

PAIDÓS Psicología Psiquiatría Psicoterapia

**Aaron T. Beck, Fred D. Wright,
Cory F. Newman y Bruce S. Liese**

Terapia cognitiva de las drogodependencias

Aaron T. Beck
Fred D. Wright
Cory F. Newman
Bruce S. Liese

TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS

PAIDÓS

Título original: *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, de Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Cory F. Newman y Bruce S. Liese
Publicado originalmente en inglés, en 1993, por The Guilford Press, una división de Guilford Publications, Inc. Esta edición ha sido publicada por acuerdo con International Editors' Co.

1.ª edición, octubre de 1999

1.ª edición en esta presentación, marzo de 2019

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© The Guilford Press, 1993

© de la traducción, Antoni Rodríguez Fornells, 1999

© de todas las ediciones en castellano,

Editorial Planeta, S. A., 1999

Avda. Diagonal, 662-664

08034 Barcelona, España

Paidós es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

www.paidos.com

www.planetadelibros.com

ISBN 978-84-493-3563-1

Depósito legal: B. 3.568-2019

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como papel ecológico.

Impreso en España – *Printed in Spain*

SUMARIO

Agradecimientos	11
Prefacio	13
1. Perspectiva general del abuso de sustancias	19
2. Modelos cognitivos de la adicción	45
3. Teoría y terapia de la adicción.....	71
4. La relación terapéutica y sus problemas.....	87
5. Formulación del caso	119
6. Estructura de la sesión terapéutica	141
7. Educar a los pacientes en el modelo cognitivo	161
8. Establecer las metas	173
9. Técnicas de terapia cognitiva.....	189
10. Manejo del <i>craving</i> y los impulsos irrefrenables de consumir .	215
11. Prestar atención a las creencias	231
12. Manejo de los problemas vitales en general.....	253
13. Intervención ante la crisis	283
14. Terapia de la depresión en personas adictas	301
15. Ira y ansiedad	321
16. Trastornos de la personalidad concomitantes	353
17. Prevención de recaídas en la terapia cognitiva del abuso de sustancias	385
Apéndices.....	407
Bibliografía.....	435
Índice de nombres.....	451
Índice analítico	457

CAPÍTULO 1

PERSPECTIVA GENERAL DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

La estructura de América se encuentra profundamente afectada por los problemas de abuso de sustancias. Dichos problemas no sólo afectan directamente a los millones de americanos que sufren de abuso de sustancias sino que, indirectamente, afecta a las vidas de millones de personas más de la gran red social y profesional que los rodean. Uno de cada diez adultos en este país tiene problemas graves con el alcohol (Instituto de Medicina, IOM, 1987) y al menos uno de cada cuatro es adicto a la nicotina (Centros para el Control de Enfermedades, CDC, 1991a). Aproximadamente uno de cada 35 americanos de más de 12 años abusa de drogas ilegales (IOM, 1990a). Este consumo de sustancias muestra profundas ramificaciones sociales, médicas y psicológicas tanto para el individuo como a niveles sociales más extensos. La CDC (1991b), por ejemplo, estimó que aproximadamente 434.000 personas en este país morían cada año como resultado de fumar tabaco y muchas miles de personas más mueren también como resultado del alcoholismo (IOM, 1987), y/o del abuso de sustancias ilegales (IOM, 1990a). Sin embargo, deberíamos insistir en que el abuso de sustancias se hace extensivo a muchas más áreas y el número de víctimas es mucho mayor que las cifras someras que estamos dando a entender.

En este capítulo introductorio mostraremos el escenario para la terapia de conducta del abuso de sustancias. Empezaremos con una visión general de las sustancias psicoactivas y el abuso de las mismas, revisaremos brevemente la historia de la utilización de dichas sustancias, describiremos las sustancias más utilizadas comúnmente y de las que más se abusa, discutiremos los modelos cognitivos para comprender el abuso de sustancias y su recaída y chequearemos los métodos más tradicionales, para el tratamiento del abuso de sustancias.

Antecedentes: sustancias psicoactivas y abuso de las mismas

Las sustancias psicoactivas son productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando el pensamiento de la persona que abusa de los mismos, su estado de ánimo y/o sus conductas. La tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R; Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 1987) describe 10 categorías de sustancias psicoactivas: alcohol; anfetaminas o agentes simpaticomiméticos similares; *cannabis*; cocaína; alucinógenos; inhalantes; nicotina; opiáceos; fenclidina (PCP) o agentes similares arilciclohexilaminas; y sedativas como los hipnóticos o ansiolíticos. Cada una de estas sustancias tiene propiedades y efectos únicos. Algunas sustancias de las que se abusa tienen poco potencial adictivo (p. ej., alucinógenos), mientras que otras tienen gran poder adictivo (p. ej., la cocaína *crack*). Algunas de ellas se suelen fumar (p. ej., nicotina, *cannabis* y cocaína *crack*); otras se ingieren oralmente (p. ej., alucinógenos y sedativos); mientras que otras se toman de forma intranasal (p. ej., cocaína en polvo e inhalantes). Algunas drogas hacen que la persona que las ingiere se sienta fuerte, animada (p. ej., anfetaminas y cocaína); algunas hacen que las personas se sientan con un estado de ánimo entristecido o relajadas (p. ej., alcohol, hipnóticos y ansiolíticos); mientras que otras (p. ej., alcohol y nicotina) producen simultáneamente ambos efectos en el consumidor.

