt y Gordon, 1995).

4.3.9. *Control de la ira y de la agresividad*

Suele ser frecuente que las personas con adicciones tengan problemas asociados de ira y agresividad (Hoaken y Setewart, 2003), llevados por situaciones de estrés o de alto nivel de exigencia; también cuando la persona ve que no es capaz de lograr los objetivos que se marca, o cuando hay elementos en su familia, ambiente, trabajo, etc., sobre los que no tiene control. Si aparece la falta de control sobre la ira, o conductas agresivas, estas van a acarrearle distintos problemas en su medio familiar, social, policial o legal. Si esto ocurre, no solo se incrementan los problemas anteriores, sino que tal situación le puede llevar a la recaída, dado que se trata de estados emocionales negativos.

Cuando surge la agresividad y la ira realmente lo que está ocurriendo es que la persona no es capaz de hacerle frente a la situación; y en vez de dar una respuesta adecuada a la misma, o buscar el mejor modo de dársela ahora o en el futuro, da una respuesta inadecuada, como es la agresividad y la ira. Y si actúa, suelen aparecerle consecuencias negativas. Lo que está haciendo es pasar a un nivel primario, a lo que tiene más cerca, a dar una respuesta inmediata (por la voz, subiendo el tono o gritando), sin saber que esto no va a ser efectivo, y sin pensar en lo que está haciendo (gritar, infravalorar o despreciar a otros, desdecirles, subir el tono de voz, no dejar hablar al otro ...) ni en ver las consecuencias de este hecho (enfados, respuesta verbal alterada por parte de otras personas, discusiones, malas caras...). Si esto ocurre, tiene que tener mecanismos de control y ser capaz de frenar la agresividad y la ira, ya que estas conductas no le conducen a nada; más bien ocurre todo lo contrario: llevan a que la persona se sienta peor con ella misma y con los demás.

Cuadro 4.6. *¿Qué hacer cuando surge la agresividad y la ira? ¿Cómo controlar la agresividad y la ira?*

-
1. *Identifique* aquellos hechos o acontecimientos que pueden precipitar la ira o la agresividad. Cuando los tenemos identificados, y si se presenta la ira, podemos no hacerles caso, hacer otra actividad, pensar en otra cosa o ver como después de un tiempo baja en intensidad nuestra ira, nuestra preocupación, comprobando que no estallamos con ella.
 2. *Piense antes de actuar.* Igual que hemos comentado anteriormente, si vamos a saltar, si vamos a gritarle a alguien, si vamos a descargar nuestra ira en una persona..., tenemos que pensar tres veces lo que vamos a decir antes de decirlo. De este modo nos controlamos y diremos lo que queremos decir, de modo convincente, no agresivo ni subido de tono. Plantear las cosas de modo serio, con cara normal, tono de voz normal pero firme es mucho más eficaz que todos los gritos del mundo para convencer a alguien. Con ello nos podemos comunicar. De otro modo los gritos de uno y otro no permitirán escuchar lo que decimos, solo gritaremos, gritaremos y gritaremos.
 3. *Si se ponen agresivos con nosotros no debemos responder de la misma forma.* Dejemos que la agresividad del otro se apague poco a poco. Si no le hacemos caso, si no le contestamos a sus gritos dejará de gritar, de ser agresivo. Es solo cuestión de tiempo. Comprobémoslo.
 4. *No se olvide de aplicar lo que ya conoce:* ejercicios de respiración profunda, cómo solucionar un problema, cómo conseguir estar mejor, cambiar de actividad, pensar en otra cosa, anticipar las consecuencias de lo que voy a hacer, etc. Con todo esto podrá controlar su agresividad y su ira si estas surgen.
-

Por ello, tanto dentro del tratamiento, como en el proceso de prevención de la recaída, tenemos que entrenar a la persona en detectar estas situaciones, en que sepa cuándo pueden aparecer y cómo hacerles frente. Podemos utilizar estrategias sencillas, como las que indicamos en el [cuadro 4.6](#), u otras más complejas, como ya un tratamiento específico para el manejo de la ira y de la agresividad, tal como la técnica de inoculación de estrés, juego de roles, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, solución de problema o reestructuración cognitiva.

4.3.10. Manejo de contingencias y activación conductual

Sabemos que el desarrollo de un trastorno adictivo se debe a factores biológicos, ambientales y psicológicos, en donde tienen un papel central las leyes del aprendizaje (Tiffany *et al.*, 2004). De modo concreto, el consumo de drogas se mantiene por el reforzamiento positivo que la sustancia produce en la persona (p. ej., euforia, placer) y por el reforzamiento negativo (p. ej., consumo para evitar las consecuencias negativas del síndrome de abstinencia). Igual que aprendemos una conducta, también podemos aprender otra y extinguir la anterior o que pierda peso. En el tratamiento, esto lo hacemos mediante el manejo de contingencias, combinando el reforzamiento positivo y negativo, el castigo positivo y negativo y las distintas técnicas derivadas de los mismos (p. ej., extinción o control de estímulos) (Graña, 1994).

Son muchas las técnicas eficaces que se han desarrollado desde la perspectiva operante para tratar a las personas con problemas de consumo de sustancias, como la utilización de estímulos aversivos (p. ej. Antabús), reforzar conductas alternativas incompatibles con consumir drogas, extinción, desvanecimiento, o varias de las anteriores al mismo tiempo. También se utilizan los contratos de contingencias. Una parte de las estrategias y técnicas de prevención de recaídas usan los principios del aprendizaje.

Siempre tenemos que diseñar un programa de manejo de contingencias, implícita o explícitamente, con los pacientes que consumen sustancias. Algunas técnicas que hemos ya visto o veremos tienen gran relevancia (p. ej., técnica de control de estímulos, técnicas de autocontrol, etc.).

En los últimos años, también está adquiriendo gran relevancia la utilización de la activación conductual, una intervención que tiene como objetivo incrementar la implicación positiva del paciente en su ambiente, descender las conductas que mantienen el malestar emocional y resolver los problemas que impiden obtener placer y control de su vida (Dimidjian *et al.*, 2011). Aplicada inicialmente a la depresión, se ha extendido a otros problemas clínicos. En el caso del consumo de sustancias, utilizar los principios de manejo de contingencias y la activación conductual favorece obtener un mejor resultado terapéutico.

Es claro que cuando una persona no obtiene reforzamiento positivo de las interacciones con su ambiente, o cuando experimenta castigo en las interacciones con el mismo, es más probable que se deprima y que se implique en pocas conductas

adaptativas. Una de estas conductas es la de evitación (p. ej., aislamiento, rumiación, síndrome de abstinencia, consumo de alcohol, etc.). Así entra en un círculo vicioso del que no sabe cómo salir. La anhedonia y la fatiga se hacen más presentes y esto le lleva a implicarse menos en su ambiente; con ello tampoco tiene posibilidades de obtener reforzamiento positivo del mismo.

Lo que va a hacer la activación conductual es romper ese círculo vicioso a través de identificar esos patrones conductuales inadecuados (p. ej., cómo utiliza el tiempo y qué cantidad de reforzamiento positivo recibe de las actividades en las que se implica). Esto puede observarse fácilmente en un registro en el que indique de cada actividad el dominio (0-10) y el agrado (0-10) que le produce hacerla. A continuación se analizan las actividades agradables que puede hacer (mediante, p. ej., el Inventario de Actividades Agradables), para ir introduciendo varias de ellas en su vida diaria. Conforme las va poniendo en práctica, reduce su conducta de evitación y va obteniendo satisfacción con ellas. Esto ayuda a buscar metas a medio y a largo plazo y los patrones conductuales que pueden ayudarle a conseguirlas. Como es evidente, para lograr esto hay que usar con frecuencia, junto a la activación conductual, otras técnicas cognitivas (p. ej., terapia de solución de problemas, cambio de creencias irracionales, reestructuración cognitiva, etc.). Sabemos que el cambio conductual facilita el cambio cognitivo y viceversa. De ahí esta interacción.

4.3.11. Técnicas de autocontrol

Una meta importante en la intervención terapéutica es lograr que la persona autocontrole su conducta; esto es, que pueda tenerla bajo su manejo tanto al finalizar el tratamiento como posteriormente. A ello se orientan las técnicas de autocontrol. En los trastornos adictivos esto tiene, en ocasiones, una relevancia adicional ya que algunos programas no se van orientar a la abstinencia, sino al control de la conducta (p. ej., beber menos, fumar menos, jugar menos, etc.), y en ese caso hay que entrenar a la persona en técnicas y estrategias de autocontrol.

Las técnicas de autocontrol se orientan a que la persona conozca su conducta problema y sea capaz de afrontarla mediante técnicas que ha aprendido (autocontrolarse), y no llevarla a la práctica. Con el autocontrol se le enseñan estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. Se le entrena, por ejemplo, en el juego, en distintas técnicas para que no juegue, que aplase sus ganas de jugar o, en caso de que se produzca la conducta de juego, que lo haga de un modo poco problemático.

El terapeuta le ayuda a establecer condiciones favorables para el cambio, le entrena en técnicas para conseguirlo y le refuerza por los avances conseguidos. También le entrena en la aplicación de autorrefuerzos, en buscar apoyo en otras personas para mantener las ganancias conseguidas y que las personas de su ambiente le refuercen su abstinencia. Existen una serie de técnicas que se utilizan cuando se aplica un programa de

autocontrol (cuadro 4.7).

Cuadro 4.7. *Técnicas que se aplican en un programa de autocontrol*

<i>Técnicas de motivación para el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none">- Autoobservación.- Contratos conductuales.- Programación de tareas entre sesiones.
<i>Técnicas de control estimular</i>	<ul style="list-style-type: none">- Restricción física.- Eliminación de estímulos.- Cambiar los estímulos discriminativos.- Cambiar el medio social.- Modificar las propias condiciones físicas y fisiológicas.
<i>Técnicas de programación conductual</i>	<ul style="list-style-type: none">- Autorreforzamiento.- Autocastigo.- Procedimientos encubiertos.
<i>Técnicas cognitivas</i>	<ul style="list-style-type: none">- Autoinstrucciones.- Reatribución.

Para el buen diseño del programa de autocontrol, hay que hacer una evaluación conductual del problema que tiene la persona y adaptar el tratamiento, tanto a los avances que se van produciendo a lo largo del mismo como a la consecución de los objetivos iniciales e intermedios. También, las técnicas de autocontrol dan una gran importancia al mantenimiento de los cambios, especialmente a través de la utilización del autorrefuerzo, cuando la conducta la realiza en la dirección esperada, y el autocastigo, cuando se lleva a cabo la conducta indeseada. Finalmente, se aplican procedimientos cognitivos dentro del autocontrol, especialmente por las ideas, creencias, pensamientos o atribuciones erróneas que la persona tiene sobre su problema así como sobre el resultado del mismo.

4.3.12. El tratamiento de los problemas de comorbilidad

La presencia de psicopatología en las personas con problemas con el consumo de drogas es muy frecuente y complica el tratamiento de ambos trastornos. Las personas en las que coocurre un trastorno adictivo y otro trastorno mental requieren un tratamiento a largo plazo, tienen mayor riesgo de recaída en el trastorno mental o en el trastorno por consumo de sustancias, precisan un seguimiento más pormenorizado, tienen menores tasas de retención en tratamiento, pobre cumplimiento de la medicación, acuden más a los servicios de urgencias y requieren más hospitalizaciones psiquiátricas, mayores niveles de distrés psicológico, pobre funcionamiento psicosocial, altas tasas de violencia y suicidio, realizan más conductas de riesgo y tienen más problemas a nivel laboral, social y de salud (Hasin y Kilcoyne, 2012). Esto es, tienen un mayor nivel de gravedad del trastorno y una peor evolución del mismo, por lo que si esta psicopatología no se

identifica y se aborda en el tratamiento, el éxito de la intervención puede ser limitado (Pedrero *et al.*, 2004).

Debemos tener presente que en el campo de las adicciones es frecuente que la persona presente más de dos trastornos. Incluso se habla de paciente dual complicado o resiente cuando tiene un trastorno mental grave (trastorno esquizofrénico o trastorno bipolar), un trastorno de consumo de sustancias y otro trastorno mental asociado.

Respecto a las técnicas utilizadas, Drake *et al.* (2008) revisaron diversos tratamientos para personas con problemas con el consumo de sustancias y que también tenían problemas psicopatológicos. Encontraron que el manejo de contingencias, el tratamiento grupal y el tratamiento en régimen residencial, son tratamientos probablemente efectivos para estos pacientes. Además, apuntan que es preciso conocer en qué punto del tratamiento está el individuo, estadio de cambio, etc. El primer objetivo es la retención del paciente en el tratamiento para lo que el apoyo asertivo puede ser una herramienta útil, seguido de la motivación para poder abordar el problema con el consumo de drogas y la psicopatología, siendo las intervenciones individuales y las grupales las más adecuadas. Una vez que está motivado, es el momento de desarrollar habilidades para el manejo de los problemas que presenta a partir del entrenamiento en habilidades. Una vez que ha adquirido esas habilidades, debe practicarlas para garantizar el mantenimiento de los logros conseguidos.

Kavanagh y Connolly (2009a) apuntan que el tratamiento integrado de ambos problemas debe basarse en incrementar la motivación, plantear objetivos intermedios de reducción del daño, evitar la confrontación y realizar un seguimiento de la evolución del individuo, ya que los estresores ambientales y el conflicto social incrementan el riesgo de recaída en el consumo de drogas o en la psicopatología que padece; por ello, el tratamiento es a largo plazo (Drake *et al.*, 2008). Además, Verheul y Van den Brink (2004) señalan que cuando está presente uno o más trastornos de personalidad ello obliga a un tratamiento adicional en el que los principales problemas van a estar en la relación terapéutica, la resistencia al cambio y el abandono del tratamiento.

Cuadro 4.8. *Aportaciones desde la investigación para el abordaje de la coexistencia de consumo de drogas y psicopatología*

<i>Resultados de las investigaciones</i>	<i>Recomendaciones para la práctica clínica</i>
Alta prevalencia de consumo de drogas y psicopatología conjuntamente.	Realizar de forma rutinaria la evaluación de la presencia de psicopatología entre los consumidores de drogas.
Mayor prevalencia entre los hombres jóvenes.	Diseñar programas atractivos y de fácil acceso para los grupos de riesgo.
Frecuentemente hay más de dos áreas sobre las que intervenir (no solo es dual).	En la evaluación y el diseño de la intervención deben tenerse en cuenta toda la problemática que presenta el individuo.
El tabaco es consumido con más frecuencia entre esta población, con graves consecuencias para la salud.	Abordar en el tratamiento todos los problemas con el consumo de drogas, incluyendo el tabaco.
Las relaciones que se establecen entre el consumo de drogas y la psicopatología son muy variadas.	Necesidad de realizar el análisis funcional para el diseño de la intervención.
Hay una influencia mutua entre el consumo de drogas y la psicopatología.	Tener en cuenta la comorbilidad en la evaluación y el tratamiento. Realizar tratamientos integrados. Proporcionar a los profesionales habilidades y conocimientos necesarios para el manejo de este tipo de pacientes.
No es adecuado que el tratamiento de estos pacientes se lleve a cabo desde distintos centros o servicios.	Proporcionar tratamientos que sean coherentes, accesibles y de calidad. Que un único equipo de profesionales sea responsable del tratamiento integral del paciente. Si el tratamiento se realiza desde distintos dispositivos, debe llevarse a cabo coordinadamente.
La presencia de problemas con el consumo de drogas y psicopatología implica cambios en el abordaje de la motivación.	Incrementar los incentivos para el cambio y la búsqueda de tratamiento y, de manera habitual, aplicar intervenciones motivacionales. Aplicar refuerzos externos incrementa la retención en el tratamiento y alcanzar de forma más rápida los objetivos, pero es importante desarrollar el refuerzo interno para el mantenimiento.
Los logros iniciales pueden ser inestables y parciales, pero a largo plazo el éxito del tratamiento es posible.	La retención en el tratamiento como objetivo a trabajar. Proporcionar apoyo cuando el riesgo de recaída es elevado. Hacer una planificación a largo plazo, hasta que los logros alcanzados sean estables. Reconocer y reforzar los logros parciales o transitorios.
Las recaídas pueden ser consecuencia del estrés y de conflictos.	Evitar la confrontación. Detectar e intentar abordar las reacciones sociales negativas. Considerar el entrenamiento en manejo del estrés y la resistencia al uso de sustancias cuando hay un estado disfórico.

Fuente: Modificado de Kavanagh y Connolly (2009a).

Becoña *et al.* (2009) señalan, a partir de la revisión de estudios sobre el tratamiento psicológico de personas con trastorno por consumo de drogas y psicopatología que:

- a) La terapia cognitivo-conductual (p. ej., terapia de solución de problemas) es

eficaz a corto plazo, en cuanto a la reducción del consumo de drogas y mejora de las relaciones familiares, en el tratamiento de adolescentes con problemas de consumo de drogas y problemas psicopatológicos.

- b) La terapia cognitivo-conductual (sola o con tratamiento farmacológico) es eficaz en el tratamiento de personas que presentan consumo de drogas y un trastorno depresivo, aunque parece que al finalizar el tratamiento parte de esta mejoría se pierde.
- c) El manejo de contingencias es eficaz en el tratamiento de la dependencia de la cocaína en personas con trastorno de personalidad antisocial que están en un programa de mantenimiento con metadona.
- d) La terapia dialéctica es eficaz en el tratamiento de personas que tienen problemas con el consumo de drogas y un trastorno de personalidad límite.
- e) La terapia cognitivo-conductual es eficaz en el tratamiento de adolescentes con problemas con el consumo de alcohol y tendencia al suicidio.
- f) Distintos tratamientos psicológicos (tratamiento cognitivo-conductual y terapia de aceptación y compromiso) son eficaces en pacientes que presentan problemas con el consumo de sustancias y trastorno por estrés postraumático.

4.3.13. *El tratamiento de los problemas maritales y familiares*

Las conductas adictivas inciden de modo muy acusado en la vida de la persona, en su familia o pareja. Esta es una de las áreas más afectadas, encontrándose en ocasiones sus personas más queridas “presas” de su proceso adictivo. Si este se ha mantenido en el tiempo, han sufrido directamente el desapego, el deterioro físico, los problemas con sus amigos, con la justicia, etc., de ese miembro de la familia o pareja.

Una vez que ha entrado en tratamiento, es necesario intervenir en la pareja, si es el caso, con terapia de pareja (Becoña *et al.*, 2008). Y, si la familia nuclear o más extensa es la afectada, mediante terapia familiar. La terapia de pareja es un tipo de terapia específica que pretende mejorar la comunicación entre ambos, conseguir un incremento en el intercambio de refuerzos entre los dos miembros de la pareja y solucionar entre ellos los problemas que les vayan surgiendo, entrenándoles en técnicas de solución de problemas. También es necesario entrenarlos en aquellos otros aspectos que les inciden en dicha relación (p. ej., manejo de los hijos, problemas sexuales de uno de los miembros, etc.).

La terapia familiar tiene su aplicación cuando hay una afectación de toda la familia ante una adicción, por las relaciones peculiares que se establecen entre el adicto y uno o más miembros de la familia. Suele ser aplicable cuando el adicto es joven y vive con su familia. La terapia familiar suele partir mayoritariamente del concepto de sistema, entendiendo que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de otros miembros de la familia. Esto es, la conducta de un miembro no se puede entender aislada de la de los demás. Cada familia desarrolla patrones de

comunicación y secuencias de conductas para mantener el equilibrio entre sus miembros. La terapia familiar conductual va a entrenar a los miembros de la familia en técnicas de manejo de contingencias (p. ej., contratos conductuales), entrenamiento en habilidades de solución de problemas y de comunicación, intercambio de conductas, observación de la propia conducta y la de los demás, intercambio de refuerzos entre los distintos miembros de la familia, cambio de expectativas y atribuciones negativas, reducir los estados emocionales negativos, etc.

Cuando la persona consigue la abstinencia, o deja de hacer la conducta adictiva, hay que estar atento a posibles cambios en la estructura relacional de la familia que puede facilitar la recaída. Tener comprometida a la familia en el tratamiento puede evitar lo anterior, junto a un adecuado manejo de los conflictos subyacentes o manifiestos en la familia y disponer de adecuadas habilidades de comunicación y de solución de problemas. Los problemas que hay que manejar para poder lograr todo lo anterior son tener unas claras normas de convivencia, de jerarquía y de comunicación dentro de la familia y que el padre se implique en la familia y en el problema que tiene su hijo y no deje todo el peso en la madre, desentendiéndose del problema. De ahí que, en algunos casos, la intervención se hace más amplia y compleja de lo que puede parecer en un principio cuando otros miembros distintos al individuo, como es en este caso la familia, facilitan o pueden mantener en parte su problema. Por ello, en ocasiones, la terapia familiar se lleva a cabo solo con los padres, o en grupos de padres, para entrenar a estos en el manejo de sus hijos y para que tengan una adecuada implicación emocional con ellos y un comportamiento que les facilite la recuperación.

4.3.14. *Terapia en grupo*

La terapia grupal es una modalidad terapéutica que se utiliza con frecuencia para el tratamiento de las personas con distintas adicciones (Becoña *et al.*, 2008). Junto al tratamiento individual, y las otras intervenciones que pueda estar llevando a cabo el paciente, la terapia grupal suele ser habitual, especialmente en las personas que acuden a los centros de drogodependencias y a las asociaciones de autoayuda, en donde la misma es una parte esencial del tratamiento.

Es importante diferenciar la *terapia de grupo* de la *terapia en grupo*. Por ejemplo Rose (1998: 320) define la terapia grupal cognitivo-conductual como “una aproximación que ocurre en grupos y que hace uso de métodos de cambio conductuales (p. ej., modelado y reforzamiento), cognitivos (p. ej., reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, solución de problemas) y relacional, así como procedimientos de grupo para mejorar las habilidades de afrontamiento de los participantes y para resolver o aminorar los problemas relacionados que pueden estar experimentando. Las habilidades de afrontamiento se refieren al grupo de conductas y cogniciones que facilitan la adaptación a las situaciones cotidianas estresantes o problemáticas”. En cambio, en la terapia de grupo el objetivo es que las personas pongan en común sus experiencias

esperando que ello ayude a su proceso de curación. Además existen distintos tipos de terapia de grupo.

A nivel práctico lo que diferencia el tratamiento *en* grupo del tratamiento *de* grupo o terapia de grupo, es que el primero se caracteriza por un mayor grado de dirección y de intervención del terapeuta, se centra más en las conductas individuales de los miembros del grupo, siendo en este tipo de tratamiento más relevante la relación de los miembros del grupo con el terapeuta. Esto es, cada individuo es el centro del tratamiento que lleva a cabo el terapeuta. En modo alguno el grupo como tal grupo es el centro del tratamiento. Por el contrario, en el tratamiento de grupo, la influencia del grupo sobre sus miembros es mayor, el tratamiento está orientado grupalmente, a todo el grupo, y se promueven, facilitan y animan las interacciones entre sus miembros. Mientras que la finalidad del tratamiento en grupo es maximizar la eficacia del trabajo del terapeuta, la del tratamiento de grupo es potenciar la eficacia terapéutica de los procesos de grupo (Méndez *et al.*, 1993).

Los tratamientos en grupo suelen tener varias fases: educativa, entrenamiento en habilidades, aplicación para la ejecución, consolidación y generalización, y mantenimiento o prevención de la recaída. Una ventaja de la terapia en grupo es que aparece más información entre los miembros del grupo, expresan más alternativas ante su problema, cómo pueden abordarlo, mayor retroalimentación entre los miembros del grupo, mayor posibilidad de generalización de lo aprendido, mayor adherencia a las tareas para casa, y todo ello guiado desde principio a fin por un terapeuta, que guía el proceso de cambio de principio a fin para cada uno de los miembros del grupo, aunque el tratamiento se lleve a cabo para todos, aunque muchos de los asistentes creen que lo importante es el grupo, no el individuo, cuando realmente en la terapia en grupo lo importante es el individuo, no el grupo.

El objetivo que se pretende con la terapia de grupo es el mismo que el que se pretende con la terapia individual pero en un formato de grupo y con las dinámicas propias que se van desarrollando dentro de cada grupo: le permite al paciente compararse con otros, tener apoyo, aprender estrategias y técnicas de control, adquirir habilidades y asumir normas de funcionamiento del grupo. Los objetivos centrales del mismo se van a centrar en solucionar problemas y realizar tareas que le lleven a la abstinencia o le permita mantener la misma para, finalmente, poder cambiar su estilo de vida.

4.3.15. *Prevención de la recaída*

Desde el surgimiento del modelo de Marlatt y Gordon (1985) sobre prevención de la recaída, esta se ha convertido en un elemento imprescindible para cualquier tratamiento que se ponga en práctica en el campo de las adicciones. El motivo de tal interés es que del 50 al 75% de las personas que dejen de consumir una sustancia recaerán a lo largo del siguiente año. Por ello, recaer es una parte del proceso adictivo, como una oportunidad para entrenar a la persona en su proceso adictivo; es, por tanto, “una parte

natural del proceso de cambio y no representa un fracaso” (Parks *et al.*, 2004). Por ello, es conveniente tener sesiones adicionales, de mantenimiento o seguimiento, una vez dada el alta del tratamiento, por si se producen situaciones de recaída cara a que se pase en poco tiempo de la recaída a la abstinencia. Estamos hablando de una conducta aprendida, desde la perspectiva cognitivo-conductual, y el desaprendizaje lleva su tiempo, que varía de unas a otras personas.

En la prevención de la recaída se distingue entre caída y recaída (Marlatt, 1993). La primera es un consumo puntual o un desliz; la segunda, es el restablecimiento de un hábito previamente eliminado, como consecuencia de no responder adecuadamente a las situaciones de caída.

Un concepto central en la prevención de la recaída es el de *situaciones de alto riesgo*. Si tiene estrategias adecuadas de afrontamiento, estas llevan a un incremento de la autoeficacia y con ello disminuirá la probabilidad de recaída. En caso de no tener adecuadas estrategias de afrontamiento, se produce una disminución en la autoeficacia y se tienen expectativas de resultado negativas. Esto facilita el uso inicial de la sustancia, llevando al efecto de violación de la abstinencia y a los efectos percibidos por la sustancia. Todo ello incrementa la probabilidad de recaída, de ahí que la prevención de la recaída se centre tanto en incrementar las respuestas de afrontamiento eficaz como en manejar los efectos de la violación de la abstinencia. Sabemos que en los primeros 90 días después de abandonar el tratamiento es cuando hay mayor riesgo de recaída, aunque después de ese tiempo no baja la probabilidad de recaída a cero.

Cuando la persona maneja bien las situaciones de alto riesgo se le incrementa su sentido de dominio y la percepción de autocontrol o de autoeficacia. Si recae le descende su sentido de autoeficacia. Esto suele llevar al denominado *efecto de violación de la abstinencia*. Este se compone de dos elementos cognitivos clave: la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpase a uno mismo como causa de la recaída) debido a factores internos incontrolables, así como algunas veces la anticipación de los efectos positivos en relación a la droga o al juego. La combinación de estos tres componentes predisponen al paciente a una recaída total.

Witkiewitz y Marlatt (2004) han reconceptualizado parte del modelo de Marlatt en lo que atañe a los determinantes de la recaída. Según este modelo, tendríamos tanto determinantes intrapersonales como interpersonales de la recaída. Dentro de las determinantes intrapersonales se encuentran la autoeficacia, las expectativas de resultado, el craving, la motivación, el afrontamiento y los estados emocionales. La autoeficacia, o grado en que un individuo se siente seguro y capaz de llevar a cabo una cierta conducta en un contexto situacional específico (Bandura, 1977), es un elemento central en este modelo. Sabemos que un nivel mayor de autoeficacia es un buen predictor del resultado del tratamiento e incrementar la autoeficacia ayuda a mejorar dicho resultado (López-Torrecillas *et al.*, 2002). Las expectativas de resultado, o la anticipación que hace el individuo sobre los efectos de una experiencia futura, influyen también en lograr buenos resultados en el tratamiento.

El craving es un concepto central en las adicciones, poco estudiado y difícil de

apresar. Lo define como un deseo subjetivo de experimentar los efectos deseados de una conducta. Como indican Witkiewitz y Marlatt (2004), el craving es un pobre predictor de la recaída pero la recaída puede ser predicha de los correlatos y mecanismos subyacentes al mismo. En este sentido sabemos de la importancia que tienen los indicios (o estímulos concretos) como disparadores del craving y de la recaída (Allen et al., 2008; Bagot et al., 2007). Niaura (2000) ha desarrollado un modelo regulatorio dinámico de la recaída en drogas en el que propone que los indicios activan los procesos atencionales, el craving, las expectativas de resultado positivas y las respuestas fisiológicas. Partiendo de esto, propone que la evaluación de la reactividad a los indicios puede ser utilizada para identificar las situaciones de alto riesgo de recaída.

Cuadro 4.9. *Algunos conceptos importantes en la prevención de la recaída*

<i>Caída</i>	Es un retorno breve a la conducta adictiva en un momento concreto del tiempo, es decir, una pérdida de control puntual sobre la conducta, que puede llevar a la persona a realizar la conducta de forma esporádica.
<i>Recaída</i>	Es la vuelta a la conducta adictiva anterior de forma regular.
<i>Situación de alto riesgo</i>	Es cualquier situación que representa una amenaza para la sensación de control de la persona abstinentes y que aumenta su riesgo de recaída.
<i>Programa de prevención de recaídas</i>	Es un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos para que sean capaces de afrontar las situaciones de alto riesgo.

Otro componente de los factores intrapersonales es la motivación. Consideran que esta se relaciona con la recaída de dos modos distintos: la motivación para el cambio de conducta positiva y la motivación para implicarse en la conducta problemática. La motivación a cambiar suele estar relacionada con la autoeficacia y con las expectativas de resultado. También el reforzamiento, positivo o negativo, tiene aquí un importante papel en la motivación.

Junto a lo anterior, el nuevo modelo de recaída se encuadra dentro de un sistema complejo y multidimensional en el que se ponen en relación disposiciones, contextos y experiencias pasadas y actuales, aunque poniendo el énfasis en la dinámica situacional más que en los cambios del desarrollo. Utiliza para ello los principios de la autoorganización incorporando factores antecedentes (p. ej., años de dependencia, historia familiar, apoyo social y psicopatología comórbida), estados fisiológicos (p. ej., síntomas de abstinencia físicos), procesos cognitivos (p. ej., autoeficacia, expectativas de resultado, craving, efecto de violación de la abstinencia, motivación) y habilidades de afrontamiento. A su vez, considera que hay factores de riesgo de recaída distales y próximos. Los distales serían predisposiciones estables que incrementan la vulnerabilidad individual a la caída, mientras que los próximos serían precipitantes inmediatos que aumentan el riesgo de una caída.

El modelo de prevención de la recaída considera las adicciones como un hábito adquirido que puede cambiarse aplicando los principios del condicionamiento clásico, operante y vicario. Además, da una gran importancia a los factores cognitivos implicados

en la recaída. Las estrategias de prevención de la recaída se orientan a anticipar y prevenir la ocurrencia de recaídas después del tratamiento y como ayudar a los pacientes a afrontar la recaída si se produce. Es un programa de autocontrol donde se enseña a los pacientes a anticipar y a afrontar eficazmente los problemas que aparezcan después del tratamiento o en el seguimiento. Por ello, la prevención de la recaída se puede aplicar como estrategia de mantenimiento, para prevenir la recaída, o con un enfoque más general para cambiar el estilo de vida.

Las causas principales de la recaída en las adicciones son los estados emocionales negativos, conflicto interpersonal y presión social (p. ej., Marlatt y Donovan, 2005). Los estados emocionales negativos son situaciones en las que las personas experimentan un estado emocional, y de ánimo o sentimientos negativos, como frustración, ira, ansiedad, depresión o aburrimiento, antes o al mismo tiempo que la ocurrencia de la primera caída. Los conflictos interpersonales son situaciones que incluyen un conflicto actual o reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, como el matrimonio, los miembros de la familia, relaciones en el trabajo, etc. La presión social se refiere a situaciones en las que responde a la influencia de otra u otras personas que ejercen presión para involucrarlo de nuevo en el consumo de sustancias.

Si la persona es capaz de ejecutar una respuesta de afrontamiento eficaz en una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaída disminuye. Al afrontar exitosamente una situación de alto riesgo es probable que experimente una sensación de dominio y percepción de control, generándose una expectativa de ser capaz de afrontar eficazmente otras situaciones de riesgo que se le vayan presentando (autoeficacia). Si esto se repite adquirirá una mayor percepción de control y disminuirá la probabilidad de recaída. Si, en cambio, no es capaz de afrontar con eficacia una situación de alto riesgo, y si tiene una expectativa positiva de volver a realizar la conducta adictiva, aumenta la probabilidad de recaída.

Hay tres principales estrategias para utilizar en los procesos de prevención de la recaída (Parks *et al.*, 2004):

1. Estrategias de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, que incluyen tanto técnicas conductuales como cognitivas para afrontar adecuadamente las situaciones de alto riesgo y mejorar la autoeficacia.
2. Procedimientos de terapia cognitiva para entrenarle en corregir las distorsiones cognitivas e introducir estrategias de afrontamiento basadas en la imaginación para afrontar las urgencias y el craving.
3. Estrategias de modificación del estilo de vida. Se orientan a desarrollar y mantener una nueva identidad social con individuos no consumidores, o que no llevan a cabo la conducta adictiva, rompiendo con sus antiguos amigos consumidores de drogas, desarrollando nuevos intereses y contactos sociales y aprendiendo nuevos métodos de afrontar las emociones negativas. Se puede usar para ello ejercicio, meditación, adquirir nuevos hábitos saludables, de ocio y tiempo libre, etc., con el objetivo de reducir la frecuencia e intensidad del

deseo de consumir sustancias.

Cuadro 4.10. *Estrategias de prevención de la recaída*

<p><i>Estrategias de intervención específicas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Evaluar las situaciones de alto riesgo. b) Evaluar las habilidades de afrontamiento. c) Entrenar las habilidades de afrontamiento. <ul style="list-style-type: none"> – Control de estímulos (evitación, escape o retraso de la acción). – Habilidades de afrontamiento (técnicas para la reducción del miedo o la ansiedad (p. ej., relajación, desensibilización sistemática, entrenamiento en solución de problemas, ensayo de conducta, etc.). – Ensayo de recaída (a nivel imaginario o con <i>role-playing</i>). – Entrenamiento en relajación y en el manejo del estrés (p. ej., meditación, relajación, ejercicio, técnicas de manejo del estrés, etc.). d) Mejora de la autoeficacia. e) Desafío de las expectativas de resultado positivas de consumo. f) Afrontar las recaídas y el efecto de violación de la abstinencia (procedimientos de emergencia de recaída, cartulinas de recuerdo).
<p><i>Estrategias de intervención globales</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Evaluación del estilo de vida equilibrado (a nivel de familia, empleo, satisfacción laboral, situación financiera, creencias, etc.). b) Incrementar el estilo de vida equilibrado o procedimientos de modificación del estilo de vida. c) Afrontar los deseos de darse el gusto de consumir y sustituirlos por otros más adaptativos sin consumir.
<p><i>Afrontamiento del craving y las urgencias al consumir</i></p>	<p>Utilizar la técnica de control de estímulos.</p>

Fuente: Parks *et al.* (2004).

Las estrategias globales y específicas de prevención de la recaída ([cuadro 4.10](#)) pueden agruparse en tres categorías: entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva y cambio en el estilo de vida. Las de entrenamiento en habilidades consisten en respuestas comportamentales y cognitivas para afrontar situaciones de alto riesgo. Los procedimientos de reestructuración cognitiva están dirigidos a proveer a los pacientes de cogniciones alternativas para manejar los impulsos y señales iniciales y reestructurar las reacciones que se produzcan en la primera caída. Las estrategias dirigidas al cambio en el estilo de vida están dirigidas a fortalecer la capacidad global de afrontamiento del paciente y a reducir la frecuencia e intensidad de los impulsos y deseos irresistibles de consumir o jugar que a menudo son el producto de un estilo de vida desequilibrado.

Dentro de las técnicas de prevención de la recaída que se aplican están los programas de reestructuración cognitiva, el entrenamiento en identificación y control de estímulos, exposición a estímulos en vivo (reales) o a nivel imaginado, detención del pensamiento, condicionamiento encubierto, programas de refuerzo externo, etc. Es muy importante que los pacientes identifiquen sus emociones y aprendan que las mismas les pueden llevar a recaer. Para que ello no ocurra deben saber cómo afrontar eficazmente las mismas (p. ej., es de gran relevancia reducir el estrés que las mismas le producen, o reducir su exposición a situaciones que le acarrearán un incremento del estrés).

Si en una situación de alto riesgo el paciente anticipa lo que le puede ocurrir (p. ej., cuando pasa por delante del bar en el que habitualmente jugaba o ante el bar en el que adquiriría la sustancia) y tiene una sensación extraña semejante a cuando entraba y jugaba o consumía la droga, puede poner en marcha distintas estrategias para afrontarla, especialmente cuando tiene urgencias, para así poder hacerle frente y no caer o recaer de nuevo en el juego o en el consumo de la droga.

4.3.16. Cambio a un estilo de vida saludable

Desde la perspectiva cognitivo-conductual las adicciones se deben a una conducta aprendida que hay que desaprender. Y ese aprendizaje se ve favorecido si hay un cambio hacia un estilo de vida distinto al anterior, en donde las adicciones ocupen menos lugar que antes, o ninguno, y en cambio aparezcan elementos nuevos en su vida más gratificantes y agradables, que compitan con las conductas anteriores inadecuadas que llevaba a cabo.

Entre este nuevo estilo de vida está el llevar a cabo comportamientos de vida saludable, desde los básicos de salud física ([cuadro 4.11](#)), hasta los que mejoran y potencian la salud psicológica (p. ej., tener un adecuado apoyo social (p. ej., amigos, compañeros de trabajo, etc.), contar con la pareja y familia para sus dudas y problemas, tener un buen nivel de reforzamiento o saber cómo obtener reforzadores en su vida

cotidiana, tener metas a corto, medio y largo plazo y expectativas de futuro, adquirir un sentido positivo ante sí mismo, los demás y lo que le rodea, saber ocupar el tiempo libre, saber tomar decisiones, conocerse mejor en función de su historia pasada, etc.). También saber controlar las situaciones de ansiedad y estrés, el bajo estado de ánimo negativo, las tentaciones y el craving, etc.; y pedir ayuda cuando lo precise. En suma, poner en práctica todo lo aprendido durante el tratamiento y verse como una persona distinta ahora que no consume, pero distinta por lo que ha ganado y no por lo que ha perdido al dejar de consumir la sustancia.

Cuadro 4.11. *Comportamientos más aconsejables para una vida saludable*

- Dormir siete u ocho horas cada día.
 - Desayunar cada mañana.
 - Nunca o rara vez comer entre comidas.
 - Aproximarse al peso conveniente en función de la talla.
 - No fumar.
 - Usar moderadamente el alcohol u optar por un comportamiento abstemio.
 - Evitar el consumo de drogas ilegales.
 - Realizar con regularidad alguna actividad física.
 - Tener comportamientos de sexo seguro.
 - Hacerse chequeos de salud generales (p. ej., analíticas) o para problemas físicos específicos (p. ej., dentales, visuales, cardiovasculares, etc.).
 - Reducir los comportamientos de estrés.
-

Fuente: Matarazzo (1984) y Becoña y Oblitas (2006).

4.4. Otras cuestiones relevantes relacionadas con el tratamiento

A continuación indicamos otras cuestiones que son relevantes para el tratamiento y que debemos tener en cuenta tanto en la evaluación como a lo largo del tratamiento.

- *Etapa de la vida.* No es lo mismo tratar a un adolescente que a un adulto o una persona mayor. Varía su nivel de motivación, su aprendizaje y sus metas en la vida.
- *Sexo.* La mayoría de las personas que tienen problemas con el consumo de sustancias, sobre todo en los máximos niveles de gravedad, son los varones. Cuando la adicta es una mujer, su problemática familiar, social o con sus hijos, si los tiene, es mayor.
- *Nivel de estudios.* El nivel de estudios puede influir en la adherencia y seguimiento del tratamiento, relacionado sobre todo con tener más o menos conocimientos y habilidades de afrontamiento y ante la vida.
- *Número de drogas que consume.* El número de drogas que consume la persona cuando demanda tratamiento va a incidir en el pronóstico de los resultados del

tratamiento. No es lo mismo tener problemas de dependencia con una que con varias sustancias; ni tener problemas de dependencia con una sustancia pero consumir de modo importante otras. A mayor número de drogas consumidas, mayor el trabajo terapéutico y más largo el tratamiento.

- *Apoyo social.* Ya hemos comentado anteriormente la relevancia del apoyo social, sobre todo familiar, para que el tratamiento tenga éxito. Si este existe debemos potenciarlo (pareja, familia, amigos, etc.). En caso de que no lo tenga, hay que entrenarlo en que lo obtenga o facilitarle acudir a asociaciones o a grupos en donde pueda hacerlo.
- *Problemas legales.* Cuando la persona adicta tiene problemas legales, el tratamiento suele hacerse más complejo, o las demandas van a ser distintas, sobre todo si quiere utilizar el tratamiento como eximente, más allá de lo que permite la ley. También en ocasiones los problemas legales bloquean avanzar en el tratamiento, al aparecer bajo estado de ánimo, problemas familiares, juicios, encarcelamiento, etc.
- *Problemas físicos.* Los problemas físicos debidos al consumo de sustancias son frecuentes en casi todas ellas (p. ej., alcohol). Como ya indicamos, en ocasiones las personas acuden a tratamiento precisamente por los problemas físicos que le ha causado su consumo de drogas. También suele ser frecuente remitirlo al médico o al especialista para que le revise médicamente porque él no quiere hacerlo.
- *Embarazo.* Cuando la mujer es adicta y está embarazada hay que prestarle una atención especial. El riesgo en este caso no solo es para ella sino para su futuro hijo. El niño puede nacer con síndrome de abstinencia (p. ej., síndrome alcohólico fetal).
- *La adicción no es una enfermedad, es una conducta aprendida.* Para los psicólogos las adicciones no son enfermedades; esto lo sostiene el modelo médico más biológico, a pesar de no existir evidencia para ello. Para nosotros una adicción es una conducta aprendida. Esto es importante que lo sepa el paciente. Si él cree que tiene una enfermedad también sabe que poco puede hacer; otros tienen que ayudarlo a que se cure. Pero si se le transmite que él es responsable de sus acciones, de sus actos, la cosa cambia. Así sabe que él puede cambiar su conducta y que tiene que trabajar para hacerlo.
- *Hay pacientes que pueden dejar de consumir por ellos mismos.* Hay un porcentaje de pacientes que abandonan el consumo de drogas y otras adicciones por ellos mismos. Es lo que se conoce como “autoabandono”. Debemos tenerlo en cuenta y potenciarlo si ocurre.
- *Abstinencia, control del consumo y reducción de daños.* Debemos saber que la abstinencia no es el único objetivo terapéutica en adicciones, hay otros. Estos son los de control o autocontrol del consumo, o la reducción de daños, que se orienta a aquellas personas que siguen consumiendo (p. ej., heroína) y en donde nuestro objetivo es que su consumo le sea lo menos perjudicial posible.

Estamos claramente ante un continuo en donde la decisión de usar una u otra estrategia va a depender de la sustancia, del paciente y del dispositivo asistencial.

- *Programa de mantenimiento con sustitutivos.* Hay un tipo de tratamiento en donde el objetivo es cambiar una droga ilegal (p. ej., heroína) por otra droga en forma de medicamento (p. ej., metadona). Son los programas de mantenimiento con sustitutivos que veremos en el capítulo de tratamiento de la heroína.

Tratamiento de la dependencia del alcohol

5.1. Introducción

El consumo de alcohol está muy extendido en nuestra sociedad. Si hablamos de él como sustancia psicoactiva, tenemos que decir que es nuestra droga “social” por ser la que lleva más tiempo en nuestra cultura, desde hace miles de años, a diferencia de otras que se han introducido más recientemente. Este alto consumo, por sus propiedades psicoactivas, produce en una parte de sus consumidores la falta de control ante el mismo, y lleva, en los casos más graves, a un problema de dependencia del alcohol cuyas consecuencias negativas van a requerir tratamiento.

Las personas que tienen que dejar el alcohol deben pasar por varias fases de este proceso, que se pueden resumir brevemente en: 1) desintoxicación, 2) deshabitación y 3) mantenimiento de la abstinencia. En la fase de deshabitación va a ser necesario que la persona deje de beber. Para ello, suele pasar por una desintoxicación que hará el médico o psiquiatra, que en la mayoría de los casos se hará ambulatoriamente. Las otras fases de deshabitación y de mantenimiento de la abstinencia suelen ser realizadas habitualmente por el psicólogo con técnicas cognitivo-conductuales que han mostrado ser eficaces en su tratamiento y son el tratamiento de elección. También suele ser frecuente que el tratamiento psicológico sea una consecuencia de tener una enfermedad física producida por el alcohol, que es lo que le ha llevado a demandar tratamiento para dejar de beber, de modo voluntario u obligado por esa circunstancia.

El modelo cognitivo-conductual en el tratamiento del alcoholismo asume que el alcohol es un poderoso reforzador capaz de mantener la autoadministración de alcohol, ya que es un hábito desadaptativo adquirido a través de la interacción de procesos de condicionamiento clásico, operante y mediación cognitiva (Parks *et al.*, 2004). Con frecuencia las conductas adictivas son una respuesta de afrontamiento desadaptativo cuando la persona la utiliza como medio principal para afrontar las situaciones de estrés de su vida cotidiana. Este modelo es claramente distinto del modelo clásico de enfermedad o biológico. En el modelo conductual se atribuye responsabilidad al individuo de su problema, por ser una conducta aprendida. Nótese que en algunos casos extremos del modelo de enfermedad, se le indica a la persona que su problema está del todo fuera de su responsabilidad, como cuando el problema se le atribuye a una predisposición

biológica. La terapia cognitivo-conductual en el alcoholismo sigue mayoritariamente la teoría del aprendizaje social de Bandura y el modelo de Marlatt, donde se ve el trastorno adictivo como el resultado de la interacción de factores biológicos, incluso genéticos, junto a los psicológicos y sociales.

El objetivo del tratamiento va a dirigirse a disminuir la preferencia de la persona por el alcohol al tiempo que se incrementa su preferencia por otras actividades que van a posibilitar mantener un funcionamiento adaptativo a largo plazo sin alcohol. Esto se hará mediante el entrenamiento en distintas habilidades que le permitan dejar de beber y mantenerse abstemio. Al entenderse el abuso del alcohol dentro de un continuo de uso-abuso el objetivo de la intervención se orienta a cambiar aquellas conductas relacionadas con el consumo de alcohol y, para algunos individuos, puede ser posible entrenarlos en un uso de la sustancia –como así hacen muchos ciudadanos– no problemática. Es lo que se llama el beber controlado (Sobell y Sobell, 1978) o más recientemente la reducción de daños en el alcohol (McCambridge *et al.*, 2014). Por ello el objetivo puede ser la abstinencia o el consumo controlado de alcohol. Además, la terapia cognitiva-conductual evita el estigma de estas personas.

Otro aspecto relevante es que los tratamientos conductuales se llevan a cabo en el propio medio del individuo. La desintoxicación a veces se hace en una corta estancia hospitalaria, aunque lo habitual es que sea ambulatoria. También suele ser frecuente que a la persona se le detecten los problemas con el alcohol por un internamiento debido a problemas de tipo físico (p. ej., cirrosis).

5.2. Evaluación y análisis funcional

La evaluación del alcoholismo debe considerarse desde una perspectiva multidimensional. La historia de dependencia alcohólica de un individuo es resultado de una interrelación de factores biológicos, psicológicos y ambientales. La evaluación hay que abordarla desde una perspectiva amplia y exhaustiva. Junto a la evaluación conductual es necesario una amplia exploración clínica y la utilización de marcadores biológicos, cuando se quiere confirmar el diagnóstico, se cree necesario o se trabaja en un equipo multidisciplinar.

Para evaluar parámetros de consumo, tales como la dependencia del alcohol, la severidad del problema, la frecuencia y la cantidad de consumo, etc., contamos con varios instrumentos que tienen buena sensibilidad para detectar el alcoholismo. El cuestionario más utilizado en la clínica es el AUDIT y en atención primaria el CAGE (ver [capítulo 3](#)). Igualmente, debemos utilizar instrumentos de *screening* y escalas psicométricas para evaluar otros posibles problemas asociados al consumo de alcohol como ansiedad, depresión, déficits de asertividad, ajuste marital, locus de control, etc. También es útil conocer en qué estadio de cambio está y su funcionamiento cognitivo (p. ej., con el Minimental). Muchas personas con alcoholismo tienen déficits cognitivos, especialmente en las áreas del razonamiento abstracto, memoria y solución de problemas. Dado que el funcionamiento verbal suele ser normal, estos problemas no siempre son

aparentes de modo inmediato.

Es relevante evaluar la presencia de otros trastornos que pueden estar asociados con la dependencia del alcohol en el momento de la evaluación, así como la existencia de trastornos mentales y de abuso de sustancias en el pasado y actualmente. Entre los trastornos más frecuentemente asociados en varones se encuentra la personalidad antisocial, otros trastornos por abuso de sustancias, trastorno depresivo mayor, agorafobia y fobia social; en mujeres, trastorno depresivo mayor, agorafobia, otros trastornos por abuso de sustancias y personalidad antisocial (The Plinius Maior Society, 1995). Hay que tener cuidado, especialmente en personas mayores, ya que en ocasiones se solapa la sintomatología alcohólica con la de otros trastornos (p. ej., problemas de sueño, bajo deseo sexual, problemas cognitivos y de memoria, etc.). También hay que preguntarles si han tenido abuso físico o sexual en la infancia, por la alta prevalencia en estos casos.

Ya vimos en el [capítulo 3](#) los límites seguros para el consumo de alcohol en una persona sana, en gramos y unidades de bebida estándar. Para calcular la cantidad de gramos consumidos diariamente o el número de unidades de bebida, solo hay que transformar ([cuadro 5.1](#)) cada cerveza o vaso de vino en una unidad, equivalente a 10 gr. (1 UBE) y un vaso o copa de destilado en dos unidades, equivalentes a 20 gr. (2 UBE).

Cuadro 5.1. *Unidades de bebida estándar en España*

<i>Bebida</i>	<i>Gramos</i>	<i>Unidad de bebida estándar (UBE)</i>
Cerveza	10	1
Vino	10	1
Destilado	20	2

Fuente: Gual (1996).

Hoy también tiene importancia hacer un análisis según las tipologías de alcohólicos. Así, Moss *et al.* (2007), partiendo de 1.484 personas con dependencia del alcohol del estudio NESARC, en una muestra representativa de la población norteamericana, derivan cinco tipos de alcohólicos. El primero es el *tipo de adulto joven* (joven, edad de comienzo temprana, baja probabilidad de trastorno de personalidad antisocial y probabilidad moderada de tener un familiar de primer o segundo grado con dependencia del alcohol). El segundo es el *tipo funcional* (personas mayores –más de 41 años–, edad mayor de iniciación al consumo de alcohol, comienzo más tardío de la dependencia del alcohol –media de 37 años–, baja probabilidad de trastorno de personalidad antisocial y moderada probabilidad de tener un familiar de primer o segundo grado con dependencia del alcohol, moderada probabilidad de tener depresión y baja de tener un trastorno de ansiedad). El tercero es el *tipo familiar intermedio* (de mayor edad –sobre 37 años–,

comienzo del consumo de alcohol sobre los 17 años, comienzo de la dependencia del alcohol a los 32 años, probabilidad moderada de tener un trastorno de personalidad antisocial y elevada probabilidad de tener un familiar de primer o segundo grado con dependencia del alcohol (47%), tienen un porcentaje importante de trastorno bipolar (22%), trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (19%), trastorno de ansiedad generalizada (15%), consumo de cannabis (25%), cocaína (20%), siendo un 64% varones). El cuarto es el *tipo de joven antisocial* (jóvenes –media de 26,4 años–, con consumo temprano de alcohol –15,5 años–, y comienzo temprano de la dependencia del alcohol –18,4 años–, con alta probabilidad de tener un trastorno de personalidad antisocial –54%–, elevada probabilidad de tener dependencia del alcohol intergeneracional –52,5%–, mayor probabilidad de depresión –37%–, trastorno bipolar –33%–, fobia social –14%–, trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo –19%–, fumador regular –77%–, abuso o dependencia de cannabis –66%–, de las anfetaminas –7,8%–, y consumo de cocaína –29%– y opiáceos –22%–, siendo el 76% varones). Finalmente, el quinto es el *tipo severo crónico* (mayores –37,8 años–, comienzo temprano del consumo de alcohol –15,9 años–, comienzo tardío de la dependencia del alcohol –29 años–, alta probabilidad de trastorno de personalidad antisocial –47%–, alto nivel de familiares de primer y segundo grado con dependencia del alcohol –77%–, y de tener a lo largo de la vida depresión mayor –55%–, distimia –25%–, trastorno bipolar –34%–, trastorno de ansiedad generalizada –24%–, fobia social –26%–, trastorno de pánico –17%–, fumador regular –75%–, con trastornos por consumo de cannabis –58%–, cocaína –39%–, y opiáceos –24%–, de los que el 65% son varones). Este tipo es el que tiene mayor nivel de divorciados, y bebe más días y mayor cantidad de alcohol. Son también los que más acuden a tratamiento de todos los grupos.

