



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Terapias Cognitivo Conductuales en el Tratamiento
de la Adicción a Sustancias Psicoactivas**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A
Cinthia Fabiola Santos Rodríguez

Director: Lic. Marco Vinicio Velasco del Valle

Dictaminadores: Lic. José Esteban Vaquero Cazares

Lic. María Salome Ángeles Escamilla



Los Reyes Iztacala, Edo. México, 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción.

1. La Adicción

1.1. Breve reseña del histórica de la Adicción

1.2. Definición de Adicción

1.3. Características de la conducta adictiva

1.4. Uso, abuso y dependencia

2. Etiología de la Adicción

2.1. Desarrollo de la dependencia a las sustancias psicoactivas

2.2. Etiología de la conducta de consumo

2.3. Factores Sociales

2.3.1. Factores familiares

2.3.2. Factores comunitarios

2.3.3. Factores de los compañeros e iguales

2.3.4. Factores escolares

2.4. Factores Individuales

2.4.1. Factores biológicos

2.4.2. Factores psicológicos y conductuales

2.4.3. Rasgos de personalidad

3. Terapias cognitivo conductuales en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas

3.1. Principios de la terapia cognitivo conductual

3.1.1. Patología o afrontamiento

3.1.2. Cambio en lugar de curación

3.2. Fundamentos psicológicos del tratamiento de los trastornos por abuso y dependencia de sustancias

3.2.1. La centralidad del tratamiento psicológico

3.2.2. Motivación y tratamiento psicológico

3.2.3. Variabilidad psicológica y tratamiento de las adicciones

3.2.4. Tratamiento psicológico y recaídas

3.3. Terapias cognitivo conductuales

3.3.1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

3.3.2. Prevención de recaídas

3.3.3. Manejo de contingencias

3.3.4. Terapia cognitiva

3.3.5. Terapia de exposición de señales

3.3.6. Programas de reforzamiento comunitario

3.3.7. Terapia conductual familiar y de pareja

Conclusiones

Referencias bibliográficas

INTRODUCCIÓN

La definición de adicción propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de manera concisa, es: una enfermedad mental crónica, en que intervienen múltiples factores; entre ellos se identifican los hereditarios, individuales, familiares y sociales (Secretaría de Salud, 2005). Así mismo, en 2012 la ASAM (American Society of Addiction Medicine) define la adicción como una enfermedad del cerebro, primaria y crónica, que involucra las estructuras de recompensa, motivación, memoria y los circuitos neuronales relacionados. La disfunción de esos circuitos lleva a manifestaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Esto se refleja en una búsqueda patológica de la recompensa y/o alivio a través del uso de una sustancia u otras conductas.

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre, en donde antes sólo se delimitaba al consumo de sustancias extraídas de plantas naturales, para después pasar a derivados industriales y químicos. Ahora hay otras adicciones, a las que se les denomina comportamentales, sin sustancia, como resultado de nuestra sociedad tecnológica, como la adicción a Internet, al juego de azar, al teléfono móvil, al sexo, a las compras, y a un amplio listado de conductas que pueden llegar a ser adictivas. Por ello, en los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que, ingeridas por un individuo, tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años se observó que también existían conductas, que sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que tenían las dependencias a las sustancias psicoactivas. En lo anterior, cuando hablamos de las adicciones comportamentales, con sustituir “sustancia” por “conducta” tendremos un cuadro bastante claro de qué es una conducta adictiva, aunque sí es cierto que hay variaciones de unas a otras.

Este trabajo se enfoca en específico a la adicción a sustancias psicoactivas, legales e ilegales, siendo esta la línea principal en cuestión de las diferentes terapias utilizadas para el tratamiento de las adicciones de consumo.

El empleo de sustancias psicoactivas constituye una práctica cultural que existe prácticamente desde el inicio de los tiempos y que está profunda, y muchas veces, indisolublemente ligada a la comprensión del hombre y de la vida. La forma en que las sociedades emplean las distintas drogas, las finalidades con las que lo hacen (por ejemplo, lúdica, médico-curativa o mágico religiosa) y las actitudes de sus miembros hacia ellas, constituyen indicadores de su evolución, ayudándonos a comprender su dinámica hoy en día en nuestra sociedad (Belsasso, Guido, 2002).

En cuanto a factores herencia o genéticos, los estudios epidemiológicos han indicado que la adicción al abuso de sustancias es una conducta altamente heredable. Se ha propuesto la existencia de un riesgo genético de entre 40 a 60% en la adquisición de las adicciones (Matus et al, 2012). Nuestros genes pueden hacernos vulnerables al consumo de drogas. Adicionalmente, hay que considerar que nuestro material genético responde a los estímulos ambientales (epigénesis), de tal forma que condiciones ambientales inadecuadas, pobre cuidado maternal, puede cambiar nuestra conducta (baja respuesta al estrés) y tornarnos vulnerables a la adicción (Ruiz et al, 2010).

La Organización de la Naciones Unidas (ONU) estima que unos 230 millones de personas, o el 0,5% de la población adulta a nivel mundial, consumieron alguna sustancia ilícita por lo menos una vez en 2010, mientras que en México en 2008 el índice para la población de 12 a 65 años, en el año previo al levantamiento de los datos fue de 1.6 %, lo que ubica a México en el contexto internacional, como uno de los países con bajo nivel de consumo, pero que a su vez, reporta incremento del problema si se analizan las tendencias nacionales más recientes. De acuerdo con el Informe Mundial de Drogas 2012, el incremento total de consumidores en países en desarrollo como México, tiene varias explicaciones; crecimiento demográfico,

especialmente de su población joven y a la rápida tasa de urbanización, el cierre de brecha entre el consumo de hombres y mujeres, como consecuencia de la desaparición de las barreras socioculturales e igualdad de género (Villatoro et al, 2012, p. 448). Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 muestran que la prevalencia alguna vez en la vida para el consumo de cualquier sustancia ilegal tuvo un crecimiento estadísticamente significativo entre 2002 y 2011. En el primer caso, la prevalencia paso de 5.0 % a 7.8%, y en el segundo, de 4.1 % a 7.2% (Villatoro et al, 2012, p. 450). Las diferencias de sexo en este mismo periodo indican que, en los hombres, el consumo de cualquier droga paso de 8.6% a 13%. En las mujeres, la prevalencia de cualquier sustancia paso de 2.1% a 3.0%. Las sustancias de preferencia siguen siendo la mariguana 6.0%, y la cocaína 3.3%. La prevalencia más altas de consumo se encuentran en el grupo de 18 a 34 años de edad, con un crecimiento importante de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia de cualquier droga paso de 6.5 % de 2002 a 11.3 % en 2011(Villatoro et al, 2012, p. 451).

El consumo de sustancias es un fenómeno universal que está afectando a numerosos individuos, que las utilizan en algún momento de su vida. Sin embargo, el paso del uso a la dependencia de las drogas no es un proceso inmediato, sino que supone un proceso más complejo, que pasa por distintas etapas: 1) fase previa o de predisposición, 2) fase de conocimiento, 3) fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias, 4) fase de consolidación, 5) abandono o mantenimiento y 6) una posible fase de recaída (Becoña, 2002).

Dentro de los motivos que pueden incidir en que un individuo pase del uso al abuso se encuentran los factores de riesgos sociales e individuales; siendo los primeros la familia, escuela, amistades, etc. De los factores de riesgo individual podemos distinguir los biológicos, los conductuales y los rasgos de personalidad.

A la Psicología, como ciencia que estudia el comportamiento humano, para comprender sus actos y conducta observable, sus procesos mentales (cogniciones,

sensaciones, memoria, motivación) y todos aquellos procesos que permiten explicar la conducta en contextos concretos, le corresponde un papel importante en la comprensión del fenómeno del consumo de sustancias, así como en elaboración de programas de tratamiento y prevención, más eficaces y eficientes.

En torno a la adicción, existen diversas formas de psicoterapia que se basan en diferentes marcos teóricos, a los que comúnmente se les denomina enfoques o modelos. Básicamente, se han reconocido cinco grandes grupos, clasificados en función de su aparición en la historia de la psicoterapia como modernos (psicoanálisis y sus derivaciones psicodinámicas, el conductismo, cognitivismo y el humanista) y post-modernos (modelos construccionistas y constructivistas). El NIDA (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de EE.UU.) ha recogido y descrito en una guía (NIDA, 1999; 2009a; 2009b) un conjunto de intervenciones que en ese país han sido corrientemente utilizadas y “positivístamente” probadas. “Son todas las que están, pero no están todas las que son” ya que como se indica en la propia guía (NIDA, 1999; 2009a), son tratamientos que han sido desarrollados y examinados para medir su eficacia a través de investigaciones apoyadas por esta institución.

Por otro lado, la revisión realizada por Secades-Villa y Fernández-Hermida (2001; 2003) sobre los tratamientos empíricamente validados en adicciones, presentan las conclusiones, donde se muestra qué intervención terapéutica ha mostrado su eficacia mediante criterios científicos. Puede apreciarse que prácticamente todas las intervenciones psicológicas se hallan encuadradas bajo el enfoque cognitivo conductual, no reconociéndose como “eficaces” otras modalidades de intervención o técnicas adscritas a otros modelos psicoterapéuticos. No obstante, en la revisión de estos autores también se matiza que, si bien las técnicas conductuales son las que han mostrado empíricamente una mayor eficacia en el tratamiento de los trastornos adictivos, estas técnicas muestran mejores resultados cuando no son utilizadas de forma aislada, sino dentro de programas multidisciplinarios. Los datos que arrojan estas revisiones son

alentadores para el enfoque cognitivo conductual, ya que le destacan respecto a otros enfoques psicoterapéuticos, y suponen un referente importantes para las instituciones de la salud.

El objetivo de la presente tesina es describir las características y motivos que pueden generar la adicción, así como los supuestos teóricos de la terapia cognitivo-conductual, y las principales técnicas de intervención utilizadas en la terapia para tratar las adicciones.

El trabajo consta de tres capítulos: en el primero se describe brevemente la historia del consumo de sustancias y definición de la adicción, en el segundo la etiología de la adicción y en el tercero se describen las diferentes terapias cognitivo conductuales más usadas en el tratamiento de las adicciones hoy en día.

1

LA ADICCIÓN

1.1 Breve reseña histórica de la Adicción.

La curiosidad caracteriza al ser humano, el cual siempre ha explorado el mundo que le rodea e inquirido el porqué de lo que en él sucede. Por ello empezó a probar vegetales, animales, minerales, sustancias y sus derivados, pronto pudo apreciar que alguna de ellas le provocan efectos y sensaciones placenteras, las cuales le impulsan a repetir la sensación de la experiencia. Por lo cual desde las más tempranas épocas de la humanidad el uso de sustancias ha sido modulado de diferentes formas de consumo y ha desempeñado distintas funciones así como los grados de permisividad social hacia estas sustancias que han acompañado al hombre en su íntima existencia (Tapía Conyer, 2001).

El uso de sustancias se documenta ya en escritos romanos y griegos. La mayor parte se empleó tanto para producir efectos de bienestar como para el tratamiento de las enfermedades. El desarrollo de nuevas técnicas en la elaboración o en procesos de refinamiento llevó a la industrialización de variados compuestos y a su consumo masivo por el ser humano. El abuso de sustancias adictivas no se hizo común hasta épocas más recientes; en gran medida debido al tráfico intenso para el consumo en todo el mundo. Los griegos y los romanos ya conocían sus aspectos benéficos y recurrían sobre todo al alcohol, dado que el opio, a pesar de conocer sus efectos, sólo lo aplicaron con fines curativos. Los conceptos de abuso y dependencia no se mencionaban aún en esa época, el uso del cannabis, sólo fue propiciado entre los asirios, así mismo el uso de la hoja de coca en los países andinos (Belsasso y Guido, 2002). Cabe mencionar que en el renacimiento ya se tenía estigmatizadas a las personas que bebían excesivamente alcohol o como ellos los llamaban “borrachos” se les clasificaba como “locos” o personas que presentaban “locura”, para uno o dos siglos después ser encerrados en hospitales (Focoult, 1986), siendo una referencia clara de la clasificación que empezaba a

tener desde siglos atrás los enfermos de adicción a sustancias antes que la OMS la definiera como enfermedad.

1.2. Definición de Adicción

La palabra **adicto** proviene del latín *adictus*, en el antiguo derecho romano, *addictus* es el deudor insolvente, que ha sido atribuido a su acreedor, se libera mediante el pago, de lo contrario podía ser muerto o vendido como esclavo. Entendiéndose entonces como **adicto igual a esclavo**.