El DSM-III-R distingue entre abuso de sustancias y dependencia de las mismas. El *abuso* se define como un patrón disfuncional de utilización de sustancias psicoactivas mientras que la *dependencia* (considerada algo más serio que el abuso) se define como «incapacidad de control del consumo» (es decir, adicción fisiológica). En este libro, no vamos a ahondar mucho en la distinción entre ambos términos. En vez de ello, consideramos cualquier patrón de consumo de sustancias psicoactivas como problemático y que requiere de intervención, si acaba generando consecuencias adversas ya sean sociales, profesionales, legales, médicas o interpersonales, independientemente de que dicho consumidor experimente, o no, tolerancia fisiológica o síndrome de abstinencia. Es más, aunque somos cautelosos ante las visiones simplistas del tipo o todo o nada, sobre la adicción y su recuperación, y aunque reconocemos que algunos pacientes tienen más capacidad que otros para mantener un consumo controlado y un abuso moderado, somos partidarios de un programa de tratamiento que se esfuerce por conseguir la abstinencia total. De esta forma, intentamos maxi-

mizar las oportunidades del paciente de mantener un estilo de vida capaz y responsable, reduciendo el riesgo de recaída y evitando mostrar a los pacientes la falsa impresión de que consideremos una mera *reducción* en su consumo de droga como un resultado positivo de la terapia.

Historia de la utilización de sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas han sido utilizadas por la mayoría de las culturas desde tiempos prehistóricos (Westermeyer, 1991). De hecho, durante siglos las drogas psicoactivas han tenido muchas funciones individuales y sociales. A nivel individual, han proporcionado estimulación, liberación tanto de los estados emocionales adversos como de los síntomas físicos indeseables, y estados alterados de conciencia. A nivel social las sustancias psicoactivas han facilitado los rituales religiosos, ceremonias y han tenido finalidades médicas. Sabemos ya de la utilización del opio en China y en Egipto desde los primeros escritos de estas civilizaciones (Westermeyer, 1991). En India se cita la marihuana desde «al menos, más allá del segundo milenio a.C.» (Brecher, 1972, pág. 397). Las pruebas de cómo utilizaban los mayas, aztecas e incas las drogas en su medicina y rituales, se pueden evidenciar en sus estatuas y dibujos de sus edificios y cerámica (Karan, Haller y Schnoll, 1991; Westermeyer, 1991). La utilización del alcohol se remonta a tiempos del paleolítico (Goodwin, 1981) y la civilización mesopotámica ofreció una de las primeras descripciones clínicas de intoxicación y curación de la resaca.

Ya en tiempos modernos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha preocupado acerca de los problemas que origina el abuso de las drogas y el alcohol a escala mundial (Grant, 1986). Ya en 1968, la OMS realizó un estudio internacional del consumo de droga en la juventud (Cameron, 1968), y en un estudio más reciente (Smart, Murray y Arif, 1988) se revisaron los programas de prevención y abuso de drogas en 29 países. Sin embargo, Smart y sus colaboradores concluyeron en esta revisión que «la gravedad del problema de la droga es de sobras conocida en algunos países, pero no así en otros» (pág. 16). Actualmente la OMS está enfocando los problemas derivados del alcohol mediante la elaboración de un protocolo de prevención secundario (Babor, Korner, Wilber y Good, 1987).

Las decisiones y programas sobre la droga en Estados Unidos, se han visto profundamente afectados por actitudes históricas y socioculturales con

relación a las drogas psicoactivas, desde un espectro menos restrictivo (p. ej., liberales) hasta muy restrictivo (p. ej., criminales). Por ejemplo, desde finales de 1700 hasta finales de 1800, las drogas psicoactivas (especialmente los narcóticos) se distribuían ampliamente en Estados Unidos. De hecho, Musto (1991) ha expuesto que el opio y la cocaína eran legales y estaban a disposición del público por medio del «farmacéutico local». Un escrito de la Unión de Consumidores (Brecher, 1972) describía el siglo XIX como «el paraíso de las drogatas» debido a las pocas restricciones que existían. Ya a finales de 1800 y principios de 1900, se empezaron a desarrollar las concepciones médicas de la adicción, influenciadas sobre todo por el temprano interés sobre el curso de las adicciones del doctor Benjamin Rush (1790). El primero que utilizó el término alcoholismo en 1849 fue un médico sueco, Magnus Huss (IOM, 1990b). Al mismo tiempo (finales de 1800 y principios de 1900) la política de Estados Unidos cada vez consideraba más criminalizable el consumo de droga. Sin embargo, entre 1960 y 1970 las actitudes acerca de las drogas se hicieron menos restrictivas a medida que las actitudes sociopolíticas de Estados Unidos se hacían más liberales. Simultáneamente, el modelo de enfermedad sobre las adicciones cada vez ganaba más adeptos, en parte debido al trabajo de Jellinek (1960).