Relacionado con las tipologías está la historia natural del alcoholismo. La evolución del trastorno es variable de unos a otros individuos, tanto para la adquisición de la dependencia alcohólica como para el surgimiento más pronto o más tardío de distintos trastornos físicos y mentales. También sabemos que la evolución variará: una parte de estas personas irán empeorando con el paso del tiempo; otras podrán dejar su consumo. Incluso en aquellos que tienen riesgo genético de padecer el trastorno (Schuckit, 2010), el curso de su consumo de alcohol y de los problemas que pueden causar va a depender de esos factores genéticos y de los factores ambientales en el que el individuo vive. De ahí la relevancia de una adecuada prevención para las personas en riesgo de desarrollar dependencia en los primeros años de su vida (Becoña, 2002).

Junto a lo anterior, hay que evaluar el grado de motivación y los recursos de los que dispone, y, cuando en el tratamiento también participa la pareja, su papel en relación al individuo y a su conducta de beber.

Cuadro 5.2. *Elementos que hay que cubrir en una entrevista clínica inicial (con ambos miembros de la pareja presentes)*

entrevista clínica (cuadro 5.2). Cumplimentar un autorregistro de consumo (cuadro 5.3) nos permitirá conocer su consumo real. No todos lo van a cubrir, o no lo harán adecuadamente. Pero esto nos servirá para conocer su adherencia al tratamiento, la aceptación o no del mismo, su consumo y su patrón de bebida. En muchas ocasiones, tendremos que poner en práctica desde el inicio los principios de la entrevista motivacional cuando estamos obteniendo información sobre el consumo y resto de circunstancias de su vida, de cara a motivarle, si no lo está, para que decida llevar a cabo el tratamiento o de que vea la necesidad de realizar el mismo. Con frecuencia, el consumo de alcohol le produce consecuencias negativas en otros ámbitos tales como el de la salud física, el familiar, laboral, económico, legal, etc., y no es consciente de ello.

Existen varios índices para evaluar el nivel y gravedad del consumo de alcohol de tipo fisiológico, que se usan en el campo médico como marcadores de alcoholismo o de afectación al hígado u otros órganos (p. ej., la gamma-glutamyl-transpeptidasa (GGT), la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT), la transaminasa glutamitico-oxalacética (GOT o AST), la transaminasa glutamicopirúvica (GPT o ALT), el volumen corpuscular medio (VMC), el colesterol HDL, los triglicéridos, el ácido úrico y el cociente GOT/GPT<1. Estos son inespecíficos y no diagnostican alcoholismo. La medida más fiable es el nivel de alcohol en sangre, que también se puede detectar en el aliento y la saliva con aparatos sencillos.

Con toda la anterior información, y complementada con otros cuestionarios psicométricos, información adicional de la persona y de su familia y otros profesionales que lo pueden haber remitido a tratamiento, haremos el análisis funcional y la formulación clínica del caso y pasaremos a planificar y a poner en práctica el tratamiento para los problemas que tiene la persona.

5.3. Tratamiento psicológico para el trastorno por consumo de alcohol

5.3.1. Tipos de tratamientos

Ya Kantorowitz en 1929, empezó a tratar a personas con problemas de alcohol con técnicas aversivas (shock eléctrico) en la Unión Soviética para reducir o eliminar el deseo del individuo por el alcohol. Estas y otras técnicas aversivas (p. ej., producir el vómito) pronto pasaron a Estados Unidos y a otros países para el tratamiento del alcoholismo, por su alto nivel de eficacia. Desde aquello mucho se ha avanzado en este campo. Se han ido desarrollando distintos tratamientos a lo largo de varias décadas, y hoy se puede afirmar de que el tratamiento psicológico es el de elección para la fase de deshabitación del alcohol (Witkiewitz y Marlatt, 2011).

Actualmente, en el tratamiento conductual del alcoholismo pueden diferenciarse dos grandes bloques de intervenciones: aquellas dirigidas a la abstinencia y aquellas para entrenar al bebedor en que beba de un modo no peligroso, de un modo controlado, el

denominado “beber controlado”.

Las revisiones más recientes sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para el alcoholismo (p. ej., Finney *et al.*, 2007; Mann y Hermann, 2010; Martin y Rehm, 2012; NICE, 2011; NSW Department of Health, 2013; Powers *et al.*, 2008), indican que los tratamientos que han mostrado ser útiles para el tratamiento del alcoholismo son la terapia motivacional, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en autocontrol, la aproximación de reforzamiento comunitario, la terapia marital conductual, la terapia aversiva (náusea, shock eléctrico y sensibilización encubierta), la prevención de la recaída, la terapia cognitiva, el entrenamiento en manejo del estrés, etc., entre las más importantes, junto a la terapia familiar en el caso de los niños y adolescentes. Junto a ellas, se aplica un amplio conjunto de técnicas para aquellos otros problemas comórbidos asociados al alcoholismo, algunos de los cuales ya se infieren por las técnicas de intervención anteriores (p. ej., terapia marital conductual) y otros son frecuentes en ellos (p. ej., trastornos de depresión y ansiedad), lo que exige la intervención con las técnicas psicológicas habituales para esos otros trastornos.

Uno de los avances más importantes de los últimos años en el campo del alcoholismo ha sido comprobar la eficacia que tienen intervenciones breves, de bajo contacto y llevadas a cabo casi siempre por el médico de cabecera. Su buen coste-efectividad ha hecho que se hayan extendido. Una intervención breve consiste en que la persona, una vez que asume que tiene un problema con el alcohol, pase a beber moderadamente o reduzca el riesgo de su consumo de alcohol, más que dejar totalmente de beber. Dentro de las intervenciones breves se ha utilizado fundamentalmente la biblioterapia (manual de tratamiento o folletos estructurados, con un sistema de autoevaluación y las normas para seguir el tratamiento para dejar de beber o reducir el consumo); va bien para cierto tipo de personas, pero no para los más graves. También, a partir de esta, se han desarrollado intervenciones breves basadas en la entrevista motivacional.

5.3.2. *Tratamientos eficaces*

Disponemos de un gran número de estudios sobre la eficacia del tratamiento psicológico en las personas con dependencia del alcohol, desde revisiones, metaanálisis y guías clínicas (p. ej., NICE, 2011). Vamos a indicar tres ejemplos de estudios amplios en donde se ha demostrado claramente la eficacia de distintos tratamientos psicológicos en el alcoholismo: los estudios MATCH, COMBINE y UKATT.

El proyecto MATCH tenía como objetivo el emparejamiento de los pacientes al mejor tratamiento. La importancia del emparejamiento ha llevado a que en Estados Unidos se haya puesto en marcha el proyecto MATCH (Project MATCH, 1993), auspiciado por el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. Asignaron a 1.726 pacientes a una terapia cognitiva-conductual estándar, basada en el entrenamiento en habilidades sociales de Monti (12 sesiones); a una terapia de incremento de la

motivación (4 sesiones); o a una terapia facilitadora de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (12 sesiones). La mayoría de los pacientes mejoraron pero no se cumplió la hipótesis central del estudio que era que la individualización del tratamiento mejoraría los resultados del mismo.

Las principales conclusiones del proyecto MATCH (Allen y Kadden, 1995) son: 1) conforme los clientes tienen problemas más graves, como mayor nivel de dependencia, gravedad de su psicopatología asociada, carencia de apoyo social, etc., parecen funcionar mejor con tratamientos intensivos, mientras que aquellos con problemas menos severos funcionan igual con intervenciones intensivas como con intervenciones menos intensivas; 2) la evidencia que existe por los estudios realizados hasta ahora, indica que aquellos clientes con una alta sociopatía deberán probablemente 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 un tratamiento orientado a la mejora de sus relaciones.

El estudio COMBINE ha comparado la combinación de naltrexona con acamprosato, la terapia de conducta, y la combinación del tratamiento psicológico y farmacológico en 1.383 pacientes. Compararon 9 grupos de tratamiento. Los tratamientos farmacológicos fueron cuatro: placebo, acamprosato, naltrexona y acamprosato + naltrexona. Estos cuatro grupos se compararon con y sin tratamiento conductual. En todos los anteriores tratamientos los pacientes recibieron manejo médico, consistentes en 9 sesiones proporcionadas por el médico o la enfermera, la primera sesión con una duración de 45 minutos y las demás de 20 minutos. Estas se orientaron al cumplimiento terapéutico, adherencia al tratamiento y logro de la abstinencia. El noveno grupo recibió solo el tratamiento conductual sin manejo médico, tratamiento farmacológico o placebo. El tratamiento conductual constó de 20 sesiones de 45 minutos cada una. Incluye aspectos de la terapia cognitiva-conductual, facilitación de los 12 pasos, entrevista motivacional, y sistema de apoyo externo.

Los resultados de este estudio indicaron una importante mejoría en todos los grupos en días de abstinencia del alcohol, tanto al final del tratamiento como hasta el seguimiento de un año. El mayor porcentaje de abstinencia se encontró en los pacientes tratados con naltrexona, el tratamiento conductual o la combinación de ambos (Anton *et al.*, 2006), con unos 80 días de media de abstinencia al año en esos grupos. El tratamiento conductual tenía la mayor ventaja en la mejoría al final del tratamiento y en parte del seguimiento, ventaja que se perdía al año de seguimiento (Donovan *et al.*, 2008). Lo que se aprecia en este estudio es que el apoyo terapéutico, y la utilización de estrategias de tratamiento efectivas, ha estado presente tanto en el manejo médico (9 sesiones) como en el tratamiento conductual (20 sesiones). Esto confirma una vez más que las estrategias simples y breves pueden ser tan efectivas en un gran número de pacientes como las más largas y profesionalizadas.

Este estudio no permitió confirmar que la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos sea mejor que cada uno de ellos por separado, aunque debemos notar que el tratamiento farmacológico se aplicó en este estudio junto con el manejo médico ya

descrito a lo largo de 9 sesiones. Esto ha llevado a algunos autores (p. ej., Bergmarck, 2008) a indicar el enorme peso que pueden tener los factores comunes en la eficacia del tratamiento o, que la buena utilización de componentes eficaces por parte del profesional que aplica el tratamiento, tanto para los tratamientos psicológicos como farmacológicos, puede ser la clave del éxito.

El estudio UKATT comparó dos tratamientos: terapia de mejora de la motivación y la terapia de conducta de red de apoyo social (UKATT Research Team, 2007), que aplicaron a 700 pacientes. Como en el caso del proyecto MATCH, mejoraron la mayoría de los pacientes, pero no se cumplieron las hipótesis de emparejamiento, que sostenían que cada tratamiento iría mejor para características particulares de pacientes (p. ej., los pacientes con una débil red social mostrarían un mejor resultado con la terapia de conducta de mejora de la motivación).

De lo anterior concluimos con lo que dicen Mann y Hermann (2010: 119) sobre la utilidad de los fármacos en el tratamiento del alcoholismo: “a pesar de que al principio se puso una gran esperanza en los primeros estudios, más recientemente el escepticismo va lentamente ganando terreno”. Esto ha sido debido a que las *odds ratio* obtenidas con los fármacos están en torno a 1,5 y que el tamaño del efecto es modesto (sobre 0,25 con la *d* de Cohen), aparte de que muchos pacientes no quieren medicación y otros profesionales sanitarios no la prescriben. Esto también nos lleva a concluir que el tratamiento psicológico, o las técnicas derivadas del mismo, son imprescindibles para que la persona pueda superar su dependencia del alcohol.

5.4. Descripción de los principales programas de tratamiento

5.4.1. Entrenamiento en habilidades sociales y en habilidades de afrontamiento

Muchas personas con dependencia del alcohol carecen de adecuadas habilidades interpersonales e intrapersonales, para controlar su estado emocional sin acudir al alcohol, para manejar su relación de pareja, con los hijos, en el trabajo, etc. El entrenamiento en habilidades sociales ha surgido basado en los estudios que han mostrado que, si exponemos a los bebedores sociales intensivos a situaciones interpersonales estresantes, estos consumirán menos alcohol si se les proporciona una estrategia de afrontamiento alternativa. Igualmente, las situaciones de recaída se dan cuando existe frustración e incapacidad de expresar ira, incapacidad de resistir la presión social, estado emocional negativo intrapersonal, incapacidad de resistir la tentación intrapersonal a beber, entre las más importantes (Marlatt y Donovan, 2005). Actualmente, el entrenamiento en habilidades sociales está considerado como de los más efectivos, y como uno de los primeros de elección en el tratamiento psicológico de la

dependencia del alcohol (Mann y Hermann, 2010; Monti y cols., 2002; NICE, 2011).

El entrenamiento en habilidades sociales parte del modelo de aprendizaje cognitivo social y es resultado de los datos de investigación, de la práctica clínica y de la evaluación de la eficacia aplicado al tratamiento del alcoholismo, bien solo o en combinación con otras técnicas de tratamiento (Monti *et al.*, 2002). Actualmente, este suele ser un componente de muchos programas de tratamiento del alcoholismo y es una estrategia básica para la prevención de la recaída.

Existen distintos programas de tratamiento generales (Caballo, 1996), aunque para el alcoholismo destaca el de Monti *et al.* (2002), tratamiento bien evaluado, entre otros en el proyecto MATCH, y que además está manualizado. Este tratamiento se dirige tanto a las habilidades sociales e interpersonales como a las habilidades intrapersonales. Las primeras van dirigidas a interaccionar en el ambiente con personas para él relevantes, utilizándose el entrenamiento en habilidades de comunicación para ello. Las habilidades intrapersonales están dirigidas a que la persona sea capaz de hacer frente a sus urgencias y afrontar sus estados emocionales que le pueden llevar a beber. En este caso se utilizan el manejo del estado de ánimo cognitivo-conductual para a través del mismo enseñarle habilidades intrapersonales, junto a la exposición a indicios con habilidades de afrontamiento para las urgencias a beber, en este caso para que sean capaces de afrontar exitosamente sus urgencias a beber cuando están expuestos a indicios de bebida externos o internos.

La última versión del manual de Monti *et al.* (2002) considera que este es un tratamiento comprensivo de habilidades de afrontamiento, basado en la perspectiva del aprendizaje cognitivo-social. En el mismo se utiliza un amplio grupo de técnicas de aprendizaje como el ensayo de conducta, modelado, reestructuración cognitiva, instrucción didáctica, exposición a señales con o sin entrenamiento en habilidades de afrontamiento, las cuales pueden ser utilizadas tanto por el individuo como por su red social o su red de apoyo, como métodos de afrontamiento alternativos a las demandas de la vida sin precisar consumir alcohol u otras sustancias. Le dan una gran importancia al estrés y a los eventos vitales, como disputas cotidianas; preocupaciones familiares, laborales o comunitarias; y el estilo de vida individual. También consideran que esto puede estar influenciado por la vulnerabilidad a los estresores de tipo biológico o genético; déficits o excesos conductuales resultado de la historia de aprendizaje social del individuo y demandas situacionales importantes.

Cuadro 5.4. Elementos del tratamiento cognitivo-conductual de entrenamiento en habilidades de afrontamiento de Monti et al. (2002) para el abuso y dependencia del alcohol

I. HABILIDADES INTERPERSONALES

- Comunicación no verbal.
- Introducción a la asertividad.
- Habilidades de conversación.

- Dar y recibir *feedback* positivo.
- Habilidades de escucha.
- Realizar críticas constructivas.
- Recibir críticas sobre la conducta de beber alcohol.
- Habilidades de rechazar beber alcohol.
- Resolver problemas de relación.
- Desarrollar una red de apoyo social.

II. HABILIDADES INTRAPERSONALES

a) Habilidades específicas para afrontar las causas intrapersonales de beber

- Manejo de las urgencias por beber.
- Manejo de la ira y de los pensamientos y del estado de ánimo negativos.
- Planificación ante situaciones de crisis, eventos vitales o cambios en la vida.

b) Estrategias generales de modificación del estilo de vida

- Entrenamiento en solución de problemas.
- Incremento de las actividades agradables.
- Evitar las situaciones de alto riesgo a través de la toma de decisiones más inteligente (las decisiones aparentemente irrelevantes).

III. TRATAMIENTO DE EXPOSICIÓN A INDICIOS CON ENTRENAMIENTO EN AFRONTAMIENTO DE LAS URGENCIAS A BEBER O CRAVING

a) Objetivos

- Ayudar a reducir la fuerza de las reacciones internas.
- Practicar, utilizando habilidades de afrontamiento, cuando el estado de activación se produce por dichos indicios.

b) Objetivos que se pretenden conseguir con el tratamiento de exposición a indicios

- Introducirle el procedimiento para reducir sus urgencias por beber.
- Exposición a la bebida.
- Dirigir la escena de exposición imaginaria y practicar las habilidades de afrontamiento ante la urgencia durante la exposición.
- Estrategias de afrontamiento específicas para las urgencias.
 - Demora pasiva y demora como una estrategia cognitiva.
 - Consecuencias negativas de beber.
 - Consecuencias positivas de la sobriedad.
 - Comida o bebida alternativa.
 - Conductas alternativas.

IV. LA PATOLOGÍA DUAL

- Depresión.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos psicóticos.
- Trastornos de personalidad.
- Dependencia del tabaco.

El tratamiento puede aplicarse individualmente o en grupo. Consta de 12 sesiones,

con una frecuencia semanal y una duración de 90 minutos cada sesión. Los temas no se discuten de manera rígida sino que se introducen en función del grupo (cuadro 5.4). Se agrupan en habilidades interpersonales, habilidades intrapersonales, tratamiento de exposición a indicios con entrenamiento en afrontamiento de las urgencias a beber o craving y patología dual. En él se entrena al individuo en una amplia variedad de habilidades de afrontamiento, todas ellas orientadas a incrementar sus habilidades individuales, manejar su estado de ánimo, afrontar directamente las situaciones de riesgo, manejar la patología dual, etc.

5.4.2. *Entrenamiento en autocontrol conductual*

El entrenamiento en autocontrol conductual es un procedimiento bien investigado, con uno de los mejores niveles de eficacia y que tiene la ventaja de que sirve tanto para entrenar a la persona dependiente del alcohol para que consiga la abstinencia como el beber controlado con el mismo (Hester, 2003), pudiendo ser aplicado individualmente, en grupo, o en formato de autoayuda (p. ej., Miller y Muñoz, 2005). Pretende que sea la persona la que conozca su propia conducta, sea capaz de analizarla y tener estrategias adecuadas para hacerle frente en las situaciones problemáticas. Viene a ser un procedimiento educativo, en donde el terapeuta va introduciendo los distintos componentes en cada sesión y el cliente realiza las tareas para casa, para adquirir las habilidades de autocontrol de su conducta. La persona tiene un papel activo e importante, y es quien tiene que ir tomando las distintas decisiones a lo largo del tratamiento, con la ayuda del terapeuta, pero en último caso, la persona es la «responsable» del cambio.

Varios de estos programas están publicados en forma de manuales de autoayuda o de manuales terapéuticos, como son los casos de Miller y Muñoz (2005), Robertson y Heather (1986), Sánchez-Craig (1993) y Sobell y Sobell (1993). Las técnicas que incluyen son:

- a) *Autoobservación de la conducta*, para el análisis de su conducta de beber. Con ello se consigue que la persona dirija su atención a la bebida y así modere su consumo. Los mismos nos facilitan reconstruir la situación de bebida en la sesión de tratamiento.
- b) *Planificación de objetivos a conseguir*. El objetivo puede ser tanto la abstinencia como beber controlado. Tanto en un caso como en otro es necesario pasar por un período de sobriedad, lo que facilita conocer tanto el nivel de motivación para el cambio como las estrategias que tiene la persona y aquellas que precisa aprender para mantenerse abstinentes o para controlar su consumo de alcohol dentro de límites normales.
- c) *Manejo del consumo*, a través de la técnica de control de estímulos para eliminar los estímulos ambientales (antecedentes) asociados con el abuso de alcohol.

Con el autorregistro sabemos fácilmente en qué ocasiones bebe, con quién,

cuándo y cómo bebe. Una vez detectadas, el modo de manejarlas es: evitar beber en la presencia de un antecedente particular (p. ej., después de discutir con la esposa); limitar la cantidad de tiempo o dinero disponible para beber; saber que beber en exceso es especialmente probable en situaciones concretas, de ahí la necesidad de tomar precauciones en ellas; y, encontrar modos alternativos de afrontamiento con antecedentes particulares, tales como la ira o la frustración.

- d) *Modificación de la topografía o del patrón temporal de consumo del alcohol* para así minimizar la intoxicación u otras consecuencias negativas. Aquí hay que incluir el entrenamiento en cómo beber y qué beber, tal como beber más lentamente, espaciar las bebidas entre sorbo y sorbo, que beba menos cantidad, mezclar la bebida alcohólica con agua, hielo o soda, tomar bebidas sin alcohol entre bebidas alcohólicas.
- e) *Modificación de las consecuencias del consumo del alcohol y de las conductas relacionadas*, reforzando la reducción del consumo del alcohol e incrementando su implicación en conductas adaptativas. Es importante que la persona conozca que beber le produce consecuencias, tanto positivas como negativas, la satisfacción de necesidades que obtiene con él, su utilización como estrategia de afrontamiento y de solución de problemas, etc.
- f) *Elaborar un sistema de refuerzos en función de la consecución de los objetivos*. Es importante que la consecución de los objetivos propuestos, la abstinencia o el beber moderado, esté enmarcado en un sistema de refuerzos, los cuales conseguirá la persona en función de los objetivos marcados. Estos deben ser realistas, seleccionados del medio natural del individuo y que le sean realmente reforzantes.
- g) *Aprendizaje de habilidades de afrontamiento alternativas*. Aquí se incluiría el entrenamiento en rechazar ofrecimiento de bebidas, habilidades asertivas, etc.

Un ejemplo de programa es el de Hester (1995), que consta de 8 sesiones de 90 minutos de duración, en grupos de 8 a 10 personas, con sesiones adicionales de una sesión mensual a lo largo de los siguientes seis meses. Aunque este tipo de programa ha sido utilizado tanto para bebedores sociales como para los altamente dependientes, hay algunos pacientes a los que su utilidad es reducida, especialmente a aquellos que tienen una severa dependencia del alcohol, tienen pocas habilidades o su capacidad cognitiva está deteriorada. De ahí que, tanto en este como en cualquier otro tratamiento, debemos aplicar aquel que se adecua mejor a cada persona concreta.

5.4.3. *Programas de beber controlado*

Los programas de beber controlado son programas conductuales que se orientan a enseñar a la persona un conjunto de estrategias para que pueda conseguir la abstinencia o

el control de su bebida (Sobell y Sobell, 1993). Un programa de beber controlado suele constar de (Hester y Miller, 1989; Robertson y Heather, 1986): delimitación del 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 incluso la prevención de la recaída, componente hoy de gran relevancia en los programas orientados a la abstinencia en el alcoholismo y en las demás conductas adictivas.

En la actualidad, cualquier programa conductual de autocontrol se orienta a entrenarle en técnicas y habilidades que le van a servir tanto para conseguir la abstinencia como el beber controlado, dependiendo del objetivo que se haya marcado. Por su relevancia y peso histórico, vamos a comentar a continuación brevemente el programa de Sobell y Sobell (1993) de beber controlado, aplicado en su caso a bebedores problema que ya tienen con frecuencia graves problemas producidos por el alcohol.

Este tipo de intervención la enmarcan en una aproximación de automanejo. Es una intervención breve, donde el individuo pone en práctica por sí mismo muchas de las estrategias que se le enseñan. Precisamente, la concepción tradicional de que el alcoholismo es una enfermedad progresiva ha impedido proporcionar tratamiento a personas que aún no tienen dependencia o que no tienen un elevado nivel de dependencia. Además, los bebedores problema suelen ser jóvenes, con buen nivel educativo, con empleo, a diferencia de los alcohólicos crónicos, al tiempo que han tenido pocos episodios severos de síndromes de abstinencia del alcohol, su historia de abuso de alcohol suele estar entre cinco y diez años, tienen suficiente cantidad de recursos personales, sociales y económicos, no se ven distintos de las otras personas y no están dispuestos a hacer cambios importantes en su vida. Es, por tanto, desde una perspectiva clínica, un grupo idóneo para la intervención y para conseguir con ellos buenos resultados y evitarles mayores problemas en su vida futura.

Los programas de beber controlado se han hecho breves en los últimos años, desde que Edwards *et al.* (1977) encontraron que intervenciones breves permiten, en condiciones adecuadas, obtener los mismos resultados que con intervenciones más intensivas. Por ello el programa de Sobell y Sobell (1993) para los bebedores problema dura solo cuatro semanas. Se lleva a cabo de modo ambulatorio, es poco intensivo en la clínica pero con suficientes tareas para casa, da gran peso a los aspectos motivacionales; es flexible, y pretende que la persona se automaneje o produzca el autocambio.

Con problemas graves de dependencia este programa se puede utilizar de igual modo, aunque sería necesaria una intervención más intensiva y tener en cuenta todas las otras variables que ya hemos expuesto previamente cuando hablamos de los programas orientados a la abstinencia.

Realizada la evaluación, y explicado el tratamiento, se le presentan las recomendaciones para reducir su consumo de alcohol: no consumir más de 3 unidades de bebida estándar al día, y no beber más de 4 días en la semana, con el objetivo de reducir el nivel de tolerancia al alcohol; no beber en situaciones de alto riesgo; no beber más de una unidad de bebida estándar por hora; dilatar 20 minutos el tiempo entre la decisión de

beber y beber realmente, para que así revalúe las razones para beber y no beber, etc. (cuadro 5.5). Estas recomendaciones permitirán a la persona decidir más fácilmente, así como al terapeuta, si el objetivo adecuado es la abstinencia o el beber controlado. En este caso llevará a cabo un autorregistro de su consumo, se le entrenará en el análisis conductual de su conducta de beber y se le proporcionarán tareas para casa.

Cuadro 5.5. *Reglas para beber de un modo moderado*

-
1. Dosifícate (p. ej., bebe como máximo 2 unidades/día).
 2. Toma tragos más cortos.
 3. Deja el vaso en la mesa entre trago y trago.
 4. Estate ocupado (¡no te limites solo a beber!).
 5. Cambia de bebida; pasa de bebidas con alta graduación a baja graduación.
 6. Bebe por el sabor de la bebida, no por beber mucha cantidad.
 7. No bebas cerveza y licores juntos.
 8. Si bebas licores, dilúyelos para tomar menos cantidad y en más tiempo.
 9. Ten cuidado con ir de rondas y que te hagan beber más de lo que deseas.
 10. Prueba a tomar bebidas sin alcohol entre bebidas alcohólicas, para así beber menos alcohol.
 11. Hazte un bebedor lento (¡es un buen objetivo!).
-

Fuente: Adaptado de Robertson y Heather (1987).

A lo largo de las otras sesiones se le entrenará en la identificación de problemas, en hacer planes para evitar problemas relacionados con la bebida, anticipar situaciones de alto riesgo, tomar decisiones, etc. Aquí cobra gran relevancia el entrenamiento en habilidades de solución de problemas y en prevención de la recaída. Una vez consolidadas estas estrategias, la persona podría delimitar aquellas situaciones relacionadas en su vida con el consumo de alcohol y tener estrategias adecuadas para hacerles frente.

Un elemento muy importante a lo largo del tratamiento son las tareas para casa que tiene que hacer entre sesiones, junto a la realización de los autorregistros. En la sesión se revisan ambos y se le entrena en las estrategias adecuadas para que vaya incrementando el control sobre su conducta de beber.

5.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual

5.5.1. Objetivos a conseguir en el tratamiento y desintoxicación

Por los tipos de programas de tratamiento que vimos anteriormente, es claro que hay dos grandes grupos de tratamientos en el alcoholismo: 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. En unos casos (los más

cronificados y con enfermedades físicas) el objetivo va a ser la abstinencia y, en otros, sobre todo los menos cronificados, jóvenes, poco motivados, puede ser una alternativa el beber controlado, porque suelen negarse rotundamente a un tratamiento orientado a la abstinencia. Pero en un caso o en otro, y ante el alto nivel de recaída que hay en este como en otros trastornos adictivos, es preciso entrenarle en adquirir un nivel de autocontrol del consumo para que mantenga la abstinencia o que la recaída sea más controlada y sepa beber de un modo menos peligroso, tanto si no deja de beber como si recae después de lograr la abstinencia.

En ocasiones la persona tiene que pasar por una desintoxicación física. Esto es necesario tanto para que rompa con su conducta anterior de bebida como para que podamos trabajar con él en las sesiones. Si la demanda de tratamiento es debida a un problema físico, un problema familiar, o un problema legal, realizar la misma puede ser más fácil. Cuando no es así puede ser más difícil convencerle de que la realice. La desintoxicación física en el caso del alcohol es importante porque si deja de beber de golpe, si bebía cantidades importantes de alcohol, va a sufrir el síndrome de abstinencia del alcohol. Este produce en aquellos casos más acusados desde temblores hasta el temido *delirium tremens*, junto a alucinosis aguda, amnesias parciales, etc. Entonces es claro que tiene que desintoxicarse. Actualmente suele hacerse ambulatoriamente (en casos graves puede precisar hospitalización), utilizando para ello distintos fármacos tranquilizantes que le recetará el médico o psiquiatra (p. ej., benzodiazepinas, clometiazol). Suele hacerse en 5-10 días, aunque el tratamiento tiene que ser individualizado. Se considera importante en este proceso que tenga el apoyo del esposo/a o de algún familiar para superar los primeros días sin alcohol, tanto por la necesidad de la desintoxicación física como por la necesidad de superar el craving o fuerte deseo de beber. En aquellos casos donde la cantidad de ingestión de alcohol no es excesivamente grande, o la persona considera que tiene cierto control sobre su conducta de beber, puede llevarse a cabo el proceso de desintoxicación ambulatoriamente, sugiriéndole que deje de beber el fin de semana, siendo aquí también importante el tener el apoyo de alguien cercano a la persona que deja de beber. Es importante sugerirle a la persona que beba abundantes líquidos, que esté en un ambiente ocupado pero al mismo tiempo relajado y de descanso, sin situaciones de ansiedad o que le puedan producir conflictos o problemas.

Si pasa por un proceso de desintoxicación como este, una vez abstinentes tenemos que clarificar de nuevo los objetivos, reforzarle la abstinencia, incrementar su motivación e ir aplicando las distintas técnicas de tratamiento psicológico. En casos con desnutrición o alteraciones metabólicas puede producirse deterioro cognitivo (p. ej., trastorno amnésico persistente) que exigirá tratamiento médico específico. También puede aparecer alucinosis alcohólica en los días siguientes a la abstinencia en paciente con alto consumo previo de alcohol; la misma suele remitir en los días siguientes.

Dado que el riesgo de recaída es importante días o semanas después de dejar de beber, con frecuencia se le añade por parte del profesional médico interdictores, como el Disulfiram o la Cianamida Cálcica, u otros fármacos como la Naltrexona o el

Acamprosato. Sin embargo, las tasas de abandono en los ensayos clínicos con fármacos para que la persona logre la abstinencia del alcohol o prevenir la recaída es muy alta, del 65% (NICE, 2011), aparte de ser medicaciones costosas. De ahí la relevancia del tratamiento psicológico del alcoholismo, que es eficaz por sí solo, a pesar de que muchos pacientes creen que debe ser médico, sobre todo cuando el trastorno va acompañado de problemas o enfermedades físicas (p. ej., cirrosis, problemas estomacales, hipertensión, etc.).

5.5.2. *Incremento de la motivación para el cambio*

Tanto en el alcoholismo como en cualquier conducta adictiva, uno de los mayores problemas con el que nos encontramos es que muchas personas no quieren llevar a cabo el tratamiento, una vez que acuden a consulta. A su vez, sabemos que incluso aunque el trastorno sea más grave, ni siquiera acuden a tratamiento, a menos que sean remitidos por problemas de tipo médico, por problemas con la justicia, mediante los servicios sociales de su comunidad, o forzados por su familia.

Una vez que la persona con problemas de alcohol acude a la primera sesión de evaluación, le realizaremos una evaluación exhaustiva. Dentro del proceso de evaluación, o para las primeras entrevistas, en los últimos años ha cobrado gran relevancia la necesidad de incrementar la motivación para el cambio, tanto en aquellos alcohólicos que no acuden a tratamiento pero ya tienen problemas de dependencia del alcohol, como en los que acuden a tratamiento, pero no porque deseen dejar de beber, sino más bien por presiones externas. De ahí que hoy cobre gran relevancia el análisis de la motivación para el cambio y la necesidad de aplicar las estrategias que proporciona la entrevista motivacional para retenerle en tratamiento (Miller y Rollnick, 1991; Rollnick *et al.*, 2008) (ver [capítulo 3](#)). De modo semejante, otras estrategias, como la autoobservación y los contratos conductuales, facilitan incrementar su motivación para el tratamiento y mantenerlos en el mismo.

5.5.3. *Autorregistro de la conducta*

A lo largo del tratamiento de una persona con problemas con el alcohol es muy relevante que podamos conocer realmente su conducta a lo largo del mismo. Esto puede hacerse con alcoholímetros para conocer su nivel de alcohol en sangre cuando viene a las sesiones, pero a nivel terapéutico nos son más útiles los autorregistros sobre sus conductas, sea la de beber, sus actividades, estado de ánimo, estrés, etc. Por ello, debe saber desde el principio la relevancia de hacerlos, porque van a ser un elemento de gran ayuda para conocer sus avances en el tratamiento. También es útil tener la colaboración de personas cercanas (p. ej., pareja, padre, amigo, etc.) para que nos puedan corroborar

la información que él nos va dando sobre su evolución. Así también podremos lograr que estas personas sean elementos importantes de apoyo social para él.

El autorregistro cumple la importante función, en la sesión de tratamiento, de poder a través del mismo reconstruir la situación de bebida, de ocurrir, en el día anterior o días previos. Es claro que si la persona pierde totalmente el control va a ser difícil que lo realice. De ahí la relevancia de que, una vez comenzado el tratamiento, junto al autorregistro, se le proporcionen estrategias adecuadas de control para que sea capaz de hacer frente a la situación de bebida, si nuestro objetivo es el autocontrol de la conducta, o incidir en que debe dejar totalmente de beber, si nuestro objetivo es la abstinencia total.

Cuando le proporcionamos el autorregistro, es importante explicarles en qué consiste, cómo lo debe cubrir, dónde lo debe cubrir y qué se pretende con él. Hay que pedirle que registre todas las conductas de bebida, pero al tiempo hay que ser realistas, dado que es más importante una adherencia al autorregistro con algunas limitaciones en la recogida de la información, que un nivel de purismo alto que lleve al abandono de la cumplimentación del mismo. Cuando el tratamiento se realiza en grupo, se aprecia una mayor adherencia a la cumplimentación del autorregistro que cuando se hace individualmente. Un autorregistro debe cubrir al menos el tipo y cantidad de bebida, situación en que bebe, junto a antecedentes, consecuentes y estado emocional que le produce ese acto de bebida (ver [cuadro 5.3](#)). Cuando lleva varias semanas haciéndolo, es ya probable que haya automatizado la habilidad de autorregistrar y la adherencia al mismo se mantendrá. Cuando lo cumplimenta unos días si y otros no, cuando tiene muchos episodios de pérdida de control, cuando da excusas para no cubrirlo, es claro que la adherencia no es buena, y quizás haya que valorar volver a la fase anterior de incrementar la motivación para el cambio.

5.5.4. Entrenamiento en estrategias y técnicas de deshabituación psicológica

Una vez que la persona ha dejado de beber, cuando ya ha superado la dependencia física, viene otra parte difícil para la persona dependiente del alcohol, que es superar el craving, o deseo intenso del alcohol: estamos ante la dependencia psicológica.

Dado que el riesgo de recaída es importante días o semanas después de haber dejado de beber, es frecuente que se le proporcionen *interdictores* (fármacos aversivos) si se le trata solo a nivel médico o si se complementan con el tratamiento psicológico, para que la persona sea capaz de hacerle frente al problema de bebida, dado que “toma”, en su conceptualización, la pastilla para no beber, dado que si bebe le va a hacer daño.

En la fase de deshabituación psicológica aplicaremos todas aquellas técnicas de intervención necesarias, en función del análisis funcional del problema que hayamos realizado con anterioridad.

A) Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y del estrés

Lo más habitual es que los problemas con el alcohol ocasionen problemas de estrés y de ansiedad. También beber para reducir la ansiedad y afrontar situaciones estresantes es una de las razones más comúnmente indicadas por los bebedores. Igualmente, distintos trastornos de ansiedad, como la agorafobia, la fobia social y los trastornos de pánico, se dan con más frecuencia en bebedores intensivos que en la población general. Tampoco hay que olvidar que el uso abusivo de alcohol durante un periodo prolongado estimula el sistema nervioso autónomo, causando a menudo síntomas de ansiedad severa. Tal sobreestimulación gradualmente desciende y puede desaparecer después de aproximadamente dos semanas sin beber. El alcohol les funcionaría como un ansiolítico pero tomado durante largo tiempo lo que produce es, por contra, elevar los niveles de ansiedad.

Reducir el nivel de ansiedad y de estrés va a ser una de las partes importantes en el tratamiento. Los programas específicos deben orientarse a: alterar la percepción del grado de amenaza que se le atribuye al estresor, alterar su estilo de vida para reducir tanto la frecuencia como la severidad de los estresores externos, y capacitarle para usar estrategias de afrontamiento activas que inhiban o reemplacen las respuestas de estrés incapacitantes. Se puede utilizar cualquiera de las técnicas existentes para este problema, como entrenamiento en manejo del estrés y técnicas de relajación (p. ej. Labrador, 1993), técnicas cognitivas, biblioterapia, o cambio del estilo de vida (Stockwell, 1995).

B) Entrenamiento en habilidades sociales

El déficit de habilidades, usar el alcohol como estrategia de afrontamiento para solucionar los problemas, conduce a la persona que bebe abusivamente a tener pocas y malas relaciones interpersonales, fuera del ámbito de las personas con las que bebe, o a utilizar la bebida para superar sus limitaciones. Un entrenamiento en asertividad y habilidades sociales es necesario en muchos casos.

Varios programas de tratamiento, como ya hemos visto, se centran exclusivamente en entrenar a la persona en distintas habilidades sociales (p. ej., el programa de Monti *et al.*, 2002), ya que carecen de adecuadas habilidades sociales e interpersonales para hacer frente a su situación

C) Entrenamiento en el manejo de las urgencias y del craving

Hoy sabemos que el craving, o la fuerte urgencia por consumir, es un elemento importante relacionado con la recaída. Esto ha llevado a que en el DSM-5 se haya convertido en uno de sus síntomas para el diagnóstico y, también, que incluso en las fases de remisión se considera que la persona puede seguir teniendo craving.

En el caso del alcohol, las urgencias a beber o el craving son muy relevantes, porque hay múltiples indicios en el ambiente del individuo que facilitan que, por procesos de condicionamiento, puedan producirse esas altas ganas de consumir (craving) y con ello se produzca de nuevo el consumo (al ver un anuncio, al ver una bebida, al ver a otras

personas beber, al estar en el bar en donde bebía habitualmente, al estar en una fiesta en un ambiente agradable, al estar en una situación de ansiedad intensa, al tener un problema ante el que no ve una solución, al tener un conflicto de pareja, etc.). 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 de alcohol (Parks *et al.*, 2004). 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 influenciada por tres procesos cognitivos: racionalización, negación y decisiones aparentemente irrelevantes. Por ello, siempre tenemos que entrenar a las personas en el manejo del craving, como hacen los distintos tratamientos cognitivo-conductuales.

La persona tiene primeramente que saber que se le van a presentar, una vez que deje de beber, o cuando reduzca su consumo de alcohol, situaciones en las que va a tener muchas ganas de beber. Será una sensación que sienta, como si fuese independiente de lo que piensa o de lo que quiere hacer. Cuando le aparezcan, es cuando tiene que poner en práctica lo que se le enseñó en el tratamiento para su manejo. Igualmente, la persona debe saber que hay distintas situaciones que facilitan que aparezcan las ganas intensas de consumir alcohol, como cuando recuerda su vida pasada de bebedor unido a situaciones agradables o de evitación de situaciones desagradables, estar en lugares (p. ej., el bar) en donde antes consumía alcohol, tener un problema actualmente o haberse incrementado el estrés, no estar cómodo con su abstinencia (p. ej., no saber qué hacer al no poder beber), desear ponerse a prueba y comprobar si controla o no su consumo de alcohol (p. ej., yendo al bar para comprobar que es capaz de ir allí sin beber) o hacerlo porque cree que ya maneja todas las situaciones de bebida, y cuando tiene dudas de que pueda mantener la abstinencia.

Lo que se sugiere para manejar el craving (Monti *et al.*, 2002) es cambiar la situación disparadora del craving (irse de la situación, evitarla, ir acompañado, etc.), cambiar los pensamientos sobre la bebida (p. ej., pensar en los beneficios de estar abstinentes, pensar en las consecuencias negativas de volver a consumir, cuestionar y cambiar los pensamientos inadecuados sobre mantenerse abstinentes), retrasar la decisión de beber, hacer otra cosa distinta (p. ej., una actividad distractora que le guste, buscar compañía con otra persona para reducir las ganas, etc.), o llamar a otra persona que le apoye para evitar que se produzca el consumo de alcohol.

Todo lo anterior lo haremos entrenándole en cómo afrontar estas situaciones del modo indicado; y también insistiremos de nuevo en las técnicas y estrategias propuestas para su manejo conforme vaya avanzando el tratamiento y surgen problemas con la abstinencia, o bien la persona tenga caídas o recaídas a lo largo del tratamiento o en el seguimiento.

D) Entrenamiento en solución de problemas

Las personas con dependencia del alcohol se habitúan a llevar a cabo conductas

automáticas, a tener estrategias de solución de problemas evitativas. Esto es, a realizar siempre lo mismo a pesar de que los resultados no son adecuados. De ahí que el entrenamiento en solución de problemas sea de una gran utilidad en ellos. En el capítulo anterior ya lo describimos.

E) Entrenamiento en el control de la agresividad y de la ira

La agresividad y la ira son elementos que están con frecuencia presentes en las personas con problemas con el alcohol. La ira, o enfado, es algo habitual en las personas con adicciones. Se puede producir tanto cuando no pueden beber como en otros momentos; suelen estar más irritables, tienen mayores distorsiones cognitivas, y eso facilita la aparición de la ira. En el caso del alcohol es frecuente que aparezca, los efectos adversos del alcohol en el estado de ánimo y en el juicio pueden incrementar el riesgo de violencia y de agresividad. Así, es más frecuente en estas personas episodios de violencia doméstica, ruptura de pareja, maltrato a los hijos, discusiones, etc. Sabemos que muchos actos violentos o delitos se comenten bajo los efectos del alcohol. Aparte, está la accidentabilidad en la carretera, que produce en ocasiones daños a otras personas.

Por todo ello, es necesario incluir un componente dentro del tratamiento para el manejo de la agresividad y de la ira, aparezca o no, dado que tiene mayor probabilidad de presentarse en estas personas. En un capítulo anterior ya describimos cómo manejar la ira.

F) Entrenamiento en técnicas cognitivas

Las distorsiones cognitivas en las personas que consumen alcohol son importantes. Como en otras adicciones, muchas personas con problemas con el alcohol consideran que su conducta es normal, que la realizan muchas personas, que el problema lo pueden controlar por ellos mismos, etc. Cuando esto ocurre, es necesario aplicar distintas técnicas cognitivas para cambiar los pensamientos inadecuados, las creencias irracionales, las distorsiones cognitivas, etc., sobre el alcohol. Utilizaremos para ello las distintas técnicas cognitivas, tal como describimos en el capítulo anterior en el apartado de terapia cognitiva.

G) Entrenamiento en autocontrol

Ya hemos descrito previamente los programas de autocontrol conductual aplicados al alcoholismo. En la práctica, cualquier tratamiento conductual, y más aún en el caso de una adicción, pretende lograr que la persona sea capaz de guiar su propia conducta, de saber lo que hace, de autocontrolarse. Por ello, en la parte media o final del tratamiento, en caso de no utilizar un programa específico de autocontrol conductual, debemos entrenar a la persona en distintas estrategias que le permitan incrementar el control sobre

su conducta para que así sea capaz de manejarla adecuadamente y de que no recaiga.

5.5.5. El abordaje de los problemas maritales

A nivel clínico, con frecuencia van a estar presentes, en las personas con problemas con el alcohol, múltiples problemas psicológicos, físicos y de relación interpersonal, sobre todo problemas con su pareja cuando la tienen. En el tratamiento hay que intervenir sobre el problema de dependencia del alcohol en sí e, igualmente, en los problemas asociados con el alcohol, como los problemas maritales y familiares, depresión, ansiedad y relaciones interpersonales. Cuando hay problemas maritales y familiares, estos pueden ir desde discusiones hasta malos tratos, falta de suficiente aporte económico, no realización de las labores del hogar, abandono del cuidado y educación de los hijos, etc.

Cuando la persona acude a tratamiento, podemos encontrarnos con personas cuyas relaciones maritales son malas pero pueden recomponerse. En otros casos, son malas y uno de los miembros de la pareja, el que no tiene problemas de alcohol, ha decidido la ruptura de la relación, o ya se ha producido en el pasado. Tampoco hay que olvidarse de que la dependencia del alcohol tiene trastornos asociados, como la celotipia o delirio de celos, que a veces es tan problemático para el otro miembro de la pareja, junto a aquellos casos en los que la pareja también es alcohólica, en los que es necesaria la intervención en ambos.

Tampoco hay que olvidar que en culturas vinícolas como la nuestra, la concepción que a veces se tiene del alcohol es positiva: es bueno, alimenta, da fuerza, etc. Reaprender dentro de la familia nuclear o familia extensa a no beber, o la sobriedad, es un proceso a veces tan importante como el propio abandono del alcohol, para así evitar la recaída.

Cuando tenemos los problemas ya citados a nivel marital o familiar se hace necesario intervenir con terapia de pareja y entrenamiento en habilidades y de solución de problemas para ambos miembros de la pareja, aunque de modo especial para la persona que tiene problemas con el alcohol. Desde la perspectiva conductual, cuando se aplica terapia familiar, se parte de cómo uno o más miembros de la familia mantienen el abuso del alcohol a través del reforzamiento. El tratamiento va a consistir en pasar de reforzar el consumo de alcohol a reforzar la abstinencia, al tiempo que se le implica en actividades que sean satisfactorias, especialmente aquellas en las que no se utiliza alcohol.

Los programas que hay que desarrollar más son los dirigidos a la esposa que tiene un esposo alcohólico que no quiere acudir a tratamiento. En este caso tenemos que enseñar a la persona no alcohólica modos para que se reduzcan los abusos físicos, y para sepa como animarle a conseguir la sobriedad y a que busque tratamiento profesional.

Otros problemas asociados al consumo de alcohol y/o maritales son los legales y laborales, los relacionados con el tráfico viario, y con el trabajo, despido o situación de paro. Estos habrá que manejarlos dentro del tratamiento y derivarlos a otros

profesionales (p. ej., abogado) cuando sea necesario, o a los servicios sociales para que puedan ayudarle. También pueden presentarse problemas cuando está separado y tiene conflictos con su pareja y con sus hijos, o cuando, por no tener dinero, no puede pagar la pensión alimenticia de sus hijos.

5.5.6. *El apoyo de la familia y de otras personas significativas*

El consumo de alcohol produce alteraciones importantes en otras áreas del funcionamiento cotidiano (familia, trabajo, amigos, ocio y tiempo libre). Dado que la dependencia del alcohol incide en todas las áreas de la vida, en el tratamiento hay que incidir en aquellos aspectos deteriorados de la persona, tanto a nivel físico, como psicológico y social.

El impacto de un alcohólico para su familia es considerable: aumentan los conflictos, los divorcios, el maltrato y violencia doméstica, peor cuidado de los hijos, tener menos dinero, mayor probabilidad de abuso infantil, mayor número de trastornos mentales, etc. Además, se incrementa la probabilidad de que sus hijos menores prueben antes el alcohol y, con ello, tengan luego de adolescentes o adultos problemas con el alcohol. Por ello el apoyo social es muy importante, y el apoyo de la familia, cuando es posible, es fundamental. Sabemos además que, cuando aplicamos terapia de pareja conductual, los resultados son buenos (NICE, 2011).

5.5.7. *El tratamiento de la comorbilidad*

Los problemas de comorbilidad más importantes que nos vamos a encontrar en las personas con problemas de alcohol son los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos de personalidad, problemas de insomnio y disfunciones sexuales. Se debe esperar 3-4 semanas después de que hayan dejado de beber para no confundir los síntomas de abstinencia con el problema clínico comórbido, si lo tiene.

- *Trastorno depresivo mayor:* Alcohol y depresión van frecuentemente unidos, encontrándose en el 65% de las mujeres y en el 41% de los varones. Puede ser consecuencia del consumo o existir previamente, pero cuando está presente, hace más difícil que deje de beber. Lo que tenemos que hacer es conseguir, en primer lugar, que deje de beber y luego, tratarle el cuadro depresivo, pues sabemos que el alcohol funciona a menudo como un ansiolítico o un antidepresivo en estas personas. Los síntomas principales que presentan los alcohólicos en el trastorno depresivo son cambios en el estado de ánimo, depresión, ansiedad y ausencia de placer (Edwards, 1986). Junto a estos, pueden presentar trastornos de sueño, falta de concentración, falta de deseo

sexual, torpeza, sentimientos de hipocondría, llegando en casos graves a tener delirios y alucinaciones. El riesgo de suicidio es alto en los alcohólicos y más si tienen depresión. La intervención psicológica en la depresión consistirá en aplicarle un tratamiento eficaz como la terapia cognitiva de Beck, la activación conductual o la psicoterapia interpersonal.

- *Trastornos de ansiedad.* Las personas con dependencia del alcohol tienen asociados frecuentemente trastornos de ansiedad (p. ej., la fobia social). Cuando tiene un trastorno de ansiedad asociado hay que aplicarle al tiempo aquellas técnicas de tratamiento psicológicas eficaces para los distintos trastornos de ansiedad (Barlow, 2002).
- En los últimos años varios estudios han indicado una importante relación entre historia de abuso físico y/o sexual en la infancia y alcoholismo de adulto, sobre todo en mujeres. Cuando se detecta es necesario aplicar un tratamiento específico, en paralelo al del alcoholismo, para el *trastorno de estrés postraumático* que viene arrastrando.
- *Otros trastornos por consumo de sustancias.* Cada vez es más frecuente encontrarnos con consumos de distintas sustancias en las personas que tienen problemas con una de ellas. En alcohólicos, suele ser muy frecuente que también tengan dependencia de la nicotina. Y, una parte, que prueben cocaína o que también tengan dependencia de la misma. En otras ocasiones pueden tener dependencia de fármacos como las benzodiazepinas, lo que impide la desintoxicación del alcohol con las mismas. Para estas otras sustancias, aplicaremos un tratamiento en paralelo al del alcohol, como veremos en los siguientes capítulos.
- *Trastornos de personalidad.* Distintos estudios han indicado la alta prevalencia entre distintas adicciones y trastornos de personalidad, como sucede en el caso del alcohol. Uno de los trastornos que más complica el tratamiento es el antisocial, sobre todo por la baja adherencia al tratamiento, lo que también ocurre con el límite.
- *Trastornos del sueño.* Los trastornos del sueño son frecuentes en los alcohólicos, especialmente el insomnio. Si se padece insomnio una vez lograda la abstinencia, es más probable la recaída. A veces la abstinencia muestra que la persona tenía un problema de sueño previo a beber excesivamente. Pero también resulta que el insomnio es un síntoma del síndrome de abstinencia del alcohol, que se puede prolongar durante 3-12 meses después de lograr la abstinencia. Por todo ello, cuando hay problemas de insomnio deberemos entrenarle en técnicas psicológicas para el insomnio para que mejore su sueño (p. ej., higiene de sueño, entrenamiento en relajación, control de estímulos, etc.).
- *Disfunciones sexuales.* El alcohol atenúa la respuesta sexual; en grandes dosis produce pérdida de la libido, pérdida de la satisfacción sexual e impotencia (Fernandes y De Sousa, 2014). Por ello, las disfunciones sexuales son

frecuentes, sobre todo la impotencia en el varón, y suele ser necesario intervenir sobre la disfunción si persiste una vez lograda la abstinencia. Primeramente, la solución para el problema es dejar de beber. Si el problema persiste, una vez lograda la abstinencia, podemos proporcionarle educación sexual a él y/o a su pareja, o entrenarle en técnicas específicas para superar su problema sexual. También en ocasiones se descubre un problema de pareja sobre el que hay que intervenir.