Los antecedentes sobre la adicción o problemas de consumos de sustancias datan desde el 430 a. de C. con Critias donde describe los efectos de la embriaguez etílica, después es hasta 1849 con Magnus Huss que se introduce el término alcoholismo, para posteriormente en 1935 nacer “Alcohólicos Anónimos” como respuesta a un problema que ellos llaman alcoholismo y es visto como una perversa “*enfermedad del alma*”. Es en 1951 por primera vez que la OMS hace su primer reporte sobre la ingestión desmedida, luego en 1952 se hace el segundo reporte sobre ingestión desmedida que afecta la salud mental y física. En 1960 el Dr. Jellineck introduce el concepto de enfermedad y explica en su tabla de la alcoholemia y las diferentes etapas que presenta el alcohólico. Para en 1974 introduce la OMS el término de dependencia, donde hay una evolución en el concepto y de ser una culpa o un estigma derivado en degenerados, viciosos o inmorales a ser **definido como una “enfermedad”**.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hoy define la adicción como un estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento debido a un impulso irreprimito por consumir un fármaco de abuso, en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos.

El NIDA (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas) explica que la adicción es una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda

y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas (NIDA, 2008, Pág. 5)

La Asociación Americana de Medicina de la Adicción (ASAM) en 2012 precisa a la Adicción como: “Una enfermedad del cerebro primaria, crónica, que involucra las estructuras de recompensa, motivación, memoria y los circuitos neuronales relacionados. La disfunción de esos circuitos lleva a manifestaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales características. Esto se refleja en una búsqueda patológica de la recompensa y/o alivio a través del uso de una sustancia u otras conductas.”(ASAM, 2012, Pág.1)

La adicción se caracteriza por la incapacidad para la abstinencia permanente, discapacidad en el control de la conducta, deseo imperioso de consumo, disminución del reconocimiento de los problemas significativos causados por la propia conducta y en las relaciones interpersonales así como una respuesta emocional disfuncional. Al igual que otras enfermedades crónicas, la adicción involucra ciclos de recaída y remisión. Sin tratamiento o compromiso en las actividades de recuperación, la adicción es progresiva y puede resultar en discapacidad o muerte prematura. (ASAM, 2012, Pág.1)

1. 3. Características de la conducta adictiva

A pesar de que hay criterios específicos para distintos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas, cuando hablamos de adicción partimos siempre de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además en las adicciones, sean con o sin sustancia, se dan los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia principalmente.

Para el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) la dependencia de una sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los síntomas, durante un período continuado de 12 meses. Cuando hablamos de las adicciones comportamentales, con sustituir “sustancia” por “conducta” tendremos un cuadro bastante claro de qué es una conducta adictiva, aunque sí es cierto que hay variaciones de unas a otras. En función de estos criterios podemos ver si las distintas conductas adictivas los cumplen, tanto las que están producidas por una sustancia química como las que no están producidas por ella.

El primer aspecto que está presente en todas las conductas adictivas es la compulsión o pérdida de control, característica principal de este problema.

El segundo aspecto son los síntomas de abstinencia que produce la no realización de la conducta adictiva voluntariamente o porque le impiden hacerla al individuo. Por síndrome de abstinencia se entiende (Becoña, 2008), referido a las sustancias psicoactivas, que es un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción a través de la administración de un antagonista específico, denominándose en este caso al síndrome de abstinencia con el apelativo de síndrome de abstinencia precipitado. Lo mismo es aplicable a todas las conductas adictivas sin base química, como así se ha encontrado en distintos estudios sobre ellas (Echeburúa, 1999).

El tercer aspecto es el de tolerancia, consiste en el proceso por el que la persona que consume una sustancia y tiene la necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio. En las conductas adictivas se aprecia que conforme la persona lleva a cabo esa conducta, precisa incrementar la cantidad de tiempo y esfuerzo dedicado a la misma

para poder conseguir el mismo efecto. Junto a la tolerancia farmacológica es importante considerar la tolerancia conductual y la tolerancia cruzada. La tolerancia conductual (o condicionada) se refiere al efecto que tiene la sustancia en el individuo como consecuencia del aprendizaje o de los estímulos ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la droga. En ello influyen además las expectativas o el estado de ánimo, que pueden cambiar la intensidad de los efectos. La tolerancia cruzada atañe a la disminución del efecto de una determinada dosis de sustancia psicoactiva como consecuencia del consumo continuado de otra sustancia (ej., alcohol y barbitúricos). Junto al concepto de tolerancia suele hablarse de neuroadaptación, entendiendo por tal el proceso por el que la acción repetida de una sustancia psicoactiva sobre las células neuronales provoca en éstas una serie de cambios destinados a recuperar el nivel de funcionamiento previo cuando no había la sustancia. Funcionaría como un mecanismo homeostático; de ahí que cuando se deja de consumir la sustancia se produce el síndrome de abstinencia (Pereiro, 2005).

El cuarto aspecto es el de intoxicación, que se produce en todas las sustancias químicas, o la cuasi-disociación, estado este último que se encuentra tanto en las sustancias químicas como en las conductas que producen adicción. En este estado la persona parece que se encuentra fuera de sí, como si fuese otra (Jacobs, 1989).

El quinto aspecto que consideramos significativo, se refiere a que el individuo con una adicción padece graves problemas en la esfera física, en la esfera personal, familiar, laboral y social. Estos problemas, en mayor o menor grado, están presentes en todas las conductas adictivas. Junto a lo anterior no debemos dejar de apuntar otros dos hechos. El primero, que habitualmente no va sola una conducta adictiva, sino que suelen estar presentes varias al mismo tiempo en un mismo individuo. El fenómeno de la politoxicomanía, tan frecuente en la dependencia (también conocida como polidependencia o poliadicción), indica que no se da una sola conducta adictiva sino varias al mismo tiempo.

También, fruto de lo anterior, o en interacción con las conductas adictivas, suele encontrarse frecuentemente, al menos en las personas dependientes, la presencia de patología orgánica, psicológica y psiquiátrica, llamada hoy día como enfermedad dual o comorbilidad.

1.4. Uso, Abuso y Dependencia.

Por uso de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se utiliza una droga de forma esporádica. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La dependencia surge con el uso 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 uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana.

Por dependencia, o síndrome de dependencia, según la CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión) se entiende: un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual 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 más rápida de los síntomas de la dependencia, en comparación con lo que sucede en individuos no dependientes.

Según la CIE-10, el diagnóstico de dependencia de una droga, sólo debe hacerse si durante algún momento de los últimos doce meses, o de un modo continuo, han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos: a) deseo

intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia; b) disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida; c) síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese; d) tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originariamente producían dosis más bajas; e) abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos; y, f) persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales a nivel de salud física (ej., cirrosis hepática), salud mental (ej., depresión), deterioro cognitivo, etc.

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 Organización Mundial de la Salud, como otros autores relevantes, han diferenciado siempre 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 se 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, entendiendo por el mismo la tendencia que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la usan. Así, 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, excepto en raras excepciones. En cambio la mayor parte de los consumidores de alcohol son bebedores sociales, que pueden controlar sin problemas su consumo y no beber nada durante días o semanas.

Después de describir el concepto de adicción, sus características y su clasificación, en el siguiente capítulo examinaremos a detalle los factores que favorecen a que el consumo de un individuo evolucione de uso, abuso y posteriormente a dependencia. Entre los elementos que inciden son los sociales, biológicos e individuales.

2

ETIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN

2.1 Desarrollo de la dependencia a sustancias psicoactivas.

El consumo de sustancias es un fenómeno universal a todas las culturas, y que afecta a numerosos individuos, que las utilizan en algún momento de su vida. Sin embargo, el paso del uso a la dependencia de las drogas no es un proceso inmediato, sino que supone un proceso más complejo, que pasa por distintas etapas: 1) fase previa o de predisposición, 2) fase de conocimiento, 3) fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias, 4) fase de consolidación, 5) abandono o mantenimiento y 6) una posible fase de recaída (Becoña, 2002).

La fase previa o de predisposición hace referencia a una serie de factores de riesgo y protección que aumentan o disminuyen la probabilidad de consumo de sustancias, y que podemos clasificar en biológicos, psicológicos y socioculturales.

La fase de conocimiento, que está íntimamente vinculada a la disponibilidad de la sustancia en el entorno del individuo, consiste en el conocimiento de la misma, así como de sus efectos psicoactivos, tanto de forma activa como pasiva.

Tras el conocimiento puede tener lugar la experimentación e inicio al consumo de sustancias, o bien que el sujeto continúe sin consumir. La elección de una u otra opción está relacionada con una serie de factores de riesgo y protección (constitucionales, familiares, emocionales e interpersonales, e intelectuales y académicos) ligados a la adolescencia y a la adultez temprana, que suele ser la etapa del desarrollo en que se inicia el consumo de sustancias (CONADIC, 2008).

La fase de consolidación es el período en que se da un paso del uso al abuso y a la dependencia, lo que dependerá fundamentalmente de las consecuencias positivas y negativas asociadas al consumo, y que estarán relacionadas con sus

iguales, con su familia y con la propia persona. Es, además, en esta fase donde puede producirse un aumento del consumo y la transición a otro tipo de sustancias más peligrosas. Cuando la dependencia se mantiene en el tiempo podemos hablar de una adicción consolidada.

La fase de abandono o mantenimiento requiere una conciencia del individuo de que las consecuencias negativas del consumo son más importantes que las positivas, pudiendo producirse aquella por causas externas, como la presión del entorno (familiar, pareja, legal, sanitario), o internas. Es en esta fase donde los distintos tratamientos para el abandono del consumo cobran una especial importancia en la adquisición y mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

Por último, existe una fase de recaída, muy habitual en el proceso de abandono de las sustancias, y que puede producirse incluso años después del último consumo.

2.2 Etiología de la conducta de consumo

En cuanto a la etiología de la conducta de consumo, existen una gran variedad de modelos y teorías para explicar los procesos de adquisición, mantenimiento y abandono del consumo de sustancias psicoactivas. La mayoría presentan explicaciones parciales, centrándose en un factor considerado predominante, ya sea de carácter fisiológico, psicológico o social.

Así, las teorías biológicas incluyen aspectos genéticos y neurobiológicos y atribuyen la adicción a una vulnerabilidad biológica. Las teorías sociales hacen referencia a la disponibilidad de las sustancias y a aspectos culturales y económicos, y las teorías psicológicas hacen referencia a teorías de la personalidad y del aprendizaje.

Pero el desarrollo, el mantenimiento y el abandono de una conducta adictiva vienen determinados por la interacción de varios factores que contribuyen en diferentes grados en el resultado final. Las teorías biológicas, las socio-culturales y las de personalidad son las que han puesto mayor hincapié en las explicaciones sobre el desarrollo inicial de la conducta adictiva que se produce en la etapa de la adolescencia, igual que las teorías sociales se han centrado en la explicación de la transición del uso al abuso e incluso el abandono del consumo en los jóvenes.

Dentro de las teorías del aprendizaje, existen diferentes puntos de atención, siendo el condicionamiento operante, en concreto el reforzamiento positivo, el que se ha propuesto como explicación del inicio de la conducta o la teoría de la reducción de tensión que intenta esclarecer los motivos por los que una persona comienza a consumir drogas, en especial el alcohol. Las teorías basadas en el condicionamiento clásico y la teoría de la habituación (proceso oponente) generan explicaciones útiles para el fenómeno de la recaída. Y los procesos de reforzamiento negativo explicarían el mantenimiento de la conducta adictiva del consumo de drogas.

Las teorías cognitivo-conductuales se han ocupado de todos los procesos que se dan en una conducta adictiva, proponiendo el aprendizaje observacional como factor etiológico fundamental del uso de las sustancias. Y la teoría de la elección conductual que lo aborda desde un enfoque estrictamente contextual, dando cuenta de todos los componentes implicados en la conducta adictiva.

Pero en la actualidad, la tendencia sobre la etiología del fenómeno de la dependencia a sustancias psicoactivas es utilizar marcos conceptuales complejos donde se pueda integrar toda la información existente. Un modelo donde se siga una perspectiva secuencial, tanto en el sentido evolutivo de la persona como en las distintas etapas del consumo, relacionadas con la propia evolución física, psicológica, afectiva y social de esa persona.