Desde 1980, Estados Unidos ha vuelto a ser menos tolerante y más restrictivo acerca de las drogas. Al menos dos hechos podrían explicar dicho fenómeno: a) cada vez se han hecho más evidentes, con el aumento del consumo, los efectos negativos de las drogas en los individuos, la familia y la sociedad, y b) las actitudes sociopolíticas en Estados Unidos han tendido, en general, a ser cada vez más conservadoras. Sin embargo, y al mismo tiempo, cada vez existe más controversia acerca del modelo de enfermedad de la adicción («Modelo Actual de Enfermedad», 1992, Fingarette, 1988; Peele y Brodsky, con Arnold, 1991) y la criminalización de las sustancias psicoactivas (R. L. Miller, 1991).

Las drogas más utilizadas

Alcohol

El alcohol es simultáneamente una sustancia química, un brebaje y una droga que «modifica intensamente el funcionamiento del sistema ner-

vioso» (Levin, 1990, pág. 1). Aproximadamente un 10 % de americanos en Estados Unidos tienen serios problemas con la bebida; un 60 % son bebedores entre *light* a moderados; y el resto, un 30 % de los adultos de Estados Unidos, no consume alcohol. Sin embargo, el abuso del alcohol explica aproximadamente un 81 % de las hospitalizaciones por trastornos debidos al abuso de sustancias (IOM, 1987). Es importante señalar que la mitad del consumo de alcohol de este país es realizado por sólo un 10 % de bebedores graves. El porcentaje de hombres que bebe es mayor que el de mujeres, y un mayor porcentaje de hombres son bebedores graves.

Al principio el alcohol actúa como un anestésico general, interfiriendo sutilmente con algunas funciones como el pensamiento, el razonamiento o el juicio (Miller y Muñoz, 1976). Sin embargo, a medida que la concentración de alcohol en sangre va aumentando (CAS), los efectos se hacen más intensos hasta que incluso se afecta la función motriz básica. Ante niveles de CAS aún mayores, aparece el sueño y en último término se puede producir la muerte como resultado de la anulación de la respiración.

«El alcohol afecta casi todos los órganos del cuerpo ya sea directa o indirectamente (Instituto Nacional de Abuso del Alcohol y Alcoholismo, NIAAA, 1990, pág. 107). Por tanto, si el abuso es crónico, el alcohol puede causar serios y múltiples problemas médicos, que van desde daños en el hígado, el páncreas, el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular, el sistema inmunológico, el sistema endocrino y el sistema nervioso. También se ha asociado enormemente el alcohol como una de las causas que conducen a muertes accidentales en Estados Unidos: accidentes con vehículos de motor, caídas y accidentes relacionados con el fuego. Es más, aproximadamente un 30 % de los suicidios y la mitad de todos los homicidios están relacionados con el alcohol (IOM, 1987), así como las estimaciones de muertes anuales relacionadas con el alcohol van desde 69.000 a 200.000 por año (IOM, 1987). Además, un porcentaje significativo tanto de los crímenes violentos como no violentos se cometen bajo la influencia del alcohol (McCord, 1992). La utilización crónica del alcohol también puede tener otras consecuencias sociales importantes, como perder una carrera, los amigos y la familia. Por ejemplo, una cantidad importante de abusos sexuales y físicos está relacionada con estados de intoxicación del agresor (Clayton, 1992; Frances y Miller, 1991; Harstone y Hansen, 1984), y la disfunción familiar general se suele asociar con el alcoholismo de uno o más de sus componentes adultos (Heath y Stanton, 1991). Las complicaciones médicas se pueden transmitir incluso a la siguiente gene-

ración, ya que si la madre bebe durante la época de embarazo, puede provocar el síndrome del alcohol fetal y otros defectos serios de nacimiento. De hecho, la exposición prenatal al alcohol es una de las causas más importantes de retraso mental en la cultura occidental (NIAAA, 1990, pág. 139).