- *Trastornos de la alimentación.* Hay una asociación importante entre alcoholismo y trastornos de la alimentación, llegando en algún estudio hasta el 40%, siendo la bulimia el trastorno que más habitualmente se encuentra. Además, cuando ocurre esto suele haber otras comorbilidades asociadas a ambos trastornos (p. ej., trastornos de depresión o de ansiedad), lo que hace más complejo el tratamiento, más largo por tener varios trastornos, y empeora la adherencia al mismo.

5.5.8. *Prevención de la recaída y afrontamiento para futuras situaciones de riesgo*

Una de las cuestiones a las que se le viene prestando una atención especial en las últimas décadas en todas las conductas adictivas es la prevención de la recaída. Hoy sabemos que una cosa es la consecución de la abstinencia o el control de una conducta y otra muy distinta su mantenimiento. En las conductas adictivas cobra todo su interés la prevención de la recaída porque, a pesar de que se obtienen buenos resultados con los tratamientos a corto plazo, al final del tratamiento, la recaída es muy importante en los meses siguientes tras el abandono de la terapia.

El modelo de prevención de la recaída más conocido, mejor elaborado y con buen apoyo empírico, es el de Marlatt, elaborado a partir de su experiencia en el tratamiento de personas alcohólicas. Las asunciones del modelo de prevención de recaída son que (Dimeff y Marlatt, 1995) los procesos de abandono son distintos a los del mantenimiento del cambio de conducta; la prevención de la recaída tiene más éxito cuando el cliente actúa con confianza, como su propio terapeuta una vez que ha finalizado el tratamiento; los riesgos de recaída son complejos e implican factores individuales, situacionales, fisiológicos y socioculturales; y la recaída y el proceso de recuperación es un proceso continuo, y no el punto final o episodio que se iguala al fracaso del tratamiento. El modelo de prevención de la recaída le da un gran peso al cliente como responsable de su cambio de conducta y, por tanto, al mantenimiento de dicho cambio una vez conseguido. Las técnicas de prevención de la recaída las expusimos en el capítulo anterior.

5.5.9. *El abordaje de otros problemas*

Con frecuencia, debemos abordar otros problemas que van a afectar de modo muy importante el curso del tratamiento, de la abstinencia y del mantenimiento de la misma o la recaída. Entre estos están si la persona tiene o no casa o lugar donde vivir, sobre todo si es una persona sin hogar y vive en la calle o en albergues; si no trabaja, está en paro o le han despedido recientemente; si no tiene dinero para vivir y el dinero lo obtiene pidiendo en la calle; si no tiene amigos y está aislado socialmente; si no tiene familia o si esta no quiere saber nada de él por su alcoholismo; si tiene una alimentación muy deficiente; etc.

En este caso, tendremos que tener estos aspectos muy en cuenta y facilitarle que acuda a profesionales que le puedan ayudar a nivel social (p. ej., el trabajador social de su municipio), o hacerle saber cómo acudir a otras instituciones que le puedan ayudar (p. ej., a Cáritas). También entrenarlo dentro del tratamiento en la adquisición de habilidades sociales y de afrontamiento para que sepa hacerle frente a dichas situaciones de un modo más efectivo.

También debemos destacar que, cuando tenemos en tratamiento a un menor o un adolescente, a una persona mayor o jubilada, a una mujer (sobre todo si está embarazada) o a un inmigrante, el abordaje tiene que adaptarse a las características específicas de esa persona, ya que hay ciertos elementos diferenciales para cada uno de ellos (NICE, 2011). De ahí la necesidad de estar bien entrenado para llevar a cabo el tratamiento psicológico tanto en estas como en las otras adicciones.

5.5.10. Cambio de estilo de vida y manejo de su estado físico

En el alcohol es importante, para lograr la abstinencia y mantener los cambios obtenidos en el tratamiento, que la persona haga un cambio en su estilo de vida en relación con el alcohol y todo lo que le rodea. Dado que esto es difícil, no queda más remedio que se logre a lo largo del tratamiento una “transformación vital” completa sobre esta cuestión. Si no, el riesgo de recaída será alto.

¿Cómo lograrlo? Esto va a depender de la edad de la persona, de sus recursos personales, familiares, económicos y de su estado de salud física. Cuando su salud está deteriorada es más fácil plantearle un cambio de vida radical; si su vida está en riesgo, por las enfermedades que le ha producido el alcohol, tiene que hacer un cambio en donde este deje de estar presente, por lo duro que le pueda parecer al principio este planteamiento. También esto puede producirse por presiones familiares, que es un tema habitual en nuestro medio.

En otras ocasiones, va a ser central tener en cuenta su estado físico, sobre todo las enfermedades que padece y que probablemente son la causa de haber demandado tratamiento. Un buen seguimiento médico es esencial, así como que haya una sinergia entre los médicos que le atienden y el tratamiento que llevamos a cabo con él.

5.5.11. Fase de mantenimiento y seguimiento

Una vez conseguidos los objetivos terapéuticos se pasaría al seguimiento. Sin embargo, en aquellas personas con un nivel de dependencia más grave, más deteriorados y con pocos recursos de todo tipo puede ser necesario, una vez que ya no tienen problemas con el alcohol, una fase de rehabilitación psicosocial más amplia. Esto puede exigir un programa de apoyo importante en los meses o años posteriores al alta terapéutica. Esta fase es necesaria en los casos más graves y deteriorados, ya que va a ser ella la que va a facilitar, en muchos casos la prevención de la recaída. Por otra parte, no hay que olvidar que muchos casos de alcoholismo son remitidos al profesional que trabaja con alcohólicos, bien sea psicólogo o bien sea médico, trabaje este en una unidad específica de alcoholismo, en una unidad de salud mental, en un hospital público o en una consulta privada, por el médico de cabecera, los servicios sociales o por los familiares del alcohólico que acuden desesperadamente en búsqueda de ayuda.

Cuadro 5.6. *Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno por consumo de alcohol*

<i>Sesión</i>	<i>Técnicas básicas</i>	<i>Técnicas complementarias (de ser necesarias)</i>
1	<ul style="list-style-type: none">– Objetivos a conseguir en el tratamiento.– Incremento de la motivación para el cambio.– Autorregistro de la conducta.	<ul style="list-style-type: none">– Desintoxicación.– Abordaje de los problemas maritales y familiares.– Comenzar a tratar la comorbilidad si es necesario.
2	<ul style="list-style-type: none">– Técnicas de reducción del nivel de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none">– Abordaje de los problemas maritales y familiares.

<i>Sesión</i>	<i>Técnicas básicas</i>	<i>Técnicas complementarias (de ser necesarias)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> – Entrenamiento en habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cambio de estilo de vida y mejora del estado físico.
3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas de reducción del nivel de ansiedad y del entrenamiento en habilidades sociales. – Entrenamiento en el manejo del las urgencias y del craving. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Abordaje de los problemas legales y laborales.
5 y 6	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Entrenamiento en solución de problemas. – Control de la agresividad y de la ira. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Tratar los problemas de comorbilidad.
7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Técnicas cognitivas. – Entrenamiento en autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Tratar los problemas de comorbilidad.
9 y 10	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Técnicas cognitivas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Tratar los problemas de comorbilidad.
11 y 12	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Prevención de la recaída y afrontamiento de futuras situaciones de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Tratar los problemas de comorbilidad.
Seguimiento*	<ul style="list-style-type: none"> – Fase de mantenimiento y seguimiento. – Centrarse en las tentaciones, urgencias y la puesta en práctica de las estrategias de prevención de la recaída. 	<ul style="list-style-type: none"> – Búsqueda de apoyo en su medio. – Continuar con el cambio del estilo de vida. – Que siga aplicando las estrategias de prevención de la recaída.

*Sesiones de mantenimiento de al menos 6 meses y preferiblemente 2 años.

Dado que el alcohol es una droga socialmente aceptada, es normal que las personas con este problema acudan a tratamiento cuando ya están en una fase avanzada de su trastorno. Muy pocas, o casi ninguna persona, va a demandar tratamiento en una fase leve o moderada, a menos que ese consumo le acarree problemas manifiestos (p. ej., continuos accidentes de tráfico). Cuanto más tarde acudan a tratamiento, peor será su estado físico, psicológico y social, y más difícil será 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. Aquí es fundamental la labor del psicólogo, y más la del asistente social, o de los servicios sociales, para buscarle recursos (laborales, sociales, sanitarios, ocio, etc.).

Por suerte, hoy es posible, tanto en unidades especializadas como en el tratamiento psicológico fuera de ellas, que una persona alcohólica pueda llevar a cabo una rehabilitación adecuada cuando es necesario, dado que los recursos sociales, aunque no son todo lo amplios que sería necesario, permiten que esta pueda realizarse.

En un caso u otro, hay que hacer visitas de seguimiento con un mínimo de 6 meses, aunque lo ideal es 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, facilitarle que mejore las técnicas que ha aprendido, buscarle apoyo social en su medio, reforzar el cambio hacia un estilo de vida saludable, etc.

Tratamiento de la dependencia del tabaco

6.1. Introducción

Fumar está relacionado con la producción de 35 enfermedades (Doll *et al.*, 2004) y es la primera causa evitable de mortalidad y morbilidad (USDHHS, 2014), y es la causa de 5.000.000 de muertes anuales en el mundo, cifra que podría duplicarse en el año 2030 (OMS, 2009). En España, la mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada, de 58.573 muertes anuales (45.028 varones, 13.545 mujeres), un 16,15% de todos los fallecimientos (Hernández-García *et al.*, 2010).

Las patologías que más se relacionan con la mortalidad en fumadores son la EPOC, junto con el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares (Banegas *et al.*, 2011). En el año 2012, las muertes por cáncer de pulmón en España fueron en total 20.327 (17.605 varones y 2.722 mujeres). Pero además, fumar complica el tratamiento de la diabetes, influye en el sistema inmunitario y en la inflamación sistémica y en distintos problemas reproductivos (p. ej., efectos perjudiciales en el feto como retardo intrauterino, ruptura prematura de las membranas, placenta previa, abortos espontáneos, períodos de gestación cortos, bajo peso al nacer, incremento en la mortalidad infantil por síndrome de muerte infantil súbita y por síndrome de distrés respiratorio y retardo en el desarrollo psicológico, emocional y físico del niño (Nerín y Jané, 2007; USDHHS., 2004, 2014).

¿Por qué ocurre esto? Por las muchas sustancias nocivas que contiene el tabaco, unas 4.000. Al menos 250 son perjudiciales para la salud y más de 50 causan cáncer, como el monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno, formaldehído, cloruro de vinilo, benceno, benzopireno, óxido de nitrógeno, componentes inorgánicos como el arsénico o el cadmio, etc. De ahí que el tabaco no solo produce cáncer de pulmón, sino que incrementa la incidencia de otros cánceres como el de laringe, el nasal, el de la cavidad oral, el de esófago, el de riñón, el de páncreas, el de cervix, el de vesícula y la leucemia (USDHHS., 2010, 2014).

Otro hecho que ha facilitado la aparición de normativas restrictivas ha sido el efecto del humo del tabaco en el fumador pasivo. Por ejemplo, en los hijos de fumadores que estaban en ambientes cargados de humo, o que aún lo están (Precioso *et al.*, 2013), ser fumador pasivo incrementa mucho el riesgo para su salud. Dos hechos positivos se han

producido para el control del consumo de tabaco: por un lado, la aprobación el 21 de mayo de 2003 del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo de la OMS, que es un salto cualitativo para el control del tabaquismo a escala mundial y, por otro, la aprobación en España de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que ha tenido un gran impacto en la población, complementada con su actualización en la Ley 42/2010.

El tabaco explica hoy el 27% de todas las muertes en varones y un 6% de las muertes de mujeres en Europa (Martín-Moreno *et al.*, 2008) (ver [cuadro 2.6](#)). La cruda realidad es que fumar es hoy uno de los mayores problemas sanitarios, y la causa de millones de muertes al año en todo el mundo. De ahí que nuestra obligación sea aconsejar y ayudar a todo fumador a dejar de fumar. Los beneficios de dejar de fumar son claros, dado que la vida se acorta 11 años de media en las mujeres y 12 en los hombres que fuman (Jha *et al.*, 2013).

Distintas campañas y el desarrollo de normas y leyes para que las personas no fumen, han llevado a que en los países más desarrollados haya descendido drásticamente el número de fumadores. Si en España la prevalencia de fumadores era en 1987 del 38,4% (55,1% varones, 22,9% mujeres), en el año 2011-12 era del 27% (24% a diario y un 3% ocasionalmente; 27,9% varones, 20,2% mujeres). El descenso en el consumo, por lo tanto, es claro.

La nicotina es la principal droga que contiene el tabaco. Sus efectos psicofarmacológicos se deben a su poder altamente reforzante, tanto a través del refuerzo positivo (placer después de fumar) como del refuerzo negativo (evitación de los síntomas del síndrome de abstinencia). Entre los factores que contribuyen al reforzamiento positivo se encuentran: mejora de la concentración, del estado de ánimo, disminución de la ira y del peso, efecto en el cerebro casi inmediatamente después de la inhalación, capacidad de modular la cantidad que se necesita con la profundidad de las caladas y, por último, es una conducta que se repite continuamente a lo largo del día y se asocia a distintas señales que dan lugar a la repetición de la conducta por condicionamiento.

6.2. Evaluación

Antes de empezar con el proceso de evaluación de un fumador, tendremos en cuenta que no todos quieren dejar de fumar. Pueden acudir voluntariamente, porque creen que tienen que dejar de fumar, o bien porque lo han obligado a acudir (su médico, al darle el alta hospitalaria, por las presiones de su pareja, por presiones en su trabajo, etc.). Esto obliga a que la demanda del tratamiento se maneje adecuadamente con técnicas motivacionales, y específicamente con la entrevista motivacional, para incrementar su motivación para el cambio, que suele ser baja en muchos fumadores que acuden a tratamiento. Además, como creen que tienen que dejar de fumar por ellos mismos, les cuesta pedir ayuda profesional y prefieren soluciones “mágicas” a tener que esforzarse para lograr dejar de fumar por ellos mismos.

Si han aceptado acudir a tratamiento, va a ser muy relevante que seamos capaces de lograr incrementar la adherencia al mismo. No solo es necesario motivar a las personas a empezar un tratamiento, sino que también es, con frecuencia, necesario facilitarles que estén en él a lo largo del tiempo, lo que nos obliga a utilizar distintas estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.

No debemos olvidarnos de que la mayoría de los fumadores intentan dejar de fumar por ellos mismos. Y que, en los últimos años, los fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar tienen más dependencia de la nicotina y más comorbilidad psiquiátrica, por lo que son pacientes más difíciles de tratar y les cuesta más dejar de fumar.

Tener en cuenta los dos aspectos anteriores es importante de cara a la evaluación del fumador. Cuando ya está de acuerdo en participar en el tratamiento, haremos la evaluación del modo que hemos indicado en el capítulo de evaluación, teniendo especial relevancia conocer el estadio de cambio en el que está, nivel de dependencia del tabaco, consumo (número de cigarrillos y marca), si tiene comorbilidad actual o en el pasado y cuál es su expectativa ante el tratamiento. Tampoco debemos olvidarnos de que, en muchos casos, acuden por tener problemas físicos concretos que les ha producido el tabaco, o porque ahora le resulta muy caro fumar. Conocer los motivos por los que quiere dejar de fumar es aquí un tema central.

No siempre es fácil dejar de fumar para una persona dependiente del tabaco. Muchos llevan años intentándolo, acudiendo a distintos tratamientos o usando todo tipo de procedimientos. La evaluación nos permitirá conocer sus características personales y el mejor modo de ayudarlo; también, si tiene problemas físicos y mentales asociados.

6.3. Tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco

6.3.1. Los primeros tratamientos psicológicos para los fumadores

A la psicología siempre le ha interesado una conducta tan frecuente y habitual como es el consumo de tabaco. La psicología, como ciencia del comportamiento humano, ha desarrollado tratamientos eficaces para que las personas dejen de fumar (Abrams *et al.*, 2003; Becoña, 2006, 2010; Fiore *et al.*, 2008; Hartmann-Boyce *et al.*, 2013; Schlam y Baker, 2013).

¿Por qué son tan eficaces las terapias psicológicas en los fumadores? Porque fumar es una conducta que se explica por los factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; por factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos; y, en último lugar, por la dependencia fisiológica de la nicotina (USDHHS, 1988). El tratamiento psicológico se centra en todos estos aspectos.

Los tratamientos psicológicos efectivos para tratar a los fumadores surgen en los años 60 del siglo XX, con las técnicas psicológicas de modificación de conducta, y se

expanden en los años 70. Desde esos primeros momentos hasta el día de hoy, se han ido desarrollado nuevos tratamientos psicológicos efectivos.

Aunque en los últimos años en algunos sectores se pretende un reduccionismo fisiológico para la explicación de esta conducta, este reduccionismo no tiene base científica ni apoyo empírico, porque los componentes sociales, psicológicos y fisiológicos están claros para explicar por qué las personas fuman, han fumado o van a empezar a fumar. Para el abandono de los cigarrillos y para mantenerse abstinentes a corto, medio y largo plazo, es necesario tener en cuenta todos estos factores.

Las primeras técnicas psicológicas eficaces, en los años 60 fueron las aversivas (p. ej., fumar rápido, retener el humo, saciación, etc.). Hoy en día han dejado de utilizarse, porque se dispone de otras equivalentes a nivel de eficacia y no aversivas. Otra técnica psicológica habitual en los tratamientos es la de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, basada en la técnica operante del desvanecimiento (Foxx y Brown, 1979). Consiste en el cambio semanal de marcas de tabaco, utilizando otras con un menor contenido de nicotina y alquitrán, reduciendo por este procedimiento un tercio del contenido previo de nicotina cada semana, para que el fumador no tenga síndrome de abstinencia de la nicotina ni sea necesaria una compensación nicotínica.

Otra técnica ampliamente utilizada es la de exposición a indicios, extinción y control de estímulos (Lichtenstein, 1992). Los fumadores, especialmente los que llevan muchos años fumando, se han expuesto a multitud de estímulos o señales ambientales que se han asociado con la conducta de fumar. La presencia de estos estímulos son los que desencadenan la conducta de fumar. Una vez que se deja de fumar, eventualmente la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos podrían provocar una respuesta condicionada de abstinencia (deseo de la droga). Desde el punto de vista de la psicología del aprendizaje, si esas señales que gobiernan la conducta de fumar se debilitan o se extinguen, dejar de fumar sería mucho más fácil. De hecho, distintos tratamientos utilizan técnicas cuyo objetivo es la extinción. Por ello suele ser frecuente que se intente reducir el número de señales asociadas con fumar antes de que la persona consiga la abstinencia, utilizando la técnica de control de estímulos, reduciendo el hábito tabáquico al aplicar una restricción progresiva de las situaciones en las cuales está permitido fumar. El fumador solo puede fumar a ciertas horas o en ciertas situaciones (p. ej., no fumar en el coche, si antes se fumaba el primer cigarrillo a las 9 de la mañana ahora no puede fumarlo a esa hora). Otro tipo de estrategia de control de estímulos es permitir fumar siguiendo una secuencia de tiempo determinado (p. ej., cada hora).

Se han propuesto distintas estrategias de afrontamiento conductual, como la actividad o el ejercicio físico, la relajación, abandonar la situación de riesgo, etc., y de tipo cognitivo, como la revisión mental de los beneficios de dejar de fumar o las consecuencias negativas de continuar fumando y el ensayo mental de estrategias de afrontamiento para situaciones de alto riesgo. Pero en los últimos años una estrategia de afrontamiento esencial, y que constituye en sí misma un tratamiento eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar, y a mantener la abstinencia, es el entrenamiento en solución de problemas (Fiore *et al.*, 2000).

En la actualidad, entre las técnicas para dejar de fumar más utilizadas en el tratamiento psicológico se encuentran el manejo de contingencias con incentivos (Dunn *et al.*, 2011), la terapia cognitivo-conductual basada en la afectividad (Haas *et al.*, 2004), la realidad virtual (García-Rodríguez *et al.*, 2012), la terapia de exposición (Perkins, 2009), la terapia de activación conductual (MacPherson *et al.*, 2010) y la terapia de aceptación y compromiso (Gifford *et al.*, 2011; Hernández-López *et al.*, 2009).

6.3.2. *Los tratamientos psicológicos multicomponentes y la manualización de los tratamientos*

En los años 80, ante la combinación de distintas técnicas conductuales y cognitivas para dejar de fumar, se empezó a denominar a los tratamientos para dejar de fumar programas o tratamientos multimodales (Lichtenstein, 1982). Es lo que hoy conocemos como tratamientos protocolizados o manualizados.

En los últimos años, el tratamiento psicológico de los fumadores va en paralelo al tratamiento de cualquier adicción (Becoña *et al.*, 2011), dada la acumulación de conocimientos que se ha producido en la conducta de fumar como en el resto de las adicciones. Aunque en adicciones se consideran tres fases para dejarlas: preparación, abandono y mantenimiento o prevención de la recaída, recientemente en el campo del tabaco se han propuesto cuatro fases: preparación para el cambio; preabandono; deshabitación psicológica, en la que la persona tiene que dejar de fumar; y prevención de recaída o de mantenimiento, para que no recaiga una vez que ha dejado de fumar (Collins *et al.*, 2011). La psicología es la ciencia que ha hecho aportaciones centrales para todos estos aspectos con técnicas específicas (motivacionales, de deshabitación y de prevención de la recaída).

El objetivo principal en la fase de preparación es motivar al fumador y que adquiera el compromiso de dejar de fumar. Para ello se han utilizado desde depósitos monetarios hasta contratos de contingencias. El fumador puede firmar un contrato (contrato de contingencia) y hace un depósito que irá recuperando según vaya cumpliendo lo pautado (p. ej., recupera el dinero contingentemente a su asistencia a las sesiones de tratamiento y seguimiento). También se utiliza revisar con el fumador las razones para dejar de fumar y los beneficios que obtendrá con el abandono de los cigarrillos. En esta fase también tiene que concienciarse y conocer lo más objetiva y exhaustivamente posible su conducta de fumar. Esto se puede conseguir registrando los cigarrillos que fuma y los antecedentes y consecuentes, así como representando en una gráfica su consumo. En esta fase también se fija la fecha en que va a dejar de fumar (p. ej., cuarta sesión), con tiempo suficiente para que el fumador se prepare para dejar de fumar. Igualmente es en esta fase cuando hay que prepararle para dejar de fumar, enseñándole estrategias de automanejo (p. ej., relajación, identificar los estímulos que licitan su conducta de fumar, programar conductas alternativas para dejar de fumar, etc.).

En la fase de abandono se aplica una o más de las técnicas que ha demostrado ser

eficaz en el abandono de los cigarrillos. Estas son las que hemos descrito anteriormente. Se ha utilizado una técnica que es eficaz aplicada sola (p. ej., reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán) o combinada con otras que han mostrado su utilidad, como técnica de control estimular, control del estrés, del estado de ánimo, etc. (Becoña, 2004a, 2006). Las técnicas de solución de problemas y el apoyo social vienen mostrando ser especialmente útiles para ayudar a las personas a dejar de fumar (Fiore *et al.*, 2008).

Cuando deja de fumar, entraría en otra fase, la de mantenimiento, de prevención de la recaída. La prevención de recaídas exige al fumador adelantarse a las situaciones de riesgo y tener respuestas elaboradas para enfrentarse a dichas situaciones. Se considera la fase orientada a mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo. En ella se llevan a cabo sesiones de seguimiento, que se pueden realizar personalmente, por teléfono o por carta. También se puede entrenar a la persona en habilidades de afrontamiento para evitar los estímulos que licitan el deseo a fumar, aprender a identificar y manejar situaciones de alto riesgo, afrontar adecuadamente las caídas. Cuando la persona no tenga apoyo suficiente para mantenerse abstinente puede entrenársele en cómo conseguirlo y a las personas más cercanas para que lo apoyen adecuadamente. La mayoría de los programas multicomponentes se podrían encuadrar en las técnicas de autocontrol.

6.3.3. *Eficacia del tratamiento psicológico*

La eficacia del tratamiento psicológico de los fumadores se ha demostrado de modo sistemático en los últimos 50 años. De modo breve, comentaremos la guía de Fiore *et al.* (2008) y la revisión de Hartman-Boyce *et al.* (2013), resumiendo las de la Cochrane Collaboration sobre los tratamientos existentes para dejar de fumar.

La guía de Fiore *et al.* (2008), indica una *odds ratio* (OR), para el consejo conductual individual de 1,7 y para el grupal de 1,3. Aquí no indica qué profesional es el que aplica el consejo, ya que en muchos casos no son psicólogos. Sí aparece que a mayor tiempo de contacto mayor eficacia (OR=3,2 para 91-300 minutos, y OR=2,8 para más de 300 minutos), así como a mayor número de sesiones (OR=1,9 para 4-8 sesiones, y OR=2,3 para más de 8 sesiones). También destacaríamos que autoaplicados los fármacos, son igual que el placebo (Pierce y Gilpin, 2002); es decir, no son eficaces.

Como hemos insistido en distintas ocasiones (Becoña, 2003; 2010), en el campo del tratamiento de fumadores, y sobre todo por parte de profesionales ajenos a la psicología, se viene confundiendo sistemáticamente la aplicación de un tratamiento *en* grupo de lo que es un tratamiento *de* grupo o terapia de grupo. Desde hace años sabemos que la *terapia de grupo* es totalmente *ineficaz* para tratar a los fumadores. Lo que es *eficaz* es la aplicación grupal, o *tratamiento en grupo*, con técnicas psicológicas cognitivo-conductuales. La terapia grupal aparece en las guías como uno de los tratamientos más eficaces (riesgo relativo, RR=1,98; Hartmann-Boyce *et al.*, 2013).

También la guía de Fiore *et al.* (2008) indica que los procedimientos de autoayuda,

todos basados en técnicas psicológicas, se han extendido ampliamente. La ventaja de los mismos es que llegan a muchas personas, a bajo coste, y con un nivel de eficacia razonable, con OR de 1,2.

La revisión de Hartman-Boyce *et al.* (2013) destaca, dentro de los tratamientos farmacológicos, la terapia sustitutiva de la nicotina (TSN), bupropión y vareniclina, que han mostrado ser eficaces, habitualmente junto a consejo conductual como parte del mismo o al menos manejo clínico por parte del profesional sanitario que lo aplica, con RR entre 1,60 y 2,27. Pero todos tienen importantes efectos secundarios (p. ej., insomnio).

Dentro de las intervenciones conductuales para dejar de fumar destaca la terapia grupal, donde dejan el doble con la misma (RR=1,98), el consejo individual (RR=1,36), los procedimientos de autoayuda (RR=1,45) y otros. No siempre indican quién es el profesional que ha aplicado estos tratamientos, ya que en muchos casos no son psicólogos.

Dada la eficacia del tratamiento psicológico, es habitual, recomendable y a veces así lo sugieren las guías clínicas y la correcta administración de los fármacos, que se añada un tratamiento psicológico o un consejo conductual al tratamiento farmacológico (Ranney *et al.*, 2006). Además, casi todos los ensayos clínicos con fármacos para dejar de fumar incluyen técnicas de consejo derivadas de las psicológicas o un tratamiento psicológico junto al fármaco. Esto ha llevado, erróneamente, a pensar a muchos clínicos, y a ser auspiciado por los laboratorios farmacéuticos, que lo mejor para dejar de fumar es una combinación de fármaco y consejo/tratamiento conductual o psicológico. La evidencia de un gran número de estudios indican que no hay prueba de que la combinación de un tratamiento psicológico para dejar de fumar y un fármaco “eficaz” para dejar de fumar mejore la eficacia de usar solo el tratamiento psicológico (Secades *et al.*, 2009; García y Sanz, 2006; Fernández *et al.*, 2014).

En el estudio de Secades-Villa *et al.* (2009) compararon la utilización de parche de nicotina añadido o no al consejo, autoayuda y tratamiento psicológico. Los resultados indicaron que el parche de nicotina no añadía una mayor eficacia que usar solo consejo (12 meses, 12,9% consejo; 12,5% consejo + parches), autoayuda (12 meses, autoayuda 27,6%, autoayuda + parches 30,9%) o tratamiento psicológico (12 meses, tratamiento psicológico 41,4%, tratamiento psicológico + parches 40,0%). En este último caso, la eficacia era la misma utilizando el tratamiento psicológico o combinado con parches de nicotina.

En la misma línea que el estudio anterior, Fernández *et al.* (2014) encuentran que los parches de nicotina no aportan nada a un tratamiento psicológico eficaz para dejar de fumar, dado que no hay diferencias significativas de utilizar terapia cognitiva conductual intensiva o combinarla con parches de nicotina. Una parte de la confusión en este tema está en no diferenciar consejo conductual, que puede ser aplicado por múltiples profesionales de la salud, muchas veces no cualificados para ello, con tratamiento psicológico que es aplicado por un psicólogo.

6.3.4. *Elementos comunes a los tratamientos psicológicos eficaces para dejar de fumar*

Existe toda una serie de estudios llevados a cabo por Michie que han permitido conocer los factores comunes y eficaces que subyacen a los distintos tratamientos psicológicos para dejar de fumar. Se encuentra que las técnicas conductuales se utilizaban sistemáticamente en el tratamiento de los fumadores (West *et al.*, 2011), pero a pesar de ello no se sabía cual de ellas era más eficaz. Por ello, elaboraron una taxonomía de técnicas de cambio conductual empleadas en el apoyo conductual para dejar de fumar (Michie *et al.*, 2011), seleccionando manuales de tratamiento para dejar de fumar empleados en el Reino Unido. Encontraron 44 técnicas conductuales (p. ej., proporcionar información sobre las consecuencias de fumar y dejar de fumar, aumentar la motivación y la autoeficacia, proporcionar refuerzos contingentes al dejar de fumar; fortalecer la identidad del exfumador, facilitar la identificación de barreras de solución de problemas, aconsejar sobre la reestructuración ambiental, etc.).

Cuadro 6.1. *Técnicas de cambio conductual identificadas en dos o más ensayos aleatorizados controlados eficaces para dejar de fumar en mujeres embarazadas*

-
- Proporcionar refuerzos contingentes a dejar de fumar de manera exitosa.
 - Evaluar el CO en el aire espirado.
 - Facilitar el afrontamiento y la prevención de la recaída.
 - Proporcionar información sobre las creencias.
 - Facilitar la identificación de barreras y la solución de problemas.
 - Facilitar la planificación de la acción/identificación de los disparadores de la recaída.
 - Facilitar una revisión de los objetivos.
 - Evaluar la conducta de fumar actual y pasada.
 - Evaluar la preparación y la capacidad de dejar de fumar.
 - Ofrecer/dirigir hacia materiales escritos adecuados.
 - Aconsejar sobre/facilitar el uso de apoyo social.
-

Fuente: Lorencatto *et al.* (2012).

A partir de este estudio, se llevaron a cabo otros para analizar cuáles de estas técnicas se aplican en la realidad, empleando grabaciones de audio y transcripciones de sesiones para dejar de fumar. De este modo, comprobaron que la mayoría de los componentes se usaban en un 88% de los casos, que descendía al 42% cuando el apoyo conductual se hacía por teléfono (Lorencatto *et al.*, 2014). Además, existe una diferencia importante entre lo que los consejeros dicen que hacen y lo que realmente aplican; por ejemplo, el 81% señala que aplica estrategias de prevención de la recaída y afrontamiento cuando únicamente un 12% lo hace realmente. También comprobaron que los consejeros (que eran habitualmente enfermeras, médicos de atención primaria y farmacéuticos) se adecuaban en el 66% a los contenidos de las técnicas de cambio conductual de los manuales de tratamiento que utilizaban, lo que significa que no aplicaban un tercio de los

componentes (Lorenatto *et al.*, 2013).

Lorenatto *et al.*, (2012) evaluaron también 7 intervenciones efectivas para dejar de fumar en mujeres embarazadas basados en las revisiones de la Cochrane Collaboration para analizar la taxonomía de 43 técnicas de cambio conductual (Michie *et al.*, 2010). De las 7 intervenciones, consiguieron los protocolos o manuales de tratamiento de sus autores. Aquí 37 de las originales 43 técnicas de cambio conductual (86%) son identificados al menos una vez, 11 de 43 (29,7%) en dos o más intervenciones, que es el criterio de resultado que utilizan (cuadro 6.1).

6.3.5. *El tratamiento psicológico como tratamiento de elección para los fumadores*

Aunque el tratamiento de fumadores de tipo psicológico funciona para cualquier fumador, se han desarrollado o se han analizado intervenciones específicas para grupos concretos de fumadores. Veremos algunos de estos.

Para mujeres fumadoras embarazadas, el tratamiento de primera elección es el psicológico (Fiore *et al.*, 2008, Le Foll *et al.*, 2005). Los tratamientos farmacológicos solo deben utilizarse cuando fallan los anteriores o cuando los beneficios superan los riesgos. El tratamiento psicológico no tiene efectos secundarios; los fármacos para dejar de fumar hasta ahora comercializados tienen efectos secundarios que hacen que, en muchos casos, estén contraindicados en la mujer embarazada.

Lo mismo ocurre para jóvenes y adolescentes. Aunque son pocos los adolescentes que quieren dejar de fumar (Becoña, 2006), los que han acudido a tratamiento han conseguido dejar solo de fumar con tratamientos cognitivo-conductuales (Sussman *et al.*, 2006). La utilización de fármacos (parches de nicotina) no incrementa la eficacia de aplicar solo el tratamiento conductual (p. ej., Stotts *et al.*, 2003). En ellos el tratamiento más utilizado ha sido el entrenamiento en autocontrol, en habilidades de afrontamiento, en solución de problemas y en técnicas de incremento de la motivación para afrontar adecuadamente el síndrome de abstinencia.

En personas mayores, en muchos casos la única alternativa para dejar de fumar es un tratamiento psicológico, dado el riesgo que puede tener en algunos de ellos consumir ciertos fármacos para dejar de fumar. En ellos, el tratamiento psicológico es eficaz (Fiore *et al.*, 2008) tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. E, igualmente, en pacientes hospitalarios los tratamientos psicológicos son eficaces, aunque en muchos se usan en forma de consejo conductual o consejo sanitario por parte de otros profesionales. Los resultados indican que estas intervenciones son eficaces cuando el nivel de intervención es alto (Rigotti *et al.*, 2012), que ocurre en aquellos casos en los que se aplica consejo de tipo conductual, solo o combinado con otras estrategias, independientemente del tipo de trastorno por el que están hospitalizados; donde el tratamiento psicológico parece ser especialmente eficaz es en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria, obteniendo Barth *et al.* (2006) en su metaanálisis una OR de 1,95 para las intervenciones

psicológicas intensivas.

6.4. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual: el programa para dejar de fumar

6.4.1. Introducción

Uno de los tratamientos que se ha evaluado ampliamente en España ha sido un programa psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar con la denominación de *Programa para dejar de fumar*. Comenzado a aplicar en el año 1984, a lo largo de los últimos 30 años se ha sido perfeccionado, evaluando y adaptando a distintos contextos (clínicos, comunitarios, en distintos formatos, distinto número de sesiones, distintos niveles de contacto, etc.). Es también un tratamiento que tiene una buena difusión y se aplica en distintos lugares. Además, está manualizado (Becoña, 2007), reúne todos los requisitos de calidad, con un alto nivel de eficacia en distintos estudios (ver Becoña, 2011), entre el 58% y el 85% al final del tratamiento y del 26% al 54% al año de seguimiento (p. ej., Becoña *et al.*, 2014). También ha sido utilizado en formato de autoayuda con buenos resultados (p. ej., Míguez y Becoña, 2008)

Cuadro 6.2. *Tareas que realiza el fumador en el tratamiento psicológico cognitivo-conductual “Programa para dejar de fumar” (Becoña, 2007)*

Sesión 1

1. Indicar las razones para dejar de fumar actualmente.
 2. Lectura de “¿Por qué debo dejar de fumar?”.
 3. Hacer una lista de las razones a favor y en contra de fumar actualmente.
 4. Indicar los antecedentes y consecuentes de la conducta de fumar.
 5. Realizar los autorregistros y la representación gráfica del consumo de tabaco.
 6. Comunicar a otras personas de su entorno que va a dejar de fumar en los próximos 30 días.
 7. Cambiar de marca de cigarrillos (un 30% menos de nicotina que la actual).
 8. Aplicar las siguientes reglas para reducir el consumo de cigarrillos:
 - Fumar un tercio menos de cigarrillo.
 - No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
 - Reducir la profundidad de la inhalación.
 - Llevar el cigarrillo a la boca solo para fumarlo.
-

Sesión 2

1. Realizar los autorregistros y la representación gráfica del consumo de tabaco.
2. Aumentar la parte del cigarrillo sin fumar.
3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
4. Cambiar de marca de cigarrillos (un 60% menos de nicotina que los que se fumaban al principio) o reducir el consumo de los mismos (un 30% menos que en la semana anterior).

5. Si fuma antes de desayunar o después de levantarse, retrasar ese cigarrillo por lo menos 15 minutos.
 6. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de su conducta de fumar de la semana anterior.
 7. Seleccionar tres situaciones en las que dejará de fumar.
 8. Analizar las reacciones que produjo el comunicarle a otras personas que dejará de fumar en los próximos 30 días.
 9. Actividades que tienen que realizar para no tener ningún problema en la reducción del consumo de cigarrillos.
 10. Ejercicios de respiración profunda.
-

Sesión 3

1. Realizar los autorregistros y la representación gráfica del consumo de tabaco.
 2. Fumar como máximo la mitad de cada cigarrillo.
 3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
 4. Retrasar un mínimo de 30 minutos el cigarrillo de después de levantarse o desayunar.
 5. (Si aún no lo hizo) Retrasar un mínimo de 15 minutos los cigarrillos de después de comer, del café y de la cena.
 6. Cambiar de marca (un 90% menos que la que fumaba al principio) o reducir el número de cigarrillos fumados (un 30% menos que en la semana anterior).
 7. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de su conducta de fumar de la semana anterior.
 8. Indicar las situaciones en las que dejará de fumar.
 9. Reacciones que produjo en la presente semana el conocimiento de que va a dejar de fumar.
 10. Indicar sus reacciones ante los hechos relacionados con el tabaco que vio en los medios de comunicación.
 11. Seleccionar actividades para controlar la reducción del consumo de cigarrillos sin problemas.
 12. Continuar haciendo los ejercicios de respiración profunda.
 13. Analizar cómo come y si precisa controlar su forma de comer.
 14. Comenzar a planificar hacer ejercicio físico.
-

Sesión 4

1. Realizar los autorregistros y la representación gráfica del consumo de tabaco.
 2. Fumar como máximo la mitad del cigarrillo.
 3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
 4. Retrasar un mínimo de 45 minutos el cigarrillo de después de levantarse o de después del desayuno.
 5. Retrasar un mínimo de 30 minutos los cigarrillos de después de comer, del café o de la cena.
 6. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de la última semana.
 7. Indicar las situaciones en las que ya no va a fumar ningún cigarrillo.
 8. Reducir en esta semana el número de cigarrillos día a día, de modo que al final de la misma ya no fume ninguno.
 9. Analizar cuándo tiene una tentación o impulso a fumar y ver cómo desaparece en escasos segundos sin tener que encender un cigarrillo.
 10. Reflexionar sobre la distinción entre caída y recaída y analizar las creencias sobre esta cuestión.
 11. Identificar las posibles situaciones de ansiedad, estrés, agresividad e ira y poner en práctica el modo de controlarlas.
 12. Hacer los ejercicios de solución de problemas, tanto para los problemas que pueda tener actualmente como para otros que le puedan surgir.
-

Sesiones 5 y 6

1. Revisión de las tareas de la semana anterior.
2. Análisis de las dificultades que hayan surgido.
3. Abstinencia total del tabaco.
4. Beneficios que nota al dejar de fumar.
5. Sensaciones que puede notar en esta semana sin tabaco.
6. Creencias erróneas sobre el tabaco.

El tratamiento psicológico *Programa para dejar de fumar* (Becoña, 2007), se compone de los elementos siguientes:

1. Contrato de tratamiento.
2. Autorregistro y representación gráfica del consumo de cigarrillos;
3. Información sobre el tabaco.
4. Técnica de desvanecimiento: reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.
5. Técnica de control de estímulos.
6. Actividades para no padecer los síntomas del síndrome de la abstinencia de la nicotina.
7. *Feedback* fisiológico del consumo de cigarrillos (monóxido de carbono en el aire espirado).
8. Estrategias de prevención de la recaída (entrenamiento en aserción, entrenamiento en solución de problemas, cambio de creencias erróneas, manejo de la ansiedad y de la ira, ejercicio físico, control del peso y autorreforzamiento).

Las ventajas de este tratamiento psicológico son que incluye técnicas de tratamiento psicológico efectivas, aborda los componentes fisiológicos, psicológicos y sociales de la adicción al tabaco, es aplicable en 6 sesiones de una hora una vez por semana, puede utilizarse en formato individual, grupal y autoayuda, es aplicable a todo tipo de fumador, no tiene efectos secundarios, es fácil de seguir por el fumador, gracias a la racionalidad de sus componentes, es un tratamiento adaptado a nuestro medio y, sobre todo, tiene un buen coste-efectividad en tratamientos clínicos y comunitarios, mucho mejor que los tratamientos farmacológicos o combinados. Su versatilidad lo hace muy útil para el clínico y su eficacia un punto de referencia para la selección como tratamiento psicológico para los fumadores. Además, es un procedimiento atractivo para todo tipo de fumadores, incluyendo a los jóvenes. Una ventaja adicional de este tratamiento, en formato de autoayuda, es que puede ser seguido por el propio fumador. Se viene aplicando de modo sistemático en la *Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos* de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, en la que han participado más de 14.000 fumadores a lo largo de 30 años. También se aplica en otros centros (p. ej., Alonso *et al*, 2007).

6.4.2. *Protocolo de tratamiento para dejar de fumar*

En el [cuadro 6.3](#) presentamos el protocolo de tratamiento para dejar de fumar. En el mismo se exponen detalladamente los pasos que hay que seguir en cada una de las

sesiones de tratamiento, junto a las estrategias y técnicas específicas que tenemos que aplicarle a cada fumador.

Cuadro 6.3. *Protocolo de tratamiento del “Programa para dejar de fumar”*

SESIÓN 1

- Establecer una adecuada relación terapéutica.
- Presentar un programa de tratamiento racional, plausible y realizable en el tiempo de duración del tratamiento.
- Revisar los autorregistros realizados en la semana o semanas anteriores, haciéndole ver su importancia y explicarle cómo representar de manera gráfica el número de cigarrillos fumados diariamente, proporcionándole para ello una gráfica al efecto. También, a través de los autorregistros, explicarle cuáles son los antecedentes y consecuentes de su conducta de fumar y cómo reconocerlos.
- Presentarle sucintamente datos objetivos sobre qué es el tabaco, componentes y consecuencias que produce en la salud. A esto se dedican cinco minutos y se le proporciona por escrito material al respecto.
- Discutir sobre cuáles son los motivos por los que se plantea dejar de fumar en este momento y también las razones por las que fuma actualmente.
- Comprometerse socialmente con otras personas en el proceso de abandono. Por ello, debe comunicar al menos a una persona de su entorno (familiar, amigo, compañero de trabajo, etc.) que está llevando a cabo un tratamiento para dejar de fumar y que es previsible que deje de fumar en los próximos 30 días. La actitud del fumador ante este hecho, favorable o desfavorable, es muy útil para conocer su motivación para el abandono, su credibilidad y para que tenga una buena adherencia al tratamiento.
- Explicarle el mecanismo del cambio de marcas (sobre un 30% de reducción en la cantidad de nicotina), basado en el principio de desvanecimiento, para que vaya reduciendo su dependencia fisiológica, convencerle de su racionalidad y viabilidad e indicarle qué marca debe pasar a fumar a partir del día siguiente. Se le sugiere igualmente que tire todos los cigarrillos de su anterior marca, a veces fumada durante muchos años.
- Explicarle varias reglas que tiene que utilizar para evitar la compensación nicotínica, que probablemente ocurriría al cambiar de marca si, al mismo tiempo, no le indicamos que no debe fumar más cigarrillos que la media de los que fumó en la semana pasada. De igual modo, y para evitar aún así que le dé inhalaciones más profundas a sus cigarrillos, debe dejar un tercio del cigarrillo sin fumar, si con anterioridad lo fumaba entero, o la mitad si ya dejaba un tercio sin fumar desde el filtro. Tampoco puede tener, si es el caso, permanentemente el cigarrillo en la boca sin fumarlo, ya que de este modo ingeriría una gran cantidad de nicotina.
- Comenzar ya en la primera sesión con una estrategia simple de prevención de recaída. Esto se hace con la regla de que a partir del día siguiente tiene que dejar de aceptar ofrecimientos de cigarrillos, aunque él puede seguir ofreciéndolos. Esto se orienta a que, como el ofrecimiento de cigarrillos es una de las principales causas de la recaída, al rechazarlos durante un período de tiempo de cinco semanas es más probable que, ya una vez abstigente, pueda rechazar con mayor facilidad dichos ofrecimientos, aún teniendo tentaciones de fumar.

SESIÓN 2

- Motivar al fumador por los primeros pasos que ha dado para dejar de fumar. Al ser un tratamiento de abandono gradual, a veces las expectativas son excesivamente elevadas. El terapeuta debe adecuar el nivel de expectativas del fumador al proceso de abandono “normal” en un fumador de “x” cigarrillos, más que esperar un avance importante.
- Si el tratamiento se lleva a cabo en grupo, tener en cuenta las diferencias en el consumo entre unos y otros fumadores y hacer notar que, al analizar caso a caso, un mayor consumo no significa un abandono más lento.

- Comprobar la adherencia a las tareas que tenían que hacer en la semana previa. Una buena adherencia es un buen predictor del éxito del tratamiento. Este aspecto se debe cuidar especialmente, comprobando si ha cubierto diariamente los autorregistros, si ha hecho la representación gráfica del consumo de cigarrillos, si ha leído el folleto “¿Por qué debo dejar de fumar?”, si ha comunicado a otras personas que va a dejar de fumar en un período de 30 días, si ha hecho el cambio de marcas y si ha cumplido las reglas para la reducción del consumo de cigarrillos.
- Continuar recogiendo información con los autorregistros y analizarla empíricamente para que conozca objetivamente su conducta de fumar, con el análisis de los antecedentes y consecuentes de la misma. Es útil encontrar patrones regulares de consumo, como ya es posible en este momento del tratamiento con el análisis de los autorregistros. Igualmente, la representación gráfica permite ver si el consumo está estancado, va descendiendo paulatinamente o hay altos y bajos dependiendo de estados emocionales, problemas laborales, salir de noche, etc.
- Analizar el efecto del cambio de marcas y cómo lo ha vivido. La mayoría lo suelen vivir mejor de lo que pensaban. Sin embargo, como también suelen reducir el número de cigarrillos, en ocasiones se produce el síndrome de abstinencia de la nicotina. Si se aprecia que esto ocurre, se debe valorar la conveniencia de que reduzca más lentamente o de que siga reduciendo, en función de las expectativas que el fumador tenga sobre el abandono, su grado de seguridad de continuar adecuadamente el descenso, el apoyo en su medio y que existan o no factores de su ambiente que puedan facilitar o interferir este proceso, especialmente en su casa, con los amigos y en su ambiente laboral.
- Analizar y tener en cuenta las posibles creencias erróneas sobre el proceso de abandono, especialmente su creencia sobre qué procedimiento es el más adecuado para dejar de fumar: si el abandono brusco, un tratamiento farmacológico, mágico o un abandono paulatino, como el programa de tratamiento que está llevando a cabo. Sin embargo, estas no se harán explícitas en el tratamiento y se tratarán en las últimas sesiones.
- Introducir la técnica del control de estímulos. Dado que los fumadores tienen condicionado su consumo a distintas situaciones, personas, pensamientos, estados, etc., se introduce la técnica de control de estímulos para debilitar y, conforme pasa el tiempo, eliminar esta dependencia. Esto se hace a través de un grupo de situaciones que se le presentan, que suelen abarcar los posibles estados en los que un fumador normal fuma (p. ej., viendo la televisión, hablando por teléfono, en el bar o cuando toma bebidas alcohólicas, etc.). También puede añadir alguna otra. Una vez explicada la racionalidad del procedimiento, dejará de fumar a partir del día siguiente en tres situaciones, las más fáciles, una vez que ha descartado aquellas en las que no fuma.
- Introducir varias estrategias para que no tenga el síndrome de abstinencia de la nicotina si cambia de marca y, al tiempo, descienda más de lo previsto su consumo de cigarrillos y deje una parte importante del cigarrillo sin fumar (p. ej., beber agua abundantemente, masticar chicle o chupar caramelos sin azúcar en vez de fumar un cigarrillo, etc.).
- Ver el impacto que en su medio tiene participar en un tratamiento para dejar de fumar. El apoyo favorece y facilita el abandono o superar etapas difíciles que se pueden presentar. Cuando este falta, es más difícil conseguir las metas, abandonar el tratamiento o dejarlo por desmotivación.
- Comenzar con los ejercicios de respiración como técnica de relajación.

SESIÓN 3

- Revisar detenidamente el avance de cada fumador y, especialmente, la adherencia a las tareas que tenía que realizar en la semana previa (p. ej., autorregistro, representación gráfica, etc.).
- Comprobar que va consiguiendo los objetivos propuestos en la sesión anterior, como consumo, cambio de marca, retrasar ciertos cigarrillos, dejar de fumar en distintas situaciones, etc., y que la información de que dispone es objetiva y la puede contrastar él mismo. Todos estos aspectos, como número máximo de cigarrillos que podía fumar, marca asignada para la semana anterior, dejar de fumar en situaciones concretas, son esenciales para continuar con el tratamiento. Realizarlas adecuadamente en la semana previa va a permitir asignar nuevas tareas para conseguir un mayor autocontrol sobre su conducta de fumar.

- Analizar los antecedentes y consecuentes de su conducta de fumar. Su adecuado conocimiento por parte del fumador le permite conocer mejor su conducta y, al tiempo, tener una idea más clara de lo que pretendemos y del modo en que lo estamos consiguiendo.
- Motivarle para continuar el tratamiento de cara al abandono, al encontrarse en la mitad del mismo. Esto es especialmente importante, porque en esta sesión nota claramente una mejoría física, pero sigue fumando.
- Tener en cuenta las diferencias individuales, adaptando el tratamiento a cada fumador, a cada consumo y a los distintos niveles de dependencia y realización de tareas.
- Analizar de nuevo todas aquellas creencias erróneas que pueda seguir teniendo sobre el proceso de abandono, o que tienen otras personas de su entorno, y si estas le afectan en su proceso de dejar de fumar.
- Incluir nuevas tareas, como nuevo cambio de marcas (sobre un 60% menos de nicotina con respecto a la marca inicial), cigarrillos de los que tiene que dilatar su consumo (p. ej., después del café) e incluir nuevas situaciones en las que dejará de fumar (control de estímulos). Como ya se ha hecho en la sesión anterior, en esta seleccionará otras nuevas tres situaciones, de las más fáciles que le queden por elegir, en las que a partir del día siguiente dejará de fumar.
- Analizar qué estrategias ha utilizado para no tener el síndrome de abstinencia de la nicotina y proponerle que aplique las mismas u otras nuevas.
- Conocer el impacto que en su medio está produciendo el conocimiento de que está llevando a cabo un tratamiento para dejar de fumar. Cuando no encuentra apoyo, es conveniente darle estrategias para que no le interfiera, como no hacer caso de lo que le digan hasta pasadas unas semanas, retarlos, etc.
- Comprobar si la información proporcionada por los medios de comunicación, favorable o desfavorable, sobre el tabaco, influye de alguna manera en su actual proceso de abandono.
- Continuar haciendo los ejercicios de respiración profunda todos los días.
- Analizar cómo come y si precisa controlar su forma de comer para que no incremente el peso al dejar de fumar.
- Comenzar a hacer ejercicio físico. Planificar cómo hacerlo en esta semana.

SESIÓN 4

- Continuar con las tareas apuntadas para la sesión anterior, como revisar el cumplimiento de las tareas a lo largo de la semana previa (autorregistro, representación gráfica, cambio de marca, dejar de fumar en distintas situaciones, retrasar el consumo de algunos cigarrillos importantes para el fumador, etc.).
- Planificar el proceso de abandono, si es el caso, para que se produzca al final de la siguiente semana. Esto ocurre si fuma pocos cigarrillos, ha dejado de fumar en las situaciones previstas, el cambio de marca lo ha efectuado adecuadamente, ha tenido pocos síntomas de abstinencia o ha utilizado adecuadas estrategias para ello y, en general, el tratamiento ha sido seguido adecuadamente. En caso de que no se cumplan todos los criterios anteriores, se retrasará la fecha de abandono para las siguientes semanas.
- Hacerle ver lo que va a significar en el futuro ser un no fumador o un ex fumador, el cambio de estatus que ello significa, el cambio en distintas creencias asociadas con dejar de fumar y que se haga consciente de que así como ha ido reduciendo su consumo hasta ahora, también puede dejar de fumar y mantenerse abstinentes.
- Mostrarle claramente la distinción entre caída y recaída y ejemplificarle este proceso para cuando haya finalizado el tratamiento.
- Seguir haciendo los ejercicios de respiración profunda y ejercicio físico.
- Entrenarle en el reconocimiento de las tentaciones o impulsos de fumar, su detección y el modo de hacerles frente, utilizando para ello las mismas estrategias que con anterioridad ha utilizado para controlar los síntomas de abstinencia de la nicotina.
- Identificar las posibles situaciones de estrés y ansiedad y poner en práctica el modo de controlarlas.
- Entrenarle en cómo llevar a cabo el entrenamiento en solución de problemas.
- Insistírle en la necesidad de que todo lo que está aprendiendo en el proceso de abandono le va a ser igualmente útil una vez que haya dejado de fumar, y en que debe ponerlo en práctica si se encuentra con

algún problema una vez que haya dejado el tratamiento.