El Modelo Biopsicosocial se centra en una perspectiva multidimensional del problema, considerando el conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales como los determinantes de la conducta. Considera aspectos cognitivos, afectivos y ambientales que definen la realidad del sujeto e interactúan con los componentes biológicos (Martín et al., 2009). Consideran que son una serie de factores los que influyen en el desarrollo y en el curso de la conducta adictiva, insistiendo que los factores individuales no se pueden aislar del contexto social en el que se desarrolla el individuo. Así, se distinguen:

a) Factores individuales, se refieren a los que son propios de la persona, a los procesos internos.

b) Factores sociales, a los que pertenecen el entorno más inmediato, englobando las relaciones con los demás, los modelos de comportamiento a los que ajustarse. La conducta de consumo será un fenómeno de grupo, resultante de las relaciones del individuo con el marco escolar, con su grupo de referencia (familia o grupo de iguales). Así como factores de carácter socio-estructural, socio-cultural y socio-económico, donde surgen una serie de condicionamientos que influirán en la conducta de consumo (Martín del Moral et al., 2009).

Desde el enfoque biopsicosocial, se recoge la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendiendo ésta como un proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social (Pérez, Vázquez y Fernández, 2009). Una de las principales aportaciones de este modelo ha sido el concepto de "factor de riesgo", sobre todo para el ámbito de la prevención, no sólo por lo que significa sino por la operatividad que conlleva a la hora de delimitar aquellos elementos, circunstancias o hechos que tienen una alta probabilidad de asociación con el consumo de drogas. Desde este enfoque, se entiende por factor de riesgo aquellas condiciones de índole física, social y psíquica que pueden confluir en un momento determinado y aumentar la vulnerabilidad de una persona respecto al consumo las drogas (CENADIC, 2011). Atendiendo a

criterios tanto etiopatogénicos como nosológicos, el consumo de drogas juvenil tiene entidad propia y diferenciable del problema en adultos (por ejemplo, el Alcoholismo); entre los mismos jóvenes se pueden establecer perfiles diferenciales, en función de las razones por las que los jóvenes consumen y según sus hábitos (compulsivo, automedicativo, evasivo, desinhibitorio, socializante, etc.) asociados al policonsumo ((Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Sirvent, Moral y Rodríguez, 2007); y por extensión otros hábitos sociales, familiares, emocionales e incluso medio ambientales (Aladro y Sáez, 2007 en Moral y Ovejero, 2011). Así, que es imprescindible de hablar de un continuo etiológico (Moral, Rodríguez y Sirvent, 2005) donde hay que tener en consideración tanto la multicasualidad como la asociación de diferentes factores como factores bioquímicos, personales, psicosociales y socioculturales, así como las bases neurobiológicas y químicas existentes (Ayesta, 2002).

2. 3. Factores Sociales

2.3.1 Factores familiares

El grupo familiar es uno de los temas más estudiados en las adicciones, al ser el ámbito en el que la persona crece y va desarrollando su personalidad y valores, a través de las experiencias vividas en el seno de este primer agente socializador.

Uno de los principales factores a tener en cuenta es la relación de apego con los padres, que influye de forma destacada en la conformación de la personalidad y en la adquisición de los recursos necesarios para el afrontamiento de las dificultades que irán apareciendo a lo largo de la vida. Zimmerman y Becker-Stoll (2002) señalan que los adolescentes que crecen en una familia con un apego seguro, con posibilidad para tratar abierta y directamente los conflictos, tendrán más probabilidades y facilidades para llegar al estadio de logro de identidad, mientras que la existencia de un apego inseguro se asocia al estado de difusión de identidad. En lo que se refiere al consumo de sustancias en la adolescencia, éste puede

interpretarse como una estrategia de afrontamiento inadecuada frente al estrés emocional, y se relacionaría con la existencia de un apego no seguro (temeroso-evitativo) (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt y Küstner, 2007). La ausencia de estrategias más adecuadas para la reducción del estrés emocional facilitarían el empleo de drogas, legales o ilegales, convirtiéndolas en una alternativa atractiva en distintas situaciones, entre las que destacarían las de carácter interpersonal, en las que los sujetos se encontrarían más inseguros.

Un segundo factor de gran relevancia es el tipo de crianza, dentro de la que debemos diferenciar dos dimensiones: control y calidez paterna. Juntas, estas dimensiones configuran los cuatro posibles estilos de crianza: autoritario, con elevado control y baja calidez; permisivo, con bajo control y elevada calidez; democrático, con alto control y alta calidez; e indiferente, con bajo control y baja calidez (Shaffer, 2000).

Craig (1997) señala que las familias en que los padres son autoritarios darán lugar a hijos apartados y temerosos, y que en la adolescencia se pueden volver agresivos y rebeldes en el caso de los varones, o pasivas y dependientes en el caso de las mujeres. Por otra parte, la presencia de padres permisivos aumentará las probabilidades de que los hijos sean autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, o bien activos, sociables y creativos, o también rebeldes y agresivos. Los hijos de padres con un estilo democrático tienden a tener confianza en sí mismos, un mayor control personal y son más competentes socialmente. Por último, la existencia de padres indiferentes será el predictor de peor pronóstico para los hijos. Por tanto, el predominio de un estilo parental u otro, y la percepción que el adolescente tenga del mismo, aumentarán o disminuirán las probabilidades de abuso y dependencia de sustancias en la adolescencia, así como su mantenimiento posterior (Latendresse, Rose, Viken, Pulkkinen, Kaprio y Dick, 2008).

El clima familiar es otro factor importante a tener en cuenta, especialmente en lo que a emocionalidad negativa se refiere. La presencia de conflictos interparentales de carácter destructivo influye de forma importante en la relación con los iguales, aumentando el riesgo de presentar problemas conductuales y emocionales (David y Murphy, 2007). Además, la investigación muestra que a medida que aumenta la importancia que se otorga a la familia y a los valores que la rodean, especialmente a la proximidad y a la intimidad con los padres, incrementa la supervisión paterna sobre las actividades y amistades de los hijos y disminuyen en general las conductas de riesgo de los mismos, y particularmente el consumo de sustancias (Coley, Votruba-Drzal y Schlinder, 2008; Romero y Ruiz, 2007).

Una variable íntimamente ligada es la disciplina familiar. En este sentido, la inconsistencia en su aplicación, la ausencia de implicación maternal y las bajas expectativas de los padres facilitan el consumo de sustancias. En familias con una elevada emocionalidad negativa es más probable que aparezcan problemas conductuales y emocionales en los hijos, que pueden desbordar a las madres con baja competencia en su manejo, facilitando un elevado empleo de la agresión como estrategia disciplinaria (Ramsden y Hubbard, 2002).

En cuanto a la estructura familiar, la ausencia de uno de los progenitores, especialmente cuando no es localizable, se relaciona con un mayor grado de características antisociales en los distintos miembros de la familia, incluidos los hijos (Pfiffner, McBurnett y Rathouz, 2001). Además, los adolescentes que conviven con un único progenitor tienen una mayor probabilidad de consumir sustancias, tanto legales como ilegales (Longest y Shanahan, 2007; Oman et al., 2007).

El consumo de sustancias por parte de los padres y sus actitudes hacia el mismo constituyen otro factor fundamental en el uso y abuso de sustancias. Así, una actitud más favorable y una conducta de mayor consumo por parte de los padres se asociarán a un mayor consumo de drogas por parte de los hijos. En este sentido, la existencia de normas explícitas respecto al consumo de sustancias

illegales constituye un factor de protección hacia ellas, aunque podría llegar a constituirse como un factor de riesgo para el consumo de tabaco y alcohol si no son rechazadas también de forma explícita por los padres (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

La presencia de psicopatología en los padres es un factor de alto riesgo para la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos en los hijos, lo que correlaciona con el uso de sustancias en la adolescencia (Brook et al., 2001). A su vez, el consumo de sustancias aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, estableciéndose una relación bidireccional que se retroalimenta, siendo la patología dual un fenómeno relativamente frecuente (Kamon, Stanger, Budnay y Dumenci, 2006).

2.3.2. Factores comunitarios

Los valores predominantes, los estilos de vida y las creencias que el conjunto de la comunidad tenga acerca de las drogas influirán en la elección de las sustancias y en los patrones de consumo de las mismas, constituyéndose como factores de riesgo y protección para el uso, abuso y dependencia por parte de sus individuos.

La miseria social y la desorganización comunitaria, que pueden estar especialmente presentes en los barrios marginales de las grandes ciudades, son variables que se constituyen en facilitadores del mismo en presencia de otros factores de riesgo. Tanto una como otra suelen llevar asociadas una mayor probabilidad de que la persona se vea implicada en conductas delictivas y en el consumo de sustancias, que debido al entorno pueden llegar a cronificarse y convertirse en un estilo de vida, ligado en algunas ocasiones al desarrollo de una personalidad antisocial (Becoña, 2002).

Las creencias que la propia sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas también es un factor importante en el

riesgo asociado al uso, abuso y dependencia (Martínez-González, Trujillo y Robles, 2006). En este sentido está ampliamente demostrada la existencia de una relación inversa entre el riesgo percibido de una droga en particular y el consumo de la misma. Así, a mayor riesgo percibido, menor consumo, y viceversa.

Por otra parte, la percepción social de una sustancia y el riesgo asociado, tendrá una plasmación en las normas legales, que contribuirán a reforzar dicha imagen o a promover la transformación social. La despenalización del consumo privado o el hecho de que las leyes sean más duras con los delitos asociados a la venta y consumo de sustancias, son sólo ejemplos de esta relación.

Por último, otro factor fundamental en el consumo de sustancias es la accesibilidad a las mismas, y dentro de ésta su precio, de tal forma que cuando el precio es bajo existe un mayor consumo, que disminuye cuando la droga se encarece (Chaloupka, Cummings, Morley y Horan, 2002).

2.3.3. Factores de los compañeros e iguales

En la adolescencia el grupo de iguales va adquiriendo una importancia mayor en la vida del individuo, a la vez que se produce una progresiva independencia de la familia. En este sentido su papel como factor de riesgo y/o protección para las conductas irregulares en general, y el consumo de sustancias en particular, está ampliamente probado, tanto en su inicio como en su mantenimiento, especialmente cuando existen otras conductas antisociales (Friedman y Glassman, 2000).

De hecho, las investigaciones señalan que el 12% de los consumidores refieren que el grupo de iguales ha ejercido sobre ellos una presión directa hacia el consumo de sustancias (Swadi, 1989). Pero además de este posible efecto directo, existe también una influencia indirecta, relacionada con los procesos de socialización y selección a la hora de integrarse en un grupo (Simons-Morton y Chen, 2006). Swadi (1989) encuentra que en el 24% de los casos el mejor amigo

de los adolescentes consumidores también realiza un uso de sustancias, frente a tan sólo el 3% de los de los sujetos no consumidores. Como es de esperar, las actitudes de los compañeros hacia el consumo de sustancias, y la percepción que el adolescente tenga sobre aquéllas, también es un factor de riesgo para el mismo, al incidir en las propias actitudes y conductas. Pero no sólo el pertenecer a un grupo puede incrementar el consumo de sustancias, sino que también el rechazo por parte de los iguales puede aumentar el riesgo de problemas emocionales y conductuales, así como de psicopatología y de consumo de sustancias (Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Por último, señalar que el grupo y el apego a los iguales también pueden ser un potente factor de protección cuando estos no consumen drogas, fomentando el desarrollo de un estilo de vida saludable y de unos valores y actitudes prosociales.

2.3.4. Factores Escolares.

La escuela es uno de los primeros agentes socializadores desde la infancia temprana, y en ella los niños y adolescentes pasan gran parte del día. Es por esto que su papel en la protección contra abuso y dependencia de sustancias resulta fundamental. Así, cuando en el centro escolar se promueve una educación integral de calidad, existe un adecuado seguimiento personal de los alumnos y sus necesidades, y un ajuste a las mismas, se está fomentando una mayor autonomía y un sentido de la responsabilidad, que se asocian a una menor probabilidad de desarrollo de conductas problema, entre las que se encuentra el consumo de sustancias.

Otro factor que resulta importante es el rendimiento escolar, aumentando el riesgo de consumo cuando existe un fracaso escolar, independientemente de cuáles sean sus causas, y constituyéndose como uno de los principales factores de protección cuando los resultados son altos, lo que puede deberse a la experiencia de éxito que supone para el niño y el adolescente (Piko y Kovács, 2010). Mientras

que la satisfacción con la escuela y encontrarse bien en ella facilita el desarrollo de conductas normativas y disminuye las probabilidades de uso de sustancias (Piko y Kovács, 2010), el bajo apego a la misma es un factor de riesgo. Las constantes faltas al centro escolar aumentan de forma importante las posibilidades de que el adolescente se implique en conductas inadecuadas para su edad o de carácter antisocial, entre las que se encuentra el consumo de drogas (Gottfredson, 1988). Además, esta variable puede asociarse a problemas como el fracaso escolar, un bajo apego familiar, etc., que podrían tener un efecto correlacional sobre los problemas y el desajuste del adolescente y, por tanto, sobre las probabilidades de desarrollar dependencia de sustancias.