Drogas ilegales

De acuerdo con la IOM (1990a) al menos 14 millones de personas consumen drogas ilegales cada mes. Durante los meses en que se alcanza el punto más alto, el consumo llega hasta más de 25.000 millones de usuarios. Se ha estimado que aproximadamente un 2,3 % de la población de Estados Unidos mayores de 12 años han tenido un problema suficientemente serio como para requerir tratamiento. Sin embargo, esta estadística es sustancialmente más grande para los individuos que están encarcelados (33 %) o en libertad condicional (25 %). Cuando se incluye a estas personas en los datos epidemiológicos, la estimación de los problemas originados por el consumo ilegal de drogas en el total de la población es de un 2,7 %.

Si tenemos en cuenta el costo social del consumo de drogas ilegales, se estima que más del 25 % de crímenes contra la propiedad y un 15 % de crímenes violentos están relacionados con la utilización ilegal de drogas por el criminal. La pérdida de dinero estimada con relación a estos crímenes se ha estimado en 1.700 millones de dólares por año. Los homicidios también están muy relacionados con las actividades que rodean las transacciones de droga. Aproximadamente un 14 % de homicidios al año están relacionados de manera causal con las drogas. El coste de las actividades judiciales relacionadas con estos crímenes, contra el tráfico de drogas a nivel federal, fueron aproximadamente de 25.000 millones de dólares en 1988, en comparación con 1.760 millones de gasto en 1986. En las siguientes secciones presentaremos descripciones breves de tres de las drogas ilegales más comunes: marihuana, cocaína y los opiáceos.

En 1972, un escrito de la Unión de Consumidores identificó la marihuana como la cuarta droga psicoactiva más popular en el mundo, después de la cafeína, la nicotina y el alcohol (Brecher, 1972, pág. 402). Aunque el consumo de la marihuana ha disminuido desde 1979, sigue siendo la droga de consumo más extendida en la sociedad occidental (APA, 1987; Weiss y Millman, 1991).

Normalmente la marihuana se fuma, aunque también se puede ingerir. Tal y como Weiss y Millman (1991) exponen, a pesar de su efecto general sedativo, los efectos psicoactivos de la marihuana en el usuario son muy variados, «...dependen sobre todo de la personalidad del usuario, sus expectativas y el ambiente en el que está» (pág. 160).

Se han debatido intensamente los efectos de la marihuana sobre la salud y éste sigue siendo un tema muy polémico, probablemente debido a los efectos no sistemáticos de la droga en el individuo y a través de diferentes personas. Durante algún tiempo, la marihuana se consideraba relativamente segura y no adictiva (Brecher, 1972). Sin embargo, en el presente se asocia a múltiples efectos físicos y psicológicos, desde labilidad afectiva y depresión, síndrome amotivacional, disminución de la memoria a corto plazo y enfermedades pulmonares (Weiss y Millman, 1991). De acuerdo con el DSM-III-R, la dependencia de la marihuana se caracteriza por la utilización abusiva de la misma (p. ej., diaria) con un deterioro sustancial. La dependencia de la marihuana también predispone a las personas ante otros problemas psicológicos, al igual que los dependientes del *cannabis* también son probablemente policonsumidores de otras sustancias o padecen otros trastornos psiquiátricos (APA, 1987; Weiss y Millman, 1991).

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que produce euforia, alerta y sensación de bienestar. También disminuye la ansiedad y las inhibiciones sociales incrementando la energía, la autoestima y la sexualidad. Actualmente la cocaína es una de las drogas ilegales utilizada más ampliamente. De hecho, el consumo de la cocaína se incrementó en 1991, «a pesar de los tres años de guerra de la administración Bush contra las drogas» (Mental Health Report, 1992, pág. 5). Seguramente, para muchas personas los efectos tan positivos a corto plazo de la cocaína, tanto psicológicos como fisiológicos, superan los peligros asociados con la adquisición y el consumo de la misma. Siguiendo a Gawin y Ellinwood (1988): «El objetivo de esta euforia directa, de raíz farmacológica, es tan dominante que el usuario es capaz de ignorar algunos signos de desastre personal que se van acumulando» (pág. 1.174).

La cocaína es un alcaloide (como la cafeína y la nicotina) que se extrae de la hoja de la coca. En su estado puro, las hojas de coca se pueden masticar, aunque esta práctica está casi restringida a las poblaciones nativas en los países productores de cocaína (APA, 1987).

En Estados Unidos, la cocaína se suele tomar por vía intranasal (p. ej., esnifada o aspirada) en la forma de polvo de cocaína hidroclicada. En este estado, el consumidor extiende el polvo en una superficie dura y entonces lo prepara en «líneas», que se esnifan (Karan y otros, 1991). En forma de polvo, la cocaína hidroclicada también se puede mezclar con agua y administrarse vía intravenosa con una inyección. Este proceso se conoce como «chutarse» o «inyectarse» (Karan y otros, 1991). La inyección intravenosa de cocaína produce unos efectos psicológicos y fisiológicos muy intensos en 30 segundos (Jones, 1987).