SESIÓN 5

Si ha dejado de fumar

- Revisar las tareas de la semana anterior y comprobar si ha conseguido dejar de fumar, reforzándole por ello.
- Nivel de satisfacción que manifiesta al haber dejado de fumar, dificultades que le han surgido y cómo se ve como un no fumador.
- Concordancia entre lo que esperaba del proceso de abandono y su experiencia de haber dejado de fumar.
- Consecuencias positivas y negativas que aprecia al haber dejado de fumar.
- Incidir en la distinción entre caída y recaída.
- Repasar distintas creencias erróneas que los fumadores y no fumadores tienen sobre el proceso de abandono del tabaco.
- Analizar las tentaciones e impulsos de fumar como un no fumador.
- Visión del grado de dificultad que le ha tenido el proceso de abandono hoy visto desde el pasado.
- Cómo se ve a sí mismo en el futuro como no fumador.
- Seguir haciendo los ejercicios de respiración profunda y ejercicio físico.
- Revisar y seguir con el entrenamiento en solución de problemas.
- Continuar con la identificación y el manejo de situaciones de estrés y ansiedad.
- Identificar las posibles situaciones de agresividad e ira y poner en práctica el modo de controlarlas.
- Insistírle en que ponga en marcha en el futuro todas las estrategias aprendidas hasta ahora.
- Reforzarle por haber conseguido dejar de fumar por sí mismo. *Si no ha dejado de fumar*
- Continuar con las tareas apuntadas para la sesión anterior, como revisar el cumplimiento de las tareas a lo largo de la semana previa (autorregistro, representación gráfica, cambio de marca, dejar de fumar en distintas situaciones, retrasar el consumo de algunos cigarrillos importantes para el fumador, etc.).
- Planificar el proceso de abandono, si es el caso, para que se produzca al final de la/s siguiente/s semana/s.
- Incidir en la distinción entre caída y recaída.
- Repasar distintas creencias erróneas que los fumadores y no fumadores tienen sobre el proceso de abandono del tabaco (p. ej., si fumo un cigarrillo vuelvo a ser un fumador).
- Analizar las tentaciones e impulsos de fumar.
- Seguir haciendo los ejercicios de respiración profunda y ejercicio físico.
- Revisar y seguir con el entrenamiento en solución de problemas.
- Continuar con la identificación y manejo de situaciones de estrés y ansiedad.
- Identificar las posibles situaciones de agresividad e ira y poner en práctica el modo de controlarlas.
- Insistírle en que ponga en marcha en el futuro todas las estrategias aprendidas.

SESIÓN 6

Si ha dejado de fumar

- Revisar las tareas de la semana anterior y comprobar si ha conseguido dejar de fumar, reforzándole por ello.
- Nivel de satisfacción que manifiesta al haber dejado de fumar, dificultades que le han surgido y cómo se ve como un no fumador.
- Concordancia entre lo que esperaba del proceso de abandono y su experiencia de haber dejado de fumar.
- Consecuencias positivas y negativas que aprecia al haber dejado de fumar.
- Incidir en la distinción entre caída y recaída.
- Repasar distintas creencias erróneas que los fumadores y no fumadores tienen sobre el proceso de abandono del tabaco.

- Analizar las tentaciones e impulsos de fumar como un no fumador.
- Visión del grado de dificultad que le ha tenido el proceso de abandono hoy visto desde el pasado.
- Cómo se ve a sí mismo en el futuro como no fumador.
- Revisar y seguir con el entrenamiento en solución de problemas.
- Seguir haciendo los ejercicios de respiración profunda y ejercicio físico.
- Continuar con la identificación de las posibles situaciones de estrés, ansiedad, agresividad e ira y poner en práctica el modo de controlarlas.
- Insistírle en que ponga en marcha en el futuro todas las estrategias aprendidas.
- Reforzarle por haber conseguido dejar de fumar por sí mismo.

Si no ha dejado de fumar

- Continuar con las tareas apuntadas para la sesión anterior, como revisar el cumplimiento de las tareas a lo largo de la semana previa (autorregistro, representación gráfica, cambio de marca, dejar de fumar en distintas situaciones, retrasar el consumo de algunos cigarrillos importantes para el fumador, etc.).
 - Planificar el proceso de abandono para que se produzca al final de la siguiente semana.
 - Incidir en la distinción entre caída y recaída.
 - Repasar distintas creencias erróneas que los fumadores y no fumadores tienen sobre el proceso de abandono del tabaco.
 - Analizar las tentaciones e impulsos de fumar.
 - Revisar y seguir con el entrenamiento en solución de problemas.
 - Seguir haciendo los ejercicios de respiración profunda y ejercicio físico.
 - Continuar con la identificación de las posibles situaciones de estrés, ansiedad, agresividad e ira y poner en práctica el modo de controlarlas.
 - Insistírle en que ponga en marcha en el futuro todas las estrategias aprendidas.
-

6.4.3. *La comorbilidad*

Un grupo de gran interés actual es el de los pacientes psiquiátricos fumadores. A ellos le aplicaremos el mismo tratamiento que a un fumador sin trastornos mentales; el proceso de dejar de fumar no interfiere con otros tratamientos que esté llevando a cabo. Además, muchas personas que demandan tratamientos para sus problemas o trastornos tienen más probabilidad de ser fumadores (Tiffany *et al.*, 2004). Esto ha quedado claro en los países más desarrollados (como indica el estudio NESARC norteamericano), como igualmente ya ocurre en nuestro medio, especialmente para la depresión, trastornos de ansiedad, otros trastornos adictivos (dependencia del alcohol, cannabis, cocaína), trastorno de déficit de atención con hiperactividad, esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.

Un gran número de estudios de los últimos años indican una importante relación entre fumar y depresión (p. ej., Luger *et al.*, 2014), aparte de que sabemos que la nicotina tiene una clara función antidepresiva (Salin-Pascual *et al.*, 1996). En los programas clínicos de un 30 a un 60% de las personas que acuden a dejar de fumar han tenido una historia previa de depresión mayor (Wilhelm *et al.*, 2006) lo que lleva a que tengan un peor pronóstico en el abandono del tabaco. Hughes (1998) ha sugerido que puede haber un elemento común que predispone a ciertos individuos tanto para la

depresión como para fumar, entre los que apunta la baja autoestima, baja habilidad asertiva, o alguna causa genética.

En un estudio reciente (Becoña *et al.*, 2014) aparece claro que es la historia previa de depresión la que explica el descenso en la eficacia de los tratamientos.

Algo semejante a lo indicado para la depresión ocurre con la ansiedad, donde se encuentra una clara relación entre fumar y trastornos de ansiedad. Por ejemplo, Johnson *et al.* (2000) evaluaron en una muestra representativa de jóvenes del estado de Nueva York la prevalencia del consumo de tabaco y de distintos trastornos mentales a los 16 años y, posteriormente, a los 22. No encontraron que los trastornos de ansiedad durante la adolescencia estuvieran asociados con fumar cigarrillos en la adultez. Sí encontraron relación entre fumar 20 o más cigarrillos/día durante la adolescencia y padecer distintos trastornos de ansiedad en la adultez temprana como agorafobia (OR=6,79), trastorno de ansiedad generalizada (OR=5,53), trastorno de pánico (OR=15,58), no hallando relación para el trastorno de ansiedad social (OR=0,44). Todo esto les lleva a concluir que ser un fumador duro durante la adolescencia está asociado con el incremento en el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad en la vida adulta. Por el contrario, el estudio sugiere que los adolescentes con trastornos de ansiedad no tienen un riesgo elevado de convertirse en fumadores crónicos durante su adultez joven. En la línea de lo anterior, aparece consistentemente relación entre fumar y tener mayor número de ataques de pánico (Moylan *et al.*, 2012).

Sabemos que fumar está relacionado con un peor estado de salud física pero también mental (Aubin *et al.*, 2012). Distintos estudios han encontrado relación entre fumar y distintos trastornos mentales (Aubin *et al.*, 2012; Goodwin *et al.*, 2012). De hecho, las tasas de prevalencia de dependencia del tabaco son de dos a cuatro veces más elevadas en estos pacientes que en población general (Royal College of Physicians, 2013) y que cuanto más grave es la condición psiquiátrica mayor es también el consumo de tabaco. Además, las personas con trastornos mentales fuman más y son más dependientes de la nicotina. De hecho, en un estudio realizado en Estados Unidos se indicó que a pesar de que aproximadamente un 22% de la población tiene un trastorno mental, solo estos consumen el 44% del tabaco que se vende (Schroeder y Morris, 2010).

La alta incidencia del consumo de tabaco en pacientes con trastornos mentales podría deberse a una mejora en la cognición y el estado de ánimo gracias a la nicotina (Aubin *et al.*, 2012). También se ha indicado que estas personas podrían emplear el tabaco para hacer frente al trastorno o al craving generado por el propio tabaco, por placer, por aburrimiento y para aliviar el estrés (Thornton *et al.*, 2012). Existe otra hipótesis que establece que las personas con trastornos mentales fuman para automedicarse, es decir, para mejorar o aliviar los síntomas causados por su trastorno o los efectos secundarios de la medicación (Royal College of Physicians, 2013). Sin embargo, los síntomas de los trastornos mentales pueden ser confundidos por los del síndrome de abstinencia del tabaco, por lo que resultaría falsa su atribución del alivio de los efectos de los trastornos mentales.

6.4.4. *Seguimientos*

En el campo de las adicciones, la etapa de mantenimiento, prevención de la recaída o seguimiento es muy importante. En ella comprobaremos si se mantienen los cambios, si hay caídas o recaídas o si la persona precisa volver de nuevo a tratamiento. Por ello, siempre que sea posible, hay que verlo una vez que ha dejado de fumar cada mes, durante los primeros meses, que es donde se encuentra el mayor riesgo de recaída, y luego a los 6 y 12 meses. También, si fuese posible, hacer seguimientos más largos (en torno a los dos años) sería muy conveniente.

6.4.5. *Tratamiento individual versus grupal*

Una característica distintiva del tratamiento de los fumadores, en distintos contextos y en la clínica, es que con frecuencia el tratamiento se hace en grupo. Esto se debe en parte a su utilidad, y en parte a la reducción de costes económicos y de tiempo. También porque se consigue que el nivel de coste-eficiencia de estos tratamientos sea muy bueno.

Como se insiste frecuentemente en este tema, la terapia en grupo es diferente de la terapia de grupo en los fumadores (Becoña y Míguez, 2008), como ya vimos en el [capítulo 4](#). Son claras las ventajas de la terapia en grupo, como que se proporcionan más información entre ellos sobre su problema, plantean alternativas personales ante su problema y abordajes específicos para el mismo, se dan apoyo entre los miembros del grupo, saben cómo llevar a cabo los aprendizajes, se adhieren mejor a lo que se les propone, etc. En relación con el tamaño del grupo, Becoña y Míguez (2008) sugieren que el grupo ideal es aquel formado por 6 a 12 personas. La duración del tratamiento oscilaría entre una hora y hora y media por sesión semanal. El número ideal de sesiones en un tratamiento formal para dejar de fumar oscila de 5 a 7 (Fiore *et al.*, 2008).

Tratamiento de la dependencia del cannabis

7.1. Introducción

Como ya hemos indicado previamente, la prevalencia del consumo de cannabis en España es muy elevada. El 30,4% de la población adulta lo ha consumido alguna vez en la vida y un 33,6% de los escolares de 14 a 18 años; en los últimos 30 días un 6,6% de la población general y un 16,1% de las personas de 14 a 18 años escolarizadas (Plan Nacional sobre Drogas, 2014). Algo semejante ocurre en los países europeos, aunque España está a la cabeza del consumo entre las personas de 14-35 años (Rödner *et al.*, 2008). El incremento de su consumo en la población escolarizada (de 14 a 18 años) ha sido enorme, casi duplicándose en menos de 10 años.

Analizando muestras grandes de 3 países (Francia, Alemana y Estados Unidos) en donde se les preguntaba por el consumo de cannabis, los resultados apoyan la hipótesis de que existe una epidemia de cannabis que sigue el mismo patrón de lo que ha ocurrido con el tabaco, esto es, comienza inicialmente en los grupos con mayor educación y varones, para luego pasar a ser adoptado por la mujer (Legleye *et al.*, 2014). Habría una diferencia con el tabaco: la prevalencia de la experimentación con el cannabis no desciende a lo largo de distintas generaciones ni declina entre los grupos más educados. Además, el consumo más intensivo, problemático o dependiente se da en personas con bajo estatus socioeconómico o baja educación. En adolescentes, el patrón de consumo de tabaco y cannabis es equivalente. Además, al estar tan unido el consumo de cannabis a la vida recreativa y a la diversión, es más probable su consumo y la posterior dependencia al mismo. El 9% de los que experimentan con la marihuana se hacen adictos a ella (Volkow *et al.*, 2014).

Las personas que van a demandar tratamiento por sus problemas con el cannabis son dos grupos bien delimitados a nivel de edad. Por una parte, las personas jóvenes (entre 16 y 25 años) cuyos padres, o ellos mismos, detectan tempranamente que el cannabis les causa problemas (p. ej., empieza a ir mal en los estudios por el consumo de cannabis; empieza a tener ideas raras por consumir cannabis; se deprime por el consumo de cannabis, etc.). En este caso, los consumos no son muy intensivos, pero si la persona

no está convencida de que debe dejar de consumir cannabis, va a ser más difícil la intervención. Por otra parte, hay otro grupo de personas que hacen demandas de tratamiento, que son aquellas que han llegado a la adultez (35 o 40 años) que llevan muchos años consumiendo cannabis y se dan cuenta de que les empieza a producir problemas físicos o mentales (p. ej., insomnio, paranoias, depresión, falta de ganas de vivir, aparición de problemas físicos en los que el cannabis incide (Volkow *et al.*, 2014). Además, al haber aumentado la potencia del THC, y los usuarios darse cuenta de que produce dependencia, ha habido un incremento de las demandas de tratamiento (Hall, 2014).

Dado que el cannabis no es la única sustancia que consume el individuo, podemos encontrarnos con que junto a su consumo hay altos consumos de otras sustancias como tabaco y alcohol. Y también, con frecuencia, tienen otros problemas personales o psicopatológicos que pueden o no estar relacionados con el propio consumo de cannabis (p. ej., trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, conflictos familiares, problemas de pareja, etc.).

En este momento, la mitad de los pacientes que demandan tratamiento para sus problemas con el consumo de cannabis tienen menos de 25 años. Esto hace que traigan distintos problemas asociados a la edad (juvenil) junto a una mayor implicación en conductas de riesgo. De ahí que con frecuencia tengan enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, abandono de la escuela, delincuencia, problemas legales, bajo nivel educativo y bajas aspiraciones laborales (Budney *et al.*, 2007).

Todo lo anterior indica que cuando la persona acude a tratamiento lo hace con distintos problemas que es necesario abordar, y no solo lograr que deje de consumir cannabis sino que, además, hay que abordar otro amplio conjunto de problemas o trastornos que van acompañando a dicho consumo en ese individuo concreto.

7.2. Evaluación

Las personas que consumen cannabis suelen indicar que les produce sensación de bienestar, relajación, euforia, adormecimiento y elevación de la actividad sexual. Luego le siguen otros efectos como letargo, anhedonia, problemas de atención y memoria y ganas de comer después del consumo. En menor grado, pueden experimentar, sobre todo en los primeros consumos, lipotimias, reacciones paranoias, arritmias o crisis agudas de ansiedad. Cuando los efectos son severos pueden aparecer ataques de pánico, ansiedad o psicosis. Conforme se va haciendo habitual el consumo, van disminuyendo estos problemas. En la mayoría de los casos la intoxicación por cannabis no suele tener consecuencias graves. Los anteriores efectos pueden volver a aparecer más adelante, o cuando se incrementa el nivel de consumo. Dichas reacciones suelen ser las habituales en el *cannabis sativa*, que es donde más se han estudiado. Como indicamos en el [cuadro 7.1](#), para otras variedades de cannabis los efectos son semejantes, pero puede haber algunas variaciones. Actualmente, para el DSM-5 los síntomas de intoxicación

característicos del cannabis son inyección conjuntival, aumento del apetito, boca seca y taquicardia. Como se aprecia, aparecen pobremente descritos los síntomas porque los usuarios del cannabis indican muchos más.

El síndrome de abstinencia del cannabis suele aparecer dentro de la primera semana después del abandono. Solo la mitad de los consumidores lo tienen (Danovitch y Gorlick, 2012). El mismo suele precipitar la recaída. No existe ninguna medicación para su manejo clínico. Solo algunos cannabinoides sintéticos (p. ej., dronabinol) lo reducen. Por ello tenemos que manejarlo con técnicas psicológicas.

Los síntomas de abstinencia del cannabis, para el DSM-5, serían: irritabilidad, rabia o agresividad; nerviosismo o ansiedad; dificultades para dormir (insomnio, pesadillas); pérdida de apetito o de peso; intranquilidad; estado de ánimo deprimido; y alguno de los siguientes síntomas físicos: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefaleas.

Cuadro 7.1. *Tipos de plantas de cannabis y sus efectos*

Cannabis sativa

Procede de zonas ecuatoriales (p. ej., Tailandia, Camboya, Jamaica, México). Es la que se consume en España, procedente casi toda de Marruecos (en forma de marihuana o de hachís) o del autocultivo. Es una planta de tallo fino que alcanza gran altura. Su consumo produce un efecto euforizante, de “subidón” (se tiene más energía, más creatividad, se ríe más), y puede llegar a tener efectos psicodélicos; también estimula el apetito. Su concentración de THC oscila del 5 al 15% (ha ido subiendo la concentración en las últimas décadas por el autocultivo y la mejora genética de la planta) y es baja en CBD. Se consume fundamentalmente por sus efectos psicoactivos. A nivel terapéutico, se usa para el tratamiento de las náuseas debidas a la quimioterapia o a la medicación que se toma para el VIH, para estimular el apetito y para la migraña, la depresión y el dolor crónico.

Cannabis indica

Procede del sur de Asia y del subcontinente indio (p. ej., Afganistán, Pakistán, India, Tíbet y Nepal). Se cultiva bien en interior porque no alcanza mucha altura, aunque sí tiene un tallo más grueso que la sativa. El efecto que produce su consumo lo describen como “dejarte de piedra”; esto es porque intensifica sensaciones físicas como el gusto, el tacto y el sonido. Tiene un importante efecto sedante y relajante, tanto físico como mental, y es somnifera a altas dosis. Al fumarlo, la persona se siente con sueño, con una relajación profunda, como apalancado; también aumenta el apetito y reduce la tensión muscular, de ahí que la usen para tratar espasmos musculares y los temblores (p. ej., en la enfermedad de Parkinson y en la esclerosis múltiple). Produce sequedad bucal y enrojecimiento de los ojos. Su nivel de THC es de medio a elevado, la disponible actualmente en el mercado puede tener de un 20 a un 25% de THC (sobre todo por la mejora genética), además con mayores niveles de CBD que la sativa. Los consumidores diferencian la sativa de la indica diciendo que la sativa produce un “subidón” mientras que la indica provoca un “colocón”. Suele denominarse “cannabis medicinal”, ya que se cultiva predominantemente por sus propiedades medicinales y psicoactivas. Se usa para el dolor crónico, la artritis, el reuma, el insomnio, la ansiedad, o para aliviar el dolor de cabeza y la migraña.

Cannabis ruderalis

Procede del sur de Siberia y del norte de Kazajistán. No tiene casi THC, pero sí un alto contenido de CBD, de ahí que su valor no sea por el THC sino por el poder psicoactivo del CBD. Su principal aprovechamiento es aromático, por la gran potencia de su olor. Es una planta pequeña, con pocas ramas y hojas cuando crece. El interés actual por ella está en que muchos consumidores sostienen que la alta

concentración de CBD hace al cannabis más medicinal, de ahí que la *cannabis ruderalis* se utilice para cruzarla con otras variedades de plantas de cannabis, para lograr mayores niveles de CBD pero también de THC; dado que es una planta muy dura y autoflorecente, si se la cruza con otras variedades se puede lograr que sea una planta muy resistente y que las semillas broten solas si están en la tierra.

Nota: THC: Delta-9-tetrahidrocannabinol; CBD: cannabidiol.

Actualmente, dado el enorme boom que ha tenido el consumo de cannabis en tan poco tiempo, y la gran variedad de cannabis que existe, precisamos conocer a qué tipo de cannabis nos estamos refiriendo cuando la persona acude a tratamiento. Mientras que el consumo mayoritario en España es el hachís, consumidores importantes de cannabis, con dependencia, han experimentado y consumen tipos de cannabis mucho más potentes (cuadro 7.1). La persona puede fumar *cannabis sativa* (en forma de marihuana o hachís), *cannabis indica* (marihuana pero con efectos distintos a la sativa), junto a un amplio conjunto de combinaciones entre estas dos y el *cannabis ruderalis*. De ahí que en la evaluación este va a ser un aspecto central. En la actualidad, en España, las concentraciones de THC oscilan de un 6 a un 15% para la cannabis sativa; un poco más, hasta un 25% para la cannabis indica, de un 10 a un 20% para el hachís; y de un 15 a un 60% para el aceite de hachís. Como vemos, la variabilidad es grande en un tipo concreto de consumo.

Existe una gran variedad de plantas de cannabis. La más popular es la *cannabis sativa*, que es la más consumida y cultivada, aunque está creciendo también el uso de la *cannabis indica* y hay un tercer tipo, la *cannabis ruderalis*, que se está cruzando genéticamente con las anteriores, por ser más resistente. Dado el gran avance de la ingeniería genética con las plantas, cada vez hay más variedades nuevas que combinan características de la *cannabis sativa* con la *cannabis indica* y la *cannabis ruderalis*. Se abre así un mundo nuevo para la experimentación y la búsqueda de nuevas variedades de plantas. En el mercado hay diversas combinaciones orientadas al perfil del consumidor y de sus dolencias, aunque sin eliminar sus efectos psicoactivos.

Cuadro 7.2. *Efectos adversos del consumo de cannabis*

<i>Efectos agudos</i>
<ul style="list-style-type: none">– Ansiedad, disforia, pánico y paranoia, especialmente en nuevos consumidores.– Alteración de la atención y de la memoria y déficit psicomotor.– Posibilidad o aumento de riesgo de accidente de tráfico.

<i>Efectos crónicos</i>
<ul style="list-style-type: none">– Síndrome de dependencia, que se caracteriza por incapacidad de abstenerse o de controlar el consumo de cannabis.– Formas sutiles de alteración cognitiva que afectan la atención y la memoria, y que persisten mientras los consumidores permanecen crónicamente intoxicados.– Alteración en la formación y educación de los adolescentes, pues su aprendizaje puede estar limitado.– Entre los que comienzan a edades tempranas, aumenta el riesgo de progresar a un consumo intenso de cannabis o de otras drogas ilegales.

- Aumento del riesgo de esquizofrenia y psicosis grave.
- Aumento del riesgo de trastornos depresivos y síndrome amotivacional.

Fuente: Gutiérrez-Rojas *et al.* (2005).

Para la evaluación utilizamos los distintos instrumentos ya comentados en el [capítulo 3](#), junto a la realización del análisis funcional de la conducta. Otros aspectos que no podemos olvidar en la evaluación de estos casos es si es adolescente, joven o una persona de edad media, si es hombre o mujer, si el cannabis le produce o no importantes efectos en el momento en que demanda tratamiento ([cuadro 7.2](#)). También si tiene pareja, si esta consume, el grupo de amigos que tiene y si estos son consumidores, si cultiva cannabis, si trafica, si tiene problemas físicos, legales o mentales producidos por el cannabis, si estudia o trabaja, expectativas ante la vida y el mundo, etc. Como se aprecia, el perfil del consumidor de cannabis tiene características diferenciales a las otras adicciones.

También se ha sugerido que se evalúe la frecuencia, la intensidad del consumo y el funcionamiento psicosocial por su relevancia para el tratamiento (Peters *et al.*, 2011). Estos criterios, cuando se utilizan al final del tratamiento, predicen la eficacia a largo plazo.

7.3. Tratamiento psicológico de la dependencia del cannabis

Hay pocos ensayos clínicos que evalúen la eficacia de los tratamientos para la dependencia del cannabis. A día de hoy, solo disponemos de tratamientos psicológicos eficaces; no hay tratamientos farmacológicos eficaces para el cannabis (Copeland, 2004; Davis *et al.*, 2014).

En primer lugar, debemos saber que son pocas las personas consumidoras de cannabis que buscan tratamiento para su trastorno. Sin embargo, las demandas se han incrementado de modo notable en los últimos años, en paralelo al incremento del consumo en adolescentes y adultos, y a la mayor dependencia que produce.

La mayoría de los tratamientos de que disponemos se han adaptado de los existentes para el tratamiento de la dependencia del alcohol o cocaína. A continuación describimos los resultados de los más importantes, la mayoría de los cuales se han aplicado a adolescentes o adultos jóvenes.

7.3.1. Estudios en adultos

El primer estudio controlado fue el de Stephens *et al.* (1994), con 212 personas que consumían marihuana diariamente o casi diariamente durante 10 o más años. Fueron asignados a un grupo de terapia cognitiva conductual de 10 sesiones, o un grupo de discusión en grupo de 10 sesiones. Los resultados fueron mejores en el grupo de

discusión que en el de terapia cognitiva conductual. Aún así el 63% dejó de consumir marihuana al final del tratamiento, con un 14% de abstinencia continua al año de seguimiento. El alto nivel de consumo pretratamiento predecía los altos niveles de consumo después del mismo; el bajo nivel socioeconómico predecía tener más problemas asociados con el consumo de marihuana después del tratamiento; y los que tenían mayor autoeficacia antes del tratamiento tenían los mejores resultados después del mismo.

En el estudio de Stephens *et al.* (2000), 291 personas que demandaron tratamiento fueron asignados a un grupo de 14 sesiones de terapia cognitivo-conductual y prevención de la recaída en grupo, o a un grupo de 2 sesiones de evaluación e intervención individual motivacional. También utilizaron una condición de lista de espera. A los 4 y 16 meses de seguimiento, los resultados eran equivalentes en los dos grupos experimentales. Así, a los 4 meses había un 42% de abstinencia en los dos grupos experimentales; la abstinencia en el grupo de control fue del 17%.

Copeland *et al.* (2001) asignaron 229 consumidores de cannabis a una sesión de evaluación y terapia cognitivo-conductual, o a un tratamiento de seis sesiones de terapia cognitivo-conductual o a una condición de lista de espera. A los 6 meses de seguimiento los dos grupos experimentales eran superiores al grupo de lista de espera.

Budney *et al.* (2000) utilizaron incentivos basados en premios en forma de vales (*vouchers*) como habilidad de afrontamiento y mejora motivacional en un grupo de adultos que buscaban tratamiento para su dependencia del cannabis. Asignaron 60 pacientes a 14 semanas de mejora motivacional individual (4 sesiones) o a terapia cognitiva conductual (14 sesiones). La terapia cognitiva conductual los entrenaban en habilidades de afrontamiento conductual. El estudio indicó como los premios incrementaban la abstinencia al final del tratamiento (35%), en relación con la intervención cognitiva conductual (10%) o a la motivacional (5%).

En la misma línea, Budney *et al.* (2006), con 90 pacientes adultos consumidores de cannabis, replicando su estudio previo (Budney *et al.*, 2000), encontrando que la abstinencia a los 12 meses era del 23% en el grupo de terapia cognitiva conductual, que subía al 37% cuando se le añadían premios y del 27% en el grupo de solo premios basados en la abstinencia.

De modo semejante al estudio anterior, Sinha *et al.* (2003), con 65 personas dependientes del cannabis, usaron 3 sesiones de terapia de mejora motivacional o su combinación con manejo de contingencias con premios en forma de vales. Un mayor número de personas en el grupo de premios completaron el tratamiento (64% frente a 30%). Sin embargo, no encontraron diferencias en consumo entre los grupos de comparación.

Kadden *et al.* (2007) han comparado la entrevista motivacional, la terapia cognitiva conductual y el manejo de contingencias en 240 pacientes dependientes del cannabis. A los 14 meses estaba abstinentes un 19,2% con manejo de casos, un 12,5% con manejo de contingencias, un 20,4% con entrevista motivacional y terapia cognitiva conductual y un 27,6% con entrevista motivacional, terapia cognitiva conductual y manejo de contingencias. Litt *et al.* (2008), con esta misma muestra, indica que el mecanismo más

importante de cambio es la autoeficacia. Las contingencias y las habilidades de afrontamiento, aún siendo efectivas, parece que actúan a través de la autoeficacia.

7.3.2. Estudios en adolescentes y jóvenes

En adolescentes tenemos varios estudios. Así, McCambridge y Strang (2004) aplicaron a 200 adolescentes de Londres de 16 a 20 años una intervención motivacional de una sola sesión, orientada a reducir el consumo de drogas y a mejorar la percepción de riesgo. Al compararlo con un grupo de no intervención, a las 12 semanas, los que recibieron la sesión redujeron el consumo de cannabis, de alcohol y de tabaco, de modo especial entre el grupo de mayor consumo.

Waddron *et al.* (2001) analizaron la aplicación en 114 adolescentes de uno de estos tratamientos: 1) terapia cognitivo-conductual individual, 2) terapia familiar funcional, 3) combinación de las dos anteriores, y 4) un grupo psicoeducativo sobre alcohol, drogas y entrenamiento en habilidades. Los grupos recibieron 12 horas de tratamiento, excepto el combinado, que recibió 24 horas. El porcentaje de sesiones a las que acudieron a tratamiento fue semejante entre los cuatro grupos. A los 7 meses, la reducción en el porcentaje de días de consumo de cannabis eran significativas en todos los grupos, aunque los mejores resultados se obtenían en el grupo combinado, seguido por el de terapia familiar funcional.

El estudio de Liddle *et al.* (2001) utilizó terapia familiar multidimensional intensiva con 152 consumidores de cannabis comparada con terapia de grupo para adolescentes e intervención educativa multifamiliar a lo largo de 16 semanas. A los 12 meses de seguimiento, la terapia familiar multidimensional era la que tenía una mayor mejoría en relación con las otras dos intervenciones.

Walker *et al.* (2006) estudiaron en 97 adolescentes consumidores de marihuana la aplicación de 2 sesiones de entrevista motivacional, junto al control de tratamiento demorado. A los 3 meses de seguimiento, un 45% en el grupo de 2 sesiones y un 33% en el control habían reducido al menos un 50% su consumo.

Carroll *et al.* (2006) evaluaron 4 condiciones en 136 pacientes consumidores, de 18 a 25 años, remitidos a tratamiento desde el sistema judicial: 1) mejora de la motivación y terapia cognitivo-conductual; 2) mejora de la motivación y terapia cognitivo-conductual más incentivos (manejo de contingencias), 3) consejo individual de drogas y 4) consejo individual de drogas más incentivos (manejo de contingencias). Los resultados de abstinencia para los cuatro grupos al final del tratamiento fueron del 66,7%, 69,7%, 39,4% y 63,7%, respectivamente. A los 3 y 6 meses los resultados se mantenían, pero no se indican los porcentajes de abstinencia.

En un estudio semejante al anterior, Carroll *et al.* (2012) comparó cuatro condiciones en 127 personas consumidoras de cannabis: 1) manejo de contingencias, 2) terapia cognitivo-conductual, 3) manejo de contingencias con terapia cognitivo-conductual y 4) manejo de contingencias con refuerzos por acudir a las sesiones de

terapia cognitivo-conductual y completar las tareas para casa. Todos los tratamientos se realizaron a lo largo de 12 semanas. No encontraron diferencias entre los distintos grupos.

Martin y Copeland (2008) evaluaron, en 73 adolescentes de 14 a 19 años, junto con sus padres, una intervención breve pre-post, de 3 sesiones con aspectos motivacionales y estrategias de cambio conductual. Un 17% consiguió la abstinencia total y un 78% redujo su consumo.

Liddle *et al.* (2004, 2008, 2009) han realizado una serie de estudios aplicando terapia familiar multidimensional e intervención en el grupo de iguales con adolescentes y jóvenes consumidores de cannabis. Los resultados son positivos con ella, aunque iguales cuando se compara con la terapia cognitivo-conductual (Liddle *et al.*, 2008). Sus estudios indican que las personas mejoran en su consumo y en otros aspectos, como rendimiento escolar, reducción de factores de riesgo o delincuencia.

Igualmente, con psicoterapia de apoyo expresiva, en 16 sesiones, a los 4 meses de seguimiento había un 58% de abstinentes en relación con el 16% de abstinencia del grupo de control de psicoterapia breve (Grenyer y Solowij, 2006).

Stein *et al.* (2008) han evaluado una breve intervención motivacional de 2 sesiones de 45 minutos en 332 mujeres jóvenes (de 18 a 24 años) consumidoras de marihuana que no buscaban explícitamente tratamiento. Lograron una reducción del consumo en todos los tiempos del estudio (hasta 6 meses de seguimiento). Un estudio semejante (de Gee *et al.*, 2014) obtuvo resultados parecidos.

Walker *et al.* (2011) han evaluado la terapia de mejora motivacional en 310 adolescentes consumidores de cannabis que no demandaron tratamiento, comparándolo con un programa educativo y un grupo control de tratamiento demorado. En los grupos experimentales había dos sesiones de intervención en grupo, aunque se les ofrecía si querían otras 4 sesiones adicionales de terapia cognitivo-conductual en formato individual. Los resultados indicaron una reducción en el consumo en los grupos experimentales, aunque fue menor en el grupo de terapia de mejora motivacional. A los 12 meses de seguimiento había un 12% de abstinencia en este grupo en relación con el 5% en el grupo educativo.

Igualmente se ha estudiado, aunque con muestras pequeñas o en estudios piloto, el tratamiento de personas consumidoras de cannabis y de otras drogas (como cocaína o metadona), en pacientes con esquizofrenia que consumen cannabis (Budney *et al.*, 2006). También hay programas para atraer a consumidores adultos de marihuana a tratamiento (Stephens y Roffman, 2006) que logran incluirlos. También se han desarrollado estos programas para adolescentes (Berghuis *et al.*, 2006) e, igualmente, cómo atraerlos a un programa de intervención motivacional breve (Sobell *et al.*, 2006). Se han usado estrategias motivacionales e incentivos (premios en forma de vales) para retener en tratamiento a consumidores remitidos desde el juzgado para su tratamiento (Carrol *et al.*, 2006). Como se aprecia, en todos estos estudios los aspectos motivacionales y de aprendizaje de habilidades son esenciales.

También se van desarrollando procedimientos para aplicar a través del teléfono

(Gates *et al.*, 2012), chato teléfono (Schaub *et al.*, 2013), ordenador (Budney *et al.*, 2011) o página web (Rooke *et al.*, 2013). Otros estudios importantes, como el CYT, el MTP y el CANDIS los comentaremos en el siguiente punto.

Disponemos también de distintas revisiones y metaanálisis en los que han analizado la eficacia de los tratamientos para el consumo de cannabis (Bender *et al.*, 2010; Budney *et al.*, 2007; Davis *et al.*, 2014; Dutra *et al.*, 2008; Lavie *et al.*, 2007; McRae *et al.*, 2003; Winters *et al.*, 2009), como por ejemplo, la revisión de Lavie *et al.* (2007) para la *Cochrane Collaboration*, que concluye que el tratamiento cognitivo-conductual es eficaz, tanto en formato individual como en grupo, aunque las tasas de abstinencia totales son bajas, Aún así, los estudios revisados indican una disminución significativa en la frecuencia del consumo de cannabis y en los síntomas de dependencia. Una parte disminuye el consumo de cannabis aunque no lo deja; por ello, debemos considerar tanto el resultado de la abstinencia como la reducción en el consumo y otro tipo de resultados. En una línea semejante, el metaanálisis de Dutra *et al.* (2008) indica que los tratamientos cognitivo-conductuales son eficaces para el consumo de cannabis, como lo son también los que disponemos para la cocaína. Y la revisión de Winters *et al.* (2009), centrada específicamente en adolescentes, indica que se ha avanzado mucho en los últimos años pero que todavía se precisa mejorar los tratamientos existentes.

Sabemos que existen distintas barreras para acudir a tratamiento, como no ser consciente de que existen tratamientos para su problema, no verlo necesario, no querer dejarlo sino solo reducir el consumo o no querer asumir el rol de paciente (Gates *et al.*, 2012). Al tiempo, tener problemas de salud mental y la presión social son razones importantes para buscar tratamiento (Van der Pol *et al.*, 2013).

Como resumen (Danovitch y Gorelick, 2012): a pesar de la alta prevalencia de consumo, son pocos los que acuden a tratamiento; no sabemos cuál es la duración óptima del tratamiento, ya que en unos casos tenemos tratamientos de pocas semanas y en otros de varios meses; la eficacia a largo plazo no suele pasar de un 20% de abstinencia, como ocurre en otras adicciones; hay pocos estudios en donde se hayan tratado adictos al cannabis con comorbilidad asociada; y se han desarrollado pocos tratamientos con nuevas tecnologías (teléfono, ordenadores, intervenciones breves en primaria), las cuales seguramente permitirían llegar a mayor número de personas consumidoras de sustancias.

7.4. Descripción de los principales programas de tratamiento

Como ya comentamos anteriormente, hay tres estudios que destacan en el tratamiento del consumo de cannabis, el *Cannabis Youth Treatment Study*, el *The Marijuana Treatment Project* y el estudio *CANDIS*.

7.4.1. El Cannabis Youth Treatment Study (CYT)

El estudio más importante sobre el tratamiento del consumo de cannabis en adolescentes es el *Cannabis Youth Treatment Study* (CYT), financiado por el US Department of Health and Human Services (Bunch *et al.*, 1998; Diamond *et al.*, 2006; Godley *et al.*, 2001; Liddle, 2002; Sampl y Kadden, 2001; Webb *et al.*, 2002). Es un estudio multicéntrico, aleatorizado, diseñado para probar la eficacia de cinco intervenciones ambulatorias con 600 adolescentes que abusan y dependen del cánnabis, los cuales fueron asignados aleatoriamente a:

- TEM/TCC5: Terapia motivacional (2 sesiones individuales) junto con terapia cognitivo-conductual (3 sesiones grupales).
- TEM/TCC12: Terapia motivacional (2 sesiones individuales) junto con terapia cognitivo-conductual (10 sesiones grupales).
- FSN: Red de apoyo familiar. Incluye TEM/TCC12 más apoyo familiar (visitas a casa, sesiones educativas y grupos de apoyo para padres) (22 sesiones).
- ACRA: Enfoque de refuerzo comunitario para el adolescente (14 sesiones).
- MDFT: Terapia familiar multidimensional (15 sesiones).

Cuadro 7.3. *Protocolo del tratamiento de TEM/TCC5 (las 5 primeras sesiones) y TEM/TCC12 (las 5 primeras anteriores junto a las sesiones 6-12)*

<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>
1	– Incremento de la motivación. – Planteamiento de objetivos a conseguir.
2	– Habilidades de rechazo de la marihuana.
3	– Mejora del apoyo social e incremento de actividades agradables.
4	– Planificación de situaciones de emergencia y afrontamiento de la recaída.
5	– Solución de problemas.
6	– Conciencia de la ira.
7	– Manejo de la ira.
8	– Comunicación efectiva.
9	– Afrontamiento del craving y de las urgencias a consumir marihuana.
10	– Manejo de la depresión.
11	– Manejo de los pensamientos sobre la marihuana.

El resultado del estudio multicéntrico ofrece una tasa de cumplimiento de la terapia del 70% y un seguimiento de 9 meses posteriores a la terapia del 95%. Estos resultados superan a los obtenidos por otro tipo de intervenciones en las que no se requiere la participación de ningún familiar. Esta tasa relativamente baja de abandonos tiene que ver con el hecho de que la implicación familiar proporciona al trabajo terapéutico un peso mayor del entorno natural de la persona, favoreciendo que las instrucciones terapéuticas

y los compromisos adquiridos en la terapia sean compartidos por los familiares y reproducidos en el marco de la vida cotidiana. Por otra parte, el hecho de que la persona no se vea a sí misma como “el problema”, sino como “parte del problema” permite abordar en mejores condiciones toda la complejidad asociada al abuso de sustancias.

Los resultados obtenidos a partir de la intervención familiar, en cuanto a reducción de la frecuencia e intensidad del consumo o la abstinencia, superan a los que se han observado en otras modalidades, tales como intervenciones grupales informativas o psicoeducativas, intervenciones psicoeducativas con los padres o la intervención multifamiliar grupal.

Al año de seguimiento el porcentaje de recuperación era del 28% en el grupo TEM/CBT5, 17% en el TEM/CBT12, 22% en el FSN, 34% en el ACRA y 19% en el MDFT.

7.4.2. *The Marijuana Treatment Project (MTP)*

Otro estudio importante es el *The Marijuana Treatment Project* (2004), un amplio estudio multicéntrico, llevado a cabo en tres lugares de Estados Unidos, en el que evaluaron dos intervenciones para adultos dependientes del cannabis (Stephens *et al.*, 2002). La muestra era muy amplia, 450 pacientes (308 varones y 142 mujeres), todos con diagnóstico de dependencia del cannabis que habían solicitado participar en el tratamiento, y habían consumido cannabis al menos 40 días de los previos 90 días al comienzo del estudio. La media de edad era de 36 años. Los asignaron a tres grupos: 2 sesiones, 9 sesiones y grupo control de lista de espera de 4 meses. El tratamiento de dos sesiones fue una intervención motivacional a lo largo de 5 semanas. El tratamiento de 9 sesiones duraba 3 meses y consistía en terapia motivacional, terapia cognitivo-conductual y manejo de caso. Dentro de la terapia cognitiva conductual se identificaban las situaciones de alto riesgo, afrontamiento del craving y las urgencias, solución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de afrontamiento para evitar consumir y rechazar el ofrecimiento de marihuana, afrontando las caídas y recaídas, las decisiones aparentemente irrelevantes, manejar el estado de ánimo negativo y la depresión, asertividad y manejo de la ira (Steinberg *et al.*, 2005).

Cuadro 7.4. *Elementos del tratamiento*
“*Consejo breve para la dependencia de la marihuana*”

-
1. Mejora motivacional.
 2. Terapia cognitiva conductual.
 - Análisis funcional.
 - Afrontamiento del craving.
 - Manejo de los pensamientos.
 - Solución de problemas.

- Habilidades de rechazo de la marihuana.
- Implicar a la pareja/familia.
- Planificación para emergencias.
- Las decisiones aparentemente irrelevantes.
- Manejo del estado de ánimo negativo y de la depresión.
- Asertividad.
- Manejo de la ira.

3. Manejo de caso

Fuente: Steinberg *et al.* (2005).

Cuadro 7.5. *Porcentaje de abstinencia*
(criterio: abstinencia en los últimos 90 días)

<i>Grupo</i>	<i>Seguimiento 4 meses</i>	<i>Seguimiento 9 meses</i>	<i>Seguimiento 15 meses</i>
9 sesiones	22,7%	15,3%	22,7%
2 sesiones	8,7%	9,6%	12,5%
Control	3,6%		

Al final del tratamiento, el porcentaje de reducción de los días fumados desde la línea base fue de un 15,9% para el grupo de control, de un 35,7% para el grupo de 2 sesiones y de un 58,8% para el grupo de 9 sesiones. De modo semejante, en los seguimientos a los 4 y 9 meses, hay mejores resultados en el grupo de 9 sesiones que en el de 2 sesiones (p. ej., síntomas de dependencia: 3,6 en el grupo de 2 sesiones y 2,9 en el de 9 sesiones, a los 9 meses). A los 15 meses de seguimiento, aun se mantenían las diferencias. Por ejemplo, la reducción en el porcentaje de días de consumo era del 48% en el grupo de 9 sesiones y del 33% en el de 2 sesiones. Si se considera directamente el porcentaje de abstinencia, los resultados siguen siendo favorables al grupo de 9 sesiones (cuadro 7.4), aunque el nivel de abstinencia no es muy alto. Lo que no se encontró en este estudio es que el tratamiento incidiese en la depresión, severidad psiquiátrica, problemas médicos o severidad del consumo de alcohol.

7.4.3. *El proyecto CANDIS*

El *proyecto CANDIS* se llevó a cabo en Alemania con el fin de evaluar la eficacia de un tratamiento psicológico para personas consumidoras de cannabis. Es de los programas más completos de que disponemos actualmente, manualizado y bien evaluado. Parte de que, en adultos, varias técnicas psicológicas son efectivas en el tratamiento de las

personas con consumo de cannabis en adultos: la mejora de la motivación, la terapia cognitivo-conductual y las habilidades de solución de problemas.

Las personas que participaron en este estudio aleatorizado tenían 16 o más años, con abuso o dependencia de cannabis a lo largo de la vida y con consumo actual de cannabis al menos dos días a la semana. Los criterios de exclusión fueron tener un trastorno psicótico, daño cerebral, dependencia de opiáceos, etc. Los evaluaron con el CIDI, el BSI, el Europ-Asi, cuestionario de problemas relacionados con el cannabis, consumo de sustancias y abstinencia del cannabis, trastornos de personalidad, depresión, etc. Los criterios de resultado fueron:

- a) Abstinencia completa del cannabis.
- b) Reducción del consumo de cannabis.
- c) Descenso en la puntuación total del ASI junto a otros como la recaída, problemas legales, consumo de drogas ilegales, descenso de la severidad o mejora en su calidad de vida.

Cuadro 7.6. *Sesiones de tratamiento del programa CANDIS*

1	<i>Feedback</i> del diagnóstico y mejora de la motivación para el cambio.
2	Mejora de la motivación para el cambio.
3	Conocimiento de los patrones de consumo de cannabis.
4	Planteamiento de metas y preparación para el día de dejarlo.
5	Resumen informativo sobre el día de dejarlo y manejo del craving.
6	Prevención de la recaída.
7	Solución de problemas psicosociales I.
8	Solución de problemas psicosociales II.
9	Comorbilidad.
10	Entrenamiento en habilidades sociales y finalización del tratamiento.

Los componentes del tratamiento fueron los siguientes:

1. Entrenamiento en mejora de la motivación.
2. Terapia cognitivo-conductual (psicoeducación sobre la etiología del trastorno por consumo de cannabis –aspectos biológicos, psicológicos y sociales–; análisis funcional del patrón de consumo de cannabis; desarrollo de un concepto de cambio individual y planteamiento de objetivos; preparación para el día de abandono (entrenamiento en habilidades, control de estímulos y realización de conductas alternativas; estrategias de prevención de la recaída para hacerle frente a las urgencias, craving y situaciones de alto riesgo; mejora de las habilidades sociales, habilidades de rechazar cannabis y apoyo social); y, manejo de los trastornos mentales comórbidos (ansiedad, depresión y abuso de

otras sustancias).

3. Entrenamiento en solución de problemas psicosociales.

En el [cuadro 7.6](#) indicamos cómo estos componentes se distribuyen en las 10 sesiones de tratamiento de que consta.

En el primer estudio del CANDIS (Hoch *et al.*, 2012) asignaron a 122 pacientes de 16 a 44 años a un grupo de tratamiento activo (n=90) o a un grupo de tratamiento demorado (n=32) de 3-4 meses. Inicialmente lo probaron en formato estándar y otro más individualizada, no encontrando diferencias entre ambos. Las sesiones eran 2 veces por semana, de 90 minutos de duración, con el objetivo de reducir el abandono e incrementar las ocasiones para el cambio de conducta. Los terapeutas fueron 10 psicólogos clínicos con entrenamiento en técnicas conductuales. La abstinencia (últimos 7 días) fue del 49% al final del tratamiento (41,1% con análisis de orina) y 12,5% en el grupo de control. A los tres meses la eficacia era del 44,4% y a los 6 meses del 41,1%.

En el estudio amplio del CANDIS (Hoch *et al.*, 2014) participaron 279 personas, 149 fueron asignados al tratamiento y 130 al grupo de control de tratamiento demorado de 8 semanas. Los pacientes provenían de 11 centros de Alemania, y 22 terapeutas lo aplicaron. Al final del tratamiento, el 53,3% estaban abstinentes respecto al 22% del grupo de control, mejorando además los tratados en los otros criterios utilizados. La eficacia descendió en el seguimiento de 3 meses (34,1% de abstinencia) y 6 meses (36% de abstinencia).

7.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual

El modelo cognitivo-conductual parte de que el consumo de cannabis es una conducta aprendida. Lo que se hace en el tratamiento es identificar la cadena de eventos que precipitan su uso, facilitar a los pacientes que puedan alterar su repertorio de conducta utilizando para ello otras alternativas, y así crear mecanismos de afrontamiento saludable (Danovitch y Gorelick, 2012). Da gran relevancia al desarrollo de habilidades motivacionales, de aprendizaje de distintas habilidades, y de prevención de la recaída. Utilizará para ello un amplio conjunto de técnicas cognitivas y conductuales. Al paciente se le entrena en su conocimiento, para que sepa cómo utilizarlas y ponerlas en práctica en las situaciones de su vida cotidiana. Sobre todo, tendrá que practicarlas, una vez que ha dejado de consumir, en las situaciones de alto riesgo y mantenerse abstinentes sin recaer.

Cuadro 7.7. *Protocolo de tratamiento*

Sesión 1

- Incidir en los aspectos motivacionales:
 - a) Mejorar la ambivalencia sobre dejar el consumo.

- b) Estadio de cambio en el que está.
 - c) Facilitarle llevar a cabo el tratamiento, eliminando las barreras para hacerlo (horario, llamarlo si no ha acudido).
 - d) Manejar la frustración o la ira cuando lo han obligado a acudir a tratamiento.
 - Objetivos y metas que quiere lograr con el tratamiento.
 - Que aprenda a autorregistrar su conducta y a conocer los antecedentes y consecuentes de su consumo.
 - Tareas para casa.
 - Resumen de la sesión.
-

Sesión 2

- Revisión de la semana anterior.
 - Incidir en los aspectos motivacionales
 - Razones para consumir marihuana y razones para dejarla.
 - (De ser el caso) Cómo dejar de consumir marihuana (poniendo el día concreto para hacerlo; posposición, entrenamiento en comunicación y asertividad).
 - Conocer las situaciones de alto riesgo de consumo.
 - Tareas para casa.
 - Resumen de la sesión.
-

Sesión 3

- Revisión de la semana anterior.
 - Incidir en los aspectos motivacionales
 - Razones para consumir marihuana y razones para dejarla.
 - (De ser el caso) Cómo dejar de consumir marihuana (poniendo el día concreto para hacerlo; posposición, entrenamiento en comunicación y asertividad).
 - Conocer las situaciones de alto riesgo de consumo.
 - Tareas para casa.
 - Resumen de la sesión.
-

Sesión 4

- Revisión de la semana anterior.
 - Entrenamiento en habilidades y conductas incompatibles con el consumo de cannabis (manejo de contingencias).
 - Manejo del bajo estado de ánimo, soledad y aburrimiento.
 - Manejo de la ira, del craving y de las urgencias a consumir.
 - Tareas para casa.
 - Resumen de la sesión.
-

Sesión 5

- Revisión de la semana anterior.
 - Manejo del bajo estado de ánimo, soledad y aburrimiento.
 - Entrenamiento en solución de problemas.
 - Manejo de la ansiedad y del estrés.
 - Tareas para casa.
 - Resumen de la sesión.
-

Sesión 6

- Revisión de la semana anterior.

- Psicopatología asociada: cómo manejarla.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

Sesión 7

- Revisión de la semana anterior.
- Psicopatología asociada: cómo manejarla.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Entrenamiento en prevención de la recaída.
 - a) Afrontar situaciones de alto riesgo.
 - b) Afrontar las caídas (consumos esporádicos) y recaídas.
- Tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

Sesión 8

- Revisión de la semana anterior.
- Entrenamiento en prevención de la recaída.
 - a) Afrontar situaciones de alto riesgo.
 - b) Afrontar las caídas (consumos esporádicos) y recaídas.
- Cómo afrontar la tentación del consumo de otras sustancias.
- Los que consumían para el alivio físico o mental.
- Tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

Sesión 9

- Revisión de la semana anterior.
- Entrenamiento en prevención de la recaída.
- Cómo afrontar la tentación del consumo de otras sustancias.
- Pareja y familia.
- Tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

Sesión 10

- Revisión de la semana anterior.
- Técnicas específicas para problemas que le surgen.
- Vida laboral o estudios.
- Ocio y tiempo libre.
- Tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

Sesión 11

- Revisión de la semana anterior.
 - Técnicas específicas para problemas que le surgen.
 - Visión de sí mismo y del mundo.
 - Tareas para casa.
 - Resumen de la sesión.
-

- Revisión de la semana anterior.
 - Técnicas específicas para problemas que le surgen.
 - Estilo de vida saludable.
 - Tareas para casa.
 - Resumen de la sesión.
-

La duración del tratamiento será variable, dependiendo de la adherencia al mismo, nivel de gravedad, existencia o no de comorbilidad, etc. El tratamiento normalmente dura de 6 a 12 sesiones. El que mostramos en el [cuadro 7.7](#) es el de 12 sesiones y se puede aplicar en formato individual o en grupo.