2.4. Factores Individuales

Dentro de los factores de riesgo individual podemos distinguir los biológicos, los psicológicos y conductuales así como los rasgos de personalidad.

2.4.1. Factores Biológicos

En cuanto a factores de herencia o genéticos, los estudios epidemiológicos han indicado que la adicción al abuso de sustancias es una conducta altamente heredable. Se ha propuesto la existencia de un riesgo genético de entre 40 a 60% en la adquisición de las adicciones (Matus Ortega et al, 2012). Nuestros genes pueden hacernos vulnerables al consumo de drogas. Algunos polimorfismos de diversos genes nos pueden volver sensibles a la adicción o incluso dificultar la eficiencia de los tratamientos orientados a la rehabilitación. Adicionalmente, hay que considerar que nuestro material genético responde a los estímulos ambientales (epigénesis), de tal forma que condiciones ambientales inadecuadas, pobre cuidado maternal, puede cambiar nuestra conducta (baja respuesta al estrés) y tornarnos vulnerables a la adicción (Ruiz Contreras et al, 2010).

La adicción no sólo depende de la actividad farmacológica de las sustancias de abuso, las cuales son muy eficaces en activar el sistema de la motivación-recompensa, sino de la vulnerabilidad que los genes generen. Puede ser que estructuralmente estén modificados y que eso haga que se genere una proteína disfuncional, o que el medio ambiente haga una contribución crucial en propiciar procesos epigenéticos que vuelvan al sujeto vulnerable a las sustancias de abuso, a pesar de que los genes estructuralmente estén intactos.

El volverse adicto de manera «voluntaria» como ocurre en los pacientes, eso requiere que ese alguien que nos obliga a ingerir una sustancia de abuso esté dentro de nosotros. Esta condición entraña ya una patología psiquiátrica de fondo: una comorbilidad, por ejemplo, con esquizofrenia, depresión, ansiedad o, frecuentemente, conducta antisocial. Esto nos obliga a ver la adicción, en una alta cantidad de casos, como un síntoma o como una enfermedad que es consecuencia de otra. Los pacientes se vuelven adictos a las sustancias en busca, quizá, de controlar su patología de fondo. La automedicación en algunos casos, es decir, el paciente ingiere la sustancia de abuso para reducir su ansiedad, combatir sus miedos y demás síntomas. Estos son rasgos de personalidad que presenta el paciente además de la impulsividad. Como sabemos, los sistemas subcorticales (y en este caso los pertinentes son los de motivación-recompensa y castigo) están bajo la regulación cortical, especialmente de la corteza prefrontal. Si esta corteza es disfuncional puede ser que propicie enfermedades como la adicción (Ruiz Contreras et al, 2010).

2. 4. 2. Factores psicológicos y conductuales

La comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos ha recibido una importante atención en los últimos años, estableciéndose la patología psiquiátrica como un claro factor de riesgo para el consumo de drogas, especialmente en el caso de la dependencia (Roberts, Roberts y Xing, 2007). En este sentido, como se señaló previamente, parece haber una

relación bidireccional entre ellos dado que la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos aumenta la probabilidad del uso de sustancias en la adolescencia (Brook et al., 2001). Además, el consumo aumenta la probabilidad de desarrollar algún problema de salud mental (Kamon et al., 2006). Los datos indican que la existencia de estado de ánimo depresivo en la adolescencia temprana aumenta la probabilidad del uso de sustancias y que el consumo podría ser una estrategia de alivio de los síntomas (Paton, Kessler y Kandel, 1977).

En el sentido contrario tanto el abuso como la dependencia aumentan el riesgo de sufrir trastornos afectivos, mientras que en el caso de los trastornos de ansiedad sólo la dependencia se constituye como un factor de riesgo.

Por otro lado, debemos señalar que las patologías más asociadas habitualmente al consumo de drogas son el trastorno de conducta y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Así, el 52% y el 50% de los adolescentes en tratamiento que cumplen criterios de trastorno de conducta y TDAH, respectivamente, lo hacen también para algún trastorno por uso de sustancias (Reebye, Moretti y Lessard, 1995; Horner y Scheibe, 1997). Además, los pacientes con TDAH comienzan a consumir antes, presentan abusos más severos y tienen mayores probabilidades de presentar trastornos de conducta.

La conducta antisocial es otro factor de riesgo íntimamente relacionado con el consumo de sustancias y, de hecho, existe una relación entre éste último y otras conductas delictivas. Distintos estudios muestran que la agresividad física en la infancia y adolescencia es un predictor de uso y abuso de sustancias (Ohannessian y Hesselbrock, 2008; Timmermans, Van Lier y Koot, 2008). Cuando la conducta agresiva se convierte en una estrategia de afrontamiento habitual, puede irse configurando un estilo de personalidad que derive en un trastorno antisocial de la personalidad, en el que el consumo de sustancias es frecuente (American Psychiatric Association, 2002).

El consumo temprano de drogas incrementa las probabilidades de consumo posterior, existiendo una relación entre el realizado al inicio de los veinte años y al final de la misma, con un riesgo creciente de que el uso se transforme en abuso o dependencia y que las sustancias psicoactivas se conviertan en un elemento del estilo de vida (Brook et al., 2000; Newcomb y Bentler, 1988).

Además, el consumo de tabaco y alcohol, de inicio más temprano, puede servir de puerta de entrada hacia las drogas ilegales (Fergusson, Boden y Horwood, 2008).

La existencia en la infancia de eventos traumáticos, como pueden ser el abuso físico o sexual, se asocia con la aparición de trastornos mentales, especialmente con depresión y trastorno de estrés postraumático. Los sujetos que sufrieron en la infancia alguna experiencia de este tipo, tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una dependencia (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000), llegando a ser entre siete y diez veces mayor en caso de haber tenido cinco o más experiencias traumáticas (Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles y Anda, 2003).

En un reciente análisis de los datos del Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo, examinó una muestra de más de 43000 individuos, se encontró que aquellos que habían experimentado en la infancia dos o más acontecimientos adversos (divorcio de los padres, muerte de un padre biológico, vivir con una familia de acogida, vivir en una institución) tenían 1,37 veces más probabilidades de desarrollar una dependencia al alcohol que aquellos que sólo habían vivido uno o ninguno (Pilowsky, Keyes y Hasin, 2009).

Por último, hay que hacer referencia a las actitudes hacia el consumo de drogas. En este sentido se han encontrado resultados que apuntan a que una actitud más favorable hacia el consumo se relaciona con una mayor experimentación, con una distorsión en la percepción de riesgo y en las creencias

erróneas acerca de los efectos de las sustancias, una menor resistencia a la presión grupal y una mayor disposición conductual al consumo y, por tanto, con una mayor probabilidad del mismo (Villa, Rodríguez y Sirvent, 2006).

2.4.3. Rasgos de personalidad

Una constante en la investigación en adicciones es el intento de descubrir una posible relación entre el consumo habitual de sustancias y la personalidad de los individuos que las usan, con el objetivo de predecir la posible aparición de la enfermedad teniendo en cuenta las hipotéticas características distintivas de dichos individuos. Entre estos se encuentran varios modelos donde los adultos y los adolescentes, que presentan abuso o dependencia, tienen un patrón caracterizado por altas puntuaciones en neuroticismo, bajas en amabilidad y responsabilidad (p. ej., Anderson, Tapert, Moadab, Crowley y Brown, 2007; Ball, Poling, Tennen, Kranzler y Rousanville, 1997).

Por otro lado, en otro modelo una característica de personalidad clásicamente asociada a las investigaciones en adicciones es la impulsividad, así como con una mayor presencia de conductas de riesgo y, consecuentemente, con un número más elevado de eventos vitales estresantes (Clark, L., Robbins, T., Ersche, K. y Sahakian, B. 2006).

Un modelo más la define como la búsqueda de sensaciones como la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas; exploración de excitación, desinhibición, susceptibilidad hacia el aburrimiento, que es la incapacidad para tolerar experiencias repetitivas y la monotonía. Algunos sugieren incluso una relación diferencial según el tipo de sustancia; los individuos con baja búsqueda de sensaciones tenderían a consumir más alcohol y cannabis, mientras que los que tienen alta búsqueda inquirirían sustancias con efectos estimulantes. También las motivaciones para el consumo

serían diferentes, ya que mientras los primeros tratan de evitar el malestar, los segundos procuran la obtención de placer a través de la estimulación (Adams, Heath, Young, Hewit, Corrley y Stallings, 2003).

La adicción es una enfermedad compleja de naturaleza bio-psico-social. O sea que las causas de la adicción son múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el desorden adictivo. Factores biológicos, genéticos, psicológicos y de personalidad, socio-culturales y familiares se unen en una interacción produciendo primero la predisposición y luego con la exposición al factor desencadenante, que podría ser: sustancias psicotrópicas, juego, sexo, relaciones, comida, etc.; se evoluciona hacia la consolidación del proceso patológico llamado adicción.

Este hecho es además importante en el tratamiento de estos desórdenes pues cada persona es diferente y muestra distintos matices del problema de modo que es necesario individualizar cada caso y realizar un estudio amplio de la historia personal y familiar antes de hacer un diagnóstico, sin embargo. El modelo de intervención cognitivo conductual ha trabajado y aplicado su conocimiento en la adicción, por lo que en el siguiente capítulo veremos los principios y terapias de este enfoque en el tratamiento de las adicciones.

TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES EN EL TRATAMIENTO DE LA ADICCION A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

3.1. Principios de la terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo- conductual es un modelo de intervención o tratamiento utilizado en diversos problemas o trastornos psicológicos, es considerada la estrategia de intervención clínica más utilizada y eficaz, con los mejores resultados. (Franks y colaboradores, 1990; Lazarus y Fay, 1984a en Fay y Lazarus, 1995).

Sus fundamentos se basan en considerar que las situaciones que le suceden al individuo son interpretadas en función de una serie de circunstancias y características personales actuales o estables, esta interpretación o explicación que damos a lo que ocurre es mediante pensamientos y creencias, las cuales se manifiestan en emociones o sentimientos y son estos los que impulsan nuestras conductas (Franks y colaboradores, 1990; Lazarus y Fay, 1984a en Fay y Lazarus, 1995).

Lazarus introdujo el término terapia conductual a la literatura para describir la disciplina que aplicaba los hallazgos y métodos de la psicología experimental (en especial de las teorías del aprendizaje) a los trastornos de la conducta humana. Posteriormente la proliferación de los estudios clínicos y experimentales en ésta área resultó ser tan extensa que, en la actualidad, la terapia conductual contemporánea engloba una diversidad de puntos de vista y una amplia variedad de procedimientos (Franks y colaboradores, 1990; Lazarus y Fay, 1984a en Fay y Lazarus, 1995).

Uno de los cambios principales en los setenta fue la creciente aceptación de que los procesos cognitivos representan un papel significativo en la generación y mantenimiento de los afectos de preocupación y de las conductas disfuncionales (Lazarus, 1971; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977 en Fay y Lazarus, 1995). De aquí que el término terapia cognitivo-conductual se haya convertido en nomenclatura estándar. Se destacan los efectos recíprocos de la conducta, cognición y afecto, se evalúan y modifican los patrones de respuesta desadaptativa en cada uno de estos terrenos. Cuando se utiliza el término “modificación de conducta” o “terapia conductual” se hace en el sentido más amplio que comprende una metodología y combinación de técnicas que tienen un impacto directo en cada uno de estos campos.

Se presentan brevemente las suposiciones básicas de esta orientación:

1. Los trastornos psicológicos representan cierta combinación de determinantes biológicos y factores de aprendizaje.
2. La conducta anormal que es un producto de los factores de aprendizaje, se adquiere y mantiene de acuerdo con los mismos principios que la conducta normal.
3. Las disfunciones atribuibles al aprendizaje deficiente o inadecuado, e incluso las muchas perturbaciones con enérgicas entradas de información biológica, pueden aliviarse mediante la aplicación de técnicas derivadas de los principios del aprendizaje.
4. Los problemas presentados se consideran como problemas reales y se investigan por mérito propio, más que considerarlos como síntomas de algún problema o proceso subyacente.

5. El foco de atención se centra en el presente más que en los antecedentes remotos o en los procesos inconscientes.
6. No obstante los incisos 4 y 5, la evaluación implica la investigación de todas las áreas de funcionamiento conductual, cognoscitivo e interpersonal para descubrir problemas o deficiencias que no se presentan de manera inmediata.
7. Se prefieren las descripciones conductuales sencillas a las etiquetas diagnósticas.
8. A pesar de que se reconoce que en cierto grado la terapia implica la transmisión de valores, los terapeutas conductuales tienden a minimizar los juicios de valor.
9. El terapeuta es activo e interactivo y con frecuencia asume el rol de un maestro y sirve como modelo.
10. Se considera que el locus de resistencia se encuentra de manera principal, en la terapia y en el terapeuta, más que en el paciente.
11. Se enfatiza el automanejo. Se enseñan a los pacientes técnicas específicas de automanejo de modo que se asume al máximo la probabilidad de funcionamiento autónomo en las áreas problema y se reduzca la dependencia en el terapeuta. La asignación de tareas es una parte esencial del enfoque conductual.