La cocaína también se puede fumar como una pasta o en forma de alcaloide (es decir, «base»). En esta forma también produce su efecto en unos segundos. La cocaína *crack* (llamada de esta forma por el sonido de la cocaína cuando es pura) suele ser la forma base corriente que se vende relativamente barata, empaquetada y ya preparada para su uso en pequeñas dosis (Karan y otros, 1991). De acuerdo con Karan y otros (1991), el *crack* barato, aproximadamente de 2 a 10 dólares por frasquito, «ha estado ampliamente disponible en las calles de muchas ciudades americanas desde 1985» (pág. 125), haciéndolo más accesible al presupuesto de muchos adolescentes e incluso de la gente más empobrecida. Además de esta mayor disponibilidad, nos encontramos con el hecho de que la cocaína *crack* produce un «subidón o colocón» de enorme intensidad, casi instantáneo. Por tanto, la cocaína *crack* es extraordinariamente adictiva, produciendo un deterioro sustancial del funcionamiento diario, por término medio al cabo de sólo unas semanas de su consumo (Gawin y Ellinwood, 1988; Smart, 1991), mucho más rápido, por ejemplo, que el consumo intranasal de la cocaína. Estas características de la cocaína *crack* hacen que predisponga a un rápido crecimiento de la prevalencia de su abuso.

De hecho, muchos observadores han sugerido que la utilización de cocaína ya ha alcanzado niveles epidémicos (Weinstein, Gottheil y Sterling, 1992). En la prensa popular, por ejemplo, un artículo biográfico ilustrado del *Reader's Digest* describe la cocaína como «el demonio entre nosotros» (Ola y D'Aulaire, 1991). Esto contrasta sorprendentemente con la glorificación que se hace de la cocaína en las películas y en las canciones entre 1970 y 1980, cuando la cocaína era considerada la droga escogida por los poderosos y opulentos. En la prensa científica, Gawin y Ellinwood (1988) explican que «creyendo que la droga era segura, millones de personas probaron la cocaína, y explotó el abuso de la misma» (pág. 1.173). Estos autores describen que

un 15 % de los americanos han probado la cocaína, y 3 millones de personas han abusado de la cocaína regularmente desde 1986, motivando «un aumento cinco veces mayor de los adictos a la heroína» (pág. 1.173). Smart y Adlaf (1990) informan del aumento de personas tratadas por abuso de cocaína desde 1980. Cohen (1991) atribuye esta «explosión de la cocaína» a factores de provisión (p. ej., bajo coste, disponibilidad y alta rentabilidad), factores externos (p. ej., presión de los compañeros y las representaciones hechas por los medios de comunicación sobre el uso de la droga), factores internos (p. ej., hedonismo, sociopatía, depresión y estrés vital) y factores intrínsecamente relacionados con la droga (p. ej., «el imperativo farmacológico»). Sorprendentemente, el abuso de la cocaína ocurre y persiste a pesar de los graves problemas médicos que se asocian con su consumo: daños en el sistema nervioso central, atrofia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, colapsos respiratorios, grave hipertensión, exacerbación de las enfermedades crónicas y complicaciones psiquiátricas (Estroff, 1987). Debido a que el abuso de la cocaína ha producido menos tratamientos alternativos farmacológicos que los producidos ante otros tipos de abusos de drogas ilegales, como la heroína (Alterman, O'Brien y McLellan, 1991; Covi, Baker y Hess, 1990; Stine, 1992) y debido a la gravedad y extensión de los problemas relacionados con la cocaína, en este manual de tratamiento hemos puesto proporcionalmente más énfasis en la cocaína y el *crack*, que en otro tipo de drogas.

Los opiáceos, incluyendo la heroína, la metadona y la codeína, son drogas que farmacológicamente se parecen a la morfina. Las drogas de este grupo producen sensaciones de euforia, relajación y mejora del estado de ánimo. También tienen la ventaja de que reducen el dolor, la ansiedad, la agresión y el impulso sexual (IOM, 1990a), y son consideradas altamente adictivas. De acuerdo con Thomason y Dilts (1991):

Los opiáceos tienen la capacidad de gobernar toda la atención del individuo, sus recursos y energía, y centrarlos, exclusivamente, en la obtención de la próxima dosis a cualquier precio. Este círculo vicioso se repite cada 24 horas al día, 365 días al año, desde el principio al final. La comprensión de las implicaciones del abuso de opiáceos impresiona y asombra a las personas que tienen inquietud por conocer (pág. 103).

Aunque la utilización de agentes farmacológicos agonistas como la metadona (y antagonistas como la naltroxona) han representado tradicional-

mente un aspecto muy importante del tratamiento del abuso de heroína, la metadona, por sí misma, está desafortunadamente sujeta a varias formas de abuso (p. ej., tráfico en los mercados negros o su utilización con otras drogas). Además, muchos consumidores de heroína consideran que la metadona es inferior a la «verdadera droga», lo que les conduce a la falta de cumplimiento y al abandono en los programas de tratamiento (Grabowski, Stitzer y Henningfield, 1984). Por tanto, consideramos que los planteamientos farmacológicos (incluso en el caso de la heroína) representan una estrategia terapéutica incompleta a menos que se utilicen en combinación con otros abordajes como los grupos de apoyo y la terapia cognitiva.