7.5.1. Demanda de tratamiento y evaluación

Puede parecer una tautología indicar que empezamos por la evaluación porque, realmente, nuestro trabajo comienza realmente antes, cuando hay una demanda de tratamiento. En el caso de las personas con problemas con el cannabis, los primeros momentos son esenciales para poder retenerlo en tratamiento, convencerlos de que su opción de pedir ayuda es la mejor y de que nosotros estamos dispuestos a ayudarles, a aplicarles un tratamiento para que dejen de consumir cannabis.

La demanda de tratamiento puede hacerla la persona, sus padres, su pareja, otros familiares, etc. No siempre es la persona afectada, de modo semejante a lo que ocurre también con frecuencia en el caso del alcohol. Las personas pueden demandar tratamiento para su consumo de cannabis por la presión de su familia o pareja; porque la persona se da cuenta de que le está afectando negativamente su consumo a nivel físico (miedo a tener cáncer de pulmón) o psicológico (incremento de las paranoias o pensamientos extraños); porque después de muchos años de plantearse dejarlo cree que ahora es el momento adecuado, o porque ahora tiene claro que debe dejarlo; para prevenir que sus hijos adolescentes consuman; o porque ha tenido problemas legales debido a su consumo (p. ej., accidente de tráfico, multas por consumo). De ahí que un buen terapeuta tiene que estar preparado en estos primeros momentos para poner en práctica todas las estrategias que van bien para el incremento de la motivación para el cambio, la de lograr la mejor adherencia para que venga a tratamiento, a que haga la evaluación y a que luego lleve a cabo el tratamiento.

Si vemos esto desde los estadios de cambio, con poca frecuencia vamos encontrar a la persona que demanda tratamiento en la fase de preparado para la acción. El que estén en las fases de precontemplación o de contemplación es lo más habitual. De ahí que en muchos casos el objetivo inicial (o final) va a consistir en reducir el consumo, no en dejarlo.

Dentro ya de la evaluación va a ser relevante utilizar estrategias motivacionales y de adherencia al tratamiento, cuando sea el caso, o cuando tiene dudas de que la evaluación

le sirva para algo, sobre todo cuando su idea unidireccional es que le ayuden de modo rápido y sin esfuerzo por su parte. Debemos saber que el paciente va a estar muy atento a lo que decimos y a lo que hacemos. Además, va a procurar saber lo que pensamos y lo que queremos hacer con él, ya que puede que no coincida nuestro interés en ayudarlo a dejar el consumo con sus intereses o con su “agenda secreta” de la demanda (p. ej., cuando sus padres o pareja le ha forzado a acudir a tratamiento, sin que tenga pensado hacer ningún tipo de cambio en su vida). Por ello es necesario en las fases iniciales adecuarnos a su “agenda”, a considerar de modo “abierto” el abordaje de su problema. En caso contrario tenemos el riesgo de perderlo como paciente y de que no venga a la siguiente consulta.

Igualmente debemos saber que la mentira sobre su consumo, o la infravaloración de las consecuencias del mismo, es habitual en las fases de demanda de tratamiento, cuando duda sobre si realizar o no el tratamiento, en la evaluación y en las primeras sesiones. Puede afirmar que no consume, que lo hace esporádicamente o que ya dejó de consumir. Estar atento a los síntomas de intoxicación y de abstinencia es relevante para conocer su situación real, aparte de analíticas de orina. En estas primeras fases lo relevante es que se adhiera al tratamiento, no centrarnos en si miente o no.

7.5.2 *Incremento de la motivación para el cambio*

Un aspecto central en el tratamiento de los pacientes consumidores de cannabis es incrementarles la motivación para el tratamiento. Es tal su relevancia que, como ya hemos visto, varios tratamientos para el cannabis se centran casi en exclusiva en ello.

¿A qué se debe tal relevancia en esta adicción? Muy probablemente por el *síndrome amotivacional* (SAM). A pesar de que cuando hablamos del SAM en consumidores de cannabis, o en pacientes que acuden a tratamiento, la realidad clínica nos dice que o bien estamos ante un verdadero SAM, o ante un genuino síndrome depresivo (Musty y Kaback, 1995).

El SAM fue acuñado inicialmente por los clínicos a finales de los años 60 para referirse a un grupo característico de cambios de personalidad observados en consumidores diarios de marihuana, que incluían apatía, pérdida de ambición, pérdida de efectividad, decremento de la habilidad de llevar a cabo planes a largo plazo, dificultad para concentrarse y un rendimiento escolar o laboral disminuido. Dado que estos cambios se dan en consumidores diarios se le ha considerado como una forma de intoxicación crónica (Relman, 1987).

Lo cierto es que en la clínica se aprecia claramente que los individuos dependientes del cannabis presentan características como baja motivación, apatía, demora en la realización de tareas, pereza, centrarse solo en el presente sin preocuparles el futuro, etc. Muchos están en un estado de pasividad e indiferencia, sin energía, sin interés, ganando peso, pareciendo perezoso y con desgana de hacer cualquier cosa. Esto lleva al bajo rendimiento escolar, a no acudir al trabajo, a no hacer las actividades cotidianas, a

retrasar la toma de decisiones, a la dificultad de hacer planes a medio y a largo plazo, a no ser conscientes del discurrir temporal, etc.

A pesar de lo anterior, se sigue discutiendo si el SAM existe en los consumidores de cannabis y hay opiniones en el sentido de su existencia (p. ej., Bloomfield *et al.*, 2014) como que no (p. ej., Smucker *et al.*, 2006). También se sostiene que el SAM persiste después de que la persona ha dejado de consumir. La falta de estudios de seguimiento ha impedido hasta ahora poder concluir si la observación clínica de una mayor apatía y falta de motivación se debe a los efectos del consumo de cannabis en el individuo o si bien estos ya tenían las características de apatía y falta de motivación antes de comenzar a consumir cannabis.

También se ha sugerido que la existencia del SAM puede ser una confusión, entre carencia de motivación y depresión, como igualmente se encuentra que el nivel de alexitimia es mayor cuando el consumo de cannabis es mayor (Troisi *et al.*, 1998).

¿Qué debemos hacer en este caso? Sería necesario poner en práctica las técnicas de la entrevista motivacional que ya hemos visto en el [capítulo 4](#).

7.5.3. *Incremento de la adherencia al tratamiento*

Relacionado con el incremento de la motivación para el tratamiento va paralelo al mismo incrementar la adherencia al tratamiento. Este es otro importante problema en estos pacientes, porque una parte importante de ellos va a abandonar prematuramente el tratamiento. Si se mantienen en él se pueden trabajar distintas habilidades; si no viene poco podemos hacer.

¿Cómo se aprecia la no adherencia al tratamiento? Cuando después de la evaluación no acude a la primera sesión de tratamiento; no asiste o llega tarde al tratamiento; no completa las tareas para casa (autorregistro, tareas); en el tratamiento no atiende o no está de acuerdo con lo que hay que hacer o lo abandona prematuramente, etc.

Cuadro 7.8. *Factores relacionados con la no adherencia a los tratamientos en general*

1. Factores relacionados con el paciente

- Carencia de conocimiento de los requisitos del tratamiento.
- Déficits cognitivos, de lenguaje, de lectura y de escritura.
- Carencia de automanejo y habilidades de afrontamiento (p. ej., autocontrol, solución de problemas).
- Carencia de recursos (p. ej., financieros, alojamiento, transporte, tiempo).
- Eventos vitales estresantes (p. ej., muerte de un ser querido, finalización de una relación importante).
- Salud problemática y creencias relacionadas con el tratamiento (p. ej., si ve la necesidad del tratamiento, gravedad del problema, eficacia percibida del tratamiento, costes y beneficios relativos de adherirse al tratamiento, autoeficacia de adherencia).
- Problemas de comorbilidad (p. ej., trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, síntomas psicóticos, etc.).

- Carencia de apoyo social, o bajo apoyo social.
- Baja motivación, apatía, o pesimismo sobre la salud en el futuro.
- Experiencias pasadas negativas relacionadas con la adherencia (p. ej., efectos adversos, dificultades con la adherencia).
- Miedo al estigma por su problema/trastorno/enfermedad.
- El tratamiento es un recuerdo no bienvenido de su trastorno/enfermedad.
- Respuestas problemáticas a los descuidos en la adherencia.

2. Factores relacionados con el régimen de tratamiento

- Alta complejidad y demandas del tratamiento (p. ej., tener que tomar un gran número de pastillas, asignaciones complejas de tareas para casa que le llevan mucho tiempo, cambios sustanciales en las actividades diarias, etc.).
- Inadecuación entre los requisitos del tratamiento y el estilo de vida del paciente y sus actividades diarias (p. ej., patrones de comida y de sueño, programa de trabajo, vida social, otras actividades diarias).
- Frecuentes y severos efectos secundarios (cuando toman medicación).
- Larga duración del tratamiento y alto coste económico del tratamiento.

3. Factores relacionados con las características del trastorno/enfermedad o problema objetivo

- Problemas de salud poco serios o no amenazantes para la salud (p. ej., consumo episódico de cannabis, embriaguez ocasional).
- Larga duración del problema de salud.
- Carencia de síntomas o problemas relacionados que no experimenta el paciente (p. ej., no tener síndrome de abstinencia).
- Los síntomas de su problema de salud interfieren con la adherencia (p. ej., problemas con la memoria, movilidad o visión).

4. Factores relacionados con la relación paciente-terapeuta

- Pobre comunicación entre el cliente/paciente y el terapeuta.
- El terapeuta no ha evaluado adecuadamente los problemas con el tratamiento y/o la adherencia al mismo.
- El paciente tiene dificultades para discutir los problemas que tiene con el tratamiento y/o con la adherencia al mismo.
- El paciente tiene dudas sobre la habilidad del terapeuta en proporcionarle ayuda.
- El paciente carece de confianza y/o comodidad con el terapeuta.
- El paciente y el terapeuta tienen diferente conceptualización o expectativas del problema y/o del tratamiento.

5. Factores relacionados con la situación clínica

- Pobre accesibilidad a los servicios (p. ej., disponibilidad de acceder al servicio o al personal, horario de atención del servicio, tiempo de espera por el servicio).
- Carencia de continuidad o coherencia del servicio.
- Personal poco amigable o de poca ayuda.

Fuente: Adaptado de Levensky y O'Donohue (2006).

Sabemos que hay toda una serie de factores que se pueden relacionar con la no adherencia a los tratamientos en general (Levensky y O'Donohue, 2006), como son los factores relacionados con el paciente, con el régimen de tratamiento, con las características del trastorno, con la relación cliente-terapeuta y con la propia situación clínica ([cuadro 7.8](#)). Cuando alguno de ellos está presente hay que detectarlos y ver cómo solventarlos. Por ello, debemos poner en práctica desde el inicio distintas

estrategias para incrementar la adherencia al tratamiento (Levensky y O'Donohue, 2006), como evaluar las ganas de comenzar el tratamiento (p. ej., evaluar los patrones de la adherencia pasada, las creencias actuales y sus preocupaciones sobre el tratamiento; pros y contras de iniciar el tratamiento; si se cree capaz de llevarla a cabo; identificar barreras para realizarlo); que conozca detalladamente en que va a consistir el tratamiento; entrenarle en habilidades concretas para su adherencia (p. ej., que anote lo que tiene que hacer, que autorregistre las conductas relacionadas con el tratamiento, enseñarle a integrar el tratamiento dentro de sus rutinas cotidianas, que sepa como comunicarse bien con el terapeuta, etc.); y que sepa que estamos para ayudarlo en cualquier momento (recordarle que puede llamarnos si tiene problemas, que busque ayuda en familiares y amigos, grupos, etc.).

A su vez, a lo largo de todo el proceso de tratamiento tenemos que poner en práctica todas las técnicas motivacionales. También después de que finalice el mismo. En este caso se combinan las técnicas motivacionales con las de adherencia al tratamiento.

7.5.4. *Dejar de consumir cannabis*

La persona tiene que dejar de consumir cannabis por sí misma. Nosotros tenemos que guiarle para planificarlo, hacerlo y facilitarle dicho proceso. Pero no solo tiene que dejar de consumir cannabis, sino que tenemos que prepararlo para que afronte la vida sin consumirlo, manejar y controlar el craving que en muchos casos va a aparecer, que sepa que puede tener síndrome de abstinencia y cómo manejarlo, y afrontar todas aquellas molestias objetivas y subjetivas que le puede producir dejar de consumirlo. Solo disponemos de técnicas psicológicas para este proceso, no hay ninguna farmacológica que le pueda ayudar.

Cuadro 7.9. *Estrategias útiles en el abandono del cannabis*

-
- Poner un día concreto para dejarlo.
 - Reemplazar el consumo de cannabis por nuevas actividades o intereses.
 - Evitar situaciones en las que su uso está arraigado.
 - Pedirle a un amigo que le ayude. No salir solo.
 - Decir a otros “yo no voy a consumir nunca más”.
 - Cambiar los viejos hábitos por otros nuevos.
 - Detectar si tiene síntomas de abstinencia por dejar el consumo. Si se presentan, saber que van a durar poco tiempo.
 - Reforzarse a sí mismo por estar sin consumir.
-

Fuente: Steinberg *et al.* (2005).

En primer lugar, hay que fijar un día para el abandono del consumo, si se ha optado por la abstinencia, o si quiere reducir el consumo en la primera fase, hay que decidir a qué niveles va a reducirlo, cuándo va a comenzar a hacerlo, durante cuánto tiempo y,

también en paralelo, qué otros aspectos de su vida va a cambiar.

Dado que suele ser frecuente que infravalore su consumo, que mienta sobre la cantidad real que consume, o que el cannabis que consume tenga mucha más pureza de la que pensaba (p. ej., un cannabis con un 20% de THC es tres veces más que si antes consumía con pureza del 7%), no es infrecuente que al dejar de consumir, o al reducir el consumo, se produzcan síntomas de abstinencia claros para el observador externo (p. ej., estar dos días en cama con fiebre alta; insomnio; estado de ánimo deprimido, etc.) pero no para él mismo, que suele negar la causa de esto. Si el síndrome de abstinencia es acusado, puede utilizarlo como una excusa para seguir consumiendo o para decir que no va a ser capaz de dejar de consumir cannabis.

La aparición del síndrome de abstinencia es una buena oportunidad para conocer su real nivel de consumo (dosis y pureza del cannabis), que podemos ayudarle, y de que puede superarlo, aunque ello no siempre es fácil. De nuevo aquí las estrategias de la entrevista motivacional son útiles. Igualmente, las de aprendizaje de habilidades y clarificación de metas. Conforme mantenga la abstinencia, o con pequeñas caídas, podemos seguir avanzando en el tratamiento con el resto de las técnicas y habilidades que tiene que aprender para manejar su vida sin cannabis.

7.5.5. Entrenamiento en habilidades y conductas incompatibles con el consumo de cannabis

La persona no solo tiene que dejar de consumir cannabis; también tiene que saber hacerle frente a distintas situaciones que facilitan el consumo. Por ello, tenemos que entrenarle en habilidades y conductas incompatibles con el consumo de cannabis como habilidades de rechazo y manejo de contingencias y del craving.

Una vez que ha dejado de consumir la probabilidad de que le ofrezcan cannabis es muy alta. Por ello, debe saber que las presiones que va a tener para consumir van a ser normales una vez que haya logrado la abstinencia. Sus amigos, sus vendedores, su pareja si es consumidora, le van a seguir ofreciendo cannabis. De ahí que debemos analizar con él con quien se relaciona y cómo hacerle frente a los ofrecimientos. Dado que no siempre va a poder evitar la presión social habrá que entrenarle en respuestas asertivas de rechazo (ver [capítulo 4](#)).

Cuadro 7.10. Autorregistro de craving

Dentro de las habilidades que hay que entrenar en algunos pacientes están las habilidades de comunicación, y específicamente en asertividad. De igual modo, con frecuencia hay que entrenarlo en el control de la ira. Lo haremos de igual modo que en el alcoholismo.

Cuadro 7.11. *Estrategias para afrontar los disparadores del consumo de cannabis*

- a) Hacer una actividad distractora (leer, llamar a un amigo, ver una película, hacer ejercicio).
 - b) Llamar a alguien, como un familiar, un amigo, o la pareja.
 - c) Usar la estrategia de la ola.
 - d) Retrasar la discusión de consumir (al menos 15 minutos).
 - e) Usar la imaginación con escenas para lograr calmarse y controlar las urgencias.
 - f) Desafiar y cambiar los pensamientos. No pensar solo en las consecuencias positivas del consumo, pensar también en las consecuencias negativas; pensar en los beneficios de no consumir.
 - g) Hablarse a sí mismo y darse autoinstrucciones de que puede manejar sus urgencias (p. ej., “yo puedo lograrlo”, “yo puedo controlarme”, “si logro controlarme 15 minutos, la urgencia desaparecerá”).
-

Fuente: Steinberg *et al.* (2005).

7.5.6 *Manejo de los pensamientos sobre el consumo de cannabis*

Las personas que han consumido cannabis durante mucho tiempo siguen teniendo pensamientos sobre el mismo una vez que lo han dejado de consumir. Deben saber que esto es así para poder manejarlos ya que no se pueden eliminar. Lo mismo ocurre en otras adicciones y en otras múltiples conductas que hemos realizado en nuestra vida. Por ello tiene que aprender a afrontar dichos pensamientos y que los mismos no le lleve a la recaída.

Los pensamientos sobre la marihuana pueden aparecer en distintas situaciones, como cuando tiene nostalgia de su consumo pasado, cuando cree que tiene completo control sobre la misma, cuando tiene un problema, cuando se siente irritable por estar abstinente, cuando quiere escapar de situaciones o problemas desagradables, cuando quiere relajarse, cuando cree que fumando estará mejor dentro de una situación social, para mejorar su autoimagen, por estar cansado de aplicar las estrategias de afrontamiento; o por sentirse incapaz de controlar el craving.

La persona tiene que conocer cuáles son las decisiones aparentemente irrelevantes, para controlarlas y que no le lleven de nuevo al consumo. Tienen con frecuencia una gran relación con los pensamientos sobre el consumo. Por ejemplo, algunas habituales, una vez que dejó de consumir, son: tener algo de marihuana en casa; visitar a un amigo

fumador de marihuana en su casa; hacer una ruta en coche cerca de donde la compraba, cuando no hay motivos para ir por allí; o no saber qué hacer, no tener planes para el fin de semana, etc.

Por todo ello, tenemos que entrenarle en que contraponga los beneficios de no consumir a hacerlo, en centrarse en las consecuencias negativas que en el pasado le ha producido el consumo, evitar las situaciones de alto riesgo de consumo, encontrar pensamientos y conductas distractoras al consumo, pensar positivamente en lo que ha logrado hasta aquí, irse de la situación si cree que no va a poder controlarse, llamar a una persona que le pueda ayudar y así no consumir, usar imágenes que se contrapongan al consumo, y usar todo lo que ha aprendido para retrasar en este momento la toma de una decisión por un tiempo de al menos 15 minutos.

7.5.7. Entrenamiento en solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas puede ser muy útil en los pacientes que acuden a un tratamiento para dejar el consumo de cannabis ya que pueden tener problemas personales, laborales y psicopatológicos. En muchos casos estos problemas han sido la causa de demandar tratamiento. Es frecuente que tengan asociados problemas de depresión, ansiedad, pérdida de trabajo, problemas de pareja o familiares, y también otros no relacionados directamente con el consumo como estar en paro, enfermedades físicas, problemas económicos, problemas legales, aislamiento social, etc. El entrenamiento en solución de problemas, junto a otras estrategias y técnicas que estamos viendo, le puede ayudar a solucionarlos o a tener una visión más realista sobre ellos. En el [capítulo 4](#) ya describimos ampliamente esta técnica.

7.5.8. Prevención de la recaída

Uno de los problemas más importantes en las distintas conductas adictivas es la recaída. En el cannabis esto es muy claro: a una parte importante les cuesta dejar de consumir al final del tratamiento, muchos prefieren abandonar el tratamiento o consumir menos. Y, de los que consiguen dejar de consumir, una gran parte va a recaer en los meses sucesivos.

Las principales causas que llevan a la recaída se asocian a los estados emocionales negativos, a nivel intrapersonal, a la presión social al consumo y a la mejora de los estados emocionales positivos en situaciones sociales. Por ello, dentro del tratamiento tenemos que entrenarlos en distintas estrategias de prevención de la recaída, como ya vimos en el [capítulo 4](#), prestando una especial atención a las situaciones de estrés, ansiedad y bajo estado de ánimo. Dada la dificultad de manejar estas situaciones, y a la vida social que suelen tener asociada al consumo de cannabis, explican en parte el

proceso de recaída tan frecuente en estos pacientes. Dejar la puerta abierta para que puedan volver de nuevo a tratamiento es importante en estos casos.

7.5.9. Pareja y familia

Los consumidores de cannabis, si son jóvenes, suelen tener detrás la presión y preocupación de sus padres por su consumo y las consecuencias negativas que les acarrea, sobre todo si han sido ellos los que le han obligado a acudir a tratamiento. Si ya son adultos, y tienen pareja, como puede ocurrir también en adolescentes, se encuentra que en muchos casos también la pareja es consumidora de cannabis. De ahí que el abordaje va a ser distinto en función de la edad del consumidor.

Así, si es joven, la motivación para el tratamiento va a ser menor, va a estar continuamente incidiendo en las virtudes del cannabis, en su poder terapéutico y en toda una serie de creencias distorsionadas sobre su consumo. Rechazará también todo lo que viene de sus padres y estos, a su vez, mostrarán una gran preocupación por la conducta de su hijo. En este caso hay que manejar la situación tanto hacia el paciente como hacia sus padres.

Cuando es un adulto, puede o no tener pareja. Si tiene pareja es probable que ella también consume. Lo ideal es que ambos dejasen de consumir. Si no hay mayor riesgo de recaída. En uno u otro caso hay que tener en cuenta que si la pareja consume, o los amigos, hay que insistirle en la necesidad de que él es el que debe tomar la decisión de no consumir (para ello está en tratamiento), de mantenerse abstinente, y sobre todo que no recaiga. Entrenamiento en asertividad, pensamientos sobre el cannabis y prevención de la recaída cobran aquí una gran relevancia.

7.5.10. Vida laboral o estudios

Tener poca motivación es una característica que se ve en la clínica en muchas personas que piden ayuda por su consumo de cannabis. Esto se va a reflejar en retrasar múltiples actividades, en no tomar decisiones, en dejar para mañana lo que debiera hacer hoy, lo que en algunos les repercute en sus estudios, si son jóvenes, en su trabajo, si lo tienen, o en que no se preocupan en la medida en que debieran hacerlo en buscar trabajo. Esto hay que tenerlo muy en cuenta en el tratamiento, desde el principio, y hay que planificar la utilización de distintas estrategias para que mejoren su vida laboral o su vida académica.

Inicialmente utilizaremos las técnicas motivacionales. El proceso se ve favorecido si reduce o abandona el consumo de cannabis. Ello le facilita darse cuenta de que tiene que cambiar su vida tal como la tenía organizada hasta ahora, y entre los aspectos de su vida que tienen que cambiar está el tema laboral o de estudios.

Tener una visión realista de lo que puede y no puede hacer, entrenarlo en solución de problemas en relación con su vida laboral o estudios, que sepa marcarse metas a corto y a medio plazo que pueda cumplir, indicarle a donde puede acceder (información) en función de los objetivos que quiere lograr (p. ej., ir a una academia, inscribirse en la Oficina de empleo, anotarse en páginas web de búsqueda de empleo, organizar su currículum y enviarlo a distintas empresas, etc.), son algunos de los elementos que utilizaremos.

7.5.11. Amigos, ocio y tiempo libre

Los consumidores de cannabis, cuando ya llevan años haciéndolo, suelen convertir el consumo en una especie de “estilo de vida”, de ahí que busquen amigos que también consumen, hagan actividades de ocio en donde pueden consumir, etc. Es decir, organizan su vida para que les sea más fácil el consumo. Una parte del tratamiento tiene que orientarse a que reorganicen la vida de tal modo que no esté el cannabis presente en todo lo que atañe a sus amigos, ocio y tiempo libre.

7.5.12. El consumo de otras sustancias

El consumo de cannabis suele ir asociado al consumo de otras sustancias. El paciente habitual que demanda tratamiento por cannabis suele ser también fumador de cigarrillos, bebe alcohol y en algún momento de su vida ha probado otras drogas ilegales (p. ej., cocaína o drogas de síntesis). Cuando el consumo de drogas ilegales es el que predomina, como cocaína o heroína, entonces el tratamiento suele centrarse en estas últimas, dejando en ocasiones más de lado el cannabis, sobre todo por los objetivos a lograr en el tratamiento y las metas que quiere lograr el individuo. En ambos casos es importante que reduzca el consumo de alcohol, si es abusivo, y plantearle que deje el tabaco. El abandono del tabaco es muy relevante si fuma hachís, dado que lo mezclan con tabaco.

Curiosamente, en los últimos años también se aprecia que, con la mayor demanda de tratamientos para dejar de fumar cigarrillos, se detectan consumidores de tabaco que tienen también que dejar el cannabis para lograr la abstinencia del tabaco, sobre todo en nuestro medio, en el que, como decíamos antes, mezclan tabaco con hachís para hacer los porros.

Si la persona consume otras sustancias (p. ej., cocaína), el cannabis también puede ser una de las drogas que consume. En este caso tenemos que priorizar la gravedad de los problemas que cada sustancia produce en el individuo (p. ej., alto gasto económico) y empezar por aquellas que le acarrearán más problemas. Además, en dichos casos, aunque nuestra recomendación es que deje de consumir todas las sustancias suelen negarse a dejar el consumo de tabaco y de cannabis, aunque lo reduzcan, y les cuesta también

reducir el consumo de alcohol o su abandono.

7.5.13. Visión de sí mismo y del mundo

Un elemento característico de muchas personas que consumen cannabis es que han hecho de su consumo un tema “ideológico”, un tema “existencial”, un “modo de vivir y de ver el mundo” y, por ello, un modo de “verse a sí mismos”. La cultura hippie, los movimientos contra la guerra del Vietnam, la cultura procannabis, ciertos movimientos sociales y políticos, entre otros, han facilitado todo este movimiento que en parte se basa en el propio consumo de cannabis, como algo que debe poder hacerse, facilitarse y casi potenciarse. Tampoco hay que olvidar los enormes intereses económicos que rodean al cannabis.

Cuando ocurre lo anterior tendremos que centrarnos en las creencias que tiene sobre el cannabis e ir las debatiendo con técnicas cognitivas. Es una tarea más compleja. De ahí también que en las personas consumidoras de cannabis una parte abandona el tratamiento porque no ha acudido al mismo con la idea real de dejar el consumo.

Si al final del tratamiento la persona no adquiere los aprendizajes suficientes para poder ver que su vida la puede vivir sin cannabis, va a ser difícil que mantenga la abstinencia. Esto suele ocurrir en la parte media o final del tratamiento, en donde ve que puede reducir el consumo, cree que puede autocontrolarlo, y con ello empieza a tener dudas de mantenerse abstinentes, o que le tiene un alto coste por tener que cambiar su forma de ser o su forma de estar ante sus amigos, el mundo de la diversión, su historia pasada, etc. Y este es claramente un motivo para la recaída.

7.5.14. La psicopatología asociada

Hay varios trastornos frecuentemente asociados en los consumidores de cannabis, como es el consumo de otras sustancias, la depresión, la ansiedad, los trastornos de personalidad, o cuando puede tener una psicosis cannábica. Además, el abandono del consumo de cannabis suele producir síntomas de abstinencia semejantes a dichos cuadros clínicos.

Sabemos que el consumo regular de cannabis se asocia con un incremento del riesgo de ansiedad y depresión, aunque no se ha establecido causalidad sobre ello. En el caso de la depresión, cuando la tiene, tiene que ser capaz de reconocer sus síntomas o bien los síntomas del estado de ánimo negativo (ansiedad, irritabilidad, depresión). Dado que estos son disparadores de la recaída, hay que saber si son puntuales o mantenidos en el tiempo. En estos pacientes el mejor modo de manejarlos es mediante el incremento de las actividades agradables, el cambio de los pensamientos inadecuados sobre el cannabis y el entrenamiento en solución de problemas. En casos más graves, tendremos que

aplicar una terapia concreta para su depresión, como la terapia de activación conductual o terapia cognitiva para la depresión. Cuando la depresión se produce en mujeres consumidoras de cannabis el riesgo de suicidio es mayor.

En relación con la ansiedad, sabemos que el consumo de cannabis puede producir crisis de ansiedad y crisis de pánico, sobre todo en mujeres. En ocasiones este es el motivo que ha traído a la persona al tratamiento. Dependiendo del trastorno de ansiedad que tenga así aplicaremos el tratamiento psicológico correspondiente.

En los últimos años se ha insistido en que el consumo de cannabis puede producir respuestas agresivas, como un síntoma de abstinencia. También sabemos que la agresividad adolescente es un factor de riesgo para el consumo de cannabis. Si ocurre esto tenemos que manejar esta agresividad o ira, del modo que ya hemos visto en el [capítulo 4](#).

Hay un mayor consumo de cannabis tanto en pacientes con esquizofrenia como con trastorno bipolar (Lorenzo, 2015). Cuando la persona tiene consumos muy elevados de cannabis pueden aparecer delirios que, cuando aparecen, duran unas horas y cursan con confusión y alteración de la conciencia y notables perturbaciones de otras funciones psíquicas: pensamiento (lentitud, ideación delirante...), percepción, psicomotricidad y comportamiento, además de signos neurológico como disartria, nistagmos y lenguaje inconexo.

7.5.15. Estilo de vida saludable

No hay ninguna duda de que un aspecto muy importante para el mantenimiento de la abstinencia a medio y largo plazo es cambiar a un estilo de vida saludable. En el caso de los consumidores de cannabis, nos podemos encontrar con que ellos dicen que hacen una vida saludable, a su manera. Entienden que fumar cannabis, salir con sus amigos y tomarse unas copas, trasnochar, priorizar la diversión al trabajo, ir a conciertos de música con frecuencia, etc., es lo normal.

Aquí hay dos aspectos que considerar. El primero es que sabemos lo que es saludable y no saludable para la salud, como vimos en el [capítulo 4](#). Por ello, hay que entrenarles en que lleven una vida saludable o lo más saludable posible, adecuando racionalmente lo que es mejor a nivel de salud física y mental en relación con su estilo de vida anterior. Y, el segundo, que tienen que considerar que lo importante es que puedan ser felices y autónomos sin la ayuda de sustancias. No hay ningún problema en que les guste mucho la música e ir a conciertos, pero sí es un problema si van con personas que “siempre” consumen cannabis en los mismos. En este caso tendrían que ir, pero teniendo claro que tienen que rechazar los ofrecimientos, que deben ir con personas que les apoyan en su abstinencia, o ir pero de otro modo (más como pareja que en grupo). Es claro que la pareja aquí puede ser de una gran ayuda. Si es no consumidora, todo puede ir bien; si es consumidora, puede ser una causa de la recaída.

7.5.16. Los que consumían para el alivio físico o mental

El gran número de variedades de cannabis existentes en el mercado, el inicio tan alto que tenemos en el consumo de cannabis en la adolescencia, y las creencias distorsionadas de una parte de sus consumidores sobre su utilidad, sobre todo terapéutica, para casi todo del cannabis, y el que la consideren una “planta natural”, hace que nos encontremos cada vez más con personas que han empezado a consumir cannabis en la adolescencia y luego han continuado haciéndolo para manejar sus problemas adaptativos o emocionales (p. ej., depresión) o físicos (p. ej., dolor por un accidente). Este perfil, con sus creencias correspondientes, complica el tratamiento y el mantenimiento de la abstinencia.

Ya indicamos que muchas personas acuden a tratamiento por los efectos negativos que le produce el cannabis (p. ej., paranoias, delirios, alucinaciones, problemas de pareja, etc.). Pero una vez que deja de consumirlo, y se reducen esos efectos objetivos o subjetivos que tiene la droga (p. ej., para la depresión, insomnio, sobre todo si usan variedades muy concretas), tiene que reorganizar su vida y también tenemos que entrenarle y proporcionarle habilidades para que los pueda afrontar sin tener que consumir cannabis. Si la persona lleva muchos años oyendo, comentando o leyendo sobre las “maravillosas” virtudes del cannabis, aunque no se adecuen a los datos científicos existentes, pero sí a sus creencias, dejar esto a un lado va a llevar su tiempo. Es una labor terapéutica, de información y de aprendizaje que hay que poner en práctica desde el principio si la persona tiene este tipo de perfil.

En conclusión, es necesaria una intervención terapéutica completa, específica para cada caso, y teniendo en cuenta que tendremos que utilizar múltiples recursos terapéuticos.

Tratamiento de la dependencia de la cocaína

8.1. Introducción

El consumo de cocaína se ha convertido en pocos años en España en un importante problema. Está en niveles muy altos en su comparativa con otros países europeos. A día de hoy las demandas de tratamiento por drogas en los centros de adicciones son en primer lugar por la cocaína, que ha desplazado a la heroína de otras décadas.

El sentimiento de euforia y el incremento de energía son dos de los principales efectos que produce el consumo de cocaína. De ahí el fuerte poder reforzante que tiene y la alta dependencia que produce. Esta dependencia es fundamentalmente psicológica, y el tratamiento se va a orientar a esto (p. ej., manejo del craving, o fuerte deseo de consumir), junto a otros aspectos.

El único tratamiento eficaz para tratar la dependencia de la cocaína es el psicológico (López-Durán y Becoña, 2009). Han mostrado ser eficaces la terapia cognitiva-conductual y la terapia de incentivos, aunque también se siguen protocolos de tratamiento bien estructurados y basados en la evidencia de las técnicas que funcionan, como ocurre con la terapia cognitiva de Beck aplicada a las adicciones (Beck *et al.*, 1999).

Como hemos visto en capítulos previos, existen distintos tipos de adictos. En las personas con problemas de cocaína hay dos tipos: el primero estaría constituido por personas jóvenes, con pocos años de consumo y con poca psicopatología asociada; el segundo estaría constituido por personas con más años, con una larga historia de consumo de cocaína y de otras sustancias y con psicopatología asociada (López-Durán y Becoña, 2007). Esto indica el proceso de evolución del trastorno. Los primeros casos tienen mejor pronóstico; peor los segundos.

Cualquier tratamiento para la dependencia de la cocaína se tiene que orientar tanto a retener al paciente en tratamiento como a manejar las caídas y recaídas que se van a producir a lo largo del mismo. A lo largo de las sesiones tendremos que entrenarlo en técnicas específicas para lograr lo anterior.

Aunque en este capítulo nos centramos en cómo tratar la dependencia de la cocaína hay que tener en cuenta que suele ser frecuente que los cocainómanos que demandan

tratamiento, tengan también problemas de abuso o dependencia del alcohol, y a veces también de otras drogas, problemas de estado de ánimo o de ansiedad, relacionados con la abstinencia o por tener dicho trastorno con anterioridad, y otros problemas psicopatológicos (p. ej., paranoias, psicosis cocaínica, etc.). Cuando ocurre esto el tratamiento que indicamos se tiene que complementar con aquellos otros para dichos problemas o trastornos. Y, dependiendo de la gravedad del problema así será también la menor o mayor duración del tratamiento.

8.2. Evaluación

Como ya vimos en capítulos anteriores, la evaluación se va a centrar en el caso de las personas con problemas de dependencia de la cocaína, en analizar las características del consumo, los aspectos ambientales que lo rodean, otra psicopatología asociada, etc., para con ello poder hacer el análisis funcional de la conducta para poder poner en práctica el tratamiento. Primeramente es importante conocer, mediante una entrevista clínica, cuando empezó a consumir, cómo se produjo la tolerancia, episodios de alto nivel de consumo, desde cuando es consumidor regular, número de días que consume a la semana y días que está abstinentes, nivel de consumo, vía de consumo (nasal, fumada, intravenosa); igualmente, consumo de otras sustancias, sobre todo de alcohol y si tiene dependencia del mismo; qué consecuencias le produce el consumo a nivel físico y mental, familiar y de pareja, laboral, económico, legal, etc.; coste semanal o mensual del consumo y cómo financia el mismo; si trafica o no para mantener el consumo; si realiza pequeños delitos para mantener el consumo; diagnóstico diferencial de otros trastornos que pueden confundirse con la dependencia de la cocaína (p. ej., trastorno bipolar); evaluar si tiene depresión, ideas suicidas, problemas de ansiedad, TDAH, psicosis cocaínica, paranoias, etc., para ver si son trastornos inducidos por la cocaína o trastornos primarios; descripción de las experiencias de craving y de *priming* (incremento intenso e incontrolable del deseo de seguir consumiendo una vez que este ha empezado); entre los aspectos más importantes.

Dentro de la evaluación específica con cuestionarios, disponemos de los ya vistos en el [capítulo 3](#) sobre este trastorno. También hay que evaluar su estado mental, sobre todo por la alta comorbilidad asociada, como trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de la alimentación, del sueño, etc. Habrá que evaluar estos aspectos e intervenir en los mismos en muchas ocasiones. Como ya vimos, en los últimos años ha cobrado gran relevancia la evaluación a nivel neuropsicológico de las funciones ejecutivas (p. ej., mediante el Test de Wisconsin o la Torre de Hanoi).

Un aspecto que está presente cada vez más en las personas que demandan tratamiento por dependencia de la cocaína es que tiene asociados importantes problemas físicos. En los últimos años ha quedado claro la alta incidencia de eventos cardiovasculares por consumo de cocaína, rotura del tabique nasal por el consumo esnifado, etc. Debe hacerse una evaluación física, sobre todo del sistema cardiovascular,

déficits vitamínicos y desnutrición, enfermedades de transmisión sexual, estado de las mucosas nasales (si la esnifa) y de los pulmones, entre otros. Si es el caso lo remitiremos a su médico de referencia; si nos lo remite el médico ya este habrá evaluado sus problemas físicos.

Lo anterior lleva en ocasiones a la necesidad de su internamiento cuando hay enfermedades físicas importantes, o cuando el caso es considerado grave debido a un consumo alto o descontrolado que le produce problemas que no se manejan bien ambulatoriamente, como la psicosis cocaínica, confusión, paranoias, agresividad, etc. Sabemos que, en muchas ocasiones, los problemas físicos son los que los animan a demandar tratamiento para su adicción. En otros prefiere seguir consumiendo a pesar de las negativas consecuencias que le produce en su salud.

Cuadro 8.1. *Efectos clínicos y psicológicos de la cocaína*

<i>Efectos clínicos</i>
<ul style="list-style-type: none">– Vasoconstricción periférica, taquicardia, incremento de la contractibilidad cardíaca, hipertensión, midriasis, temblor y sudoración.– Incremento de la temperatura por aumento de la actividad física, vasoconstricción y alteración directa del centro hipotalámico del control térmico.– Potente estímulo del SNC por acción dopaminérgica. Con dosis bajas, incremento del tono vital y de la energía, disminución del apetito, insomnio, aumento del rendimiento intelectual y físico, hiperactividad motora, verbal e ideatoria, disminución de la fatigabilidad e incremento de los placeres en alerta. Con consumo moderado, los consumidores no adictos experimentan un periodo de cansancio y, en ocasiones, disforia y deseo de tomar cocaína que dura horas. Con dosis más altas y/o en personas predispuestas, pueden aparecer alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa, ilusiones y/o alucinaciones auditivas, táctiles y visuales, estereotipias, bruxismo y convulsiones.– Activación de las hormonas tiroideas.

<i>Efectos psicológicos</i>
<ul style="list-style-type: none">– Euforia y, a veces, disforia.– Aumento de la sensación de energía en alerta.– Sensación de agudeza mental.– Mayor conciencia de sensaciones sexuales, auditivas, táctiles y visuales.– Incremento de la actividad motora y conductas estereotipadas.– Anorexia.– Incremento de ansiedad y suspicacia.– Disminución de la necesidad de sueño.– Posibilidad de retrasar la sensación de fatiga.– Aumento del <i>insight</i> y de la autoestima (grandiosidad).– Síntomas físicos por descarga generalizada del SN simpático.

Fuente: Adaptado de Caballero (2005: 26-28).

8.3. Tratamiento psicológico para el trastorno por consumo de cocaína

En la actualidad, los tratamientos psicológicos son los que cuentan con evidencia de eficacia para el tratamiento de la dependencia de la cocaína. Ningún fármaco es eficaz para su tratamiento (Caballero, 2005; Penberthy *et al.*, 2010). Dentro de los tratamientos psicológicos destacan el programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo (García-Rodríguez *et al.*, 2009; Rawson *et al.*, 2006), el tratamiento cognitivo-conductual (Carroll, 2001) y la terapia cognitiva (Beck *et al.*, 1999). Los describimos en el siguiente punto.

Cuadro 8.2. *La cocaínomanía*

La cocaínomanía humana es una condición crónica y recurrente, limitada a veces solo por el coste o la imposibilidad del suministro, que cursa con impulso incoercible a consumir, preocupación intensa por la consecución de cocaína, vida fuertemente condicionada por el consumo, uso compulsivo a pesar de consecuencias adversas y frecuentes recaídas (sobre todo durante los primeros meses de tratamiento) asociadas o no al estrés psicosocial.

Las recaídas pueden producirse incluso años después de la abstinencia completa. Para muchos cocaínomanos la abstinencia tarda en adquirirse, su consecución completa requiere más de un tratamiento y, no pocas veces, los puntos de inflexión favorable en la evolución y los factores que la determinan se identifican solo epicóricamente.

Fuente: Caballero (2005: 47-48).

Junto a los anteriores tratamientos, también disponemos de asesoramiento grupal e individual y de terapia de apoyo expresivo. Estudios comparativos (Crits-Christoph *et al.*, 1999; McMahon *et al.*, 1999), señalan que la combinación del asesoramiento grupal y el individual es más efectiva que la terapia cognitiva y la de apoyo expresivo, aunque las personas permanecen en tratamiento menos tiempo.

Intervenciones basadas en la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999), habitualmente acompañadas de otras, han obtenido buenos resultados en consumidores con baja motivación al inicio del tratamiento (Rohsenow *et al.*, 2004), e incluso las intervenciones breves han mejorado las tasas de abstinencia en consumidores de heroína y cocaína (Bernstein *et al.*, 2005).

También debemos saber que a pesar de los miles de millones de dólares que llevan invertidos en la búsqueda de fármacos para el tratamiento de la cocaína (se llevan ensayados más de 100) ninguno ha mostrado ser de utilidad en este trastorno, a pesar de nombres tan sugerentes para el marketing como fármacos anticraving. De ahí que en los últimos años, tanto por parte de la industria farmacéutica como de ciertos sectores de profesionales poco científicos, se centren en que lo importante es la patología dual (la conocida comorbilidad), de tal modo que con ello pretenden “medicar” a toda persona que tenga asociado a un trastorno de dependencia de cocaína otro trastorno, como depresión, ansiedad, TDAH, trastornos de personalidad, etc., con fármacos para esos segundos trastornos, lo que no suele ser habitualmente ético y claramente vuelve a resultar ineficaz para el trastorno por el que solicitaron ayuda. El libro de Frances (2014), psiquiatra, y responsable del previo DSM-IV, muestra esto claramente en su libro:

8.4. Descripción de los principales tratamientos

8.4.1. Terapia cognitivo-conductual

El objetivo de los tratamientos cognitivo-conductuales es que las personas aprendan conductas alternativas a las relacionadas con el consumo de cocaína, y estrategias de autocontrol. El tratamiento más destacado en esta línea es el de Carroll (2001). Consta de análisis funcional del consumo, entrenamiento en solución de problemas, detección y afrontamiento del craving, habilidades de afrontamiento, detección de cogniciones relacionadas con el consumo, identificación de las situaciones de riesgo y su afrontamiento. Las técnicas de prevención de recaídas, incluidas dentro de los tratamientos cognitivos-conductuales, son especialmente eficaces y, además, en el caso de producirse nuevas recaídas, estas son menos severas. Lo que hace a lo largo del tratamiento es potenciar la motivación para la abstinencia, enseñar habilidades de afrontamiento, cambiar las contingencias de reforzamiento, manejar los estados afectivos, mejorar el funcionamiento interpersonal y aumentar el apoyo social. Trabaja las áreas social, ambiental, emocional, cognitiva y el estado físico ([cuadro 8.3](#)).

Esta terapia tiene una duración de 12 semanas, con 12 a 16 sesiones; en casos más graves la duración puede llegar a 6 meses. Es una terapia sencilla, protocolizada y operativa. El protocolo que proponemos se basa de modo importante en la misma. Varios estudios (Carroll *et al.*, 2005; Crits-Christoph *et al.*, 1999; McKee *et al.*, 2007), como metaanálisis (Dutra *et al.*, 2008), han mostrado la eficacia de esta terapia.

Cuadro 8.3. Temas que trata la terapia cognitivo-conductual de Carroll (2001)

- Introducción al tratamiento y a la terapia cognitivo-conductual.
 - Afrontar el craving.
 - Aumentar la motivación y el compromiso para dejar de consumir.
 - Habilidades para el rechazo o asertividad.
 - Decisiones aparentemente irrelevantes.
 - Plan de afrontamiento general.
 - Resolución de problemas.
 - Manejo del caso.
 - Reducción del riesgo de VIH.
 - Sesión con personas significativas para el paciente.
 - Última sesión: finalización.
-

Entre las críticas que ha recibido la terapia de Carroll es que el paciente debe de

tener un funcionamiento cognitivo adecuado, y no siempre es así en los consumidores de cocaína. Pero lo mismo ocurre con otras terapias, dado que el consumo crónico de cocaína produce deterioro a nivel cognitivo (EMCDDA, 2007).

8.4.2. *Terapia cognitiva*

La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos se producen y mantienen debido a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a corregir tanto esas premisas distorsionadas como los errores cognitivos (Beck *et al.*, 1999. Para la terapia cognitiva los factores de predisposición son importantes, pero basados en características cognitivas, más que conductuales o biológicas (p. ej., la poca tolerancia ante la frustración). A partir del patrón cognitivo ocurren hechos conductuales (p. ej., consumo) y biológicos (p. ej., síndrome de abstinencia). Las creencias disfuncionales tienen una gran relación con las urgencias al consumo, así como con otros problemas emocionales (p. ej., ansiedad, depresión). Lo que la terapia cognitiva hace es modificar los pensamientos y creencias erróneas del individuo y enseñarle técnicas de control (cuadro 8.4).

Cuadro 8.4. *Creencias más importantes de los adictos sobre las sustancias psicoactivas*

-
- La persona necesita la sustancia para funcionar y sentirse normal.
 - La sustancia mejora el funcionamiento personal y mental.
 - La sustancia crea sentimientos positivos y estimulantes.
 - La sustancia incrementa el sentido de dominio de la persona.
 - La sustancia reduce el afecto negativo.
 - La sustancia es tranquilizante.
 - La sustancia es la única cosa que reduce las urgencias.
-

La importancia de las creencias y las urgencias son muy relevantes en la terapia cognitiva. Como dicen Beck *et al.* (1999): “los *significados* que se derivan de las creencias que se ligan a las situaciones son los que causan el craving en la persona. Las personas que tienen creencias que no pueden tolerar la ansiedad, la disforia o la frustración, por ejemplo, estarán muy atentos a estas sensaciones y construirán expectativas acerca de poder aliviarse de las mismas, solo mediante la utilización de drogas o ingiriendo alcohol. Por tanto, cuando aparece una emoción desagradable, la persona intenta neutralizarla utilizando una droga o bebiendo”.

Aunque el planteamiento anterior pudiese parecer reduccionista, a nivel práctico no lo es. Junto al peso que se le da a la parte cognitiva de la persona como causa de la explicación del consumo de sustancias, también se consideran aspectos, como sus actuales problemas vitales, evolución desde la infancia, supuestos, estrategias compensadoras, factores de vulnerabilidad, conducta, etc. De modo semejante, el

tratamiento se va a centrar en varios de los aspectos que se relacionan con el problema.

Una sesión terapéutica tiene ocho elementos: establecer la agenda de la sesión; comprobar el estado de ánimo del individuo; unir los contenidos de la última sesión con la actual; comentar los puntos programados para abordar durante la sesión; diálogo socrático; resúmenes parciales; asignación de actividades para casa entre sesiones; y, retroalimentación del paciente sobre la sesión. Es importante que el paciente vaya asumiendo el modelo cognitivo, para que con ello pueda cambiar sus pensamientos y creencias erróneas. El análisis de las situaciones de urgencia puede servir para este propósito.

Las técnicas que se utilizan dentro de la terapia cognitiva son semejantes a las que se utilizan para otros trastornos como el diálogo socrático, la retribución, tareas para casa, análisis de ventajas y desventajas de consumir, identificar y modificar las creencias asociadas con las drogas, la técnica de la flecha descendente, la técnica de imaginación y los autorregistros. También da una gran importancia a la relación terapéutica. Igualmente utiliza técnicas conductuales como programación y control de actividades, experimentos conductuales, juego de roles, entrenamiento en relajación, solución de problemas, ejercicio, control de estímulos, etc.

Junto al control de las urgencias y de las creencias asociadas a las mismas, conforme avanza el tratamiento, cobra más relevancia la práctica de la activación de creencias de control. Con ello se van superando las creencias básicas y los pensamientos automáticos que tiene el individuo sobre su consumo y pasa a ejercer un mayor control o un completo control sobre los impulsos al consumo. Tampoco se deben dejar de lado todos los otros problemas que se han ido asociando al consumo de drogas, lo que en ocasiones conduce al individuo a un círculo vicioso de problemas-consumo incremento de problemas-consumo, etc.

Dado que la caída y la recaída son muy comunes en este trastorno, la terapia cognitiva da gran importancia a ello, en lo que denomina intervención en crisis, siguiendo una adaptación a partir del modelo de Marlatt para la prevención de recaídas. De igual modo da gran relevancia a la presencia de otros trastornos, como la depresión, la ira y la ansiedad y los trastornos de personalidad, que deben ser detectados y tratados para que la personas logre la abstinencia y la mantenga en el tiempo.

8.4.3. *Terapia de incentivos*

Los programas de reforzamiento comunitario, se basan en proporcionar contacto con refuerzos naturales que hay en su entorno social para incrementar la probabilidad de que la persona se mantenga abstinentemente (Marlowe *et al.*, 2003). Son tratamientos conductuales con los siguientes elementos:

- a) Abordaje de aspectos que pueden limitar la adherencia al tratamiento como las causas pendientes con la justicia o no tener un lugar en donde dormir.

- b) Los que no tienen trabajo o aquellas en las que su trabajo incrementa el riesgo de consumo de drogas, reciben asesoramiento vocacional.
- c) Identifican antecedentes y consecuentes del consumo, y seleccionan alternativas saludables a las consecuencias positivas que encuentran en el consumo.
- d) Se ofrece terapia de pareja.
- e) Se realizan entrenamientos en habilidades para trabajar los déficits que dificultan alcanzar la abstinencia o que aumenten la probabilidad de que sufra una recaída.
- f) Se oferta tratamiento para problemas con otras sustancias (Higgins *et al.*, 2004).

Con frecuencia estos programas van acompañados de la terapia de incentivos. Este es un procedimiento de manejo de contingencias para conseguir y mantener la abstinencia, e incrementar la adherencia al tratamiento (Higgins *et al.*, 2002). El paciente va ganando puntos a medida que va alcanzando los objetivos de abstinencia o del tratamiento, y dichos puntos los puede cambiar por distintos reforzadores (bienes o servicios disponibles en la comunidad).

Respecto a la eficacia de este tratamiento, Higgins *et al.* (2002) apuntan que el refuerzo comunitario más manejo de contingencias es más eficaz que el *counseling*. Petry *et al.* (2006) señalan mejores resultados con este tratamiento que con un tratamiento estándar (sesiones grupales de prevención de la recaída, educación sobre el VIH, entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento y el programa de los 12 pasos). Rawson *et al.* (2006) han encontrado mejores resultados en retención y abstinencia durante el tratamiento con el manejo de contingencias que con el tratamiento cognitivo conductual, aunque durante el seguimiento las tasas de abstinencia son similares. Toda la evidencia indica el alto nivel de eficacia del manejo de contingencias (Farronete *et al.*, 2013).

Una alternativa al uso de reforzadores de forma contingente a la consecución de objetivos, es la planteada por Petry *et al.* (2005). El principal problema del uso de reforzadores es el elevado coste. Estos autores plantean que en lugar de recibir un refuerzo determinado previamente, elige de forma aleatoria un refuerzo que puede ser de magnitud alta o baja.