12. Es deseable y con frecuencia necesaria, la participación de la red social del paciente. Los clínicos conductuales atienden problemas sociales y psiquiátricos dentro de un marco conceptual sometible a prueba; emplean tratamientos que están abiertos a la medición objetiva; aplican criterios de resultado que pueden validarse y enfatizan la necesidad de evaluar la efectividad de métodos específicos aplicados a problemas particulares.

La terapia cognoscitiva tiene que ver de manera específica con la identificación y reto de las creencias, valores, percepciones, atribuciones y auto verbalizaciones desadaptativas. Éstas las informan los pacientes o se infieren a partir de sus declaraciones verbales o de otro tipo de conducta abierta. Con frecuencia es útil la reestructuración semántica. Ésta incluye sugerir formas alternativas para referirse o expresar sentimientos o cogniciones.

3.1. 1. Patología o Afrontamiento

La patología no es necesariamente un constructo definible. Las personas llegan a terapia debido a que las soluciones que están aplicando a sus problemas no funcionan. El trabajo del terapeuta es evaluar dónde se hallan estancados los usuarios y ayudarles a superar este mediante la modificación de sus comportamientos, actitudes y modo de pensar. Debido a que los problemas de los usuarios residen en estilos de afrontamientos erróneos o inadecuados (Kleinke, 1991 en Kleinke, 1995), el concepto de patología no es forzoso para comprender los objetivos de la psicoterapia (Fisch, 1990 en Kleinke, 1995).

3. 1. 2. Cambio en lugar de Curación

Cuando se contemplan los problemas del usuario como “problemas del vivir” (Szasz, 1988 en Kleinke, 1995), uno se da cuenta de que en la psicoterapia la idea de “curación” es inconcebible (Budman y Gurman, 1988, p. 13 en Kleinke, 1995). Según Strupp (1990 p.66 en Kleinke, 1995), “El objetivo no es una curación total (que puede ser imposible bajo tácitamente todas las circunstancias) sino una mejoría significativa de las actuales dificultades interpersonales del usuario, incluyendo síntomas y comportamiento interpersonal inadaptativo”. Para mejorar las condiciones actuales de sus vidas deben llegar a un punto en que crean que (Yalom, 1980, pp. 340-341 en Kleinke, 1995): Sólo yo puedo cambiar el mundo que he creado; No hay peligro en cambiar; Para conseguir lo que realmente quiero, debo cambiar; Tengo el poder de cambiar.

El objetivo terapéutico o del terapeuta es ayudar a los usuarios a apreciar que el cambio es una posibilidad. Yalom (1980, pp. 243,401 en Kleinke 1995) señala que el objetivo principal de la psicoterapia es llevar a los usuarios a un punto en el que ellos hagan una elección libre acerca de lo que quieren cambiar de sus vidas.

3. 2. Fundamentos psicológicos del tratamiento de los trastornos por abuso y dependencia de sustancias.

En 2001, el Nacional Institute on Drug Abuse (NIDA) publicó un total de trece principios, derivados de la investigación empírica realizada en los treinta años anteriores, considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias (National Institute on Drug Abuse, 2001). Vistos desde la perspectiva actual, estos principios continúan plenamente vigentes, no siendo cuestionados por la investigación y los cuales son:

1. No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.
2. El tratamiento necesita estar disponible fácilmente.
3. El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas.
4. Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.
5. Permanecer en tratamiento durante un adecuado período de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento.
6. El asesoramiento (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
7. La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el asesoramiento y otras terapias conductuales.
8. Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.
9. La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se requiere al uso de drogas a largo plazo.
10. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo

- 11.El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente
- 12.Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/ SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como asesoramiento que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección.
- 13.La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento.

Es importante explicar las conexiones entre el modelo subyacente a los tratamientos psicológicos y los principios de tratamiento efectivos, con el fin de resaltar el carácter central y necesario de los tratamientos psicológicos en la concepción y planificación de las intervenciones terapéuticas efectivas en las adicciones. Por lo que hay que centrarse en cuatro ideas que describen la relación entre los principios y los tratamientos psicológicos, y que son: el carácter central de los tratamientos psicológicos, el carácter crítico y necesario del tratamiento psicológico para abordar la motivación del paciente, la conexión fundamental existente entre la versatilidad psicológica y el tratamiento de las adicciones, por último, la importancia esencial del tratamiento psicológico en la prevención de las recaídas.

3. 2. 1. La centralidad del tratamiento psicológico

Cuando se hace mención al modelo que subyace a los tratamientos psicológicos, no se está afirmando que exista una única forma de entender los procesos y determinantes de la conducta adictiva desde la Psicología. Lo que se quiere decir es que los tratamientos psicológicos se apoyan en un modelo psicológico, cuya naturaleza esencial consiste en comprender la conducta por su relación con el contexto, sea éste de carácter biográfico o social.

La propia descripción de los trastornos por abuso de sustancias de los sistemas de clasificación diagnóstica (en particular, el DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), ya asume la centralidad del modelo psicológico, si tenemos en cuenta que de los siete criterios para el diagnóstico de la dependencia, solo los dos primeros tienen que ver con aspectos fisiológicos (tolerancia y abstinencia). Los criterios 3, 4 y 5 se refieren al patrón conductual compulsivo inherente a la adicción a las drogas, caracterizado por dos fenómenos, el craving o experiencia subjetiva de desear o necesitar consumir drogas y la falta de control (la incapacidad para resistir el craving), es decir, la tendencia a elegir una recompensa menor, pero inmediata, frente a una recompensa de mayor magnitud, pero más demorada. Finalmente, los criterios 6 y 7 se centran en los efectos adversos (la pérdida de reforzadores) provocados por el consumo de sustancias.

La concepción psicológica de los trastornos por abuso de drogas es también la que subyace en el modelo biopsicosocial o bioconductual de Pomerleau y Pomerleau (1987) que hoy constituye el marco predominante para el análisis y tratamiento de la conducta adictiva, basado en la evidencia. De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007). Tales componentes representan a variables mayoritariamente psicológicas o psicosociales, con la única excepción de la parte biológica de la vulnerabilidad o los efectos fisiológicos del propio consumo, estos también muy sujetos a la interpretación psicológica.

El contexto y las consecuencias, además de moldear la vulnerabilidad psicológica, se relacionan con la conducta del individuo a través de diversos mecanismos psicológicos, entre los que se encuentran los vinculados al aprendizaje (tales como los procesos de condicionamiento vicario, operante o clásico), o los patrones de comunicación e interacción.

Los principios para el tratamiento efectivo de las drogodependencias se sitúan, sin lugar a dudas, dentro de unas coordenadas que reclaman una concepción psicológica del fenómeno adictivo y de su tratamiento. Así, el sexto principio afirma que “El asesoramiento (individual o grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción”, el séptimo aclara que “La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el asesoramiento y otras terapias conductuales”, el noveno establece que “la desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo”, y por último, el principio doce recomienda “Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/ SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como asesoramiento que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección”. El análisis de estos principios no deja lugar a dudas sobre el carácter central (crítico) del enfoque y el abordaje psicológico dirigido a modificar el comportamiento adictivo o de riesgo, a los que subordinan las estrategias de intervención biológica, que sólo adquieren sentido en un marco en el que el eje sea el tratamiento psicológico (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007).

Esta centralidad de los tratamientos psicológicos dentro de las intervenciones terapéuticas en las conductas adictivas no implica menospreciar la importancia de los abordajes sociales o biológicos. La conducta es el producto de múltiples factores, entre los que se encuentran los biológicos y sociales. Sin embargo, el estudio individual de la conducta adictiva exige un análisis funcional de las relaciones que existen entre los distintos factores y la conducta, con lo que la visión psicológica se convierte inevitablemente en la perspectiva dominante en el campo del tratamiento (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007).

3. 2. 2. Motivación y tratamiento psicológico

Efectivamente, hay diversos principios para el tratamiento efectivo que se refieren directa o indirectamente a la motivación. Y no se está hablando aquí sólo de motivación para entrar y seguir en el tratamiento, sino también de motivación para el cambio, un concepto que sólo puede ser entendido desde una perspectiva psicológica. Los principios más directamente relacionados son tres.

El primero de ellos afirma que “El tratamiento necesita estar disponible fácilmente”. Este principio se refiere claramente a la motivación para entrar en el tratamiento y promueve la eliminación de barreras que dificulten el acceso. Se presupone que la motivación para recibir tratamiento es baja, o al menos, inestable y que la disminución de las dificultades de acceso es un asunto crucial para que pueda haber alguna posibilidad de enrolar al paciente en el proceso terapéutico. Sin embargo, no debe confundirse este principio con la idea de que el paciente debe acceder al tratamiento voluntariamente para que haya posibilidad de éxito. Así, el décimo principio indica que “El tratamiento no necesita ser voluntario para que sea efectivo”. Lo esencial es que el paciente reciba el tratamiento en la dosis adecuada, no siendo tan relevante cómo llega a él (DiClemente, Nidecker y Bellack, 2008).

Más importantes para el tema son los otros dos principios. El principio tercero dice que “El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas”, y el cuarto afirma que “Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona”. Ambos principios están claramente vinculados con varias ideas directamente relacionadas con los modelos y las técnicas de intervención psicológica. Estas ideas son las siguientes:

La conducta de auto-administración de drogas; 1. Obedece a las mismas leyes que gobiernan la conducta normal en condiciones similares (McKim, 2000),

luego, el cambio de conducta estará directamente relacionado con la modificación de las contingencias asociadas. Las necesidades del individuo condicionan las contingencias que se pueden utilizar en el tratamiento; 2. El uso de drogas es un tipo de comportamiento que tiene un carácter dimensional (desde la abstinencia, pasando por el consumo esporádico hasta el abuso continuo) que está multifactorialmente determinado; 3. Las contingencias no están solamente relacionadas con las que se derivan directamente del consumo de la sustancia, tales como los efectos reforzantes (positivo o negativo) de su acción fisiológica, sino también se refieren a las ganancias y pérdidas de reforzadores en otros dominios, tales como el reconocimiento social, los recursos económicos, la salud, las relaciones afectivas, etc. En realidad, el efecto reforzante del consumo de una sustancia puede definirse como una función que resulta de la interacción de una persona multidimensional con el uso de la sustancia y el complejo contexto ambiental asociado (Gifford y Humphreys, 2007); 4. Según la Teoría de la Elección Conductual, el uso de drogas en el individuo se mantendrá mientras las ganancias por su consumo sean superiores a las pérdidas producidas por su precio (recursos empleados) más los costes de oportunidad (reforzadores alternativos perdidos por el uso de la sustancia) (Vuchinich y Heather, 2003).

Estas ideas conforman un modelo para explicar el cambio conductual, en donde la motivación para el cambio está íntimamente ligada a la modificación de múltiples factores relacionados directa o indirectamente con el consumo de drogas. Estos factores son, en su mayoría, variables de índole psicológica ya que su evaluación es de carácter individual y personal, no existiendo factor objetivo alguno que determine el uso o el rechazo de las drogas. Sólo desde esta perspectiva psicológica, tienen sentido los principios tres y cuatro que se han enumerado previamente y sólo desde las terapias psicológicas pueden abordarse estos factores de cambio y entenderse sus efectos sobre un patrón de uso dimensional de las drogas (DiClemente, Nidecker y Bellack, 2008).

Puede decirse, que la motivación para el tratamiento y el cambio son conceptos psicológicos críticos en el tratamiento de las adicciones, que deben ser necesariamente abordados desde una perspectiva psicológica homogénea con la propia naturaleza del concepto de motivación, dentro de un plan de tratamiento que de forma explícita los observe (DiClemente, Nidecker y Bellack, 2008).

3. 2 .3. Variabilidad psicológica y tratamiento de las adicciones

El tratamiento efectivo de las drogodependencias está íntimamente ligado a la evaluación y posible intervención sobre las características psicológicas individuales que pueden condicionar el resultado terapéutico. Dos de los principios para el tratamiento efectivo del National Institute on Drug Abuse (NIDA) hacen mención indirecta o directa a la necesidad de atender a la variabilidad psicológica. El primer principio indica que “No hay un tratamiento único que sea eficaz para todos los individuos” y el octavo advierte que “Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada”. Uno de los asuntos más complejos en el campo del tratamiento, es la equiparación entre la modalidad del tratamiento y las condiciones del individuo (variabilidad individual) con el fin de incrementar la efectividad de la intervención.