Nicotina

Fumar cigarrillos es de lejos la causa de muerte simple más fácil de evitar que existe en Estados Unidos. De hecho, se ha estimado que unas 434.000 personas murieron en 1988 debido al consumo de cigarrillos (CDC, 1991b). Esta cifra incluye aquellos que murieron por cáncer, enfermedades de pulmón, enfermedades del corazón, incendios causados por fumar sin cuidado y enfermedades renales y del páncreas. Aproximadamente 49,4 millones de americanos (28,1 %) son consumidores regulares de tabaco (CDC, 1991a), a pesar del hecho de que se conozca que es una de las causas destacadas de morbilidad y mortalidad en este país.

Sin embargo, desde mediados de 1970 se ha reconocido que el número de fumadores ha disminuido considerablemente. Históricamente, más hombres que mujeres fuman y, sin embargo, una mayor proporción de hombres que de mujeres lo han dejado. Se ha vaticinado que hacia el año 1995 habrá más mujeres fumadoras que hombres. Irónicamente y a pesar de la unión histórica y publicitaria entre los cigarrillos y el estatus, la riqueza y lo atractivo, se da el caso de que, cada vez más, la gente con menos estatus social es la que más fuma. Por ejemplo, el número de fumadores entre las minorías, los pobres y la gente con menos educación, ha crecido, y se espera que esta tendencia continúe (Pierce, Fiore y Novotny, 1989).

La nicotina es el ingrediente psicofarmacológico adictivo en los cigarrillos. Tal y como hemos mencionado antes, la dependencia de la nicotina se incluye en el DSM-III-R, al mismo tiempo que las dependencias de otras sustancias psicoactivas (alcohol, opiáceos, cocaína, etc.). No sorprende que hayamos encontrado que el proceso adictivo con el tabaco

sea análogo al proceso comprendido en otras sustancias psicoactivas. Por tanto, aunque la adicción a la nicotina no esté asociada con el mismo grado de consecuencias sociales, profesionales y legales como en el caso de las adicciones a otras drogas ilegales, sus peligros médicos y el hecho de que un hábito de consumo de cigarrillos temprano en la vida conduzca frecuentemente a la adicción de sustancias «más duras» (Henningfield, Clayton y Pollin, 1990), lo convierte en una área importante para la intervención en salud mental. Aunque este libro se centre poco en los métodos específicos para la eliminación del hábito de fumar, creemos que los mismos principios de evaluación y tratamiento (p. ej., afrontamiento del *craving*¹ y modificación de las creencias) que postulamos en este libro son plenamente aplicables al paciente adicto a la nicotina.

Abuso de sustancias múltiples

Los individuos que abusan de una sustancia psicoactiva, probablemente también abusan simultáneamente de otra sustancia. De hecho, entre un 20 % y 30 % de los alcohólicos entre el público en general, y aproximadamente un 80 % en los programas de tratamiento, dependen de, al menos, otra droga. Una de las combinaciones más frecuentes es el alcohol, la marihuana y la cocaína (N. S. Miller, 1991, pág. 198).

N. S. Miller (1991) explicó que el abuso de sustancias múltiples ocurría por múltiples razones. Por ejemplo, algunas drogas aumentan los efectos de otras, mientras que otras se utilizan para evitar algunos efectos secundarios indeseables de otra drogas. Algunas drogas se utilizan para tratar los efectos secundarios del síndrome de abstinencia producido por otras drogas y, de igual forma se utilizan como sustitutos de otras drogas.

Los correlatos médicos y psicológicos del abuso de sustancias múltiples son numerosos (N. S. Miller, 1991). Incluyen desde problemas asociados con cada droga individual (p. ej., el abuso del alcohol asociado con problemas en el hígado y el corazón) así como aquellos más asociados a sustancias múltiples (p. ej., sobredosis inducidas por interacción entre drogas).

1. En esta traducción se ha optado por mantener la palabra *craving* como en el original, ya que no existe una traducción exacta de la misma en la lengua española y porque, en ámbitos profesionales, es frecuente su utilización en la forma anglosajona. El sentido exacto de la palabra *craving* correspondería a «estado de ansia o deseo irrefrenable de usar droga o alcohol». (N. del t.)