Debemos destacar en esta línea de investigación los interesantes estudios publicados en nuestro país sobre la puesta en marcha de este tipo de programas (García-Rodríguez *et al.*, 2006; Secades-Villa *et al.*, 2007).

8.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual

8.5.1. Objetivos a conseguir en el tratamiento

Son varios los objetivos a lograr en el tratamiento de la dependencia de la cocaína

(cuadro 8.5). El primero es que el paciente reconozca que tiene un problema con la cocaína. El segundo, es aumentar su motivación para el tratamiento. Antes de iniciar un tratamiento para dejar de consumir la cocaína es necesario saber cuál es la motivación para el cambio. Al principio, las estrategias motivacionales van a ocupar un lugar central para que el paciente admita que tiene problemas con la cocaína y que tome la decisión de abandonar su consumo. El objetivo es ayudarlo a reconocer su problema adictivo y a conseguir los cambios deseados. El nivel de motivación para el cambio será una de las claves para la elección del recurso terapéutico más apropiado para cada individuo. El tercer objetivo es que el paciente deje de consumir cocaína. La dependencia a esta sustancia implica que constituye el eje central de su vida, de modo que las conductas de búsqueda de la cocaína y consumo ocupan su mayor parte del tiempo. El paciente puede abandonar sus responsabilidades personales, familiares, laborales, etc., para obtener o consumir cocaína. El tratamiento de esta adicción se inicia con la superación del síndrome de abstinencia. Hay algunos obstáculos que pueden dificultar el mismo, por ejemplo, la infravaloración por parte del paciente de la posibilidad de una recaída inicial debido a la ausencia de síntomas de abstinencia físicos como en otras drogas (p. ej., el de la heroína).

Cuadro 8.5. *Objetivos en el tratamiento de la dependencia de la cocaína*

-
1. Reconocimiento de la existencia de dependencia de la cocaína.
 2. Incremento de la motivación para el tratamiento.
 3. Dejar de consumir cocaína.
 4. Deshabitación psicológica.
 5. Mejora del estado físico.
 6. Entrenamiento en prevención de la recaída.
 7. Identificación y tratamiento de otros síntomas y trastornos psicopatológicos asociados (comorbilidad).
 8. Adquisición de un nuevo estilo de vida sin cocaína.
 9. Mejora de la actividad laboral y la situación económica.
-

La deshabitación psicológica es otro importante objetivo, el cuarto, para conseguir eliminar la adicción a la cocaína. Debemos entrenar al paciente a superar las conductas de búsqueda y de autoadministración de cocaína. Es determinante manejar las fuertes respuestas de urgencia y los síntomas de abstinencia que se desencadenan en el adicto ante objetos, pensamientos, sentimientos, lugares, personas, determinados momentos del día y/o recuerdos. Es fundamental que estas poderosas respuestas se extingan, rompiéndose las asociaciones entre los estímulos contextuales que las provocan y el consumo de cocaína.

El quinto objetivo es mejorar su estado físico. El consumo de cocaína, especialmente cuando se cronifica, puede producir importantes daños orgánicos (p. ej., en el sistema cardiovascular). Por tanto, es difícil pensar en un tratamiento eficaz en el que no haya una valoración física exhaustiva, en el que no se tenga en cuenta posibles problemas orgánicos y la prevención de futuros problemas médicos. Estos pasos no solo

son parte esencial de un tratamiento, sino que también son importantes para que el paciente pueda ser rehabilitado completamente.

El sexto objetivo es entrenarle en estrategias de prevención de la recaída para que, una vez abstinentes, sea capaz de mantenerse sin consumir cocaína a lo largo del tiempo, afrontando adecuadamente las urgencias, las tentaciones al consumo, situaciones de afecto negativo, etc.

La intoxicación por cocaína y la abstinencia de la cocaína inducen con frecuencia trastornos mentales. Alrededor de dos tercios de las personas con abstinencia de la cocaína o anfetaminas presentan síntomas depresivos que pueden durar de 2 a 4 semanas. El tratamiento debe tener en cuenta estos síntomas puntuales. También se debe evaluar cuidadosamente la posible presencia de trastornos independientes y llevar a cabo los pasos adecuados para controlar los síntomas clínicos, incluso cuando son episódicos y forman parte del patrón de consumo de la cocaína.

El octavo objetivo será lograr cambios en el estilo de vida que permitan al individuo la adaptación al medio familiar, social, laboral y comunitario. Esta es una etapa crucial y suele ser la más larga, ya que no solo tiene que cambiar la forma en la que se desenvuelve socialmente sino que tiene que adquirir nuevas habilidades y recursos para consolidar un estilo de vida sin consumo de cocaína. Normalmente, los pacientes han estado consumiendo cocaína durante años y han desarrollado una forma de vida en la que una parte de su tiempo está dedicada a la búsqueda y consumo de la droga. Es importante para adquirir un estilo de vida sin cocaína enseñarle nuevas formas de ocupar su tiempo libre, de estimular relaciones con amigos no consumidores, adaptarse a la vida cotidiana y restaurar las relaciones gratificantes con su pareja o con los miembros de la familia.

Por último, es necesario considerar como objetivo del tratamiento mejorar las esferas laboral y económica. Los pacientes con dependencia de la cocaína suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo y, como resultado de ello, pueden llegar a implicarse en robos, prostitución o tráfico de droga, o solicitar anticipos para comprar la droga. Por tanto, en la mayoría de los casos es necesario entrenarle en la búsqueda de otros trabajos que no estén vinculados con el consumo de sustancias y estimularle a planificar sus asuntos económicos de un modo realista. Estos objetivos deben discutirse con el paciente y concretar la prioridad de los mismos.

8.5.2. Incremento de la motivación para el cambio

Lo más frecuente es que los cocainómanos que demandan tratamiento tengan una motivación para el cambio baja y fluctuante. Es baja porque lo más habitual es que acudan al tratamiento carentes por completo de incentivos y por presiones externas (p. ej., familiares, judiciales) más que por un convencimiento. Y, es fluctuante, porque al depender la motivación de factores externos más que internos, cualquier acontecimiento externo (p. ej., problemas legales, pérdida del trabajo) puede influir, aunque de forma

transitoria, en un cambio de actitud ante el tratamiento.

La entrevista motivacional, como ya se ha expuesto anteriormente, cobra aquí gran relevancia. Es especialmente importante evaluar si aumenta la motivación del paciente para el tratamiento. Además, se pueden utilizar varias estrategias para fomentar expresiones automotivacionales en los pacientes, como: *a)* hacer balance entre el no cambiar y el cambiar (consiste en sopesar los pros y los contras de permanecer igual); *b)* elaborar las cuestiones planteadas (se le pide al paciente que profundice más en lo que ha expresado, que lo mire desde otros puntos de vista); *c)* llevar las cosas a los extremos (se le pide que se imagine qué es lo mejor y lo peor que le podría pasar de seguir en la misma situación o en caso de que cambiase); *d)* mirar hacia el futuro (se le pide que imagine o se recree cómo será la vida más adelante); *e)* explorar los objetivos personales (el terapeuta y el paciente examinan las metas que tiene en mente el paciente); y *f)* usar la paradoja, como forma sutil de confrontación que implica el empleo de ironía o sarcasmo. Puede ser una estrategia muy útil cuando el terapeuta ya ha establecido el vínculo con el paciente, no antes.

El proceso va bien cuando apreciamos que el paciente da muestras de reconocimiento del problema, cuando tiene expresiones de preocupación, manifiesta intención o deseo de cambiar, y cuando da muestras de optimismo o confianza en la propia capacidad para cambiar.

8.5.3. Clarificación de las metas a conseguir

El terapeuta debe preguntar a su paciente si tiene otras metas y cómo podría ayudarle a conseguirlas el dejar de consumir cocaína (p. ej., volver al trabajo, recuperar la custodia de sus hijos). En los problemas estrechamente relacionados con la dependencia de la cocaína (p. ej., síntomas depresivos, conflictos maritales, problemas legales), es importante que el terapeuta los conozca, trabaje con el paciente para priorizar las metas en relación con el consumo de cocaína, negocie metas de tratamiento razonables, cómo serán abordadas y siga la evolución de los mismos.

El terapeuta debe explicar al paciente los objetivos del tratamiento y las metas a conseguir, así como la racionalidad del tratamiento. Se deben abordar los siguientes aspectos:

1. El consumo de cocaína es una conducta aprendida.
2. El consumo de la cocaína afecta a cómo piensa, siente y actúa.
3. La comprensión de este proceso facilita dejar de consumir cocaína y otras drogas.
4. El aprendizaje de nuevas habilidades pueden reemplazar las conductas que conducen a consumir cocaína.
5. La práctica de las habilidades adquiridas es la clave para dejar la cocaína y mantenerse abstinente.

8.5.4. Afrontar y superar las urgencias

Uno de los componentes centrales del tratamiento es que sepa afrontar y superar las urgencias a consumir cocaína. Hay varias estrategias que se pueden utilizar cuando la persona experimenta fuertes deseos de consumir, para que con ellas sea capaz de afrontar dicha urgencia y no consumir:

- a) *Distracción*. Preparar una lista de actividades de distracción con el paciente anticipando futuros episodios de urgencia, especialmente actividades físicas (p. ej., pasear, hacer ejercicios de relajación).
- b) *Hablar acerca de la urgencia*. Cuando el paciente cuenta con apoyo, como familiares y amigos abstinentes, hablar con ellos acerca de la urgencia puede reducir los sentimientos de ansiedad y vulnerabilidad que lo acompañan con frecuencia.
- c) *Dejarse llevar por la urgencia*. Permitir que la urgencia ocurra, llegue a su punto más álgido y se desvanezca; esto es, experimentarla sin luchar contra ella, ganar control evitando la resistencia. El primer paso, es prestar atención a la urgencia, centrarse en las sensaciones en sí mismas (dónde ocurren en el cuerpo o en la mente y cuán intensas son). Segundo, centrarse en el área dónde ocurre la urgencia, prestando, por tanto, atención a todas las señales afectivas y somáticas e intentando expresarlas verbalmente.
- d) *Recordar las consecuencias negativas del consumo de cocaína*. Muchos consumidores de cocaína cuando experimentan una urgencia tienen la tendencia a recordar solo los efectos positivos del consumo. Para contrarrestar esta tendencia, cuando experimenten una urgencia tienen que recordarse a sí mismos los beneficios de la abstinencia y las consecuencias negativas de continuar consumiendo.
- e) *Hablarse a uno mismo*. Muchas veces se pueden detectar pensamientos automáticos que acompañan a la urgencia, pero están tan profundamente establecidos que la persona no es consciente de ellos. Estos pensamientos suelen tener un sentido de urgencia y de exageración de las consecuencias (p. ej., “me moriré si no consumo cocaína”). En este caso, para afrontar la urgencia, es importante detectar esos pensamientos automáticos y contrarrestarlos eficazmente, lo que se puede hacer más fácilmente si uno se habla a sí mismo en tono positivo. Esto incluye utilizar cogniciones tales como *desafiar el pensamiento* (p. ej., “realmente yo no me voy a morir si no tomo cocaína”) y *normalizar la urgencia* (p. ej., “estos deseos de consumir producen una sensación molesta, pero mucha gente los experimenta y los supera sin consumir”).

El terapeuta le enseñará a manejar los deseos irresistibles de consumir cocaína, siguiendo la estrategia general de “reconocer, evitar y afrontar”. Las urgencias

representan un problema difícil de superar para muchos cocainómanos. Incluso no es infrecuente que informen que han experimentado este tipo de experiencias semanas o incluso meses después de interrumpir el consumo de cocaína. Esta experiencia puede resultar desconcertante y molesta y puede conducirle a consumir de nuevo si no es comprendida y manejada adecuadamente (cuadro 8.6).

Cuadro 8.6. Pasos para afrontar los deseos irresistibles de consumir cocaína

-
- Comprensión de la urgencia.
 - Descripción de la urgencia.
 - Identificación de los desencadenantes.
 - Evitar señales.
 - Afrontamiento de la urgencia.
-

Lo primero, es necesario que el paciente comprenda lo que significa experimentar las urgencias. Es importante para el paciente darse cuenta que experimentar una urgencia es normal y bastante común. Debido a la frecuencia y variedad de situaciones en las que consume cocaína, un número elevado de estímulos se han ido emparejando con dicho consumo. Estos pueden actuar como desencadenantes o señales condicionadas que provocan el deseo de consumir. Hay multitud de estímulos que pueden desempeñar este papel, por ejemplo, tener dinero, beber alcohol, determinadas situaciones sociales, determinados estados afectivos (ansiedad, depresión). Para explicar cómo se llega a producir este proceso de asociación entre el consumo de cocaína y esos estímulos, que en un principio son neutros, se puede utilizar como ejemplo el experimento de Pavlov. Es también importante aclararle que la duración de las urgencias es limitada en el tiempo; este tipo de sensaciones suelen desvanecerse en menos de una hora si no son seguidas por consumo de cocaína. El terapeuta debe explicarle el proceso de extinción de las respuestas condicionadas a través de ejemplos concretos.

En segundo lugar, es necesario que el paciente describa las urgencias; debemos tener una idea clara de cómo las experimenta. Debemos preguntarle cómo es para él la urgencia. Las personas las experimentan de diferentes maneras. Por ejemplo, la experiencia puede ser más de tipo somático (p. ej., “mi corazón se acelera”), o de tipo cognitivo (p. ej., “lo necesito ahora”) o de tipo afectivo (p. ej., “me siento nervioso”). Hay que preguntarle cómo son de molestas para él estas experiencias; hay una variabilidad amplia en el nivel y en la intensidad con la que cada persona las vive. Para algunos, lograr y mantener el control durante las urgencias será el principal objetivo del tratamiento y les llevará algunas semanas lograrlo.

Cuadro 8.7. Tareas para casa para afrontar y superar las urgencias

Elaborar una lista de estímulos desencadenantes de urgencias, utilizando un autorregistro

El paciente tiene que cumplimentar un autorregistro cada día, anotando cada vez que experimente una

urgencia la fecha y la hora, la situación, los pensamientos y los sentimientos, la intensidad de la urgencia en una escala de 0 a 100 y su duración en minutos y las estrategias que utilizó para afrontarla.

También se le puede dar una tarjeta con el resumen de las principales estrategias para afrontar los deseos irresistibles de consumir cocaína, que es recomendable que la utilice cuando tenga que afrontar alguna experiencia de este tipo.

Resumen para el paciente sobre cómo afrontar una urgencia

- a) Las urgencias o necesidades muy fuertes de consumir son normales, no son una señal de fracaso. En lugar de ello, intente aprender de ellas, especialmente averiguando qué estímulos las desencadenan.
- b) La urgencia es como una ola en el océano. Alcanza su punto álgido y luego se desvanece.
- c) Si no consume, la sensación de urgencia será cada vez más débil y se desvanecerá antes.
- d) Puede intentar evitar las urgencias, evitando o eliminando las señales que las disparan.
- e) Puede afrontar las urgencias:
 - Distrayéndose durante unos minutos.
 - Hablando sobre la urgencia con alguien que le apoye.
 - No dejándose llevar por la urgencia.
 - Recordando las consecuencias negativas.
 - Hablándose a sí mismo sobre la urgencia.

Otros pacientes niegan que tengan urgencias. En este caso se recomienda explorarlas con él. Aquellos pacientes que niegan experimentar urgencias, especialmente aquellos que continúan consumiendo cocaína, acostumbran a interpretar erróneamente una amplia variedad de experiencias, o simplemente ignoran la urgencia cuando ocurre hasta que de repente se encuentran consumiendo cocaína. Algunos pacientes, que están abstinentes y niegan tener deseos irresistibles de consumir cocaína, pueden tener un miedo profundo a recaer. Otra pregunta que se le puede hacer es cuánto dura esa sensación de necesidad intensa de consumir cocaína. Se recomienda hacer énfasis sobre la limitación en el tiempo de la experiencia. También averiguar cómo afronta la urgencia. De este modo podemos identificar las características de su estilo de afrontamiento y seleccionar las estrategias más apropiadas para enseñarle.

Debemos trabajar en confeccionar una lista de estímulos que disparan su consumo. A veces es una buena estrategia el concentrarse en identificar la urgencia y las señales que han sido más problemáticas en las últimas semanas. Esta lista debería comenzar a realizarla durante la sesión.

Después de identificar los estímulos que disparan el consumo, el terapeuta debería explorar el grado en el cual puede evitar alguna de esas señales (p. ej., reducir el contacto con otras personas consumidoras o que suministran droga). Es necesario estar alerta ante la posibilidad de que consuma también alcohol, porque este suele actuar como un potente estímulo desencadenante del consumo de cocaína. Cuando ocurre el deseo irresistible de

consumir cocaína, una de las estrategias más efectivas es abandonar la situación donde ocurre e irse para algún lugar seguro.

Un ejemplo de las tareas para casa para afrontar y superar las urgencias puede verse en el [cuadro 8.7](#).

8.5.5 *Reforzar la motivación y el compromiso para dejar de consumir cocaína*

Se debe trabajar el reforzamiento de la motivación y el compromiso para dejar de consumir cocaína cuando se ha realizado el análisis funcional de algunas situaciones recientes de alto riesgo, y el paciente también tiene una idea más clara sobre el tratamiento. A partir de aquí se puede explorar con él su compromiso para la abstinencia y otras metas del tratamiento. Mientras algunos pacientes intentan dejar completamente el consumo de cocaína y de otras sustancias, otros pueden tener otro tipo de metas tales como reducir el consumo, dejar de consumirla pero continuar consumiendo en exceso alcohol u otras sustancias, permanecer en tratamiento hasta que desaparezcan las presiones que le han empujado a tratamiento, etc. El terapeuta debe comprobar la opinión actual que tiene el paciente sobre el tratamiento y su motivación para el cambio. Debemos animarle a hablar sobre sus metas, y debemos abstenernos de tener un papel demasiado activo en la sesión o imponerle metas al paciente. Algunas técnicas pueden ser muy útiles para fortalecer el compromiso para cambiar, por ejemplo, comunicar su libertad de elección, hacer énfasis en los beneficios de la abstinencia como meta, proporcionar información y consejo sobre problemas y cuestiones que se deberían abordar si permanece abstinentemente, etc.

Cuadro 8.8. *Matriz de decisión para dejar de consumir cocaína*

	<i>Consecuencias inmediatas</i>		<i>Consecuencias a largo plazo</i>	
	<i>Positivas</i>	<i>Negativas</i>	<i>Positivas</i>	<i>Negativas</i>
Dejar la cocaína o mantenerse abstinentemente				
Continuar consumiendo o volver a consumir				

La ambivalencia se debe abordar lo antes posible para fomentar una alianza terapéutica que permita explorar los conflictos del paciente en relación con la abstinencia de la cocaína. Debemos animarle a articular las razones por las que ha consumido cocaína, ayudarlo a que adopte una decisión propia de dejar el consumo totalmente, explorando con él lo que ganará y haciendo énfasis en la idea de que el consumo de cocaína no se puede separar de sus consecuencias. Podemos utilizar para ello la *matriz de decisiones* de Marlatt ([cuadro 8.8](#)); el paciente tiene que anotar las consecuencias inmediatas (positivas y negativas) y a largo plazo (también positivas y negativas) tanto de dejar de consumir cocaína o permanecer abstinentes, como de continuar o volver a consumir cocaína. Se le puede indicar que guarde esta hoja y que la utilice en situaciones de alto riesgo o cuando experimente una urgencia; le ayudará a recordar las consecuencias negativas del consumo de cocaína y esto le podrá ayudar a contrarrestar el recuerdo de la euforia asociada con el “colocón”.

8.5.6. *Estrategias para afrontar los pensamientos relacionados con la cocaína*

La ambivalencia se manifiesta con frecuencia en pensamientos sobre la cocaína y su consumo que son difíciles de manejar. La cocaína fue, o es, un importante factor, en la vida del paciente y los pensamientos, tanto positivos como negativos, sobre ello son normales y persisten algún tiempo. Se recomienda como estrategia “identificar, evitar y afrontar”. Primero, es necesario detectar los pensamientos asociados al consumo de cocaína ([cuadro 8.9](#)). Debemos ayudarlo a identificar sus distorsiones cognitivas. Debe saber qué es un pensamiento automático (p. ej., “un pensamiento o una imagen visual que puede que no sea muy consciente de ella a menos que centre su atención en ella”) y qué es una cognición (p. ej., “cosas que se dice a sí mismo”).

Evitar los pensamientos relacionados con el consumo de cocaína no siempre es posible, pero si el paciente se centra en metas más positivas, estos pensamientos pasarán a ser menos problemáticos. Puede ser una buena estrategia pedirle que articule y registre sus metas a corto y a largo plazo, lo que puede ayudarlo a ver más allá de las tentaciones inmediatas. Si la persona no tiene una idea clara de su futuro le costará más.

Son varias las estrategias que puede la persona con dependencia de la cocaína utilizar ante el surgimiento de pensamientos relacionados con ella:

- a) *Pensar lo que sucedió después de la sensación de estar “colocado”*. Mientras que las personas adictas a la cocaína pueden experimentar pensamientos positivos relacionados con ella, no suelen recordar lo malo de la misma. El paciente, por tanto, puede recordar un ejemplo de una experiencia disfórica que siguió al efecto de estar colocado.
- b) *Desafiar los pensamientos*. Generar pensamientos que contrarrestan los relacionados con el consumo de cocaína (p. ej., “yo fui capaz de afrontar las

urgencias en el pasado y puedo hacerlo otra vez”).

- c) *Revisar las consecuencias negativas.* Confeccionar una lista de consecuencias negativas para contrarrestar los pensamientos positivos relacionados con el consumo de cocaína.

Cuadro 8.9. *Pensamientos que con frecuencia se asocian al consumo de cocaína*

<i>Pensamiento</i>	<i>Ejemplo</i>
Ponerse a prueba	“Yo puedo ir a una fiesta a la que van a acudir mis colegas de siempre sin consumir.”
La vida nunca será la misma	“Me siento muy bien colocado.”
Fracaso	“Los tratamientos que he llevado a cabo previamente no han funcionado conmigo. Nunca lo conseguiré.”
Disminución del placer	“El mundo es muy aburrido sin cocaína.”
Tener derecho	“Merezco una recompensa.”
Sentimiento de malestar	“No sé cómo comportarme con la gente cuando no estoy colocado.”
Escapar	“Mi vida es horrible, necesito desconectar por unas horas.”

- d) *Distracción.* Confeccionar una lista de actividades y ponerlas en práctica cuando aparezcan estos pensamientos, que sean agradables (p. ej., divertidas o estimulantes), fáciles de poner en práctica en cualquier situación o momento y realistas (que no sean caras o dependan de la disponibilidad de otros).
- e) *Hablar.* Hablar de los pensamientos relacionados con la cocaína con un amigo o una persona es en la mayoría de los casos una forma efectiva de disiparlos.

8.5.7. *Control de estímulos y prevención de la respuesta*

Como ya hemos comentado en capítulos anteriores, en el tratamiento de cualquier adicción hay que lograr que los estímulos discriminativos relacionados con el consumo vayan perdiendo el poder de disparar la conducta. Al tiempo, tenemos que lograr que otros estímulos nuevos, o distintos a los anteriores, los vayan sustituyendo. Lo primero lo lograremos con la técnica de control estimular, mediante la cual la persona una vez que ha identificado con nuestra ayuda la secuencia de la cadena que le lleva a realizar la conducta pueda no hacerla (p. ej., dejar de llevar 60 euros encima, cuando no tiene necesidad objetiva de llevarlos, para no tener la tentación cuando pasa cerca de la casa de su camello de parar y comprarle cocaína). Al tiempo, tenemos que entrenarlo en que

dicho control se haga consciente en el sentido de que sea capaz de no llevar a cabo la conducta cuando luego lleve encima los 60 euros. Esto exige un entrenamiento sistemático que puede hacerse con apoyo de otras personas y luego de él solo. Al tiempo, tenemos que lograr que la persona adquiera otras conductas que le sean satisfactorias, e incompatibles con el consumo, para que estas conductas compitan con las anteriores que le llevaban al consumo.

8.5.8. Entrenamiento en habilidades de rechazo de ofrecimiento de cocaína

Una cuestión fundamental para muchos cocainómanos es reducir la disponibilidad de cocaína y rechazar los ofrecimientos de cocaína de modo eficaz (cuadro 8.10). En particular, los pacientes que presentan un estado de ambivalencia ante la reducción del consumo de cocaína suelen tener dificultades cuando les ofrecen cocaína. La red social de muchos consumidores está compuesta en su mayor parte por personas que también consumen o trafican con ella; la ruptura de relaciones con estas personas le puede conducir a un total aislamiento. Algunos están implicados en la distribución y el librarse de esta red no es fácil. Otros carecen de las habilidades de asertividad más básicas.

El terapeuta debe evaluar junto con el paciente la disponibilidad de cocaína y proponerle estrategias para limitar la disponibilidad. Es especialmente importante evaluar si el paciente está implicado en la venta de cocaína, como la obtiene, y si hay otras personas en su casa o lugar de trabajo que consuman cocaína. También es necesario conocer quiénes son los suministradores y explorar las estrategias para reducir el contacto con ellos. En algunos casos, puede ser suficiente que rechace el ofrecimiento de cocaína de forma clara y asertiva, manifestando que ha decidido dejarlo y pidiendo que no le ofrezcan más cocaína. En otros casos, el paciente puede organizarse para evitar cualquier contacto con usuarios o proveedores. Este problema es más difícil de solventar cuando el paciente mantiene una relación íntima o muy estrecha con alguien que consume o vende cocaína. Aquí es más difícil que rompa esta relación. En este caso es mejor buscar formas para reducir el riesgo (p. ej., que la otra persona no lleve cocaína a casa o no la consuma en casa).

Cuadro 8.10. *Objetivos en el entrenamiento en habilidades para rechazar ofrecimientos de cocaína*

-
1. Evaluar la disponibilidad de cocaína y los pasos necesarios para reducirla.
 2. Explorar estrategias para romper los contactos con las personas que le suministran la cocaína.
 3. Aprender y practicar habilidades de rechazo de cocaína.
 4. Revisar la diferencia entre responder de forma pasiva, agresiva y asertiva.
-

Cuando presenta deficiencias en habilidades de rechazo, lo más indicado es enseñarle cómo hacer en una situación de ese tipo (cuadro 8.11). Una vez revisadas las mismas, debería practicarlas a través de la técnica de juego de roles, escogiendo para ello una situación que le haya ocurrido recientemente. De este modo se pueden detectar aquellos problemas que surgen al poner en práctica este tipo de estrategias y corregirlos. También es importante enseñarle la diferencia entre ser asertivo, pasivo y agresivo.

Cuadro 8.11. *Cómo rechazar cocaína cuando me la ofrecen*

-
1. Decir NO con claridad.
 2. Mirar directamente a los ojos de la otra persona.
 3. No utilizar falsas excusas ni dar explicaciones.
 4. Pedirle con firmeza a la otra persona que no le ofrezca nunca más cocaína.
 5. No dejar la puerta abierta a futuros ofrecimientos.
 6. En caso de que la otra persona insista, cortar la conversación (retirar las señales de escucha, aumentar la distancia corporal).
 7. Retirarse inmediatamente de la situación de riesgo.
-

8.5.9. *La importancia de las decisiones aparentemente irrelevantes*

Lograda la abstinencia el paciente se va a encontrar con situaciones de alto riesgo relacionadas con la cocaína, incluso aunque haya hecho los mayores esfuerzos para evitarlas. Algunas de estas situaciones están más allá de su control, como por ejemplo, vivir en una zona en la que el tráfico de cocaína es muy frecuente. Sin embargo, hay situaciones a las que se expondrá que considerará fuera de su control, pero que realmente están muy relacionadas con su conducta. Marlatt y Gordon (1985) les llamó a este tipo de conductas *decisiones aparentemente irrelevantes*. Son decisiones, racionalizaciones y minimizaciones del riesgo que lleva a los pacientes a exponerse a situaciones de alto riesgo, aunque les puedan parecer que no tienen relación con la cocaína y su consumo. Constituye un elemento básico no solo en el tratamiento sino luego como estrategia de prevención de la recaída.

Debe saber reconocer e interrumpir las decisiones aparentemente irrelevantes al principio de la cadena que le llevará a una situación de alto riesgo. Mientras que es relativamente sencillo detener y controlar la conducta en los primeros eslabones de la cadena, ya no lo será tanto hacia el final de la misma, cuando el paciente ya puede estar en la situación de riesgo en la que podrá disponer fácilmente de cocaína y los estímulos condicionados dispararán la conducta de consumo (p. ej., al pasar por ese lugar piensa en el “camello” y en el lugar donde acostumbraba a consumir; experimenta pensamientos sobre los efectos placenteros del consumo, al mismo tiempo que nota como las palmas

de sus manos empiezan a sudar y el corazón le late más deprisa). Cuando logra controlar este tipo de decisiones se le incrementa la autoeficacia y la probabilidad de recaída disminuye. Además, también aprende que la inminencia de la recaída puede ser alterada, analizando de forma racional la situación y dando una respuesta de afrontamiento adecuada. Por el contrario, si permanece en la situación de riesgo por un período de tiempo prolongado, es probable que comience a racionalizar el dilema de volver a consumir después de dos meses de abstinencia (p. ej., “por intentarlo una vez no pasa nada”). También es posible que anticipe los efectos positivos de la sustancia y piense que si vuelve a esnifar se va a sentir muy bien, con mucha energía y vitalidad.

Esto implica que el paciente aprenda a detectar sus estados afectivos (p. ej., aburrimiento, soledad), a veces muy desagradables, en los que suele utilizar la cocaína para aliviarlos. En estos casos es necesario que se familiarice con sus distorsiones del pensamiento (p. ej., racionalizaciones, negaciones), ya que así las podrá detectar y usar como señales de alerta. Algunas distorsiones son bastante comunes (p. ej., “podría arreglármelas si entro en un pub”). Otras están más relacionadas con el estilo cognitivo del paciente como, por ejemplo, tender a proyectar los propios pensamientos en los otros (p. ej., en una situación en la que se encontrara con un colega con droga, puede pensar que le cogerá desprevenido o con su guardia baja). Otras veces, habrá una serie de pensamientos que le conducirán progresivamente a la situación de riesgo (p. ej., “tengo que asistir a la boda de Luis, es mi amigo, y esta es una ocasión muy especial. No puedo fallarle”). En algunos casos, el paciente puede haber tomado una decisión como pasar unas vacaciones, ir a una fiesta o pasar el tiempo con sus amigos, muchos de los cuales es probable que consuman cocaína.

Cuadro 8.12. Decisiones aparentemente irrelevantes que se observan con más frecuencia en los consumidores de cocaína

- Consumir alcohol, marihuana u otras drogas.
 - Tener alcohol en casa.
 - No deshacerse completamente de toda la cocaína que ha comprado.
 - Ir a fiestas donde pueden estar disponibles alcohol y cocaína.
 - Relacionarse con gente que consume cocaína.
 - Ocultar a sus familiares su pasado como consumidor de cocaína.
 - No comunicar a otros colegas que consumen cocaína su decisión de dejarla.
 - No planificar qué hacer durante su tiempo libre.
 - No controlar el cansancio o el estrés.
-

Cuadro 8.13. Pasos a seguir para tomar una decisión

- Considerar todas las opciones posibles.
- Pensar sobre las consecuencias, tanto positivas como negativas, para cada una de las opciones.
- Seleccionar una de las opciones. Escoger una decisión segura que minimice el riesgo de recaída.

- Mantenerse alerta ante pensamientos como “tengo que...”, “puedo arreglármelas...”, “no es un problema si...”.
-

Por último, debemos enfatizar la noción de adoptar decisiones seguras. El paciente puede ser menos vulnerable en situaciones de alto riesgo si se le entrena en reconocerlas y se centra en todas las pequeñas decisiones que toma cada día, enseñándole que debe decidir en base a pensar previamente sobre las consecuencias de riesgo. Esto se puede hacer analizando alguna historia, algún caso real, o las propias experiencias del paciente.

Es aconsejable, si no se ha abordado antes, identificar las rutas de búsqueda de droga en el barrio y en la ciudad y generar rutas alternativas en las que el consumo no exista o sea mucho menor.

8.5.10. Entrenamiento en solución de problemas

A menudo, las personas que han estado consumiendo cocaína u otras drogas durante un período relativamente largo, suelen tener un déficit acusado en la habilidad de solución de problemas. En muchos casos, la única estrategia que utilizaba el individuo para solucionar sus problemas era la de consumir cocaína. No es extraño que estas personas, la mayoría de las veces, no sean conscientes de los problemas cuando surgen y los ignoren hasta que se vean inmersos en una crisis como resultado de no haber detectado y afrontado eficazmente el problema.

En este caso se recomienda utilizar la estrategia de solución de problemas expuesta en el [capítulo 4](#), que está pensada para que el paciente la utilice no solo para los problemas relacionados con la cocaína, sino para cualquier otro problema que le pueda surgir durante el tratamiento y después de su finalización.

8.5.11. Prevención de la recaída y afrontamiento para futuras situaciones de riesgo

Los principales disparadores de la recaída en cocainómanos son el estrés psicosocial, el ambiente y los indicios sociales, y la presencia de cocaína. Otros son la ansiedad, la baja autoeficacia, la comorbilidad y la severidad (Sánchez-Hervás y Llorente, 2012). Por ello, a pesar de sus esfuerzos, algunas circunstancias imprevistas pueden conducirlo a situaciones de alto riesgo y recaer. Además, la vida cotidiana de un adicto suele tener mayor nivel de estrés por la propia adicción y todo lo que la rodea (p. ej., discusiones de pareja, falta de dinero, problemas en el trabajo o despido, problemas de estado de ánimo, etc.). Por ello, para este tipo de situaciones debemos entrenarle tanto para que no recaiga como para que sepa que se le pueden presentar a corto como a medio plazo.

Cuadro 8.14. *Elementos mínimos que se deben incluir en el diseño de un plan genérico de afrontamiento*

-
- Disponer de varios teléfonos de apoyo a los que pueda llamar y pedir ayuda en caso de emergencia.
 - Lista de consecuencias negativas de volver a consumir cocaína.
 - Lista de pensamientos positivos que pueda utilizar para contrarrestar los pensamientos negativos relacionados con el consumo de cocaína.
 - Lista de actividades de distracción.
 - Lista con lugares seguros (en los que no haya estímulos desencadenantes del consumo) en los que el paciente pueda estar durante la crisis (p. ej., casa de sus padres).
-

Debemos subrayarle que la vida es impredecible en muchas ocasiones y que no siempre es posible identificar todas las situaciones de alto riesgo. Los períodos de crisis, los eventos estresantes, e incluso los positivos, pueden conducir a situaciones de riesgo. Se le pide que imagine vívidamente posibles escenarios de recaída, describiendo paso a paso cómo sería la situación, dónde y con quién estaría, qué sentimientos le provocaría y qué alternativas tendría disponibles para afrontar con éxito el desliz o la recaída. Para cada una de estas situaciones, el terapeuta y el paciente deben desarrollar un plan de afrontamiento. Cuando una persona que ha consumido drogas vive una experiencia estresante es mucho más vulnerable y más probable que utilice estrategias de afrontamiento anteriores y no los que ha aprendido durante el tratamiento. Por ello, debe desarrollar un plan general de afrontamiento que pueda utilizar ante cualquier crisis (cuadro 8.14).

8.5.12. El tratamiento de la comorbilidad

La mayoría de los estudios de comorbilidad en pacientes con adicción a la cocaína muestran que los trastornos mentales más frecuentes asociados son el trastorno de depresión mayor, el trastorno bipolar II, el trastorno ciclotímico, los trastornos de ansiedad y el trastorno de personalidad antisocial (López y Becoña, 2006, 2009). Por lo general, el desarrollo de trastornos del estado de ánimo y los problemas con el alcohol siguen a la adicción a la cocaína, mientras que los problemas de ansiedad, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno de hiperactividad suelen preceder al consumo de cocaína. Algunos de estos trastornos pueden ser mejor evaluados y abordados después de que el paciente haya logrado un período estable de abstinencia, mientras otros problemas, si no son abordados pronto, es probable que hagan fracasar al paciente en su objetivo de conseguir la abstinencia. Aunque el consumo prolongado de cocaína puede producir distintos trastornos mentales, a veces muchos de estos trastornos mejoran notablemente con la abstinencia. Se aconseja un período de observación entre 2 y 4 semanas antes de considerar el uso de algún tipo de tratamiento psicológico o medicación.

Suele ser bastante habitual experimentar un estado de ánimo disfórico, o depresión,

después de haber dejado la cocaína. Sin embargo, también puede estar este trastorno asociado al consumo de cocaína o desarrollarse un cuadro depresivo una vez que ha dejado de consumir, y mantenerse el mismo a lo largo del tiempo. Se podría utilizar para su abordaje un tratamiento psicológico específico para este trastorno (p. ej., terapia cognitiva de Beck).

El trastorno bipolar y el trastorno ciclotímico también se asocia con el consumo de cocaína. En este caso el abordaje se hace más complejo por el tipo de trastorno (Lorenzo, 2015), favoreciendo la cocaína la recaída en la fase maníaca.

El consumo de alcohol suele ir asociado a la dependencia de la cocaína. En este caso es necesario conseguir la abstinencia no solo de la cocaína sino también del alcohol. Este constituye un aspecto de gran relevancia en el tratamiento, ya que si no es poco probable que se consiga mantener la abstinencia. En nuestro medio esta es una cuestión de gran relevancia por la alta prevalencia de personas con dependencia del alcohol.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad es muy alta en estos pacientes. De ahí que siempre nos vamos a encontrar con personas con trastornos de ansiedad que usan la cocaína para autotratarse la ansiedad, y personas con dependencia de la cocaína que pueden cursar luego con trastornos de ansiedad. La abstinencia de la cocaína es el primer paso para el manejo y control posterior de los trastornos de ansiedad.

Tanto en la dependencia de la heroína como de la cocaína un trastorno asociado en un porcentaje significativo de ellos es el trastorno de personalidad antisocial. Cuando este está presente es preciso abordarlo al tiempo que se trata la dependencia de la cocaína. Dada la dificultad de abordar el mismo, con técnicas cognitivas o conductuales, esta va a ser una razón para no conseguir los objetivos terapéuticos o que el paciente abandone prematuramente el tratamiento. En otras ocasiones también pueden estar asociados otros trastornos de personalidad.

8.5.13. Cambio de estilo de vida y mejora de su estado físico

En personas dependientes de la cocaína, como en otras adicciones, es de gran relevancia conseguir que la persona haga un estilo de vida en donde la cocaína no esté presente. En ocasiones esto es difícil porque en su entorno laboral o de ocio muchos de sus amigos la consumen. De ser este el caso hay que entrenarlo en habilidades sociales para el no consumo y animándole a que haga un cambio en su estilo de vida en donde no esté presente la cocaína. Si acepta hacer este cambio en su estilo de vida, y dejar los ambientes en donde hay cocaína, es más probable lograr la abstinencia. El apoyo de personas significativas es aquí muy importantes.

Relacionado con lo anterior, suele ser necesario en muchos casos que ese cambio en el estilo de vida exija una mejora de su estado físico. Si se alimentaba mal, si bebía alcohol más de lo razonable, si no tenía patrones de sueño regulares, etc., y sobre todo si tiene algún problema físico causado por el consumo de cocaína (p. ej., hipertensión, pérdida parcial o total del tabique nasal, avitaminosis, hepatitis, etc.) es necesario

ayudarle a mejorar su salud física, haciendo que se adhiera a la medicación que le han dado, que asuma que tiene que cuidarse ahora de otro modo (y de modo crónico) y que sepa como hacerlo, que acuda regularmente a las visitas médicas, y a que vaya viendo su mejoría física con el paso del tiempo (p. ej., ganando peso, teniendo mejor color de cara, teniendo analíticas mejores, etc.).

8.5.14. El apoyo de la familia y otras personas significativas

El cambio de un hábito de dependencia de la cocaína por otro que conlleve un nuevo estilo de vida implica que tanto él como su familia participen de forma activa en el tratamiento. En la mayoría de los casos el terapeuta puede hablar con el paciente sobre la posibilidad de que asista a alguna sesión su esposa, pareja u otras personas con las que convive (p. ej., madre) o tengan una relación significativa en su vida (p. ej., novia). El propósito de que otras personas acompañen al paciente en alguna sesión es el de incrementar el nivel de apoyo social. El terapeuta y el paciente deben aclarar y concretar previamente qué clase de apoyo le van a pedir a esa persona y las formas en las cuáles esa persona puede ofrecer apoyo ([cuadro 8.15](#)). También se preparará al paciente para las probables peticiones de cambio que le van a formular las personas significativas. Estos deben ser expresados claramente y ser tan específicos como sea posible.

No es infrecuente que las personas significativas aprovechen las primeras sesiones para quejarse y expresar ira o sentimientos similares sobre el paciente. El terapeuta debe manejar con habilidad los comentarios de estas personas aprovechando algunos de ellos para realzar la motivación del paciente para el cambio (p. ej., “¿qué cambios te gustaría que hiciera Luis?”); otros los hay que neutralizar para que no se conviertan en críticas destructivas.

La familia también puede desempeñar un papel significativo al comienzo del tratamiento, si el paciente tiene dificultad para mantenerse abstinentemente ante la presencia de un síndrome de abstinencia. Es conveniente explicar al familiar cuales van a ser las reacciones físicas y psicológicas más importantes del mismo. El familiar debe acompañarle a lo largo de todo el día para evitar que consuma o recaiga de forma anticipada, especialmente si su deseo de consumir cocaína aumenta de forma considerable.

Cuadro 8.15. Formas en las que la persona significativa puede ofrecer apoyo

- Llevarle a consulta.
- Ayudarle a reducir el consumo de cocaína y evitar distintos desencadenantes ambientales del consumo.
- Tomar parte en actividades placenteras como recompensa por la abstinencia y por las conductas de cambio.
- Ofrecerle apoyo y hablar con él cuando está experimentando urgencias o pensamientos acerca de la cocaína.

- Seguir la adherencia del paciente a la medicación.

8.5.15. El abordaje de los problemas maritales, legales y laborales

Como ya hemos indicado, no siempre viene solo el problema de dependencia de cocaína. Cuando están presentes otros problemas se deben abordar al mismo tiempo, si son problemas maritales, y también simultáneamente cuando consiga la abstinencia si son de tipo legal o laboral, dependiendo de la situación de cada individuo. Cuanto mayores sean estos problemas, más atención habrá que prestarles para que pueda lograr la abstinencia y no sea el consumo una excusa para solucionar estos otros problemas. En ocasiones el abordaje debe ir mas allá, teniendo que acudir a los servicios sociales o buscarles distintas oportunidades para poder conseguir trabajo y mantener la abstinencia. Cuando el individuo tiene deudas hay que hacer un plan para que las pueda devolver y que siga trabajando o consiga trabajo. Son factores que hay que abordar con suma atención y pueden ser la causa de que el tratamiento no consiga un buen resultado o que lo abandone antes de finalizarlo. También es un elemento que puede relacionarse con la recaída.

Cuadro 8.16. *Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno por consumo de cocaína*

<i>Sesión</i>	<i>Técnicas básicas</i>	<i>Técnicas complementarias (de ser necesarias)</i>
1	<ul style="list-style-type: none"> – Objetivos a conseguir en el tratamiento. – Incremento de la motivación para el cambio. – Autorregistro de la conducta. – Tareas para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Abordaje de los problemas maritales y familiares.
2	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las actividades previas. – Afrontar y superar las urgencias. – Tareas para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Abordaje de los problemas maritales y familiares.

<i>Sesión</i>	<i>Técnicas básicas</i>	<i>Técnicas complementarias (de ser necesarias)</i>
3	<ul style="list-style-type: none"> – Afrontar y superar las urgencias. – Reforzar la motivación y el compromiso para dejar de consumir cocaína. – Tareas para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Abordaje de los problemas maritales y familiares. – Abordaje de los problemas legales y laborales.
4	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Estrategias para afrontar los pensamientos relacionados con la cocaína. – Tareas para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con el abordaje de los problemas anteriores. – Manejo del bajo estado de ánimo.
5	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Control de estímulos y prevención de la respuesta. – Tareas para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con el abordaje de los problemas anteriores. – Manejo del bajo estado de ánimo.
6	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Entrenamiento en habilidades de rechazo de ofrecimientos de cocaína. – Tareas para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con el abordaje de los problemas anteriores. – Buscar el apoyo de la familia y de otras personas significativas.
7	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – La relevancia de las decisiones aparentemente irrelevantes. – Tareas para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con el abordaje de los problemas anteriores. – Buscar el apoyo de la familia y de otras personas significativas.
8	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Prevención de la recaída y afrontamiento de futuras situaciones de riesgo. – Tareas para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con el abordaje de los problemas anteriores. – Cambio del estilo de vida.
9	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Entrenamiento en solución de problemas. – Tareas para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con el abordaje de los problemas anteriores.

<i>Sesión</i>	<i>Técnicas básicas</i>	<i>Técnicas complementarias (de ser necesarias)</i>
10 a 13	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Tratamiento de la comorbilidad (trastornos del estado de ánimo, dependencia del alcohol, trastorno de personalidad antisocial, etc.). – Tareas para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con el abordaje de los problemas anteriores. – Mejora del estado físico.
14 y 15	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Cambio de estilo de vida. – Mejora del estado físico. – Tareas para la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con el abordaje de los problemas anteriores.
16 a 20	<ul style="list-style-type: none"> – Cuando sea necesario, por el nivel de gravedad, continuar el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con el abordaje de los problemas anteriores.
Seguimiento*	<ul style="list-style-type: none"> – Fase de mantenimiento y seguimiento. – Centrarse en las tentaciones, urgencias y la puesta en práctica de las estrategias de prevención de la recaída. 	<ul style="list-style-type: none"> – Búsqueda de apoyo en su medio. – Continuar con el cambio del estilo de vida y mejora de su estado físico. – Seguir aplicando las estrategias sobre el control del consumo, situaciones de alto riesgo y de prevención de la recaída.

*Sesiones de mantenimiento de al menos 6 meses y preferiblemente 2 años.

Tratamiento de la dependencia de la heroína

9.1. Introducción

La dependencia de opiáceos se desarrolla después de un periodo de consumo regular, variando el tiempo requerido para ser dependiente de la cantidad, frecuencia y ruta de administración, así como de factores individuales de vulnerabilidad y del contexto en que el consumo se produce. El opiáceo de abuso por excelencia es la heroína. Pero también ocurre con otros opiáceos como la metadona, codeína, morfina, fentanilo, etc. La dependencia de opiáceos no es solo un consumo intensivo de una droga sino también un problema de salud complejo que tiene determinantes y consecuencias sociales, psicológicas y biológicas, incluyendo cambios en la estructura cerebral (p. ej., en los receptores específicos *mu* del sistema opioide), en el proceso de aprendizaje y a nivel cognitivo. En los consumidores de heroína la producción de intoxicación, síndrome de abstinencia, tolerancia, etc., son evidentes y ocurren en relativamente poco tiempo. Además, esto se ve acompañado de problemas físicos como trombosis, sobredosis, hepatitis B y C, VIH, problemas cardíacos y respiratorios, etc. No olvidemos la epidemia de VIH y sida por consumo de heroína. También su consumo produce importantes problemas de salud mental (p. ej., depresión, ansiedad, paranoia, pensamientos suicidas), sociales (p. ej., financieros, de relación, desempleo, no tener hogar, etc.), con el sistema judicial (p. ej., robos y otros delitos), etc. Los heroínómanos suelen ser además policonsumidores de otras drogas.

El tratamiento de la dependencia de la heroína tiene ya una larga historia, aunque no es un tema fácil. Su cronicidad, la gravedad del trastorno, los problemas físicos, sociales y legales asociados, van con frecuencia unidos a este trastorno. Para el tratamiento, es útil considerar los principios que el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2010) propuso para el tratamiento efectivo de las drogodependencias ([cuadro 9.1](#)). La relevancia de los mismos viene dada porque subyacentes a ellos hay un modelo psicológico de tratamiento, bien sea para la heroína, bien sea para otras drogas o adicciones (Becoña et al., 2008). Todo lo anterior sugiere la necesidad de adecuar el tratamiento para cada individuo (NICE, 2008).

El terapeuta debe tener presente que es frecuente encontrarse en el tratamiento de las personas adictas a la heroína la mentira; el autoengaño; la negación, resistencia y falta de progreso en el tratamiento; la presencia de múltiples problemas; el diagnóstico dual y confusión en el diagnóstico; la recaída; los problemas asociados cuando es portador del VIH o tiene sida; cuando tiene que pasar a cumplir condena y se interrumpe el tratamiento; el abandono del tratamiento; tener que asistir a juicios o tener que emitir informes legales; y, la imposibilidad de disponer de un paquete de tratamiento estándar por las características individuales de cada paciente.

De los problemas anteriores, la mentira es característica, especialmente en las primeras fases del tratamiento. Conforme se va avanzando en el mismo, y si hay una buena relación paciente-terapeuta, esta puede mejorar. Precisamente los urionoanálisis aleatorios, que son una parte esencial de la evaluación de los resultados del tratamiento, se orientan a comprobar de modo objetivo si la información proporcionada por el heroinómano es o no la correcta.

En la mayoría de los casos la persona tiene múltiples problemas. Esto obliga a una intervención amplia, en distintas áreas, y con una visión más a largo que a corto plazo. Ello se agrava si la persona tiene comorbilidad asociada, que suele ser lo habitual. También, con frecuencia el tratamiento lo hay que adaptar a poblaciones especiales con dependencia de la heroína, como adolescentes, mujeres (pocas en relación con los varones), mujeres embarazadas, personas sin hogar, esquizofrénicos y población reclusa.

Cuadro 9.1. *Principios de tratamiento para la drogadicción del NIDA (2010)*

1. La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta al funcionamiento del cerebro y al comportamiento.
2. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
3. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
4. El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas.
5. Para que el tratamiento sea eficaz, es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo.
6. La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de conducta, son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas.
7. Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con la orientación psicológica y otros tipos de terapia de conducta. Por ejemplo, la metadona y la buprenorfina son eficaces para ayudar a los adictos a la heroína y otros opioides a estabilizar su vida y reducir el uso de drogas ilícitas. La naltrexona también es un medicamento eficaz para ciertas personas adictas a sustancias opioides y para algunos pacientes que sufren de dependencia al alcohol.
8. El tratamiento de cada paciente debe ser evaluado continuamente y, de ser necesario, modificado para asegurar que se mantenga a la par con cualquier cambio en su condición.
9. Muchas personas con problemas de drogadicción también tienen otros trastornos mentales.
10. La desintoxicación médica es solo la primera etapa del tratamiento para la adicción y, por sí misma, hace poco para cambiar el abuso de drogas a largo plazo.
11. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz.
12. El uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente, ya que pueden ocurrir

recaídas durante el tratamiento.

13. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/sida, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, además de brindar una terapia especialmente dirigida a ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellas conductas que los ponen en riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas.
-

9.2. Evaluación

La evaluación en las personas con dependencia de la heroína va a exigir una evaluación médica, una evaluación psicológica y una evaluación en la esfera social. La evaluación médica se orienta a detectar problemas y enfermedades físicas producidas por el consumo de heroína, que van a ser importantes si el consumo es crónico, y sobre todo en las infecciosas (hepatitis, VIH, etc.). La evaluación psicológica se va a centrar en conocer el patrón actual y pasado de consumo, elementos ambientales y de reforzamiento que lo mantienen, habilidades que tiene, situación familiar, social, legal, etc. Por ejemplo, la esfera legal tiene una gran incidencia en este trastorno. Incluso el tratamiento se puede interrumpir ante la necesidad de cumplir una condena. En prisión tiene posibilidad de seguir un programa de mantenimiento con metadona. Los terapeutas también pueden tener que presentar informes que le pueden pedir a nivel judicial si la persona ha cometido algún delito. La entrevista conductual y los cuestionarios que vimos en el capítulo de evaluación son aquí aplicables. También hay que evaluar los problemas de relación, con la pareja o parejas, con la familia, con los hijos, etc., como reflejo de una problemática compleja que abarca todos los aspectos de la vida del individuo. También la esfera laboral.

Como un ejemplo, la entrevista clínica *Escala de Gravedad de la Dependencia de Sustancias* de Miele *et al.* (2000), que ha sido adaptada al español por González-Saiz *et al.* (2014) incluye una sección de *screening* de consumo de sustancias, para conocer los patrones de consumo en el mes previo (p. ej., cantidad consumida, cantidad habitual, frecuencia de consumo, etc.), evaluación del nivel de gravedad de la dependencia en distintas sustancias, y diagnóstico del trastorno por consumo de sustancias del DSM-5. La evaluación se realiza sobre el consumo de alcohol, cocaína, heroína, cannabis, alucinógenos, sedantes, estimulantes, analgésicos, opiáceos legales e ilegales, metadona y otras drogas. Destaca el uso de una escala de frecuencia para determinar el número de días en que se dio un síntoma en los últimos 30 días. El resultado final puede verse tanto mediante una puntuación dimensional como diagnóstica. Estos son los aspectos mínimos a obtener. Nosotros los complementaremos con una entrevista conductual y con los cuestionarios que sean útiles para los trastornos comórbidos que tenga o que sospechamos que puede tener.