Las investigaciones a gran escala demuestran la complejidad del problema cuando se fracasa en distinguir qué tratamientos psicológicos son más efectivos en los diferentes tipos de sujetos adictos (Addiction Editor, 1999; UK Alcohol Treatment Trial, 2005, 2008). Tanto en el proyecto MATCH como en el *UK Alcohol Treatment Trial* establecen como conclusión más relevante que todos los tratamientos de índole psicosocial funcionan bien y no hay diferencias sustanciales entre ellos, ni se puede establecer relación alguna entre tipología de paciente y resultado del tratamiento. Los problemas metodológicos en este tipo de estudios no son pequeños, y que tampoco resulta posible afirmar que sus resultados prueban la

hipótesis nula, es decir, que todos los tratamientos funcionan igual (Gifford y Humphreys, 2007).

Las variables críticas que afectan a la ecuación que liga al tratamiento con el sujeto no parecen fáciles de detectar. Por el lado del tratamiento se encuentran el setting (ajuste), la naturaleza del tratamiento, las cualidades del terapeuta, etc. De parte del individuo están las características del patrón comportamental a modificar (historia, factores intervinientes actuales, expectativas futuras), trastornos psicopatológicos asociados, motivación, apoyo social, creencias y actitudes frente al tratamiento, problemas médicos, legales y sociales, etc. El ajuste del tratamiento a las características individuales puede deberse en ocasiones a las condiciones legales, médicas o sociales del paciente, con el fin de atender a factores periféricos y no centrales a la modificación del trastorno adictivo. Así puede haber un tratamiento que tenga lugar en un contexto cerrado, por imperativo legal, hospitalario, por necesidades de control de las consecuencias médicas del consumo, o comunitario, para satisfacer las necesidades básicas de alojamiento o manutención. Sin embargo, serán fundamentalmente variables psicológicas las que aconsejarán el tipo y la forma del tratamiento dirigido a cambiar el patrón de conducta adictiva en cada individuo.

Así, variables, que la investigación ha definido como mediadores relevantes (Gifford y Humphreys, 2007), tales como la función reforzante de la conducta de consumo, las necesidades psicológicas producidas por los trastornos comórbidos, las relaciones contextuales del sujeto con su entorno familiar y social, la motivación para el cambio, la relación terapéutica, y otras, sólo pueden ser analizadas e incorporadas, o en su caso manipuladas, con sentido, dentro de un plan de tratamiento psicológico integral.

3.2.4. Tratamiento psicológico y recaídas

Tanto el principio undécimo como decimotercero hacen referencia al problema de las recaídas. El principio número once dice que “El posible uso de

sustancias durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente” y el número trece afirma que “La recuperación de la adicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento”. Ambos principios aluden de forma indirecta a la frecuencia con la que se presentan las recaídas, tanto durante como después de la finalización de los tratamientos, así como el grave problema que representan tanto, a corto como a largo plazo para el éxito del tratamiento.

La recaída es el resultado de mecanismos psicológicos de aprendizaje y condicionamiento en los que actúan distintos factores antecedentes y consecuentes que incluyen los sucesos ambientales, cognitivo-afectivos, fisiológicos y conductuales. Por lo que la efectividad a largo plazo de los tratamientos requiere de la comprensión de las causas y procesos de las recaídas, con el fin último de desarrollar estrategias que reduzcan su presencia (Brandon, Vidrine y Litvin, 2007).

El conocimiento y la intervención sobre los determinantes de las recaídas son esenciales si se pretende conseguir mayor efectividad terapéutica. En un estudio (Bradley, Phillips, Green y Gossop, 1989) que analizó los predictores de recaída en heroinómanos se encontró que los principales podrían encuadrarse en las siguientes categorías: factores cognitivos, estados de humor, influencias externas, síntomas de abstinencia, influencias interpersonales, presión social, cambio de contexto o de situación, disponibilidad de drogas, pistas relacionadas con las drogas, deseo vehemente y facilitación por consumo de otras sustancias. Salvo los síntomas de abstinencia (y sólo en parte, dado el papel que puede jugar el condicionamiento en su desarrollo), todos los demás factores tienen una clara naturaleza psicológica.

De una forma más amplia y sistemática, Marlatt y Gordon (1985) clasificaron los determinantes de la recaída en dos grandes categorías: intrapersonales e interpersonales. Los primeros abarcan los estados emocionales negativos, los estados fisiológicos negativos derivados o no del uso de la sustancia, el deseo de

incrementar los estados emocionales positivos, las pruebas de control personal, y la cesión ante tentaciones o impulsos. Los segundos, los llamados factores interpersonales, incluyen el afrontamiento con conflictos interpersonales, la presión social, y el incremento de los estados emocionales positivos (tales como los sentimientos de placer, excitación sexual, euforia, etc.) asociados a situaciones de carácter primordialmente interpersonal. Todos estos factores son vistos como variables prioritariamente psicológicas.

Aunque en algún caso de los determinantes de carácter intrapersonal (como sucede con los estados fisiológicos negativos, p.ej.: el dolor; o las respuestas emocionales) se reconoce un componente primario de carácter biológico, lo relevante para el modelo no es tanto su condición fisiológica cuanto su carácter de eventos condicionados por el contexto (personal-biográfico, biológico, conductual, social) y la propia reacción del sujeto ante dicha actividad biológica, es decir, su afrontamiento cognitivo-conductual por parte de la persona que lo sufre (Bradley, Phillips, Green y Gossop, 1989).

En consonancia con el carácter predominantemente psicológico de los modelos explicativos de las recaídas y de sus determinantes, los programas de tratamiento incluyen, casi sistemáticamente, estrategias psicológicas que pretenden reducir las probabilidades de recaída y, por lo tanto, mejorar la efectividad de las intervenciones. Un ejemplo claro es el propio principio decimotercero para los tratamientos efectivos. La idea de que el tratamiento debe ser entendido como un proceso en el que habrá múltiples episodios de recaída, permite contemplarlas como algo normal que debe ser entendido y prevenido, mejorando la respuesta de los pacientes ante los episodios de crisis y reduciendo la frecuencia, duración y gravedad de las recaídas. Consecuentemente, es usual que en el diseño de las intervenciones terapéuticas se incluya algún módulo de intervención psicológica dirigido a que los sujetos mejoren la detección de los estímulos (tanto internos y externos) y el manejo de procesos psicológicos (emocionales, cognitivos y

conductuales) que incrementan la probabilidad de recaída, así como a mejorar las habilidades de afrontamiento frente a las condiciones de riesgo.

3.3. Terapias cognitivas conductuales.

Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del paciente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias. Entre las características generales de las terapias cognitivo-conductuales se incluyen:

- a. centrarse en el abordaje de los problemas actuales,
- b. establecer metas realistas y consensuadas con el paciente,
- c. buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes,
- d. utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas.

Son múltiples las ventajas de los enfoques basados en las teorías del comportamiento destaca:

- a) Su flexibilidad para adaptarse a las necesidades de los pacientes.
- b) La facilidad con la que son aceptados por los pacientes debido a su alto nivel de implicación en la selección de objetivos y en la planificación del tratamiento.
- c) El permitir a los pacientes hacer su propio cambio de comportamiento.
- d) Su conexión con la teoría psicológica establecida.
- e) Su derivación del conocimiento científico y aplicación a la práctica clínica.

- f) Su estructuración, lo que permite la evaluación de resultados.
- g) Su efectividad basada en la evidencia científica.

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancia se incluyen (Quirke, 2001):

- ✪ Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- ✪ Prevención de recaídas
- ✪ Entrenamiento en manejo del estrés
- ✪ Entrenamiento en relajación
- ✪ Entrenamiento en habilidades sociales
- ✪ Entrenamiento en habilidades de comunicación
- ✪ Entrenamiento en habilidades para la vida
- ✪ Ejercicio aeróbico
- ✪ Biofeedback
- ✪ Entrenamiento en asertividad
- ✪ Entrenamiento en manejo de la ira

Seguidamente se presenta una descripción de las técnicas que gozan de mayor grado de apoyo empírico.

3. 3. 1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales y en estrategias de afrontamiento están basados en el entrenamiento de determinadas habilidades consideradas como deficitarias en los sujetos con adicción, porque no son capaces de ponerlas en práctica debido a los mecanismos inhibitorios relacionados con la elevada activación de sus niveles de ansiedad ante situaciones de posible consumo (Chaney, O'Leary y Marlatt, 1978; Marlatt, 1978; Sobell y Sobell, 1978; Miller y Hester, 1980). Este grupo de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo ambientales e individuales, que

inician y mantienen las conductas de consumo. Las más extendidas en la práctica clínica son: entrenamiento en prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en manejo del *craving* y entrenamiento en manejo de los estados de ánimo.

Pueden desarrollarse en contexto individual o grupal y ser utilizadas por separado o, lo que es más común, en combinación dentro de un mismo tratamiento. Siendo parte de la coexistencia de determinantes que aumentan la vulnerabilidad del sujeto a las recaídas, provocando limitaciones en el automanejo y gestión adecuada del estrés, emociones, ambiente, expectativas sobre los efectos de las sustancias y auto-eficacia. Por lo común, se continuará con el trabajo de habilidades sociales que ayuden a mejorar las relaciones familiares y profesionales del sujeto, disminuyendo así el malestar asociado y aumentando el soporte social y la percepción de eficacia personal (Monti, Colby, Barnett, Spirito, Rohsenow y Myers, 1999). Se ha incluido en muchos de estos programas el entrenamiento en conductas incompatibles, sobre todo en los programas para dependientes a alcohol. Entre los componentes de la mayoría de estos programas se incluye el entrenamiento en habilidades de comunicación, asertividad y rechazo de consumo.

Dentro de este grupo de técnicas las que han sido más utilizadas a nivel clínico son: entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento (acuñado en literatura anglosajona como *Coping/Social Skills Training CSST*), Prevención de Recaídas (PR), Aproximación de Refuerzo Comunitario (CRA), Terapia Cognitivo-Conductual de habilidades de afrontamiento (CBT basada en los programas de PR), entrenamiento en manejo de estados de ánimo y en manejo del *craving*, Terapia de Exposición a Señales (*Cue Exposure Treatment, CET*), terapia conductual familiar y de pareja y entrenamiento en solución de problemas.

Los programas que utilizan las técnicas de entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento, parten generalmente del análisis funcional de la conducta y más concretamente de la vulnerabilidad de cada sujeto y del análisis de

otras variables relacionadas con el cambio (diagnóstico psicopatológico, factores intra e interpersonales, historia de vida y condiciones de vida) con el objetivo de aprender y desarrollar recursos específicos para el manejo adecuado de la gestión de su vida para alcanzar y mantener la abstinencia o la reducción de consumo de drogas.

En personas dependientes al alcohol (Monti, Abrams, Kadden y Cooney, 1989; Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995) describen que en el entrenamiento en habilidades (CSST) y en trabajos realizados en formato grupal, es conveniente trabajar los siguientes módulos: rechazo de bebida, ofrecer respuestas positivas, realizar críticas, recibir críticas acerca del uso de alcohol, habilidades de escucha y de conversación, apoyos a la abstinencia, resolución de problemas, comunicación no verbal, expresión de sentimientos, asertividad, rechazo de peticiones y manejo de críticas en general.

Bottlender, Kohler y Soyka (2006) sugieren que un amplio espectro de pacientes podría retrasar significativamente el primer episodio de recaída post-tratamiento y doblar el número de días que permanecen abstinentes, aunque no parecen conseguir la abstinencia total ni reducir la intensidad de la recaída.

3. 3. 2. Prevención de recaídas

Un caso especial de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, que por su especificidad en las conductas adictivas requiere un espacio propio, lo constituye el modelo teórico de prevención de recaídas propuesto por Marlatt (Marlatt, 1993; Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985). La recaída se produce cuando el sujeto se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto

como una sensación de control que incrementa la autoeficacia percibida. A medida que aumente duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá. Pero, si por el contrario, el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, por una parte porque disminuirá su percepción de autoeficacia y, por otra, porque le será mucho más sencillo, por su experiencia previa y por su patrón de conducta habitual, anticipar la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia que el anticipar las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo.

A partir de este planteamiento teórico, que ofrece un referente para que cualquier persona pueda comprender y analizar su conducta de consumo, se identifican algunas claves importantes a tener en cuenta en la intervención:

1. Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.
2. Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.
3. Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.