Doble diagnóstico: abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos

La coexistencia de abuso de sustancias con otros trastornos mentales es algo bastante frecuente (p. ej., Ananth y otros, 1989; Brown, Ridgely, Pepper, Levine y Ryglewicz, 1989; Bunt, Galanter, Lifshutz y Castaneda, 1990; Davis, 1984; Hesselbrock, Meyer y Kenner, 1985; Kranzler y Liebowitz, 1988; Nace, Saxon y Shore, 1986; Nathan, 1988; Penick y otros, 1984; Regier y otros, 1990; Ross, Glaser y Germanson, 1988; Schneier y Siris, 1987). En un estudio de más de 20.000 americanos realizada por Regier y otros (1990) se encontró que los individuos con trastornos psiquiátricos mostraban 2,7 veces más probabilidad de tener problemas con el alcohol u otras drogas, comparados con aquellos que no tenían problemas psiquiátricos. De hecho, un 37 % de los individuos con abuso de sustancias coexisten con algún trastorno mental en el Eje I.

A partir de estos datos, parece claro que los individuos con abuso de sustancias deberían beneficiarse de una intervención terapéutica que simultáneamente se enfocara también a sus trastornos mentales. La terapia cognitiva es ideal para estos individuos ya que fue desarrollada y probada en pacientes con depresión, ansiedad y trastornos de personalidad (véase Hollon y Beck, en prensa, para una revisión extensa sobre el tema). De hecho, un componente importante de la terapia cognitiva comprende la conceptualización del caso (Persons, 1989), definida como la evaluación y la integración de la información histórica, el diagnóstico psiquiátrico, el perfil cognitivo y otros aspectos del funcionamiento (véase capítulo 5, en este libro, para una descripción detallada de la conceptualización del caso). Por ejemplo, cuando se encuentra la coexistencia de un trastorno psiquiátrico con abuso de una droga o alcohol en un paciente, el terapeuta se centra simultáneamente en el abuso de sustancias y los síntomas del síndrome psiquiátrico así como en otros factores propios de la interacción (véanse capítulos 14, 15 y 16, en este libro, para aprender más sobre el tratamiento de los pacientes con doble diagnóstico).

Prevención de recaídas

El abuso de sustancias y su dependencia se caracterizan tanto por su remisión como por su recaída. En una revisión clásica realizada por

Hunt, Barnett y Branch (1971) se encontró que la heroína, la nicotina y el alcohol se asociaban de forma similar por sus altas tasas y patrones de recaídas (pág. 455; véase figura 1.1). Estos investigadores encontraron que dos tercios de los individuos tratados recaían en tres semanas. Muchos investigadores han especulado acerca del significado de estos descubrimientos, y la mayoría infieren que reflejan procesos comunes que subyacen a estas adicciones. De hecho, desde la publicación de Hunt y colaboradores (1971), los especialistas en adicciones se han centrado en desarrollar y evaluar modelos más exhaustivos de la adicción que incluyan todas las sustancias psicoactivas, al igual que el juego o la ingesta de comida compulsiva.

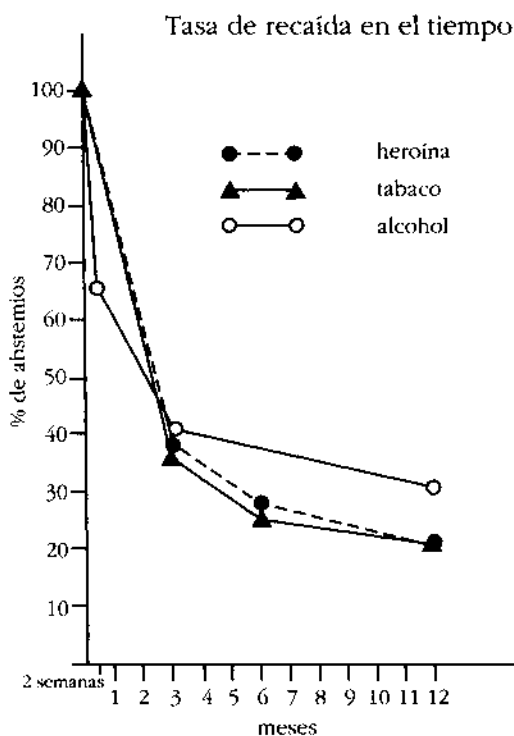


Figura 1.1. Tasa de recaída con el tiempo para la heroína, el tabaco y la adicción al alcohol. De Hunt, Barnett y Branch (1971), pág. 456. *Copyright* 1971 por Clinical Psychology Publishing Co., Inc. Reproducido con permiso.