9.3. Fases del tratamiento

El tratamiento completo de una persona con dependencia de la heroína va a pasar por tres fases: desintoxicación, deshabitación y reinserción (Junta de Andalucía, 2004). La desintoxicación se realiza ambulatoriamente o en régimen de internamiento (1-2 semanas), dependiendo de la gravedad, nivel de dependencia y recursos personales y sociales del paciente.

La deshabitación es el proceso más largo. En él le entrenaremos en las distintas estrategias terapéuticas para hacerle frente al síndrome de abstinencia condicionado o al síndrome de abstinencia tardío, al craving, a las tentaciones e impulsos, a la presión social hacia el consumo, a sus problemas emocionales de ansiedad y depresión, de pareja, etc. En suma, enseñarle estrategias para que sepa manejar los factores internos y externos que le pueden llevar de nuevo al consumo.

El proceso de deshabitación suele realizarse ambulatoriamente, aunque también en casos graves se hace en Comunidad Terapéutica, existiendo soluciones intermedias como las Unidades de Día, en donde el paciente acude todos los días a la misma a lo largo de todo el día pero duerme en su casa, en su ambiente.

La tercera fase es la de reinserción social. Muchos pacientes heroínómanos tienen que pasar por esta fase porque el consumo de heroína les ha desestructurado su vida familiar, laboral, económica, personal, etc. Lo que se hace con la reinserción es que la persona se vaya integrando en el medio social como una persona “normalizada”, a nivel de pareja, familiar, de trabajo, ocio y tiempo libre, etc. En casos de grave deterioro este va a ser un proceso largo y tortuoso, sobre todo si las recaídas en el consumo son frecuentes. A todo lo anterior hay que añadir que en muchos casos la persona también está en un programa de sustitutivos opiáceos con metadona, para que con ella pueda realizar más adecuadamente las tres fases citadas.

Muchos abordajes terapéuticos suelen organizarse en programas por los que los pacientes heroínómanos van pasando, aunque no necesariamente pasen por todos ellos. Así, los programas más conocidos reciben el nombre de: programas de desintoxicación, programas de tratamiento con agonistas (metadona), programas de tratamiento con antagonistas (naltrexona), programas de tratamiento psicológico, programas de intervención psicosocial, programas de prevención de la recaída, programas de reinserción social, etc.

A lo anterior, hay que añadir la existencia de Comunidades Terapéuticas, para los casos más graves, y las Unidades de Día, en donde se ofrecen varios recursos terapéuticos, educativos y laborales para adquirir hábitos y habilidades o para volver a utilizar los que tenía con anterioridad. Algunas comunidades autónomas disponen también de viviendas de apoyo para que los pacientes puedan hacer un recorrido controlado antes de llevar una vida autónoma sin consumir. En ocasiones se orientan a la deshabitación; en otros a la reinserción.

Para los casos más graves y crónicos hay también otros programas de ayuda como son los centros de encuentro y acogida (a veces llamados popularmente de “café y calor”) en donde el objetivo es hacer intervenciones mínimas de tipo higiénico (p. ej., disponer de duchas, de inte cambio de jeringuillas), sanitarias (p. ej., curas para las

heridas o seguimiento de enfermedades infecciosas), o incluso de inyección segura (o higiénica).

También, en los últimos años se han puesto en marcha unidades móviles, orientadas a la dispensación de metadona mediante autobuses (p. ej., los metabuses), que paran a horas concretas en distintos puntos de la ciudad, orientados a la dispensación de metadona y al cuidado de la salud física y prevención de enfermedades crónicas o de transmisión (p. ej., detección y tratamiento de la hepatitis B y C, VIH y sida, tuberculosis, etc.).

9.4. Tipos de abordajes terapéuticos

Son múltiples los objetivos que se proponen con una persona que acude a tratamiento por dependencia de la heroína (Becoña *et al.*, 1999; Davoli *et al.*, 2009; Kleber *et al.*, 2010; NICE, 2008; OMS, 2009). Es uno de los abordajes más complejos y a la vez completos por la red asistencial específica de la que se dispone en España para el tratamiento de las drogodependencias, que durante muchos años se redujo solo al tratamiento de las personas dependientes de la heroína. El motivo de que sea un abordaje completo viene dado por la complejidad del problema, las dificultades del tratamiento, la demanda social de que estas personas estén estabilizadas y por el surgimiento hace unos años de la epidemia del sida, que ha llevado a un cambio importante en los abordajes terapéuticos actuales, con la introducción masiva de los programas de reducción de daños y específicamente de los programas de mantenimiento con metadona.

Para la dependencia de la heroína, por su complejidad, se dispone de distintos tipos de abordajes terapéuticos. En la práctica la persona suele acudir habitualmente a más de uno. A lo largo de su proceso adictivo pasará por varios de ellos. Estos son los procesos de desintoxicación, los programas libres de drogas, los programas ambulatorios, los programas de mantenimiento con agonistas (metadona), los programas con antagonistas opiáceos (naltrexona), los programas de prevención de la recaída, las unidades de día, las comunidades terapéuticas, los programas de reducción de daños y los programas de mínimos.

Este tipo tan variado de abordaje se debe a que (González-Saiz *et al.*, 2014), los principales resultados de un tratamiento en estos pacientes son la reducción en la cantidad y frecuencia del consumo medidos con urinoanálisis, el incremento de la retención en tratamiento y la disminución de la severidad de los problemas relacionados con el consumo. Por ello, debemos orientar nuestro trabajo clínico a obtener estos resultados.

También hay que indicar como en los últimos años asistimos a una importante biologización del tratamiento de las personas dependientes de la heroína, como de otras adicciones, auspiciado por los intereses de la industria farmacéutica y de asociaciones profesionales (p. ej., Soyka *et al.*, 2011) en donde se omite la eficacia del tratamiento psicológico, como si no existiera, aunque en las guías clínicas independientes (p. ej.,

NICE, 2008, OMS, 2009) aparecen como tratamientos eficaces y de primera elección. También asistimos en los últimos años a la utilización interesada desde ciertos sectores psiquiátricos de la palabra psicosocial, en vez de psicológico, para intentar aparcar o diluir los tratamientos psicológicos que suelen ser los de elección para la deshabitación y prevención de la recaída en todas las adicciones.

9.4.1. La desintoxicación

En la adicción a opiáceos hay una clara dependencia física. El abandono de la sustancia trae consigo el síndrome de abstinencia. Por ello, uno de los primeros objetivos cuando una persona ha decidido realizar un tratamiento es desintoxicarse de la heroína y de otras sustancias que pueda estar consumiendo. Hay actualmente varios tipos de desintoxicación: la ambulatoria y la hospitalaria y, dentro de esta, las clásicas (7-10 días), las cortas y las ultracortas. En la ambulatoria, el paciente realiza la desintoxicación en su casa una vez que el médico le ha proporcionado los fármacos para superar el síndrome de abstinencia de opiáceos al dejar de consumirlos. En el [cuadro 9.2](#) indicamos para qué pacientes está indicada este tipo de desintoxicación. En la desintoxicación hospitalaria el proceso se hace bajo supervisión médica mediante la suspensión del consumo de heroína y la dispensación de fármacos para evitar el síndrome de abstinencia.

Como la desintoxicación es un simple paso del proceso de abandono de la sustancia, esta suele ser solicitada desde un centro de drogodependencias, cuando se hace a nivel hospitalario. Si no, se hace ambulatoriamente por parte del médico o psiquiatra. Ya desintoxicado (libre de opiáceos) vuelve a su centro de referencia para comenzar el proceso de deshabitación psicológica y de reinserción social.

La desintoxicación parte del hecho de que una persona es dependiente de una sustancia y que para que pueda superar su dependencia física es necesario “limpiarlo” de ella. Si la persona deja de consumir bruscamente la sustancia se produce el síndrome de abstinencia de opiáceos. Dado que este es uno de los motivos para la búsqueda de la droga o para no abandonar el consumo, conseguir que la persona deje de “necesitar” fisiológicamente la sustancia es un paso importante para su abandono. El síndrome de abstinencia de opiáceos se caracteriza por la aparición inmediata o en unos días de humor disfórico, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, dilatación pupilar, piloerección o sudoración, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio. Estos signos provocan un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro en su vida. El miedo al síndrome de abstinencia a los opiáceos o el propio síndrome de abstinencia, es el responsable en muchos casos del mantenimiento de la dependencia. Superarlo se convierte en el primer paso para la recuperación del adicto a opiáceos.

*Cuadro 9.2. Pacientes para los que está indicada la desintoxicación ambulatoria
(Junta de Andalucía, 2004)*

-
- Pacientes cuyo estado clínico o circunstancias ambientales no exigen un grado de asistencia más intensivo.
 - Pacientes con adecuados recursos sociales, familiares y económicos.
 - Pacientes motivados para realizar desintoxicación.
 - Pacientes con dependencias leves o moderadas.
 - Pacientes cuyo síndrome de abstinencia no se prevea como grave.
 - Pacientes que no presenten graves trastornos orgánicos y psiquiátricos.
-

*Cuadro 9.3. Síntomas de la escala observacional del síndrome de abstinencia de opiáceos
(se puntúa como ausente, leve, moderado o severo)*

1.	Sentirse mal
2.	Retortijones
3.	Espasmos musculares
4.	Sentir frialdad
5.	Sentir el latido cardíaco
6.	Tensión muscular
7.	Dolores
8.	Bostezos
9.	Rinorrea/lagrimo
10.	Insomnio

9.4.2. Programas libres de drogas

El objetivo inicial de un tratamiento para el abuso de sustancias es la abstinencia. Los programas libres de drogas pretenden este objetivo. Sin embargo, en la dependencia de opiáceos esto no siempre es posible, de ahí que es uno de los tipos de programas disponibles. El otro gran conjunto de programas, los conocidos como de reducción de daños, o programas de sustitutivos opiáceos, lo que pretenden es mejorar los problemas asociados al consumo y reducir en la medida de lo posible las consecuencias del mismo.

Los programas libres de drogas son de tipo ambulatorio y pueden durar desde meses hasta años, especialmente si también se incluye la comunidad terapéutica como un elemento más del programa. Lo más habitual es que el paciente acuda a tratamiento 1 ó 2 veces por semana a lo largo de un período de tiempo que oscila de 6 meses a un año. El tratamiento individual se complementa con el grupal y familiar. Se utiliza un gran número de técnicas terapéuticas y se adecuan las mismas a cada paciente.

Este tipo de programas suele utilizarse en pacientes con bajo nivel de gravedad, o que han realizado otros tratamientos y ahora pueden dejar de consumir. La comorbilidad asociada tan frecuentemente en los adictos a la heroína también dificulta poner en práctica este tipo de programas. Se recomienda como tratamiento de elección para aquellos pacientes que:

1. No consumen derivados opiáceos.
2. Consumen opiáceos, pero que todavía no han desarrollado una dependencia a los mismos.
3. Tienen dependencia a opiáceos pero no presentan un deterioro significativo a nivel físico, psicológico y social, que no han estado anteriormente en tratamiento y que cuentan con un apoyo familiar y social adecuado.
4. No tienen trastornos psicopatológicos u orgánicos graves.
5. Están suficientemente motivados para lograr la abstinencia.

El objetivo básico es que la persona deje de consumir drogas, prevenir su consumo en el medio social en el que se desenvuelve (familia, iguales), resolver aquellos problemas personales, familiares, sociales, etc., y la consecución de un nivel de salud adecuado. Las terapias cognitivo-conductuales son eficaces para lograr la mayoría de estos objetivos.

Lo habitual es que el paciente se comprometa con el terapeuta, ya sea de forma verbal o escrita, a seguir una serie de reglas y pautas durante el proceso de cambio. Las reglas que son comunes a la mayoría de esta especie de contrato son:

- a) Comprometerse a cumplir aquellas normas que se consideren básicas para el buen funcionamiento de este tipo de programas.
- b) Acudir a las citas que se programen.
- c) Seguir las instrucciones dadas por el terapeuta.
- d) Realizar urionoanálisis para comprobar la ausencia de consumo cuando el terapeuta lo juzgue oportuno.
- e) Las medidas que se adoptarán en caso de que el paciente transgreda las normas impuestas de modo sistemático (p. ej., pasarlo a otro tipo de programa).

9.4.3. *Programas ambulatorios*

En este tipo de programas el paciente acude a tratamiento una o dos veces por semana, a terapia individual. También puede complementarse con terapia grupal, familiar o de pareja cuando es necesario. Es el programa de tratamiento que más se utiliza, y vale para las distintas fases del tratamiento.

9.4.4. *Programas de mantenimiento con agonistas opiáceos (metadona y buprenorfina)*

De la planta del opio se obtienen varios derivados, como la morfina, heroína, codeína, etc. Estos son opiáceos naturales. Pero también hay opiáceos, que se pueden obtener en el laboratorio, los opiáceos sintéticos o semisintéticos. Entre estos, y por su utilización

terapéutica con adictos a opiáceos, destacan la metadona y la combinación de buprenorfina y naloxona.

La metadona se sintetizó en los años 40, comercializándose años después. Produce, como los otros opiáceos, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia al dejar su consumo. Su vida media es de unas 15 horas, aunque llega habitualmente a las 24 horas debido a la presencia de otros metabolitos activos.

Los programas de mantenimiento con metadona fueron creados a mediados de los años 60 por Dole y Nyswander para el tratamiento de los heroínómanos. Se basaron en que los cambios en el metabolismo de los adictos creaban una verdadera necesidad de droga que persistía mucho tiempo después de la abstinencia, y que solo podía ser satisfecha con opiáceos. Utilizaron la metadona para controlar la dependencia física de la heroína, dado que no producía euforia ni síntomas de abstinencia acusados, tiene tolerancia cruzada con otros opiáceos, es de acción duradera (24 horas), barata, con pocos efectos secundarios y se puede administrar por vía oral. Poco a poco, ante el incremento del número de adictos a la heroína en los países desarrollados, en la década de los años 60 y 70, y ante el escaso éxito de los programas de tratamiento orientados en exclusiva a la abstinencia, y con el surgimiento del VIH y saber que su transmisión en adictos se producía por el uso compartido de jeringuillas, se van desarrollando, expandiendo y luego generalizando los programas de mantenimiento con metadona. Hoy es el programa de tratamiento más utilizado en todos los países para el tratamiento de la dependencia de opiáceos, aunque habitualmente combinado con el tratamiento psicológico (Veilleux *et al.*, 2010).

En España se pusieron en marcha los programas de mantenimiento con metadona a mediados de los años 80. Actualmente son casi 100.000 adictos a la heroína que están en programas de mantenimiento con metadona. La principal ventaja de la metadona radica en que se toma por vía oral, lo que hace que su consumo pueda adecuarse a las necesidades del adicto. Esto facilita la retención en tratamiento y reduce el consumo de heroína. Al ser un opiáceo se consigue efectos semejantes a los de la heroína, sin necesidad de ser inyectada, y se evitan los riesgos para la salud inherentes a esta vía de administración (p. ej., enfermedades por compartir jeringuillas). Otra ventaja de la metadona es que sus efectos secundarios no son muy importantes. Por ejemplo, su toxicidad hepática es escasa, aunque su uso crónico produce disminución de la libido, eyaculación retardada y en ocasiones dificultades de erección. Además, tiene la ventaja de que en mujeres gestantes no tiene graves problemas para el feto, aunque el feto nacerá dependiente de la metadona (en caso de consumir heroína nacerá dependiente de la heroína y con el síndrome de abstinencia fetal). Si este es el caso, hay que cuidar de modo especial el momento del nacimiento y las semanas posteriores de vida del recién nacido.

En distintas cárceles hay programas de mantenimiento con metadona para los reclusos adictos a opiáceos.

Algunos de los inconvenientes de los programas de mantenimiento con metadona son el incremento en una parte de ellos del consumo de cocaína o sedantes para

conseguir la euforia, que ahora no pueden conseguir con la heroína, y que no produce la metadona. Se ha sugerido que la metadona aumenta las propiedades reforzantes de la cocaína. Esto explicaría el alto nivel de consumo de cocaína en adictos a heroína tratados con metadona. También suele incrementarse el consumo de alcohol y la ingesta de comida y líquidos.

Más recientemente se ha introducido la combinación de buprenorfina más naloxona. Tiene algunas ventajas pero también inconvenientes en relación con la metadona. Tiene menor riesgo de adicción y de sobredosis que la metadona, pero menor nivel de efectividad en usuarios con alto nivel de adicción. Es significativamente más costoso que la metadona. Esto lleva a que su dispensación está más controlada.

9.4.5. Programas con antagonistas opiáceos (naltrexona)

El fundamento teórico de la utilización de antagonistas opiáceos procede de un psicólogo conductual, Wikler, basándose en los principios del condicionamiento: el modo de extinguir el deseo de heroína sería bloquear el efecto eufórico que produce la misma, ya que los estímulos ambientales asociados al consumo de esa droga pueden desencadenar en el paciente síntomas molestos que remedan el síndrome de abstinencia de la heroína y que generan el deseo inmediato de consumir opiáceos (abstinencia condicionada). La recaída de un toxicómano, hasta ese momento abstinentes, precipita el restablecimiento de viejos patrones de conducta y el uso cada vez más compulsivo de la heroína. La idea es que la utilización de antagonistas opiáceos, que anularían el efecto de la heroína, impiden tanto la euforia como los efectos asociados al consumo de heroína, favoreciendo de esta manera la extinción del reflejo condicionado y la consiguiente desaparición del deseo intenso de drogas.

Partiendo del principio anterior, se han venido utilizando distintos antagonistas opiáceos, fundamentalmente la naloxona y la naltrexona. La naloxona se utiliza hoy poco en programas de antagonistas opiáceos por su corta vida media, siendo la naltrexona la más utilizada. Sin embargo, la naloxona tiene la ventaja de poder ser utilizada para precipitar el síndrome de abstinencia de opiáceos en poco tiempo en personas dependientes. La dependencia física va a depender del nivel de pureza de la droga, ingestas de la misma (dosis/día), cantidad ingerida, metabolización, etc.

Un elemento básico de un tratamiento con naltrexona es que se aplique un tratamiento psicológico paralelo para que la persona mantenga la abstinencia y no recaiga. Además, este tipo de programa es menos aceptado que el de metadona. De ahí que hay que añadirle todos aquellos recursos disponibles para mantener la abstinencia de la persona, siendo fundamental la motivación del paciente. El apoyo de su ambiente, familia y pareja también es de gran importancia para el mantenimiento de la abstinencia.

La motivación es central en un programa de tratamiento con naltrexona. Las personas idóneas para un tratamiento de este tipo son:

1. Heroinómanos motivados para una desintoxicación previa.
2. Adictos abstinentes tras su estancia en un hospital, comunidad terapéutica o cárcel, donde han conseguido la abstinencia, y desean prevenir la recaída.
3. Profesionales sanitarios adictos a opiáceos.
4. Los que pueden perder el trabajo si siguen consumiendo heroína.
5. Los que consiguen la reducción o exención de una pena mediante la abstinencia de opiáceos.
6. Pacientes que desean interrumpir el programa de tratamiento con mantenimiento de metadona.

El principal problema de la naltrexona es la poca aceptación de la misma por los pacientes (Veilleux *et al.*, 2010); por ello se usa poco.

9.4.6. *Unidad de Día*

La Unidad de Día es un recurso asistencial de gran relevancia para las personas dependientes de opiáceos, a medio camino entre el Centro Ambulatorio y la Comunidad Terapéutica. En la Comunidad Terapéutica la persona vive en ella 24 horas al día a lo largo de varios meses. En el Centro Ambulatorio se le proporciona tratamiento, normalmente de una hora diaria a la semana. En la Unidad de Día, el paciente dispone de un mayor tiempo terapéutico y no se le aparta de su medio, ya que va a dormir a su casa. Se puede hacer un tratamiento más intensivo, más estructurado, pueden organizar mejor su tiempo libre y es de gran utilidad para prevenir la recaída. Las personas que participan en la Unidad de Día pueden estar abstinentes de la heroína o en programas de mantenimiento con metadona o naltrexona.

En la Unidad de Día hay un horario de actividades, con atención psicosocial, educativa, laboral, etc., programada diaria o semanalmente. Esto facilita a la persona integrarse en el grupo y en las actividades que se hacen, adecuadas en parte a sus necesidades. El objetivo de la misma es terapéutico, educativo y de reinserción. Al no estar totalmente desvinculado de su ambiente se favorece su integración social y se facilita la participación de su familia en la rehabilitación. Un día típico en una Unidad de Día implica un período muy estructurado, durante 4 a 12 horas diarias, de 3 a 7 días a la semana. Durante este tiempo participan en una variedad de reuniones, actividades ocupacionales, grupos de encuentro, otros grupos terapéuticos, consejo y terapia individual, actividades recreativas, etc. La interacción entre estas actividades educativas, terapéuticas y sociales constituye la esencia de la Unidad de Día.

9.4.7. *Programas de prevención de recaídas*

En los últimos años se han ido incorporando a todo tipo de recursos, sean Centros Ambulatorios, Unidad de Día o Comunidad Terapéutica, los programas de prevención de recaídas. Suelen partir del modelo cognitivo-conductual de Marlatt, a veces con variaciones a partir del mismo. Estos programas surgieron al constatarse que de las personas que consiguen la abstinencia al final del tratamiento, a largo plazo la mayoría recaen y vuelven a consumir. Esto ocurre sobre todo en los 90 días posteriores al tratamiento, con el mayor riesgo en los primeros 30 días. Es en este periodo cuando están expuestos a estímulos relacionados con las drogas. Si no saben cómo resolver sus conflictos, problemas, estados emocionales, etc., en ese momento recaerán. De ahí que haya que entrenarlos para que esto no ocurra.

Desde la perspectiva psicológica un buen tratamiento de deshabituación tiene que incluir, como una parte del mismo, todos los componentes de prevención de la recaída que han mostrado ser eficaces en el tratamiento de las adicciones.

9.4.8. Comunidad Terapéutica

El internamiento en una Comunidad Terapéutica (CT) es un tipo de abordaje especial dentro del tratamiento de la dependencia de opiáceos. Significa en la práctica un aislamiento del ambiente del adicto para enmarcarse en un lugar donde lo que prima es lo terapéutico. Allí todas las actividades que se hacen durante varios meses se orientan a la adquisición de hábitos para una vida normal sin sustancias. Entra en la comunidad y pasa a la abstinencia, saldrá abstinentes y se espera que fuera de ella pueda vivir sin consumir drogas. El perfil de sus usuarios es el de una persona con una grave adicción, policonsumidor, con múltiples problemas en varias esferas de su vida, con comorbilidad, poco apoyo social y fracaso en tratamientos previos.

En España destacan dos tipos de CT. El primero lo constituyen las CT de la red pública dedicada al tratamiento de drogodependientes, existentes en las comunidades autónomas; el segundo, las CT del Proyecto Hombre y otras privadas. La filosofía de muchas CT es que los pacientes no consuman ningún tipo de drogas; otras pueden incluir a los pacientes en programas de mantenimiento con metadona. Se excluyen, de lo que se consideran drogas, los psicofármacos para el tratamiento de otros problemas que pueda padecer. También empieza a extenderse como pacientes de las CT que tienen comorbilidad, bien entre sustancias (p. ej., heroína y alcohol, cocaína y alcohol, o heroína y trastorno antisocial, heroína y depresión mayor, etc.).

La vida en la CT se inscribe en el concepto de “comunidad”, de pertenencia a la misma. La persona se tiene que integrar en las labores cotidianas para la supervivencia de la misma (p. ej., cuidados del jardín, de los cultivos, trabajos de mantenimiento, comida, talleres ocupacionales, actividades, etc.), como para la rehabilitación terapéutica (terapia individual, de grupo, etc.). Dado su carácter cerrado, la vida en la misma exige adaptación y aceptación de sus normas, que están claramente especificadas por escrito. Todo ello implica una intervención intensiva a lo largo de un día completo. Conforme la

persona va avanzando en su evolución terapéutica en la comunidad va adquiriendo papeles de mayor responsabilidad dentro de la misma. La no aceptación de las normas o su transgresión puede llevarlo a su expulsión y a la finalización del proceso terapéutico dentro de la CT.

El tratamiento se ve de modo integral, tanto con la aplicación de técnicas específicas de tratamiento (p. ej., entrenamiento en habilidades sociales), como de aprendizaje de la vida (p. ej., aprendizaje de un oficio para su posterior reinserción laboral). Dado el largo período de estancia en las mismas, de varios meses, estos objetivos pueden cumplirse en muchos casos, aunque por contra, la aceptación de las CT es escasa por las personas con dependencia de opiáceos y el número de plazas existentes reducido, en relación con el total de adictos. Como afirman Fernández y Llorente (1999), las metas principales del tratamiento en CT son el crecimiento psicológico, el reforzamiento de la abstinencia continuada de drogas, el desarrollo de una visión realista de sus capacidades y expectativas, la adhesión a las reglas y la aceptación de los contratos comportamentales y, en general, el desarrollo de habilidades de toma de decisiones autónomas. El mayor tiempo de permanencia en la CT es un buen predictor del éxito y abstinencia posterior.

La última fase de este proceso terapéutico es la reinserción en la comunidad. Si hay los mecanismos adecuados de unión entre la CT y el medio social, la probabilidad de éxito es mayor. Además, cada vez se insiste más desde los profesionales de las CT en este aspecto, porque constituye realmente el *quid* de la cuestión para mantener o no los cambios a largo plazo en muchos de ellos.

9.4.9. *Programas de reducción de daños*

Un tipo de programas que ha cobrado gran relevancia en las últimas décadas son los programas de reducción de daños. Estos no se orientan a que la persona abandone las drogas, sino a que consuma de un modo menos peligroso, a que mantenga relaciones sexuales sin riesgo, no haya intercambio de jeringuillas infectadas, etc., consiguiendo así reducir el daño que en sí mismas producen sustancias adulteradas, vías de administración sin adecuada higiene, prácticas de riesgo, etc. La aparición del virus del VIH ha estado en la base de este tipo de programas y la necesidad, desde una perspectiva de salud pública, de ser más efectivos en las acciones para su control (Wilson *et al.*, 2015).

Cuadro 9.4. *Características principales que se esperan conseguir con un programa de reducción de daños en personas dependientes de la heroína*

-
- El requisito u objetivo final del programa no es la abstinencia de los opiáceos.
 - Se espera que con las medidas adoptadas con el programa mejoren ciertos parámetros de consumo y de su seguridad, de tal modo que se consiga una disminución significativa del daño producido previamente a la puesta en marcha de este programa por el consumo de heroína.
 - Se espera reducir la morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida de estos adictos, especialmente la de

aquellos que no aceptan posibilidades más clásicas, como los programas libres de drogas, unidades de día, comunidades terapéuticas, etc.

Los programas de reducción del daño parten de una postura realista, como es la frecuente recaída que caracteriza a las personas dependientes de opiáceos, la necesidad de mejorar su situación para evitar enfermedades presentes o futuras, y la aceptación de este tipo de programas para una parte de los adictos, lo que facilita intervenir con ellos de modo más efectivo que con estrategias solo dirigidas a la abstinencia. Por ello, el objetivo de los mismos no se orienta a la abstinencia ([cuadro 9.4](#)).

Hoy existe un gran número de programas de reducción de daños, como programas de distribución y/o intercambio de jeringuillas; programas de salud e higiene; programas de mantenimiento con metadona (los de pocas condiciones para participar en el mismo); programas de mantenimiento con otros agonistas opiáceos (p. ej., buprenorfina); programas de mantenimiento con heroína; programas de atención sociosanitaria urgente; espacios para una inyección más segura; y, distribución de naloxona (Trujols *et al.*, 1999; OMS, 2009). Como se aprecia, hay disponibles un gran número de programas de reducción de daños, fruto de experiencias parciales o experiencias con ya años de existencia. Lo cierto es que este tipo de programas han ido cobrando cada vez más importancia en los últimos años. Y, también, la aceptación entre los profesionales y la población (Torrens *et al.*, 2013). El envejecimiento de un número de consumidores crónicos de heroína, la epidemia del VIH, la dificultad de acceder a un porcentaje de las personas dependientes de la heroína, la necesidad de reducir los índices de delincuencia derivados de la búsqueda de la droga, entre los más importantes, han facilitado la puesta en marcha de estos programas y la comprobación de que cumplen su objetivo. Además, con ellos se ha conseguido algo no previsto, la retención en el dispositivo asistencial. Con ello, aumentan las posibilidades de que al tiempo que acude a un programa de bajo umbral también participe en otros, aunque sean de intervención mínima. Una parte de estos programas están en marcha en la mayoría de los centros de drogodependencias o a través de asociaciones de ayuda al toxicómano, centros de salud, farmacias o distintas ONGs.

9.5. Tratamiento psicológico de la dependencia de la heroína

Los tratamientos psicológicos tuvieron una gran relevancia desde los años 70, antes de la aparición y generalización de la metadona. Los que inicialmente mostraron ser eficaces fueron aquellos derivados de las técnicas de condicionamiento clásico, siendo posteriormente complementados con las técnicas cognitivas. La investigación fue muy importante en las décadas de los años 70, 80 y 90, cambiándose a partir de ahí el modo general de tratamiento de los pacientes heroínómanos al aplicárseles un tratamiento combinado con varios niveles, en donde hay intervención médica, psicológica, psiquiátrica, social, etc., y en distintos dispositivos. Esto hace más complicado analizar la

diferencia de unos a otros programas y tratamientos. También con el surgimiento de la epidemia del VIH se priorizaron los programas de metadona, desde una perspectiva de salud pública, cara a reducir las infecciones y contagios. A partir de ahí, la gran mayoría de las personas que tienen problemas de dependencia de la heroína están en programas de mantenimiento con metadona y también se complementa con programas de tratamiento psicológico, sociales u otros.

Como un ejemplo, Veilleux *et al.* (2010) en su revisión sobre el tratamiento de la dependencia de opiáceos, indica como los tratamientos psicológicos incrementan la adherencia y el apoyo social y, con ello, logran resultados positivos. Destacarían como bien evaluados y eficaces el manejo de contingencias, el reforzamiento comunitario, el consejo psicoterapéutico y la terapia farmacológica, los cuales cuando se llevan a cabo después de la desintoxicación mejoran las tasas de cumplimiento del tratamiento, finalización del mismo, abstinencia en los seguimientos y menos tasa de consumo de opiáceos en comparación a cuando el adicto solo hace la desintoxicación farmacológica. Otras revisiones y guías clínicas (p. ej., Becoña *et al.*, 2011; Secades-Villa *et al.*, 2003) indican que los tratamientos bien establecidos para la dependencia de la heroína serían aquellos que combinan manejo de contingencias con tratamiento farmacológico, la metadona, y la prevención de la recaída de tipo cognitiva-conductual. También los tratamientos donde se utilizan varias técnicas terapéuticas orientadas a las características y problemas concretos del individuo han mostrado ser eficaces (Veilleux *et al.*, 2010).

Cuadro 9.5. *Asunciones básicas del modelo conductual sobre el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y su tratamiento*

1.	La conducta humana es fundamentalmente aprendida más que determinada por factores genéticos.
2.	Los mismos procesos de aprendizaje que han producido las conductas problema pueden ser utilizados para cambiarlas.
3.	La conducta está en gran medida determinada por los factores contextuales y ambientales.
4.	Las conductas encubiertas, tales como los pensamientos y los sentimientos, pueden cambiarse mediante la aplicación de los principios del aprendizaje (sean del condicionamiento clásico, operante o aprendizaje social).
5.	Una parte fundamental del cambio de conducta es el atractivo de las nuevas conductas y los contextos en que se realizan.
6.	Cada cliente es único y debe ser evaluado como un individuo en un contexto particular.
7.	La selección del tratamiento adecuado para el individuo se obtiene a través de una minuciosa evaluación conductual de este.

Fuente: Rotgers *et al.* (2003).

9.6. Protocolo de tratamiento psicológico para la dependencia de la heroína

9.6.1. Incremento de la motivación para el cambio

Ya hemos visto en capítulos anteriores las técnicas para incrementar la motivación para el cambio.

9.6.2. Entrenamiento en reducción de la ansiedad y del estrés

Uno de los problemas asociados a la abstinencia del consumo de sustancias es la ansiedad y el estrés. También los trastornos de ansiedad. Por ello, es necesario evaluar esta problemática y aplicar técnicas para su control.

El manejo del estrés suele ser una de las partes importantes en el tratamiento de una persona dependiente de la heroína. Con ellos se pretende alterar la percepción del grado de amenaza que se le atribuye al estresor, su estilo de vida para reducir tanto la frecuencia como la severidad de los estresores externos y capacitarles para usar estrategias de afrontamiento activas que inhiban o reemplacen las respuestas de estrés incapacitantes.

Como técnica de intervención general se puede utilizar cualquiera de las existentes para este problema, como por ejemplo, el entrenamiento en manejo del estrés y las técnicas de relajación, las técnicas cognitivas, la biblioterapia, el cambio del estilo de vida, etc. En la práctica el entrenamiento en relajación es una técnica ampliamente utilizada junto a las de tipo cognitivo, para cambiar las creencias erróneas sobre las causas de la ansiedad o de los elementos estresantes. Cuando padece un trastorno de ansiedad específico (p. ej., ataques de pánico) es necesario aplicar aquellas técnicas específicas que son eficaces para el tratamiento del mismo.

9.6.3. Entrenamiento en solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema. En el [capítulo 4](#) ya lo expusimos.

9.6.4. Entrenamiento en habilidades sociales

Muchas personas con dependencia de la heroína o de otras sustancias carecen de habilidades interpersonales e intrapersonales adecuadas, de habilidades para controlar su estado emocional sin acudir al consumo de la sustancia y de habilidades para manejar su relación de pareja, con los hijos, en el trabajo, etc. El entrenamiento en habilidades

sociales se convierte de este modo en una parte importante del tratamiento cuando hay un déficit en las mismas. Además, con ello se conseguirá disponer de una estrategia de prevención de la recaída para el futuro. Las situaciones de recaída se dan cuando existe frustración e incapacidad de expresar ira, incapacidad de resistir la presión social, estado emocional negativo intrapersonal incapacidad de resistir la tentación intrapersonal al consumo, entre otras.

Existen distintos programas de tratamiento generales, como el de Monti *et al.* (2002), que ya vimos en el tratamiento de la dependencia del alcohol. Este se dirige al entrenamiento de las habilidades sociales e interpersonales y de las intrapersonales. Las primeras van dirigidas a interactuar en el ambiente con personas para él relevantes. Se utiliza el entrenamiento en habilidades de comunicación. Las habilidades intrapersonales están dirigidas a que la persona sea capaz de hacer frente a sus urgencias y afrontar sus estados emocionales que le pueden llevar a consumir. Se le enseñan habilidades para manejar el estado de ánimo, así como habilidades para afrontar las urgencias a consumir.

9.6.5. *Terapia cognitiva*

Hoy sabemos de la relevancia que tienen los pensamientos y las emociones en el inicio, mantenimiento y abandono de la conducta adictiva. También de su papel en la recaída. De ahí que la utilización de componentes de la terapia cognitiva son de gran utilidad. Como ya indicamos, Beck *et al.* (1993) desarrollaron un tratamiento para las adicciones basado en su modelo cognitivo. El mismo lo describimos ampliamente en el [capítulo 4](#).

9.6.6. *Control de estímulos*

Una técnica de uso frecuente en todas las adicciones es la de control de estímulos. En ella restringimos el acceso a aquellas situaciones estimulares que, asociadas con las drogas por procesos de condicionamiento, facilitan que se produzca el mismo. Es muy útil en las primeras fases del tratamiento. Algunos de los estímulos más relevantes asociados al consumo son la conducta de búsqueda de drogas, amigos consumidores, lugares habituales de consumo, indicios ambientales, material para el consumo, etc. Junto a esta restricción es importante que la persona sea capaz de generalizar dicho control para que en el futuro no recaiga.

Esta técnica ya la expusimos ampliamente en el [capítulo 4](#), en relación con el tratamiento psicológico de las adicciones.

9.6.7. *Exposición con prevención de la respuesta*

Relacionada con la técnica anterior de control de estímulos, otra técnica sumamente útil para extinguir los indicios asociados al consumo es la técnica de exposición. Se expone al individuo, de modo controlado, a toda una serie de indicios que se han ido asociando con el consumo de la heroína y que elicitán las conductas de búsqueda y autoadministración de la misma. Se le expone a esos indicios o señales, en el contexto clínico o en su ambiente habitual, sin tener posibilidad de poder consumir la sustancia.

Son muchos los estímulos asociados a la conducta de búsqueda e ingestión de heroína. A nivel experimental se ha demostrado claramente que los adictos a la heroína tienen una actividad autonómica diferencial ante estímulos relacionados con opiáceos respecto a estímulos neutros. Esos indicios llevan a que se active a nivel autonómico, aumente su respuesta de deseo por la heroína e incremente su percepción sobre los síntomas de abstinencia condicionados. Este efecto será producido por estímulos externos, así como por estímulos internos (p. ej., estado de ánimo). Si no se extingue esta cadena conductual la probabilidad de recaída es muy alta.

9.6.8. Control de la ira y de la agresividad

En ocasiones la persona con dependencia a opiáceos tiene problemas asociados de ira y agresividad. Estos le acarrearán distintos problemas en su medio familiar, social o policial. Con ello incrementa aún más su problema inicial de dependencia de opiáceos o mantenerse su dependencia en el tiempo por no tener un modo de solucionar el otro problema. Cuando ocurre esto es necesario utilizar estrategias de control de la ira y de la agresividad. La misma la describimos en el [capítulo 4](#) y [5](#).

9.6.9. Manejo de contingencias

El consumo de drogas se mantiene por el reforzamiento positivo que la sustancia produce en la persona (p. ej., euforia, placer) y por el reforzamiento negativo (consumo para evitar las consecuencias negativas del síndrome de abstinencia). El consumo de drogas, por tanto, está influenciado por el aprendizaje y por el condicionamiento. También, mediante los principios del aprendizaje y del condicionamiento podemos cambiar esta conducta desadaptada por otra adaptada sin consumo de drogas. Esto se hace mediante los principios básicos de manejo de contingencias, reforzamiento positivo y negativo, castigo positivo y negativo y distintas técnicas derivadas de los mismos (p. ej., extinción, control de estímulos).

Técnicas como la aplicación de estímulos aversivos, reforzar conductas alternativas incompatibles con consumir drogas, extinción, o varias de las anteriores al mismo tiempo, facilitan el cambio de la conducta de consumo. Otra extensión de las mismas son los contratos de contingencias o las estrategias de prevención de recaídas.

La utilización de las técnicas de manejo de contingencias, muchas veces, junto a otras técnicas, nos permite tener un abordaje útil y eficaz para muchos pacientes que acuden a tratamiento. Especialmente, para que una persona lleve a cabo conductas alternativas al consumo de drogas, el manejo de contingencias a veces es la técnica principal para que mantenga su abstinencia. Otras técnicas como la extinción o el control de estímulos, son también técnicas de control de contingencias que tienen una gran relevancia en el tratamiento de personas con dependencia de la heroína.

En los últimos años la introducción de *vouchers* (o premios) contingentes a analíticas limpias ha mostrado su eficacia. Distintas guías clínicas (p. ej., NICE, 2008) insisten en que hay que generalizar más este tipo de programas por su eficacia, estén o no los pacientes en programas de mantenimiento con metadona.

9.6.10. Técnicas de autocontrol

Una de las estrategias en el tratamiento de las personas dependientes de opiáceos es entrenarlos en técnicas de autocontrol. Esto puede hacerse una vez que ha aceptado participar en el tratamiento, está desintoxicado o en una fase de consumo controlado. En ocasiones el autocontrol se pone en marcha en la parte media del tratamiento cuando ya se han conseguido los objetivos mínimos para que mantenga la adherencia al tratamiento.

Las técnicas de autocontrol se orientan a que la persona conozca su conducta problema y sea capaz de afrontar la misma mediante técnicas que ha aprendido sin llevarla a la práctica. Con el autocontrol se enseña a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. En el caso del consumo de drogas el objetivo es claro: no consumir, buscar alternativas al consumo y mantener dicha conducta en el tiempo. Para ello se entrena a la persona en distintas técnicas para que no consuma, que aplace el consumo o, en caso de que se produzca, que lo haga de un modo poco problemático, y con la idea de poder llegar a conseguir la abstinencia total.

El terapeuta le ayuda a establecer condiciones favorables para el cambio, le entrena en técnicas para conseguirlo y le refuerza por los avances conseguidos. También le entrena en la aplicación de autorrefuerzos, en buscar apoyo en otras personas para mantener las ganancias conseguidas y que las personas de su ambiente le refuercen su abstinencia. Existen una serie de técnicas que se aplican sistemáticamente en un programa de autocontrol. Para su buen diseño, hay que hacer una evaluación conductual adecuada del problema que tiene la persona y adaptar el tratamiento a los avances que se van produciendo y a la consecución de los objetivos iniciales e intermedios. También, las técnicas de autocontrol dan una gran importancia al mantenimiento de los cambios, especialmente a través de la utilización del autorrefuerzo, cuando la conducta la realiza en la dirección esperada, y el autocastigo, cuando se lleva a cabo la conducta indeseada. Finalmente, cada vez cobran más importancia los procedimientos cognitivos dentro del autocontrol, especialmente por las ideas, creencias, pensamientos o atribuciones erróneas

que la persona tiene sobre su consumo, la sustancia y su ambiente.

9.6.11. Tratamiento de la comorbilidad

Aproximadamente el 90% de las personas con dependencia de opiáceos tiene un trastorno mental o del comportamiento y el 15% intentan suicidarse al menos una vez. Los trastornos mentales más comunes son el trastorno de depresión mayor, los trastornos relacionados con el alcohol, el trastorno de personalidad antisocial y los trastornos de ansiedad (Kleber *et al.*, 2006). En los últimos años ha cobrado también gran relevancia el estudio y tratamiento de los trastornos de personalidad en heroinómanos (Martínez y Verdejo, 2014). Esta alta comorbilidad genera la necesidad de desarrollar programas de intervenciones de amplio espectro.

Debido a la propensión del consumo de la heroína y de otras drogas a producir perturbaciones psicológicas, no necesariamente pueden estar implicados dos diagnósticos independientes. Los opiáceos pueden producir signos y síntomas de depresión, ansiedad, psicosis y conducta antisocial en el contexto de una intoxicación o abstinencia. Estos desaparecen, por lo general, después de varias semanas de abstinencia (3-4 semanas). Etiquetarlos prematuramente como depresión mayor, trastorno de pánico, etc., puede conducir a un diagnóstico erróneo y a un tratamiento inadecuado del problema principal, en este caso, la dependencia de la heroína.

Si se constata la coexistencia de dos o más trastornos independientes, se abordarán con intervenciones específicas de tipo cognitivo-conductual, farmacológico o una combinación de ambas modalidades, para cada uno de los trastornos y adaptadas a las necesidades específicas del paciente (CSAT, 2005). En los últimos años se ha hecho hincapié que para el tratamiento de los trastornos duales se debe adoptar un modelo integracionista. Esto significa que los tratamientos de ambos trastornos se deben hacer de modo simultáneo y por el mismo equipo terapéutico.

9.6.12. Tratamiento de los problemas maritales y familiares

El consumo de heroína transforma de modo acusado la vida de la persona, de su familia y de su pareja. Esta es una de las áreas más afectadas, encontrándose en ocasiones sus personas más queridas “presas” de su proceso adictivo. Si este se ha mantenido en el tiempo ellos han sufrido directamente el desapego, el deterioro físico, los problemas con sus amigos, con la justicia, etc., de ese miembro de la familia o pareja.

Una vez que ha entrado en tratamiento, es necesario intervenir en la pareja, si es el caso, con terapia de pareja. Y, si la familia nuclear o más extensa es la afectada, mediante terapia familiar. La terapia de pareja es un tipo de terapia específica que pretende incrementar la comunicación entre ambos, conseguir un incremento en el intercambio de

refuerzos entre los dos miembros de la pareja y solucionar entre ellos los problemas que les vayan surgiendo, entrenándoles en técnicas de solución de problemas. También es necesario entrenarlos en aquellos otros aspectos que les inciden en dicha relación (p. ej., manejo de los hijos, problemas sexuales, etc.).

La terapia familiar ha ido cobrando relevancia en los últimos años en el tratamiento de las personas con adicción a opiáceos por la afectación de toda la familia ante un miembro consumidor y por las relaciones peculiares que se establecen entre el adicto y uno o más miembros de la familia. La terapia familiar suele partir mayoritariamente del concepto de sistema, entendiendo que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de otros miembros de la familia. Esto es, la conducta de un miembro no se puede entender aislada de la de los demás. Cada familia desarrolla patrones de comunicación y secuencias de conductas para mantener el equilibrio entre sus miembros. La terapia familiar conductual lo que va a hacer es entrenar a los miembros de la familia en técnicas de manejo de contingencias (p. ej., contratos conductuales), entrenamiento en habilidades de solución de problemas y de comunicación, intercambio de conductas, observación de la propia conducta y la de los demás, intercambio de refuerzos entre los distintos miembros de la familia, cambio de expectativas y atribuciones negativas, reducir los estados emocionales negativos. Especialmente, cuando consigue la abstinencia, hay que estar atento a posibles cambios en la estructura relacional de la familia que puede facilitar la recaída. Tener comprometida a la familia en el tratamiento puede evitarlo, junto a un adecuado manejo de los conflictos subyacentes o manifiestos en la familia y disponer de adecuadas habilidades de comunicación y de solución de problemas. Los problemas que hay que manejar adecuadamente para poder lograr todo lo anterior son tener unas claras normas de convivencia, de jerarquía y de comunicación dentro de la familia. En ocasiones, la terapia familiar se lleva a cabo solo con los padres, o en grupos de padres, para entrenar a estos en el manejo adecuado de sus hijos y para que tengan una adecuada implicación emocional con ellos y un comportamiento que facilite la recuperación de su hijo o hija.

9.6.13. Terapia de grupo

La terapia de grupo es una modalidad terapéutica que se utiliza con frecuencia para el tratamiento de las personas con dependencia de opiáceos. Junto al tratamiento individual, y las otras intervenciones que pueda estar llevando a cabo en el centro de tratamiento (p. ej., programa de mantenimiento con metadona, terapia de pareja, etc.), la terapia de grupo es de gran relevancia. El objetivo que se pretende con ella es el mismo que con la terapia individual pero en un formato en grupo y con las dinámicas propias que se van desarrollando dentro de cada grupo. Le permite al paciente compararse con otros, tener apoyo, aprender estrategias y técnicas de control, adquirir habilidades y asumir normas de funcionamiento del grupo. Los objetivos centrales del mismo se van a centrar en solucionar problemas y realizar tareas que le lleven a la abstinencia o le permita mantener

la misma para, finalmente, poder cambiar su estilo de vida.

9.6.14. Prevención de la recaída

Queda claro por todo lo dicho la relevancia que tiene que una vez lograda la abstinencia la persona no recaiga. De ahí la importancia de los programas de prevención de la recaída, bien dentro de un tratamiento, o como una estrategia específica y separada para aplicar a continuación de lograr la abstinencia.

En capítulos previos, como el 4, explicamos los fundamentos y técnicas que hay que aplicar para prevenir la recaída en cualquier adicción.

Tratamiento del juego patológico

10.1. Introducción

El tratamiento de elección para el juego patológico es el tratamiento psicológico (Rash y Petry, 2014). A pesar de que se viene investigando desde hace décadas fármacos para el mismo hasta el momento ninguno ha mostrado ser eficaz (Bullock y Potenza, 2013).

En el juego hay varias características generales que tienen los jugadores patológicos y sobre los que el tratamiento va a pivotar, como la negación del problema, la conducta supersticiosa sobre el juego, su confianza excesiva en ganar, su sentido de poder y control ante el juego, etc.

Otro elemento central en el juego patológico es que el dinero es la causa y, al mismo tiempo, la solución a todos los problemas que “cree” que tiene el jugador patológico. Por ello, lo habitual es que cuando la persona acude a tratamiento viene arrastrando importantes deudas debido a su conducta de juego y, a veces, se queja de que no tiene el suficiente dinero para recuperar las pérdidas que ha tenido en el juego.

Sabemos que hay varios tipos de jugadores patológicos. Esto se aprecia en la clínica en cualquier tipo de trastorno, como ahora recoge en cierto modo el DSM-5 con los niveles de gravedad. En la clasificación de Blaszczynski y Nower (2002) hay tres, 1) el *jugador condicionado conductualmente* (sería un jugador menos severo; pueden abusar del alcohol y tener niveles elevados de depresión y ansiedad como respuesta a sus problemas financieros; y tienen escasa psicopatología premórbida, abuso de sustancias, impulsividad o conductas antisociales); 2) el *jugador emocionalmente vulnerable* (desea regular con el juego los estados de ánimo disfóricos y/o para satisfacer necesidades psicológicas específicas; y tienen elevados niveles de psicopatología, especialmente depresión, ansiedad y dependencia del alcohol); y, 3) el *jugador patológico antisocial e impulsivo* (sería el subtipo más psicopatológico; con un claro trastorno psicológico debido al juego; con signos de potenciales disfunciones neurológicas o neuroquímicas; y se caracteriza por impulsividad, trastorno de personalidad antisocial y trastorno de déficit de atención con hiperactividad). En función de uno u otro tipo el tratamiento variará, sobre todo su intensidad y la probabilidad de obtener mejores o peores resultados.

En ocasiones se han hecho descripciones de que los jugadores pueden ser competitivos, enérgicos, inquietos y se aburren fácilmente; o que cuando no juegan

pueden ser adictos al trabajo, trabajar a “atracones”; o que tienen predisposición a padecer enfermedades relacionadas con el estrés (p. ej., gastrointestinales, hipertensión, migraña); o que los que acuden a tratamiento tienen tasas elevadas de ideación suicida; o que el TDAH en la infancia es un factor de riesgo para padecerlo. Todo ello indica la variabilidad de jugadores patológicos. Pero hay un porcentaje de jugadores en donde se observa que tienen un alto nivel de habilidad para los negocios (p. ej., son empresarios de éxito), para la vida social (tienen muchos amigos), a veces con una alta inteligencia (han triunfado estudiando o preparando oposiciones), etc. Estas características positivas para muchas personas, en ellos se vuelven en contra. Así, lo que caracteriza al juego de azar es que el jugador patológico tiene dificultad, o no distingue, lo que es el azar de la habilidad (en los juegos de azar). Ellos asumen que tienen “suerte”, suerte que no tienen el resto de los humanos. Esto se ve reforzado en ellos porque tienen toda una serie de sesgos cognitivos y al problema que tenemos los humanos de no asumir la aleatoriedad en nuestra vida.

Se han analizado varios errores cognitivos en el procesamiento de la información que tienen los jugadores patológicos (Becoña, 1995). Cuatro de los principales son:

- *Ilusión de control*. Creencia en que las habilidades o destrezas propias pueden controlar o vencer el azar, sobrevalorando la posibilidad de control sobre los resultados.
- *Confianza en la suerte*. Creencia que se deriva de la sobrevaloración de las posibilidades de ganar, independientemente de cualquier acción realizada por el jugador.
- *Heurístico de representatividad*. Se caracteriza por establecer una dependencia entre eventos sucesivos que en principio son independientes.
- *Atribución flexible*. A pesar de las frecuentes pérdidas, mantienen la confianza en sus habilidades debido a que tienden a evaluar los resultados de manera sesgada (los éxitos se atribuyen a factores internos, como la habilidad o el esfuerzo; los fracasos a factores externos, como obstáculos o mala suerte).

Y a todo lo anterior hay que añadir que la vulnerabilidad al juego es enorme en nuestra sociedad. Se han apuntado entre las causas que predisponen a las personas al juego la gran disponibilidad de juegos de azar y el fácil acceso a los mismos; el bajo coste del juego; la promoción y publicidad de los juegos de azar; la interacción de otras sustancias adictivas con el juego y el lugar donde se juega (bares y locales de ocio); los factores de vulnerabilidad psicológica al juego (p. ej., búsqueda de sensaciones) y su gran poder adictivo, especialmente de las máquinas tragaperras (a través de funcionar mediante un programa de reforzamiento de razón variable) (Becoña, 1996, 2009).

A todo lo anterior hay que añadir los problemas de comorbilidad con el juego (p. ej., dependencia del alcohol, trastorno bipolar) que facilitan la conducta de juego; y, en otros, el juego facilita que la persona tenga otros trastornos (p. ej., de ansiedad, depresión).