En líneas generales en la Prevención de Recaídas se combina:

1. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento (cognitivas y conductuales)
2. La reestructuración cognitiva
3. El reequilibrio del estilo de vida

3. 3. 3. Manejo de contingencias

Los tratamientos de Manejo de Contingencias (MC) se fundamentan en un cuerpo extenso de datos de la investigación en laboratorio y clínica que demuestran que el uso de drogas es una conducta operante que es mantenida y puede ser modificada por sus consecuencias. El MC se basa en la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma, que compiten con los efectos reforzantes de las drogas. Este tipo de intervenciones requieren, por tanto, seleccionar y monitorizar frecuentemente y de forma muy precisa, la conducta objetivo. Los programas de MC han sido empleados sobre todo para reforzar la abstinencia, pero también, otros objetivos terapéuticos, como por ejemplo, la retención y la asistencia a las sesiones de tratamiento o el incremento de la adherencia a la medicación. Entre los reforzadores más utilizados destacan los privilegios clínicos, el acceso a empleo o alojamiento, el dinero en metálico o los vales y los descuentos canjeables por bienes o servicios en la comunidad, contingentes a la abstinencia a sustancias durante el tratamiento (Petry, 2000).

La intervención mediante la cual los pacientes ganan incentivos en forma de *vouchers* (vales) canjeables por bienes o servicios, contingentes a la ausencia de consumo de drogas (normalmente evaluada mediante pruebas bioquímicas) es la que ha recibido mayor atención de los investigadores. Este método fue inicialmente desarrollado para el tratamiento de adictos a la cocaína en contextos ambulatorios (Higgins et al., 1991). Desde entonces se han publicado varias decenas de artículos en donde se emplean los *vouchers* como estrategia de reforzamiento, informando la mayoría de estos estudios (en torno al 85%) de mejoras significativas en el uso de drogas y en otras conductas asociadas (Higgins, Heil y Plebani, 2004).

Una ventaja del reforzamiento mediante incentivos es que permite a los pacientes elegir en función de sus preferencias. Además, ya que nunca se les proporciona dinero en efectivo, la probabilidad de que usen el reforzador para

comprar drogas es muy reducida. No obstante, este método ha sido criticado por los costes, asociados al propio valor de los incentivos y al manejo de este tipo de protocolos. Quizás éste es uno de los motivos por el que la mayoría de los programas que utilizan *vouchers* se hayan realizado en contextos experimentales, siendo muy pocas las investigaciones llevadas a cabo en contextos naturales (Petry y Simcic, 2002). Sólo recientemente se ha conseguido evidenciar la factibilidad y eficacia de estos protocolos en contextos naturales fuera de Estados Unidos (Secades, García, Higgins, Fernández y Carballo, 2008).

3. 3. 4. Terapia cognitiva

La terapia cognitiva mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979), términos que se refieren a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrásica nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), activarse y actuar a través de situaciones concretas, produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales:

(1) Informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emociones y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; (3) el material introspectivo o de auto registro

escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

- a) El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas.
- b) Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos.
- c) La articulación, a modo de hipótesis, de los patrones cognitivos. En significados personales o esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo que se encuentra a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se podrá generar un plan de tratamiento con el de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Para ello el terapeuta puede valerse tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback (retroalimentación) de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asigna, como tarea para casa, su aplicación a un área problema determinada. Entre las técnicas cognitivas utilizadas en la terapia cognitiva pueden mencionarse: detección de pensamientos automáticos, clasificación de las distorsiones cognitivas, búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos, concretar las hipótesis, retribución, descentramiento, descatastrofización, uso de imágenes, manejo de supuestos personales, etc. Entre las técnicas conductuales se encuentran la programación de actividades incompatibles, escala de dominio/placer, asignación de tareas graduadas, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, ensayo conductual, rol playing (rol que juega), exposición en vivo, etc.

3.3.5. Terapia de exposición a señales.

La terapia de exposición a señales parte de los principios del condicionamiento clásico que señalan que estímulos neutrales que preceden a la conducta de consumo de sustancias pueden, después de asociarse repetidamente con la conducta de consumo, llegar a provocar respuestas condicionadas de consumo. Es decir, los estímulos asociados pueden provocar respuestas de craving (deseo de consumo) y, como consecuencia, la persona puede acabar consumiendo. Esta terapia se orienta a reducir la reactividad a las señales (estímulos asociados al consumo) mediante procedimientos de exposición y control de los estímulos. Así, el paciente debe exponerse a los estímulos asociados a la conducta de consumo pero sin llegar al consumo. De la misma forma que señales neutras se convirtieron en condicionadas al consumo, ahora se trata de hacer el proceso al contrario. En la actualidad la utilización de la realidad virtual está promoviendo el uso de esta terapia en el tratamiento de las conductas adictivas, con frecuencia dentro de programas de tratamiento más amplios (ej., García-Rodríguez, Pericot-Valverde, Gutiérrez y Ferrer, 2009).

3.3.6. Programas de reforzamiento comunitario

Los programas de reforzamiento comunitario se basan en proporcionar al sujeto contacto con refuerzos naturales que hay en su entorno social para incrementar la probabilidad de que se mantenga abstinente. Son tratamientos conductuales multicomponentes que tienen unos elementos clave: 1) 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; 2) los que no tienen trabajo o aquellas personas en las que su trabajo incrementa el riesgo de consumo de drogas, reciben asesoramiento vocacional; 3) identifican antecedentes y consecuentes del consumo, y seleccionan alternativas saludables a las consecuencias positivas que encuentran en el mismo; 4) se ofrece terapia de pareja; 5) se realizan entrenamientos en habilidades para trabajar los déficits que dificultan alcanzar la

abstinencia o que aumentan la probabilidad de que sufra una recaída; y, 6) se oferta tratamiento para problemas con otras sustancias (Higgins, Heil y Plebani, 2004).

3.3.7. Terapia conductual familiar y de pareja

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en incrementar el refuerzo positivo dentro de las relaciones familiares (Winters, Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler y Kelley, 2002). Por lo tanto, se trata de programas multicomponentes, siendo los componentes más destacados: el contrato conductual, el control estimular, la identificación de aquellas relaciones familiares conflictivas que provocan el deseo de consumo, la asignación de tareas, el entrenamiento en solución de problemas y en habilidades de comunicación.

Dado que el abuso de drogas tiene tantas dimensiones y altera tantos aspectos de la vida de una persona, el tratamiento no es sencillo. Los programas eficaces de tratamiento suelen incorporar muchos componentes, cada uno dirigido a un aspecto particular de la enfermedad y sus consecuencias. El tratamiento para la adicción debe ayudar al paciente a dejar de usar drogas, a mantener un estilo de vida libre de ellas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad.

En definitiva, en el ámbito de las adicciones, al igual que para cualquier otra patología de la esfera psíquica y conductual, los profesionales de la Psicología Clínica deben tomar decisiones sobre el diagnóstico, el pronóstico o la intervención psicológica más adecuada para el paciente que acude a su consulta. La decisión ante el problema no es fácil y la solución debe tener en cuenta tanto el juicio clínico o experiencia del experto como la evidencia que aportan los datos y las preferencias del paciente concreto, que además se encuentra inmerso en un contexto social determinado.

El éxito final de la terapia psicológica está, por supuesto, armonizado por la adecuada relación terapéutica que se establezca con el paciente. Seleccionar el tratamiento psicológico que ha demostrado su eficacia en situaciones de máximo control con una metodología experimental no significa que la experiencia del profesional y sus habilidades para establecer una conexión con el paciente deban ser olvidadas. La ciencia psicológica avanza con evidencias y la práctica de la psicología necesita del saber hacer del profesional. La ciencia y la práctica tienen un mismo deseo: comprender la conducta y aliviar el sufrimiento humano.

CONCLUSIONES

En la actualidad la adicción a sustancias y otros trastornos adictivos son reconocidos como una enfermedad, de elevado costo personal, familiar y social, en especial en la edad más productiva de la población (18-35 años). Las estadísticas la catalogan como la segunda causa de muerte en este segmento de edad después de los accidentes con un porcentaje del 60% de estos por uso de alcohol y, están considerados últimamente como objetivos prioritarios de salud. Los tratamientos psicológicos en conductas adictivas han seguido un camino análogo al desarrollo de patrones y hábitos de consumo de la población.

Los profesionales en el área de la salud, específicamente los psicólogos valoran la validez científica, pero sin embargo las prácticas clínicas no están en muchos casos apoyadas por la evidencia empírica. Los clínicos se apoyan frecuentemente en su experiencia personal, en sus creencias, y en su fe en los procedimientos que conocen y utilizan. El profesional de la clínica no puede basar su ejercicio profesional sólo en su experiencia personal sin tener una prueba científica que apoye su aplicación práctica. Dentro del área de la intervención clínica, la toma de decisiones terapéuticas requiere conocer la "mejor" evidencia empírica disponible, permitiendo con ello seleccionar la técnica psicológica que haya demostrado tener las mejores pruebas de su efecto.

De lo dicho hasta ahora puede derivar que las intervenciones psicológicas constituyen el núcleo central y crítico de los tratamientos de los trastornos adictivos. Los modelos psicológicos constituyen actualmente los modelos conceptuales básicos que informan las intervenciones terapéuticas y que pueden dar mejor respuesta a necesidades básicas de los tratamientos como son el incremento de la motivación, la atención a la diversidad psicológica y la reducción de las recaídas.

Sin embargo es necesario mencionar que además de los conocimientos (y la especialidad) de psicología clínica de los psicólogos de conductas adictivas, es preciso que exista una preparación específica en adicciones, que cubra la formación

en distintas áreas de conocimiento implicadas en el abordaje de estos trastornos: programas y estrategias de prevención, estrategias y programas de reducción de daños, legislación en materia de adicciones y delitos relacionados, farmacología básica y neuroquímica de las sustancias de abuso, epidemiología clínica, etc. La formación universitaria actual dista mucho de cumplir tales necesidades de formación para los psicólogos que trabajan en conductas adictivas, por lo que la formación de postgrado es la única alternativa en muchos casos. Bien es cierto que los procedimientos de intervención utilizados en adicciones no son muy diferentes de los utilizados en psicología clínica, pero los trastornos adictivos presentan una serie de particularidades que hacen necesaria una formación específica en el área. Un buen número de psicólogos desarrollan su labor en esta área de trabajo, cabría esperar una mayor atención formativa en el currículo universitario. Decía Voltaire, “Los doctores son hombres que prescriben medicinas que conocen poco, curan enfermedades que conocen menos, en seres humanos de los que no saben nada”. Si bien los psicólogos no somos doctores como tal, nuestra labor, como profesionales de la salud es hacer que este axioma se aleje de la realidad clínica. Debemos esforzarnos en conocer a las personas que tratamos, para entender y saber más sobre los problemas o enfermedades que les aquejan, para así poder ofrecer las soluciones y tratamientos más idóneos, para lo cual debemos tener los conocimientos adecuados para basar de forma adecuada nuestras decisiones terapéuticas.

También es de suma importancia enfatizar que si bien el papel de la psicología en el área de las adicciones es preponderante porque prácticamente tiene cabida y explicación en los procesos que dan origen a la dependencia de drogas, como en la prevención y en el tratamiento para colaborar en su mejora, no se debe olvidar que además de trabajar con los otros profesionales de salud como parte de un trabajo multidisciplinario, hay que abrirse también a la posibilidad de otras alternativas de ayuda que no tienen que ver con el área científica, no para utilizarlas o aplicarlas nosotros como profesionales, ya que no es competencia de nosotros, pero si como un coadyuvante en el tratamiento de los adictos, refiriéndome específicamente a los grupos de autoayuda que enfatizan su área de

trabajo principalmente en el área espiritual. Comprendiendo que a pesar de los alcances que tiene nuestra ciencia, se tiene limitantes en esta área también muy necesaria para el adicto, la cual en mancuerna sin entrometerse y mucho menos entrar en controversias hace más efectiva la probabilidad de que el usuario mantenga su abstinencia. Todo en este momento siendo reiterado porque sabemos que las restricciones de los tratamientos psicológicos radican en el tiempo, no pudiendo ser siempre monitoreado y llevado de manera longitudinal, sin embargo, los grupos de autoayuda su forma de manejar los doce pasos favorece a que se fortalezcan y se obtenga al final una mejor respuesta del usuario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Adams, J., Heath, A., Young, S., Hewit, J., Corrley, R. y Stallings, M. (2003). Relationships between personality and preferred substance and motivations for use among adolescent substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 691-712.
2. American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona: Masson (original 2000).
3. Anderson, K., Tapert, S., Moadab, I., Crowley, T. y Brown, S. (2007). Personality risk profile for conduct disorder and substance use disorders in youth. *Addictive Behaviors*, 32, 2377-2382.
4. Ayala, Héctor et al (2001). Tratamiento de Conductas Adictivas. México D.F. UNAM. Pág. 145.
5. Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C. F. y Liese, B. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. Nueva York: Guildford.[Edición española: Beck A. T.
6. Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
7. Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28, 11-20.
8. Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, edición revisada, vol. 1 (pp. 375-402). Madrid: McGraw-Hill.
9. Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
10. Becoña, E., Cortés-Tomás, M., Pedrero, E. J., Fernández-Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, M P.,...Tomás- Gradolí, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol. Disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicaIntPsicologica.pdf.
11. Belsasso, Guido (2002) Nuevas estrategias farmacológicas en el tratamiento de las adicciones. México: Secretaría de Salud- CONADIC. Pág. 99

12. Bottlender, M., Kohler, J. y Soyka, M. (2006). The effectiveness of psychosocial treatment approaches for alcohol dependence - a review. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 74, 19-31.
13. Bradley, B. P., Phillips, G., Green, L. y Gossop, M. (1989). Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use following detoxification. *British Journal of Psychiatry*, 154, 354-359.
14. Brandon, T. H., Vidrine, J. I. y Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 257-284.
15. Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183-203.
16. Brook, J., Whiteman, M., Finch, S. y Cohen, P. (2000). Longitudinally foretelling drug use in the late twenties: Adolescent personality and social – environmental antecedents. *Journal of Genetic Psychology*, 161, 37-51.
17. Caballo, Vicente E. (2008). *Manual de Tratamiento Cognitivo- Conductual de los trastornos psicológicos*. España. Editorial Siglo XXI: 2 da Edición
18. Chaloupka, F. J., Cummings, K. M., Morley, C. M. y Horan, J. K. (2002). Tax, price and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11 (Supl. 1), 62-73.
19. Clark, L., Robbins, T., Ersche, K. y Sahakian, B. (2006). Reflection Impulsivity in current and former substance users. *Biological Psychiatry*, 60, 515-522.
20. Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
21. Coley, R. L., Votruba-Drzal, E. y Schlinder, H. S. (2008). Trajectories of parenting processes and adolescent substance use: Reciprocal effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 613-625.
22. Craig, G. J. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.

23. David, K. M. y Murphy, B. C. (2007). Interparental conflict and preschoolers' peer relations: The moderating roles of temperament and gender. *Social Development*, 16, 1-23.
24. De León, L., Pérez, Y., Oropeza, R. y Ayala, H. (2001). Inventario de situaciones de consumo de drogas. Adaptación, validación y confiabilización del *Inventory of Drug Taking Situations* (IDTS) y el *DruTaking Confidence Questionnaire* (DTCQ). Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
25. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. Borges, Guilherme ; Medina-Mora, Maria Elena ; Orozco, Ricardo ; Ouéda, Christiane ; Villatoro, Jorge ; Flei, Clara. *Salud Mental*. vol. 32 (5): 413-425, Sep-Oct, 2009
26. Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. y Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111, 564-572.
27. Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones. Bilbao: Desclée de Brouwer.
28. Echeburúa, E., Becoña, E. y Labrador, F. J. (Coord.) (2010). El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento. Madrid: Pirámide.
29. Echeburúa, E., Labrador, F. J. y Becoña, E. (Eds.) (2009). Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. Madrid: Pirámide.
30. Erikson, E. (1977). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
31. Fergusson, D., Boden, J. y Horwood, L. (2008). The developmental antecedents on illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 165-177.
32. Finney, J. W., Wilbourne, P. L. y Moos, R. H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3ª ed., pp. 179-202). Nueva York: Oxford University Press.

33. Foucault, Michel (1986). *Historia de la Locura*. México D.F. Editorial: Fondo de Cultura Económica. Pág. 137.
34. Friedman, A. S. y Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse. A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 267-275.
35. García-Rodríguez, O., Pericot-Valverde, I., Gutiérrez, J. y Ferrer, M. (2009). La Realidad Virtual como estrategia para la mejora de los tratamientos del tabaquismo. *Salud y Drogas*, 9, 39-55.
36. Gifford, E. y Humphreys, K. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction*, 102, 352-361.
37. Hayaki, J., Stein, M., Lessor, J., Herman, D. y Anderson, B. (2005). Adversity among drug users: Relation to impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 65-71.
38. Higgins, S. T., Heil, S. H. y Lussier, J. P. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431-461
39. Jacobs, D.F. (1989). *Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America*. En H. J. Shaffer; S. A. Stein; B. Gambino y T. N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 249-292). Lexington, MA: Lexington Books.
40. Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family – based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 244-254.
41. Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.

42. Las Adicciones, la genómica y la proteómica. Matus Ortega, Maura Epifanía ; Calva Nieves, Juan Carlos ; Flores Zamora, Anabel ; LeffGelman, Philippe ; Antón Palma, Benito. *Salud Mental*. vol. 35 (2): 137-145, Mar-Abr, 2012
43. Latendresse, S., Rose, R., Viken, R., Pulkkinen, L., Kaprio, J. y Dick, D. (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 322-330.
44. Longest, K. C. y Shanahan, M. J. (2007). Adolescent work intensity and substance use: The mediational and moderational roles of parenting. *Journal of Marriage and Family*, 69, 703-720.
45. Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
46. Marlatt G. A. y Donovan, D. M. (Eds). (2005). *Relapse Prevention, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, 2^a ed. Nueva York: Guilford Publications.
47. Martha P. Romero Mendoza et al (2010). *Mujeres y adicciones*. México, D.F. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz : Consejo Nacional contra las Adicciones : Instituto Nacional de las Mujeres. Pág. 590.
48. Martínez-González, J. M., Trujillo, H. y Robles, L. (2006). Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
49. Matus Ortega (2012) Las adicciones, hallazgos genómicos. *Salud Mental*. vol. 35 (2): 129-135, Mar-Abr,
50. McKim, W.A. (2000). *Drugs and behavior. An introduction to behavioral pharmacology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
51. Méndez Díaz et al (2010) El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud Mental*. vol. 33 (5): 451-456, Sep-Oct.
52. Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J. y Myers, M. (1999). Brief interventions for harm reduction with alcohol – positive older

- adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989-994.
53. Monti, P. M., Rohsenow, D. R., Colby, S. M. y Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
54. Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
55. National Institute on Drug Abuse (2001). *Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones*. Disponible en URL: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>
56. National Institute on Drug Abuse. (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Disponible en URL: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>.
57. Niaura, R. S., Rohsenow, D. J., Binkoff, J. A., Monti, P. M., Pedraza, M. y Abrams, D. B. (1988). Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 133-152.
58. NIDA (1999). *Principios de Tratamientos para la Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones* (1ª Ed., en español). Washington: U.S.: www.drugabuse.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html.
59. NIDA (2009a). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide* (2ª Ed). Washington: U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en: www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html
60. NIDA (2009b). *Enfoques de tratamiento para la drogadicción. NIDA InfoFacts*. Disponible en: www.drugabuse.gov/PDF/InfoFacts/Metodos10.pdf.
61. Ohannessian, C. M. y Hesselbrock, V. M. (2008). Paternal alcoholism and youth substance abuse: The indirect effects of negative affect, conduct problems and risk taking. *Journal of Adolescence Health*, 42, 198-200.

62. Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
63. Oropeza Tena, Roberto (2005) Tratamiento breve para usuarios de cocaína: un modelo cognitivo conductual, principios de aplicación. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y Consejo Nacional contra las Adicciones. Pág. 152
64. Paton, S., Kessler, R. y Kandel, D. (1977). Depressive mood and illegal drug use: A longitudinal analysis. *Journal of General Psychology*, 131, 267-289.
65. Pereiro, C. (2005). *Drogas*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
66. Petry, N. M., Martin, B., Cooney, J. L. y Kranzler, H. R. (2000). Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 250-257.
67. Pfiffner, L., McBurnett, K. y Rathouz, P. (2001). Father absence and familial antisocial characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 357-367
68. Piko, B. F. y Kovács, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 53-58.
69. Pilowsky, D. J., Keyes, K. M. y Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health*, 99, 258-263.
70. Quirke, M. (2001). What works in the treatment of adult substance dependency? Wisconsin Bureau of Substance Abuse Services. Disponible en URL: <http://oja.state.wi.us/docview.asp?docid=7101&locid=97>.
71. Ramsden, S. R. y Hubbard, J. A. (2002). Family expressiveness and parental emotion coaching: Their role in children's emotion regulation and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 657-667.
72. Reebye, P., Moretti, M. y Lessard, J. (1995). Conduct disorder and substance use disorder: Comorbidity in a clinical sample of preadolescents and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 313-319.

73. Repetti, R., Taylor, S. y Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-360.
74. Roberts, R. E., Roberts, C. R. y Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and the other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 88S, S4-S13.
75. Rojas, Estela et al (2011) Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*. vol. 34 (4): 351-365, Jul-Ago.
76. Romero, A. y Ruiz, M. (2007). Does familism lead to increased parental monitoring?: Protective factors for coping with risky behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 143-154.
77. Ruiz Contreras, Alejandra E. et al (2010) El cerebro, las drogas y los genes. *Salud Mental*. vol. 33 (6): 535-542, Nov-Dic.
78. Ryb, G., Dischinger, P., Kufera, J. y Read, K. (2006). Risk perception and impulsivity: Association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accident Analysis and Prevention*, 38, 567-573.
79. Sastre, G. & Moreno, M. (2002). Resolución de conflictos y aprendizaje emocional: Gedisa.
80. Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B. y Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9, 111-126.
81. Secades, R., García, O., Álvarez, H., Río, A., Fernández, J. R. y Carballo, J. L. (2007). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el Tratamiento de la Adicción a la Cocaína. *Adicciones*, 29, 51-57.
82. Secades, R., García, O., Fernández, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40

83. Secades, R., García, O., Higgins, S. T., Fernández, J. R. y Carballo, J. L. (2008). Community Reinforcement Approach plus Vouchers for Cocaine Dependence in a Community Setting in Spain: Six-Month Outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 202-207.
84. Secretaría de Salud (2001) Programa de acción: Adicciones Farmacodependencia. México: Secretaría de Salud. Pág. 151.
85. Secretaría de Salud (2005) Programa sistema nacional para el tratamiento integral de las adicciones. México: Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil, A.C. y Consejo Nacional contra las Adicciones. Pág. 98
86. Shaffer, D. R. (2000). Social and personality development. Belmont: Wadsworth.
87. Sher, K., Bartholow, B. y Wood, M. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 818-829.
88. Siegel, S. (1983). Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence. En Y. Israel, F. B. Glaser, H. Kalant, R. E. Popham, W. Schmidt y R. G. Smart (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems*. Nueva York: Plenum Press.
89. Simons-Morton, B. y Chen, R. S. (2006). Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, 31, 1211-1223.
90. Stewart, J., de Wit, H. y Eikelboom, R. (1984). The role of unconditioned and conditioned drug effects in the self administration of opiates and stimulants. *Psychological Review*, 91, 251-268.
91. Swadi, H. (1989). Substance use in a population of London adolescents. M. Phjil. Thesis, University of London. Timmermans, M., Van Lier, P. y Koot, H. (2008). Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behavior and substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 386-394.
92. Torrens, M., Fonseca, F., Baños, J. E. y Farré, M. (2007). Ensayos Clínicos. En J. Ballesteros, M. Torrens y J. C. Valderrama (Eds.), *Manual introductorio*

- a la investigación en drogodependencias (pp. 41-48). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
93. Trujols, J., Luquero, E., Siñol, N., Bañuls, E., Tejero, T., Batlle, F.,... Pérez-de-los-Cobos, J. (2007). Técnicas de intervención cognitivo-conductuales para el tratamiento de la dependencia de la cocaína. *Actas de Psiquiatría*, 35, 190-198.
 94. Villa, M., Rodríguez, F. J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
 95. Villatoro, Jorge et al (2012) El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*. vol. 35 (6): 447-457, Nov-Dic.
 96. Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M. Sonntag, H. y Wittchen, H. (2001). The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: A longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 347-361
 97. Vuchinich, R. y Heather, N. (2003). *Choice, Behavioural Economics and Addiction*. London: Pergamon.
 98. Wikler, A. (1973). Dynamics of drug dependence. *Archives of General Psychiatry*, 28, 611-616.
 99. Winters, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R. y Kelley, M. L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: Effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 344-355.
 100. Wright F., Newman C. F. y Liese B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
 101. Zimmerman, P. y Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25, 107-124.
 102. Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlba Addiction Editor. (1999). *Comments on Project*

MATCH: matching alcohol treatments to client heterogeneity. *Addiction*, 94, 31-34.