Todo el cuadro anterior, cuando la persona tiene un problema de juego patológico, le

va a incidir en la pareja, hijos, familia, trabajo, economía, pago de deudas, legal (p. ej., falsificación, robos), aparte de la psicológica y física. Es lo que conocemos como la espiral de deterioro del jugador patológico, que describió magistralmente Lesieur (1984), en donde la persona comienza en una especie de luna de miel sobre el juego porque cree que gana con él (fase de ganancia), luego pasa a la fase de realidad en donde gana y pierde, perdiendo más que ganando (fase de pérdida), para pasar a otra en donde solo pierde y no ve otro modo que seguir jugando para recuperar las pérdidas (fase de desesperación), para pasar a una fase en donde no ve solución a su problema porque lo ha perdido todo, a veces hasta lo más querido para él cuando se da cuenta de ello en los momentos de lucidez (fase de desesperanza) (Echeburúa *et al.*, 2010, Ochoa *et al.*, 1994).

Cuadro 10.1. *Componentes que debe tener un tratamiento para el juego patológico según Blaszczynski (1993)*

Los tratamientos para un jugador patológico deben estar diseñados individualmente, en función de su tipo específico de juego, y orientados tanto a dejar de jugar como a mantener la abstinencia y prevenir la recaída.

Los componentes específicos que debe tener un tratamiento para que lleve a la recuperación del jugador patológico son los siguientes:

1. Técnicas de control de estímulos para evitar la exposición a señales, situaciones o contactos del juego o con otros jugadores para reducir el riesgo de recaída.
 2. Técnicas de control del estrés para incrementar o mejorar las habilidades de afrontamiento apropiadas. La relajación puede disminuir la activación y reducir la ansiedad.
 3. Medicación antidepresiva cuando el estado de ánimo disfórico es primario.
 4. Terapia cognitiva para corregir las creencias, actitudes y expectativas disfuncionales respecto al juego. Debe darse un énfasis importante a la prevención de la recaída.
 5. Terapia marital cuando surge la pérdida de confianza y aparece la sospecha por los conflictos creados, ya que el jugador a menudo reacciona con ira por la continua duda y juega como revancha.
 6. Es deseable la devolución de las deudas. Poseer habilidades presupuestarias y la aceptación de la responsabilidad de devolver las deudas es importante, pero en algunos casos desafortunados, la devolución no es factible de forma realista. Cuando la presión de cumplir con las obligaciones financieras es rigurosa, la urgencia a volver a jugar e ir a la “caza” de las pérdidas llega a ser insuperable.
 7. Implicación en actividades de ocio adaptativas, preferiblemente durante las horas que son incompatibles con el juego.
 8. El consejo sobre las adicciones para los jugadores con problemas de abuso de sustancias es importante; la psicoeducación de los procesos adictivos y la psicoterapia y consejo pueden ayudar.
 9. La asistencia continuada a Jugadores Anónimos, dado que está asociada al mantenimiento de la abstinencia, al menos en el mundo anglosajón. También considera la necesidad de que las esposas de los jugadores patológicos acudan a Gam Annon, que es la sección de las esposas de los jugadores patológicos.
-

La mayoría de las personas que acuden a tratamiento en España (sobre el 75%) van a ser jugadores de máquinas tragaperras. En un porcentaje menor jugadores de bingo y pocos por juegos de cartas u otros. También, en los últimos años se ha incrementado la demanda de jóvenes por juegos en internet (póker, casinos, juegos en red, etc.). Nos van a acudir a tratamiento personas de todas las edades, jóvenes, personas adultas y personas

mayores. La mayoría serán varones; pocas mujeres acuden a tratamiento. Como en otras adicciones, una parte importante va a tener asociados otros trastornos psicopatológicos. Los más comunes son problemas de alcohol, de estado de ánimo y trastornos de personalidad.

10.2. Evaluación y análisis funcional

La evaluación es una parte central en los jugadores patológicos, previo a aplicar un tratamiento. La entrevista inicial nos va a servir para obtener la información necesaria para conocer las características de su conducta problema, de sus problemas físicos y psicopatológicos asociados, de su vida familiar, laboral, etc., y prestando una especial atención a como juega, cuánto juega y el dinero que gasta en juego (cuadro 10.2).

También con frecuencia tendremos que combinar la entrevista conductual con la entrevista motivacional cuando falta la motivación para el tratamiento, no desea hacerlo porque ha venido obligado o porque cree que puede solucionar su problema por él mismo, o que no es tan grave como piensan otras personas. Cuando ocurre esto la adherencia es escasa y hay que aumentarla.

Suele ser común que el jugador patológico no nos proporcione cierta información sensible al inicio del tratamiento, en relación con problemas legales, dinero que debe, actos ilegales que ha cometido debido al juego, graves conflictos familiares, etc. Cuando tenga una mayor confianza con nosotros es cuando nos proporcionará esa información que es de gran relevancia para el tratamiento.

Con la información anterior elaboraremos el análisis funcional de la conducta de juego. Tendremos que irlo complementando a lo largo de las primeras sesiones conforme la persona nos va dando información relevante que se calló en la evaluación inicial o en las primeras sesiones (p. ej., que tiene un juicio por falsificación de documentos o por robo).

Cuadro 10.2. Aspectos básicos que tenemos que obtener en una entrevista con un jugador patológico

Historia y antecedentes de la conducta de juego:

- Cuándo empezó a jugar, cantidades jugadas, tipo de juegos.
 - Antecedentes familiares de conductas de juego, consumo de alcohol y drogas y psicopatología en familiares cercanos.
-

Aparición de la conducta de juego problemática:

- Cuándo surge el problema de juego (circunstancias, personas, estrés, cambios vitales, etc.).
 - A qué atribuye el surgimiento de la conducta de juego problema (p. ej., estrés, falta de dinero, no tener trabajo, problemas emocionales o interpersonales, matrimonio, separación, divorcio, tener hijos, etc.).
 - Incidencia de la conducta de juego en su vida personal, familiar/marital, trabajo, amigos, ocio y tiempo libre.
-

Historia como jugador desde el inicio del problema hasta el momento actual.

Incidencia del juego actual en:

- Sí mismo (salud física, salud mental, otros problemas).
- Familiar/marital (esposa, padres, hijos, otros familiares).
- Amigos.
- Trabajo.
- Economía (dinero gastado, dinero disponible, préstamos, actos ilegales para obtener dinero, proporción gasto en juego/ingresos).
- Ocio y tiempo libre.
- Problemas legales.

Cuándo, con quién, cómo y donde juega actualmente.

Estrategias y recursos de los que dispone:

- Familia, pareja, amigos.
- Estrategias de afrontamiento y recursos personales.
- Capacidad de autocontrol.

Intentos o deseos de abandonar el juego.

Creencias en la suerte y en el azar.

Psicopatología asociada (estado de ánimo, depresión, consumo de sustancias, trastornos de personalidad, etc.).

Visión de su inmediato futuro.

10.3. Tratamiento psicológico del juego patológico

Hoy disponemos de tratamientos psicológicos con un buen nivel de eficacia para el juego patológico (Cowlshaw *et al.*, 2011; Pallesen *et al.*, 2005; Rash y Perry, 2014; Thomas *et al.*, 2011). Hay acuerdo de que el tratamiento psicológico es imprescindible para que un jugador patológico abandone el juego. Dentro de los tratamientos psicológicos evaluados, y que han mostrado ser eficaces, se agrupan en terapia conductual, terapia cognitivo-conductual, grupos de autoayuda, juego controlado y otros tratamientos. También en los últimos años, tanto en este trastorno, como en otros adictivos, cada vez cobra más relevancia intervenir en otros problemas psicopatológicos frecuentemente asociados o presentes en el juego patológico.

Hay acuerdo de que de los distintos tratamientos existentes, hoy lo más idóneo es utilizar un tratamiento conductual o cognitivo-conductual. Los mismos tienen la ventaja de utilizar varias técnicas de tratamiento efectivas (Echeburúa *et al.*, 2010, Labrador y Fernández-Alba, 1998). Los componentes que más se utilizan en los mismos son (Ladouceur, 1993): información sobre el juego; registro de la conducta de juego; toma de conciencia de los pensamientos distorsionados y percepciones erróneas sobre el juego, y cambio de las mismas; entrenamiento en solución de problemas; exposición a la situación de juego y entrenarlo en prevenir la ejecución de dicha conducta; entrenamiento en prevención de la recaída. Igualmente se le aplicaría cualquier tratamiento necesario para aquellos otros trastornos añadidos al del juego, como abuso del alcohol, depresión,

ansiedad, problemas maritales, etc.

Distintas revisiones y meta-análisis han evaluado la eficacia del tratamiento del juego patológico. Entre los últimos meta-análisis destacan los de Oakley-Browne *et al.* (2003), Pallesen *et al.* (2005), Gooding y Tarrrier (2009) y Rash y Petry (2014). Como un ejemplo, el de Gooding y Tarrrier (2009) analiza las terapias cognitivo-conductuales en el juego patológico. Los 25 estudios que incluyeron en el mismo indican efectos significativos tanto al final del tratamiento como en los seguimientos de 6 y 12 meses, como la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual y la desensibilización imaginaria. De estas tres los mejores resultados se obtienen con la terapia cognitivo-conductual. Rash y Petry (2014) llega a resultados semejantes.

No debemos olvidar, cuando hablamos del tratamiento de los jugadores patológicos, que existen importantes barreras que impiden que demanden tratamiento o que acudan al mismo (Suurvali *et al.*, 2009). De ahí que la mayoría de ellos no buscan ni acuden a tratamiento (Ladouceur *et al.*, 2009). Y, de los que acuden, una parte importante abandona el tratamiento a lo largo del mismo.

10.4. Tipos de tratamiento en el juego patológico

10.4.1. Terapia conductual

La perspectiva conductual entiende el juego patológico como una conducta desadaptativa aprendida que puede ser desaprendida (Blaszczynski, 1993). Algunas de las técnicas derivadas de estos principios han mostrado ser de las más efectivas para el tratamiento (López, 1998, Petry, 2005), como las aversivas, manejo de contingencias, control de estímulos, exposición en vivo, desensibilización imaginaria, etc.

Las técnicas aversivas han sido utilizadas ampliamente en todas las conductas adictivas, especialmente en el alcoholismo y tabaquismo en la década de los 70. La desensibilización imaginada (p. ej., McConaghy *et al.*, 1983) ha mostrado ser sumamente efectiva en Australia para los jugadores patológicos de carreras de caballos. En esta técnica el jugador tiene que describir varias situaciones de juego, imaginárselas pero sin llegar a consumarlas. Luego se le enseña a relajarse y en este estado se imagina las distintas escenas, cuatro en el formato original de esta técnica. Tal como se ha demostrado con esta técnica, esta apoya la teoría de que la conducta de juego está mantenida por la ansiedad suscitada por la anticipación cognitiva de una conducta de juego (Blaszczynski, 1993).

Otra técnica que ha mostrado ser sumamente efectiva, especialmente para la adicción a las máquinas tragaperras y al bingo, es la exposición en vivo con prevención de la respuesta junto con control de estímulos. Con la exposición y prevención de la respuesta se expone al jugador a la situación problema, como son las máquinas tragaperras, los bares, etc., en vivo (estando el jugador realmente en la misma),

entrenándole a que al mismo tiempo se prevenga de llevar a cabo su conducta habitual, jugar. Con la técnica de control de estímulos se le entrena para que no emita la conducta en aquellas situaciones estimulares en que las llevaba a cabo, o que no lleve a cabo la conducta prelude a la problema; por ejemplo, no ir por las calles de la ciudad en las que están sus bares favoritos, ante los que suele sentir una necesidad irrefrenable de entrar y jugar (Becoña, 1996; Echeburúa y Báez, 1994). Posteriormente, la persona puede reinstaurar las conductas de su vida normal, de tal modo que pueda acudir a los sitios donde antes acudía pero ahora sin jugar y sin tener ganas o necesidad.

10.4.2. Terapia cognitiva y cognitivo-conductual

La terapia cognitiva se orienta a cambiar las creencias y pensamientos inadecuados, que en los jugadores patológicos tienen gran importancia. Sin embargo, dichas técnicas se han utilizado fundamentalmente dentro de los programas o paquetes de tratamiento (Ladouceur, 1993; Walker, 1992), hoy denominados de terapia cognitivo-conductual (ej., Ladouceur y Walker, 1998; López, 1998). El principio subyacente es que la conducta de juego está mantenida por cogniciones desadaptativas que llevan a la persona a jugar por la percepción errónea de su conducta de juego y de sus resultados. Cambiar esas creencias se convierte así en un elemento fundamental de la terapia.

Como un ejemplo, Echeburúa *et al.* (1994, 1996), compararon la eficacia de distintos programas de intervención: 1) un tratamiento individual de control de estímulos y de exposición con prevención de la respuesta, 2) un tratamiento de terapia de grupo cognitivo-conductual, 3) un tratamiento combinado de 1) y 2), y 4) un grupo control de lista de espera. Los resultados indicaron que a los seis meses el porcentaje de éxito fue del 75% en el grupo 1, 62,5% en el 2, 37,5% en el 3 y 25% en el 4, el de control. El criterio de éxito utilizado fue la abstinencia de juego en los 6 meses anteriores o la ocurrencia máxima de dos episodios de juego en ese periodo de tiempo siempre que no representase el gasto total más de lo que gastaba en una semana en la fase previa del tratamiento. A los 12 meses los resultados eran semejantes, con una eficacia del 68.8% de abstinencia para el primer grupo y del 37.5% para los otros grupos.

Destacaríamos el programa de Ladouceur (1993). En uno de sus estudios trataron jugadores patológicos adolescentes (Ladouceur *et al.*, 1994) con un programa de cinco componentes: información sobre el juego, intervenciones cognitivas, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de la recaída. Destaca sobre todo por registrar sus verbalizaciones en situaciones de juego real en el laboratorio, analizar sus creencias erróneas y verbalizaciones inadecuadas y, posteriormente, corregirlas utilizando reestructuración cognitiva. En distintos estudios (p. ej., Gaboury y Ladouceur, 1989) ha mostrado como en torno al 75% de las verbalizaciones de los jugadores, tanto normales como patológicos, son erróneas respecto al azar; de ahí la incidencia en este aspecto que viene a ser uno de los centrales tanto para que la persona deje de jugar como para que posteriormente se mantenga sin jugar.

Para ello utiliza el procedimiento de pensar en voz alta. Consiste en que los jugadores expresen en voz alta e inteligible todo lo que se dicen cuando están en la situación de juego, incluso todo aquello que pueda parecer fuera de lugar, grosero o no pertinente. Con este procedimiento es posible categorizar las verbalizaciones grabadas y posteriormente analizadas con la persona en racional/adeecuado o irracional/inadeecuado y si tienen o no en cuenta el azar como determinante del juego.

El estudio de Silvain *et al.* (1997), y distintas revisiones, muestran como el programa de Ladouceur es eficaz. Al final del tratamiento el 86% no cumplían los criterios para el juego patológico (por tanto mejorados) y, al año el 57%, utilizando el criterio más conservador, seguían sin ser jugadores patológicos (con un criterio flexible sería del 80%). En Fernández-Alba y Labrador (2002) puede verse un tratamiento para los jugadores patológicos que siguen una línea semejante al de Ladouceur.

10.4.3. Programas de juego controlado

Pocos estudios han analizado la posibilidad del juego controlado en jugadores patológicos. Este tipo de terapia puede ser más atractiva para los jugadores, aunque no siempre es el objetivo terapéutico que se adecua a la persona (Rosecrance, 1988). El concepto de juego controlado se relaciona también con el concepto que se tenga de recaída, hecho que hoy sugiere que muchos tratamientos consiguen más bien el juego controlado que la total abstinencia del juego (Ursua, 2008).

El estudio de Ladouceur *et al.* (2009) demuestra que es posible el juego controlado. Basado en el programa de Ladouceur *et al.* (2001), 89 jugadores patológicos llevaron a cabo 12 sesiones de 60 minutos de un tratamiento cognitivo-conductual orientado al juego controlado. Este tratamiento tenía siete componentes: mejora de la motivación para el cambio conductual; objetivos personalizados a conseguir; identificación de las situaciones de alto riesgo y selección de las estrategias conductuales adecuadas; análisis de las creencias erróneas; detección y corrección de las creencias erróneas relacionadas con el juego; exposición a una situación simulada de juego; y, prevención de la recaída. Al final del tratamiento el 63% tenían menos de 5 criterios en el DSM-IV para el diagnóstico de juego patológico. A los 6 y 12 meses de seguimiento un 56% y 51% tenían menos de los 5 criterios del DSM-IV. Estos datos era considerando a todos los jugadores que habían sido incluidos en el tratamiento. Si se consideraba a los que lo habían acabado entonces tenían menos de 5 criterios en el DSM-IV el 92%, 88% y 71%, respectivamente, al final, 6 y 12 meses de seguimiento. De los que completaron el tratamiento (n = 61), a los 6 meses estaban un 40% totalmente abstinentes de jugar y a los 12 meses un 32%. Como se aprecia en este estudio, una parte logra la abstinencia y otra parte tiene un juego controlado tanto a corto como a largo plazo.

10.4.4. Otros abordajes terapéuticos

Entre otros tratamientos eficaces que se han propuesto para el juego patológico están los conocidos bajo el nombre de multimodales (Blaszczynski, 1993). En ellos se combinan un grupo de técnicas que han mostrado ser eficaces primero separadamente y ahora combinadas varias. Además, se interviene en los problemas colaterales que tienen en muchas ocasiones los jugadores patológicos: abuso del alcohol, depresión, ansiedad, problemas maritales, mala administración del dinero, etc.

Estos tratamientos se han llevado a cabo tanto en régimen externo como interno en hospitales especializados en el tratamiento de jugadores patológicos, como es la conocida Unidad de Brecksville, en Cleveland, Ohio, que ha sido el primer programa de tratamiento para jugadores patológicos puesto en funcionamiento en Estados Unidos, dentro de su Hospital de Veteranos (McCormick, 1993). Fue creado en 1972 con el objetivo de conseguir la abstinencia del juego, reducir el impulso de jugar y restablecer un funcionamiento social adecuado. Es un tratamiento muy estructurado, de 30 días de duración, a lo largo del cual se realiza la evaluación, presentaciones didácticas sobre la adicción, educación para la salud, terapia de grupo, participación regular en las reuniones de Jugadores Anónimos, junto a cualquier otro tipo de intervención, psicológica o farmacológica, que permita la recuperación del jugador patológico. En Estados Unidos, hay distintas unidades con un formato similar, aunque en Europa no se ha generalizado este tipo de intervención, siendo la de tipo ambulatoria la predominante.

También, en ocasiones, se ha insistido en la importancia de la terapia de grupo. Puede ser un componente más del tratamiento o el componente principal. Se ha sugerido que cuando se lleva a cabo terapia de grupo se haga separadamente para los jugadores patológicos y para sus familiares (González, 1989), especialmente para su pareja, dado el nivel de deterioro que suele caracterizar las relaciones entre ambos.

Otro abordaje muy popular en Estados Unidos, y otros países, es el de Jugadores Anónimos. En España hay asociaciones de jugadores en rehabilitación, los cuales están federados a nivel nacional. No es lo mismo que Jugadores Anónimos ya que estos tienen un equipo terapéutico y se centran más en el aprendizaje de habilidades para que la persona pueda solucionar su problema de juego y un sistema de importante apoyo social.

10.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual

10.5.1. Incremento de la motivación y de la adherencia al tratamiento

Uno de los trastornos adictivos en donde es de una enorme importancia la motivación para el cambio es en el juego patológico. Un gran número de personas van a acudir a tratamiento “obligados” por su familia, por sus deudas o por los problemas legales que arrastran debido al juego. Por ello, suelen decir que quieren dejar de jugar pero realmente

no quieren dejarlo. Esto es, quieren controlar su conducta, para que no les cause problemas, pero se ven en la necesidad de seguir jugando. Es la clásica diferenciación popular de que pensamos con la cabeza pero actuamos con el corazón.

Lo anterior lleva a que las primeras sesiones de tratamiento son claves para lograr una buena relación terapéutica con la persona, para que le quede claro realmente que estamos para ayudarlo y que nuestro principal objetivo es él. Si sabe que estamos ahí, para ayudarlo, es más probable que empiece el proceso de cambio. En todo este proceso tenemos que aplicar todas las estrategias motivacionales de la entrevista motivacional y todos los aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento que vimos en anteriores capítulos. Por ejemplo, es muy habitual que ponga pegos con las citas, con los días y las horas. Por ello, si le ofrecemos la posibilidad de verlo en días distintos o a distintas horas se mejora la adherencia al tratamiento. En las primeras sesiones una parte de los jugadores patológicos son muy exigentes, bastante manipuladores, a veces mentirosos y negadores de su problema. Si nosotros sabemos que estas son características que vienen asociadas al trastorno podremos ayudarlo mejor.

10.5.2. Objetivos a lograr con el tratamiento

Un tema íntimamente unido al punto anterior es delimitar qué objetivos quiere el paciente lograr con el tratamiento. A pesar de que nosotros podamos estar convencidos de que el mejor objetivo para esa persona es la abstinencia, tiene que ser ella la que lo decida. Sabemos que muchos jugadores no aceptan la abstinencia cuando acuden a tratamiento, o nunca la llegan a aceptar totalmente. O, a veces, tienen que pasar por un proceso de intentar controlar el juego, y al no lograrlo, es cuando deciden que su objetivo tiene que ser la abstinencia completa del juego. Pero no debemos olvidar que con mucha frecuencia hay otros objetivos que tenemos que lograr con el tratamiento, que van en paralelo al abandono del juego, como puede ser hacerle frente a las deudas, solventar los problemas de pareja, enfrentarse a un proceso judicial, etc.

Por lo que sabemos de las adicciones en general, y del juego patológico en particular, debe ser la persona la que elija lo que cree que le va a ir mejor, con el apoyo del terapeuta, aunque también en ocasiones hay una fuerte presión familiar para que deje de jugar de modo inmediato. Con las distintas técnicas de tratamiento, que exponemos a continuación, podremos lograr uno u otro objetivo.

10.5.3. Obtención de información objetiva de su conducta y búsqueda de personas de su medio que le apoyen

No disponemos de pruebas biológicas para saber si una persona lleva a cabo o no una conducta de juego. Sabemos también que los jugadores patológicos mienten con

frecuencia a las personas allegadas, a sus amigos y al terapeuta. Por ello tenemos que ver por índices directos e indirectos cuál es su conducta de juego. Habitualmente se puede observar en función del dinero disponible, gastos que hace, cosas que compra, etc.

Sabemos que tener una persona cercana a la persona jugadora que le pueda ayudar (y supervisar varias de las tareas que tiene que hacer en el tratamiento) es un elemento facilitador del tratamiento. Suele ser habitualmente su pareja, pero también puede ser su novia, un amigo, sus padres, otros familiares, etc. En este caso no solo facilita que la persona se pueda adherir al tratamiento sino que nos puede proporcionar información de cuál es la conducta del jugador, sobre todo a que juega, con quién juega, cantidad que gasta, sus hábitos cotidianos, la mejora del estado emocional, la ocupación del tiempo libre, etc.

10.5.4. Exposición con prevención de la respuesta

La técnica de exposición con prevención de la respuesta es esencial en el tratamiento de los jugadores patológicos. Dado que el juego por el que acuden básicamente es por la adicción a las máquinas tragaperras o al bingo, esta técnica se convierte en central para que consiga dejar de jugar.

El objetivo de la técnica es exponer al jugador a la máquina tragaperras, para que mediante la presencia de los indicios que se han ido asociando a lo largo del tiempo con la máquina, note las sensaciones molestas que, sin prevención de la respuesta, o con dinero, le llevarían al juego. La prevención de la respuesta tiene como objetivo la imposibilidad de consumir su conducta, en este caso su conducta de jugar.

Los indicios más frecuentemente asociados a la conducta de juego de una persona con dependencia del juego a las máquinas tragaperras es estar presente en el bar, mirar a la máquina, notar como las luces de colores de la máquina van cambiando en sentido hacia arriba y hacia abajo, ver como otra persona introduce dinero en la máquina, comprobar como a un jugador le ha tocado un premio, cómo otras personas se fijan en la persona a la que le ha tocado un premio y comentan algo sobre ello, etc.

La exposición tiene que realizarse en vivo, bien acompañado por el terapeuta o por el propio jugador (autoexposición). En este caso es conveniente que lo acompañe un familiar o persona de confianza. Cuando esto último no es posible tendría que autoexponerse por él mismo. Sin duda alguna, si se puede realizar la exposición con el terapeuta podemos controlar mejor dicho proceso, aunque es más costoso (p. ej., en tiempo).

En los últimos años, a partir del programa de Ladouceur, se ha introducido también junto a la exposición con prevención de la respuesta el procedimiento de pensar en voz alta y reestructuración cognitiva cuando la persona está jugando. Con ello se pretende no solo que la persona se exponga a la conducta de juego y no juegue sino que con ello cambie sus pensamientos y creencias irracionales por otros racionales, lo que le facilitaría a largo plazo no jugar y mantener así más fácilmente la abstinencia.

10.5.5. Control de estímulos

Otra técnica esencial en el tratamiento de los jugadores patológicos es la de control de estímulos. Con ella restringimos el acceso a aquellos lugares en donde la probabilidad de jugar es mayor (p. ej., calles donde hay ciertos bares con máquinas calientes, calles donde hay bingos), u horas de mayor riesgo. Esto lo hacemos entrenando a la persona en hacer que busque alternativas a sus anteriores costumbres o a que lo acompañe alguien en las situaciones que son de mayor riesgo de que juegue.

Es determinante en este caso el control del dinero. Dado que el dinero es uno de los estímulos más importantes para que la persona juegue si no tiene dinero su probabilidad de jugar disminuye mucho. El jugador debe transferir todo su dinero a un familiar o a una persona cercana para que se lo controle y le dé solo el que precisa para cada día. Además debe justificar todos los días, a poder ser con tickets o facturas, en que lo ha gastado para que no utilice parte de ese dinero para jugar.

La técnica de control de estímulos no solo es importante a lo largo del tratamiento si no que se mantiene en el tiempo para que no se produzca la recaída.

10.5.6. Entrenamiento en solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas es de gran utilidad en el tratamiento del juego patológico. En el [capítulo 4](#) ya lo hemos visto.

10.5.7. Terapia cognitiva para el cambio de creencias irracionales sobre el juego

La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos se producen y mantienen debido a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento con terapia cognitiva se orienta a corregir tanto esas premisas distorsionadas como los errores cognitivos.

La terapia cognitiva en el tratamiento del juego patológico tiene como su más importante representante a Ladouceur. Para él el error cognitivo central del jugador patológico se apoya en las nociones concernientes al azar o aleatoriedad (Ladouceur *et al.*, 1998). Los jugadores intentan controlar y predecir los resultados del juego que son objetivamente incontrolables. La ilusión de control los motiva a elaborar estrategias para ganar más dinero. Sin embargo, todo el juego está basado en la impredecibilidad inherente de los eventos de juego o a través de información inadecuada. Ladouceur parte de que las percepciones erróneas y la comprensión de la aleatoriedad en el juego puede corregirse. Junto a las técnicas de reestructuración cognitiva sugiere la utilización de la técnica de solución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales,

especialmente para ayudar a restablecer relaciones sociales adecuadas.

Para la corrección del error sobre el azar, Ladouceur, partiendo de que la mayoría de los jugadores no son conscientes de sus percepciones erróneas sobre el azar y niegan que mantengan tales falsas percepciones, el tratamiento se orienta a incrementar la conciencia de la actual manera en que los eventos de juego ocurren. Para ello se le pide que describa la evolución de sus hábitos de juego, como fueron apostar al principio, los cambios en sus apuestas, cuando llegaron a estar familiarizados con los juegos y hasta qué punto sintieron que ellos tenían algún control sobre ciertos juegos. Preguntándoles sobre la manera de conseguir un margen de control de su juego, el jugador es invitado a exponer algunos de sus errores de pensamiento. Inevitablemente, el jugador describirá aquellas estrategias de juego que asume que están más presentes de lo que en realidad están. El terapeuta le pedirá que describa lo que ellos están diciéndose a sí mismos cuando juegan. Haciéndolo así, el terapeuta puede pedirle que responda a las siguientes preguntas: ¿Por qué hace una apuesta particular en vez de otra?, ¿Cómo determina esta apuesta?, ¿Está intentando controlar el juego mediante la evitación de ciertas apuestas?, ¿Estaría de acuerdo en apagar la máquina tragaperras en medio de una sesión cuando la máquina a la que está jugando no le ha dado premio durante un largo período de tiempo?, ¿Estaría de acuerdo en apostar a cualquier número en la ruleta?, ¿Cómo escoge los números del boleto de loterías que compró esta semana? El objetivo principal de estas cuestiones es clarificar el hecho de que el jugador está utilizando algún tipo de información para predecir un evento que es independiente de todos los otros eventos y esencialmente impredecible más allá de su probabilidad de azar.

Con lo anterior el terapeuta hace una distinción entre el juego que implica eventos que son inherentemente impredecibles a causa de información inadecuada (tal como carreras de caballos) y eventos que son aleatorios (tal como loterías o máquinas tragaperras). El terapeuta entonces muestra que los eventos inherentemente impredecibles son esencialmente los mismos que los eventos aleatorios. Entonces la explicación del concepto de aleatoriedad sigue focalizándose sobre la mayoría de los eventos cruciales: cada elección es un evento independiente. Si cada evento es independiente, no puede haber influencia de un evento sobre el próximo y no hay predictibilidad entre eventos. Por lo tanto, desde el momento en que no es posible influenciar los eventos no puede haber estrategias para controlar el resultado del juego. El terapeuta se focalizará sobre las estrategias usadas por el jugador en su juego preferido y prestará atención a las estrategias específicas que implican una relación secuencial entre resultados o que las probabilidades de resultados específicos puedan ser alteradas. El terapeuta prestará atención a cualquier verbalización hecha por el jugador que sugiera la existencia de relaciones entre los resultados de los juegos. A menudo se graban las sesiones para captar y analizar todas las verbalizaciones de los pacientes que sugieren estos nexos entre los resultados de los juegos. Este material grabado es utilizado para incrementar la conciencia del paciente y más tarde corregir sus percepciones erróneas.

Otra manera útil para ver los nexos erróneos inferidos entre eventos es lanzando una moneda al aire por parte del paciente. Se le pide que prediga si el siguiente evento será

“cara” o “cruz” y que explique y justifique esta elección. Muchos dirán que su elección está basada sobre una probabilidad 50/50 de cada posible resultado, que es correcto. Este ejercicio se hace varias veces para demostrar que predecir cara o cruz es como un juego simple, y que todos los resultados de la tirada son independientes. Para demostrar la presencia de cogniciones erróneas durante una sesión de juego, el terapeuta escribe seis resultados consecutivos de caras y los tapa con un papel. De nuevo, se le pregunta al paciente que prediga el resultado de la siguiente tirada. Después de que ha hecho su elección, los seis resultados “previos” son revelados y se le pregunta si le gustaría cambiar su predicción antes de que la moneda sea tirada de nuevo. Cambien o no su predicción, los pacientes examinarán estas series de resultados. El terapeuta entonces señala el hecho de que aunque el jugador sabe que todo resultado de tirar una moneda es independiente él espontáneamente examinó los resultados previos incluso aunque ellos eran completamente irrelevantes. Este simple ejercicio conductual ha probado ser muy útil para demostrar al paciente como esta tendencia a unir eventos irrelevantes es muy poderosa (Ladouceur *et al.*, 1998).

La noción de aleatoriedad será explicada en detalle, ilustrada con ejemplos de los juegos en que participa. El error fundamental es la creencia de que la información puede ser utilizada para establecer nexos entre resultados y poder ser utilizada para obtener ganancias en las apuestas. Los jugadores erróneamente percibirán algunos elementos de habilidad, que si son usados adecuadamente, aumentarán su probabilidad de ganar. Esta ilusión de control explica que apuestan más dinero cuando llegan a estar familiarizados con un juego, y creen firmemente que han desarrollado algunas habilidades que pueden utilizar exitosamente.

Al jugador patológico se le pedirá entonces que identifique sus propias percepciones erróneas. Esto se hace con métodos tales como: pedirle que describa que se dice a si mismo cuando juega; simular un juego y que describa como hace para elegir sus apuestas; y, pedirle que imagine una sesión de juego y describa en voz alta lo que está pensando utilizando el “método de pensar en voz alta” (Gaboury y Ladouceur, 1989). Estas sesiones son habitualmente grabadas. Algunos ejemplos de cogniciones erróneas son: “Si pierdo cuatro veces en una fila, ganaré la próxima vez”, o, después de una o dos ganancias, “yo apuesto mejor en este juego, conozco cómo apostar”. Viene bien volver a mostrarle la grabación obtenida en la primera sesión de tratamiento para demostrarle sus falsas creencias sobre la noción de aleatoriedad. También se le pide que escuche la grabación en casa e identifique cada una de las percepciones erróneas o las afirmaciones irracionales. Es importante apuntar que el error cognitivo básico implica la unión de eventos independientes.

Finalmente, la última fase implica la corrección de las verbalizaciones inadecuadas y las falsas creencias. Los pacientes analizarán sus propias verbalizaciones cuando piensen sobre el juego, cuando tienen urgencia de jugar o cuando están jugando si no han sido capaces de parar. Los pacientes: *a)* identificarán las percepciones erróneas, *b)* evaluarán y pondrán a prueba la adecuación de estas percepciones, *c)* reemplazarán estas cogniciones inadecuadas por verbalizaciones adecuadas, y *d)* evaluarán la fuerza de su

creencia en las nuevas cogniciones. El registro de sus propias verbalizaciones durante una sesión de juego simulado puede ser utilizado durante esta fase pidiéndole que reformule las percepciones erróneas por una verbalización adecuada. En muchos jugadores patológicos el tratamiento puede ser ineficaz si no ha desarrollado una adecuada concepción de la noción de azar y pueda aplicar esta noción a su propia conducta. Si la ilusión de predictibilidad en los eventos de juego persiste, la recaída probablemente ocurrirá.

10.5.8. Entrenamiento en reducción de la ansiedad y del estrés

Uno de los problemas asociados en algunos jugadores patológicos es la ansiedad y el estrés. Por ello, es necesario evaluar esta problemática y aplicar técnicas para su control. Los programas específicos pretenden alterar la percepción del grado de amenaza que se le atribuye al estresor, su estilo de vida para reducir tanto la frecuencia como la severidad de los estresores externos y capacitarles para usar estrategias de afrontamiento activas que inhiban o reemplacen las respuestas de estrés incapacitantes.

Como técnica se puede utilizar cualquiera de las existentes para este problema, como por ejemplo, el entrenamiento en manejo del estrés y las técnicas de respiración, relajación, cognitivas, biblioterapia, cambio del estilo de vida, etc. En la práctica el entrenamiento en relajación es ampliamente utilizada junto a las de tipo cognitivo, para cambiar las creencias erróneas sobre las causas de la ansiedad o de los elementos estresantes. Cuando padece un trastorno de ansiedad específico (p. ej., ataques de pánico) es necesario aplicarle técnicas específicas para el mismo.

10.5.9. Entrenamiento en habilidades sociales

Cuando es necesario se les proporciona entrenamiento en habilidades sociales para mejorar su competencia social. Si carecen de habilidades interpersonales e intrapersonales adecuadas, de habilidades para controlar su estado emocional sin acudir a jugar y de habilidades para manejar su relación de pareja, con los hijos, en el trabajo, etc., este entrenamiento es imprescindible. El entrenamiento en habilidades sociales se convierte así en una parte importante del tratamiento. Además, con ello se conseguirá disponer de una estrategia de prevención de la recaída para el futuro. Las situaciones de recaída se dan cuando existe frustración e incapacidad de expresar ira, incapacidad de resistir la presión social, estado emocional negativo intrapersonal, incapacidad de resistir la tentación, entre otras.

La potencial relación entre las pobres habilidades sociales y las actividades de juego es discutida con el paciente. Es importante reconocer que los jugadores patológicos pueden necesitar más que las habituales habilidades sociales para afrontar sus conflictos

relacionales. Por ejemplo, algunos jugadores necesitan entrenamiento en asertividad para mejorar su habilidad para rechazar las invitaciones para jugar con sus amigos. El juego de roles puede ser utilizado para mejorar las habilidades de comunicación. Este entrenamiento se focaliza sobre las consecuencias negativas de jugar y cómo la carencia de adecuadas habilidades sociales es un factor que contribuye a ello.

10.5.10. Entrenamiento en autocontrol

Una de las estrategias en el tratamiento de los jugadores patológicos, tanto en un programa orientado a la abstinencia como al jugar controlado, es entrenarlos en técnicas de autocontrol. Esto puede hacerse una vez que la persona ha aceptado participar en un tratamiento orientado a la abstinencia, cuando tiene dificultades en conseguirla o cuando su objetivo es el juego controlado. En ocasiones el autocontrol se pone en marcha en la parte media del tratamiento cuando ya se han conseguido los objetivos mínimos para que mantenga la adherencia al tratamiento.

Con el autocontrol se enseña a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta en distintas situaciones, con el propósito de alcanzar las metas a largo plazo. Se le entrena en distintas técnicas para que no juegue, que aplace sus ganas de jugar o, en caso de que se produzca la conducta de juego, que lo haga de un modo poco problemático, y con la idea de poder llegar a conseguir la abstinencia total del mismo.

El terapeuta le ayuda a establecer condiciones favorables para el cambio, le entrena para conseguirlo y le refuerza por los avances conseguidos. También le entrena en la aplicación de autorrefuerzos, en buscar apoyo en otras personas para mantener las ganancias conseguidas y que las personas de su ambiente le refuercen su abstinencia. Existen una serie de técnicas que se utilizan sistemáticamente cuando se aplica un programa de autocontrol (Fernández-Alba y Labrador, 2002). Para el buen diseño del mismo hay que hacer una evaluación conductual del problema y adaptar el tratamiento a los avances que se van produciendo y a la consecución de los objetivos iniciales e intermedios. Las técnicas de autocontrol dan una gran importancia al mantenimiento de los cambios, especialmente a través de la utilización del autorrefuerzo, cuando la conducta la realiza en la dirección esperada, y el autocastigo, cuando se lleva a cabo la conducta indeseada. Finalmente, cada vez cobran más importancia los procedimientos cognitivos dentro del autocontrol, especialmente por las ideas, creencias, pensamientos o atribuciones erróneas que la persona tiene sobre su juego y el ambiente de juego, así como sobre el resultado del mismo.

En ocasiones, el juego controlado es la única alternativa terapéutica que tenemos, cuando el jugador no acepta la abstinencia (Dowling y Smith, 2007; Ladouceur, 2005). En este caso las técnicas de autocontrol cobran su máxima relevancia.

10.5.11. El tratamiento de los problemas de comorbilidad

Actualmente, es imprescindible tratar la comorbilidad asociada al juego patológico. No menos de un 25% de las personas jugadoras patológicas van a tener un problema de depresión mayor, el 40% han tenido episodios depresivos antes de acudir a tratamiento, y varios han intentado suicidarse (al menos el 5%). En relación con el trastorno bipolar, del 3 al 7% de los pacientes bipolares son también jugadores patológicos (Lorenzo, 2015). Esto les acarrea no ya problemas en el propio trastorno bipolar sino en la pérdida de dinero y otros problemas personales y familiares asociados.

El 25% de los jugadores patológicos abusan del alcohol o hay sospecha de alcoholismo; el 70-80% consumen tabaco y en cantidad importante; el consumo de cocaína puede llevar a una conducta de juego patológico; los consumidores de metadona en Estados Unidos tienen una alta prevalencia de juego patológico (Petry, 2005). Además, un 8-15% de los jugadores patológicos abusan de la cocaína; un 5-18% son dependientes de opiáceos, un 24% tienen problemas con el cannabis. Del 17 al 27% de los pacientes en la admisión a programas de mantenimiento con metadona son jugadores patológicos (Peles *et al.*, 2010).

Los trastornos de ansiedad son frecuentes en ellos (p. ej., en mujeres y con mayor consumo de ansiolíticos), los trastornos psicósomáticos (cefaleas, migrañas, trastornos del aparato digestivo, alteraciones del ciclo sueño-vigilia). También problemas de pareja, con los padres o hijos, separación o divorcio; conflictos y problemas con los amigos (por las deudas), y sufren síntomas de abstinencia del juego (insomnio, cefaleas, trastornos digestivos o diarrea, pérdida de apetito, palpitaciones, irritabilidad, calambres, dificultades para respirar, sudoración, etc.). Los trastornos de personalidad son frecuentes, como el antisocial, el narcisista y el límite.

Cuando se detectan los anteriores, se abordarán con intervenciones específicas de tipo cognitivo-conductual para cada uno de los trastornos y adaptadas a las necesidades específicas del paciente.

10.5.12. El tratamiento de los problemas maritales y familiares

Las consecuencias del juego excesivo inciden de modo acusado no solo en la vida de la persona sino también en su familia o pareja. Esta es una de las áreas más afectadas, encontrándose en ocasiones sus personas más queridas “presas” de su proceso adictivo. Si este se ha mantenido en el tiempo ellos han sufrido directamente el desapego, el deterioro físico, los problemas con sus amigos, con la justicia, etc., de ese miembro de la familia o pareja.

Una vez que ha entrado en tratamiento, es necesario intervenir en la pareja, si es el caso, con terapia de pareja (Becoña, 1996; Blaszczynski, 1998). Y, si la familia nuclear o más extensa es la afectada, mediante terapia familiar. La terapia de pareja es un tipo de terapia específica que pretende mejorar la comunicación entre ambos, conseguir un

incremento en el intercambio de refuerzos entre los dos miembros de la pareja y solucionar entre ellos los problemas que les vayan surgiendo, entrenándoles en técnicas de solución de problemas. También es necesario entrenarlos en aquellos otros aspectos que les inciden en dicha relación (p. ej., manejo de los hijos, problemas sexuales de uno de los miembros, etc.).

La terapia familiar tiene su aplicación cuando hay una afectación de toda la familia ante un miembro problema (el jugador patológico) y por las relaciones peculiares que se establecen entre el adicto y uno o más miembros de la familia. La terapia familiar suele partir mayoritariamente del concepto de sistema, entendiendo que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de otros miembros de la familia. Esto es, la conducta de un miembro no se puede entender aislada de la de los demás. Cada familia desarrolla patrones de comunicación y secuencias de conductas para mantener el equilibrio entre sus miembros. La terapia familiar conductual lo que va a hacer es entrenar a los miembros de la familia en técnicas de manejo de contingencias (p. ej., contratos conductuales), entrenamiento en habilidades de solución de problemas y de comunicación, intercambio de conductas, observación de la propia conducta y la de los demás, intercambio de refuerzos entre los distintos miembros de la familia, cambio de expectativas y atribuciones negativas, reducir los estados emocionales negativos (Mladenovic *et al.*, 2015). Cuando el jugador consigue la abstinencia, hay que estar atento a posibles cambios en la estructura relacional de la familia que puede facilitar la recaída del mismo.

10.5.13. Prevención de la recaída

Tener un episodio de juego después de dejarlo no tiene porque representar una recaída, puede ser solo una caída o un desliz puntual. La descripción de la prevención de la recaída puede verse en el [capítulo 4](#).

10.5.14. Cambio hacia un estilo de vida saludable

Un paso de enorme importancia para que la persona mantenga su abstinencia del juego y no tenga problemas con el mismo en el futuro es que adquiera un estilo de vida que sea incompatible con el juego. En este caso, al ser una conducta social que está muy extendida, este aspecto es de una gran relevancia. De ahí que reorganizar su ambiente sin jugar es un aspecto central. Le pueden ayudar las personas cercanas, pareja y familia, pero también sus amigos y conocidos. Y, si no le ayudan, es necesario que reorganice su ambiente para que en él no esté presente el juego o lo esté en el menor grado posible. Es decir, tiene que llevar a cabo una vida en donde el juego le sea incompatible o difícil de realizar.

Cuadro 10.3. *Protocolo de tratamiento para el juego patológico*

<i>Sesión</i>	<i>Técnicas básicas</i>	<i>Técnicas complementarias (de ser necesarias)</i>
1 a 2	<ul style="list-style-type: none"> – Objetivos a conseguir en el tratamiento. – Incremento de la motivación para el cambio. – Autorregistro de la conducta de juego. – Control de estímulos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Abordar la comorbilidad si su gravedad lo exige.
3 a 4	<ul style="list-style-type: none"> – Control de estímulos. – Exposición y prevención de la respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> – Seguir con el abordaje de los problemas de comorbilidad, si es necesario. – Abordaje de los problemas maritales y familiares. – Cambio de estilo de vida.
5 a 6	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Terapia cognitiva: cambio de las creencias erróneas. – Entrenamiento en autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores para los problemas de la persona. – Abordaje de los problemas legales y laborales.
7 a 8	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Entrenamiento en solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores para los problemas de la persona. – Tratar los problemas de comorbilidad.
9 a 10	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Entrenamiento en reducción de la ansiedad y del estrés. – Entrenamiento en habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores para los problemas de la persona. – Tratar los problemas de comorbilidad.
11 a 12	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores. – Prevención de la recaída y afrontamiento para futuras situaciones de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Continuar con las técnicas anteriores para los problemas de la persona. – Tratar los problemas de comorbilidad.
Seguimiento*	<ul style="list-style-type: none"> – Fase de mantenimiento y seguimiento. – Centrarse en las tentaciones, urgencias y la puesta en práctica de las estrategias de prevención de la recaída. 	<ul style="list-style-type: none"> – Búsqueda de apoyo en su medio. – Continuar con el cambio del estilo de vida. – Que siga aplicando las estrategias de prevención de la recaída.

*Sesiones de mantenimiento de al menos 6 meses.

Referencias bibliográficas

Con el propósito de poner en práctica unos principios ecológicos, económicos y prácticos, el listado completo y actualizado de las fuentes bibliográficas empleadas por el autor en este libro se encuentra disponible en la página web de la editorial: www.sintesis.com.

Las personas interesadas se lo pueden descargar y utilizar como más les convenga: conservar, imprimir, utilizar en sus trabajos, etc.

- Abrams, D. B. *et al.* (2003). *The tobacco dependence treatment handbook. A guide to best practices*. Nueva York: Guildford.
- Beck, A. T., Wright, F. O., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2007). *Programa para dejar de fumar*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E. (Ed.) (2010). *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E., Rodríguez, A., y Salazar, I. (Coords.) (1994-1999). *Drogodependencias. 5 volúmenes*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. *et al.* (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. *et al.* (2011). *Manual de adicciones para psicólogos internos residentes en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: Neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A. *et al.* (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Carroll, K. M. (1998). *A Cognitive-Behavioural Approach: Treating cocaine addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Casas, M. y Gossop, M. (Coords.) (1993). *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Castle, D., Murray, R. M. y D'Souza, C. (Eds.) (2012). *Marijuana and madness* (2ª ed.). Nueva York: Cambridge University Press.
- CSAT (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Rockville: USDHHS, Center for Substance Abuse Treatment.
- Davoli, M. (Ed.) (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Dodgen, C. E. (2005). *Nicotine dependence*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Echeburúa, E. (2001). *Abuso del alcohol*. Madrid: Síntesis.
- Echeburúa, E., Becoña, E. y Labrador, F. J. (Eds.) (2010). *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Edwards, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional*. México: Trillas.
- Fernández-Alba, A. y Labrador, F. J. (2002). *Juego patológico*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Hermida, J. R. (Coord.). *Manual SET de alcoholismo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Fiore, M. C., et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville: USDHHS, Public Health Service.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Madrid: Ariel.
- Graña, J. L. (Ed.) (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Hart, C. L. y Ksir, C. (2011). *Drugs, society & human behavior*. Nueva York: McGraw Hill.
- Heather, N. y Stockwell, T. (Eds.) (2004). *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems*. Chichester: Wiley.
- Hester, R. K. y Miller, W. R. (Eds.) (2003). *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (3^a ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Junta de Andalucía (2004). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C. y Doucet, C. (1998). *Understanding and treating the pathological gambler*. Chichester: Wiley.
- Leukefeld, C. G., Gullotta, T. P. y Staton-Tindall, M. (Eds.) (2009). *Adolescent substance abuse. Evidence-based approaches to prevention and treatment*. Nueva York: Springer.
- Leventhal, C. F. (2014). *Drugs, behavior, and modern society* (8^a ed.). Upper Saddle River: Pearson.
- Lorenzo, M. C. (2015). *Trastorno bipolar*. Madrid: Síntesis.
- Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (Eds.) (2005). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. (2^a ed.). Nueva York: Guildford Press.
- Martínez, J. M. y Verdejo, A. (2014). *Drogodependientes con trastornos de personalidad. Guía de intervenciones psicológicas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Miller, W. R., Forcehines, A. A. y Zweben, A. (2011). *Treating addiction. A guide to professionals*. Nueva York: Guildford Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La Entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Monti, P. M. et al. (2002). *Treating alcohol dependence. A coping skills training guide* (2^a ed.). Nueva York: Guildford Press.
- NICE (2008). *Drug misuse. Psychosocial interventions*. London: British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist.
- NICE (2011). *Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Pérez, J. C. et al. (Eds.) (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling. Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rödner, S., Olsson, B. y Room, R. (Eds.) (2008). *A cannabis reader: Global issues and local experiences*. Lisboa: EMCDDA.
- Roffman, R. A y Stephens, R. S. (Eds.) (2006). *Cannabis dependence. It's nature, consequences and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sobell, M.B. y Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers. Guided self-change treatment*. New York: Guildford Press.
- Sampl, S. y Kadden, R. (2001). *Motivational enhancement therapy and cognitive behavioural therapy (MET-CBT-5) for adolescent cannabis users*. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment.

- Schuckit, M. A. (2010). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (6^a ed.). Nueva York: Plenum Press.
- Steinberg, K. L. *et al.* (2005). *Brief counseling for marijuana dependence: A manual for treating adults*. Rockville: US Department of Health and Human Services, CSAT.
- Scheierm L. M. (Ed.) (2010). *Handbook of drug use etiology. Theory, methods and empirical findings*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Sussman, S. y Ames, S. L. (2008). *Drug abuse. Concepts, prevention, and cessation*. Nueva York: Cambridge University Press.
- USDHHS (2014). *The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Velásquez, E., Olaya, A., Castaño, G. y Castro, S. (Eds.) (2013). *Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención*. Medellín: CIB Fondo Editorial.

Índice

Portada	4
Página de derechos de autor	5
Índice	6
Prólogo	13
1. Los trastornos adictivos	15
1.1. Introducción	15
1.2. Epidemiología	18
1.3. ¿Por qué las personas consumen drogas?	23
1.4. Tipos de trastornos adictivos	26
1.5. Otros conceptos importantes	36
1.6. Curso	40
2. Clasificación de los trastornos adictivos	42
2.1. Los trastornos adictivos para el CIE-10	42
2.2. Los trastornos adictivos para el DSM-5	43
2.3. Características de los distintos trastornos adictivos	47
2.4. Los trastornos inducidos por sustancias	66
3. Evaluación de los trastornos adictivos	68
3.1. Introducción	68
3.2. Evaluación de los trastornos mentales y del comportamiento	70
3.3. Evaluación de la personalidad y los trastornos de personalidad	72
3.4. Evaluación neuropsicológica	73
3.5. Evaluación de los estadios de cambio	74
3.6. Evaluación del estado físico	74
3.7. Evaluación de la dependencia de las distintas sustancias	74
4. Tratamiento psicológico de las adicciones. Modelo general de tratamiento	89
4.1. Objetivos a conseguir en el tratamiento de una conducta adictiva	89
4.2. Meta terapéutica: abstinencia, autocontrol, reducción de daños o programas sustitutivos	91
4.3. El proceso de tratamiento de las adicciones: modelo general	92
4.4. Otras cuestiones relevantes relacionadas con el tratamiento	121
5. Tratamiento de la dependencia del alcohol	124

5.1. Introducción	124
5.2. Evaluación y análisis funcional	125
5.3. Tratamiento psicológico para el trastorno por consumo de alcohol	129
5.4. Descripción de los principales programas de tratamiento	132
5.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual	138
6. Tratamiento de la dependencia del tabaco	153
6.1. Introducción	153
6.2. Evaluación	154
6.3. Tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco	155
6.4. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual: el programa para dejar de fumar	162
7. Tratamiento de la dependencia del cannabis	172
7.1. Introducción	172
7.2. Evaluación	173
7.3. Tratamiento psicológico de la dependencia del cannabis	176
7.4. Descripción de los principales programas de tratamiento	180
7.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual	185
8. Tratamiento de la dependencia de la cocaína	202
8.1. Introducción	202
8.2. Evaluación	203
8.3. Tratamiento psicológico para el trastorno por consumo de cocaína	204
8.4. Descripción de los principales tratamientos	206
8.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual	209
9. Tratamiento de la dependencia de la heroína	229
9.1. Introducción	229
9.2. Evaluación	231
9.3. Fases del tratamiento	231
9.4. Tipos de abordajes terapéuticos	233
9.5. Tratamiento psicológico de la dependencia de la heroína	242
9.6. Protocolo de tratamiento psicológico para la dependencia de la heroína	243
10. Tratamiento del juego patológico	251
10.1. Introducción	251
10.2. Evaluación y análisis funcional	254
10.3. Tratamiento psicológico del juego patológico	255
10.4. Tipos de tratamiento en el juego patológico	256

10.5. Protocolo de tratamiento cognitivo-conductual	259
Referencias bibliográficas	272