Marlatt y sus colaboradores (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986; Marlatt, 1978; Marlatt, 1982; Marlatt y Gordon, 1985) han realizado una contribución importante a la literatura científica sobre la adicción con su modelo cognitivo-conductual de prevención de la recaída. Siguiendo el modelo de Marlatt y Gordon (1985) (véase figura 1.2) los individuos se ven a sí mismos como si tuvieran una sensación o percepción de control o autoeficacia. Cuando se enfrentan con situaciones de alto riesgo, esta sensación se ve amenazada. Estas situaciones de alto riesgo para el abuso de drogas del paciente incluyen desde estados físicos o estados emocionales negativos o positivos, conflictos interpersonales, presión social o exposición a las señales asociadas con la droga. Cuando los individuos se enfrentan a estas situaciones de alto riesgo deben responder con conductas de afrontamiento. Aquellos que tienen respuestas de afrontamiento efectivas, desarrollan mayor autoeficacia y como consecuencia existe menos probabilidad de recaída. Aquellos que tienen relativamente menor número de respuestas de afrontamiento o ninguna, experimentarían una disminución en su autoeficacia y un aumento de las expectativas sobre los efectos positivos que produciría la droga, seguido de un desliz, es decir, empieza de nuevo el consumo de la droga. Este consumo inicial desemboca en lo que Marlatt llama el Efecto de la violación de la abstinencia (EVA; p. ej., percepción de la pérdida de control) y un aumento final de la probabilidad de recaída.

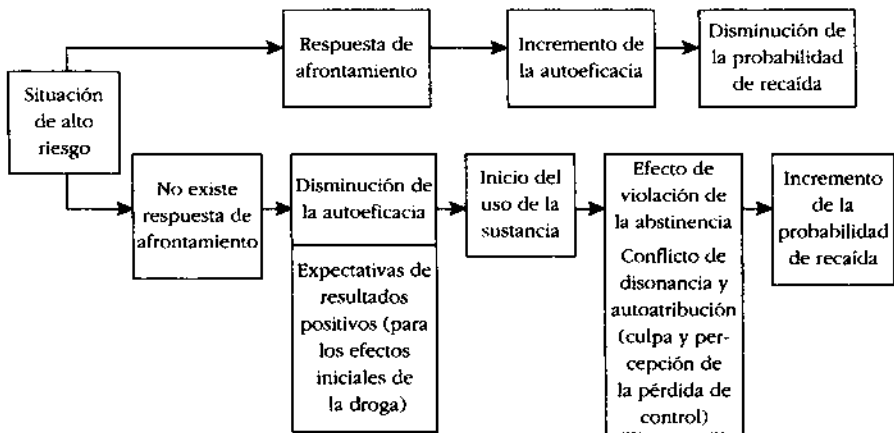


Figura 1.2. Modelo del proceso de recaída. De Marlatt y Gordon (1985), pág. 38. Copyright 1985 por The Guilford Press. Reproducido con permiso.

El trabajo de Marlatt y sus colaboradores ha tenido un profundo impacto en el conocimiento de las conductas adictivas. De hecho, actualmente la mayoría de textos habituales sobre las adicciones tratan de la prevención de la recaída, ya sea de una forma u otra. Aunque casi todo el trabajo que se ha realizado sobre prevención de recaídas se ha generado a partir del modelo cognitivo-conductual (p. ej., Chiauuzzi, 1991), varios programas (p. ej., Alcohólicos Anónimos), e incluso los defensores del modelo de enfermedad, recientemente han incrementado el énfasis en la prevención de las recaídas (p. ej., Gorski y Miller, 1986).

Modelos de adicción

Numerosos modelos teóricos se han desarrollado para poder explicar las conductas adictivas (véanse Baker, 1988; Blane y Leonard, 1987, para revisiones recientes). Tal y como mencionamos anteriormente, la tendencia dominante entre los expertos en adicciones es hacia el desarrollo de modelos exhaustivos que expliquen todas las adicciones.

Modelos cognitivos de la adicción

Se han desarrollado y evaluado gran variedad de modelos cognitivos relativos a la adicción (p. ej., Abrams y Niaura, 1987; Marlatt, 1978, 1985; McDermut, Haaga y Shayne, 1991; Stacy, Newcomb y Bentler, 1991; Tiffany, 1990; Wilson, 1987a, 1987b) desde la clásica presentación de la teoría del aprendizaje cognitivo social de Bandura (1969, 1977).

Marlatt (1985) describe cuatro procesos cognitivos relacionados con las adicciones que reflejan los modelos cognitivos: autoeficacia, resultados esperados, atribuciones de causalidad y procesos de toma de decisiones. La autoeficacia se refiere al juicio que cada uno tiene sobre su propia habilidad para manejarse de forma competente en situaciones desafiantes o de alto riesgo, es decir peligrosas. Ejemplos de creencias de autoeficacia elevadas los podemos encontrar en las siguientes frases: «Yo puedo afrontar satisfactoriamente las tentaciones de utilizar drogas» o «Yo puedo decir "no" a las drogas». Ejemplos de creencias de baja autoeficacia incluirían lo siguiente: «Soy un esclavo de las drogas», «No puedo pa-

sar un día sin drogas», «No puedo conseguir lo que quiero, por tanto, de todas formas utilizo las drogas». Marlatt (1985) explica que los niveles de autoeficacia bajos se asocian con recaídas mientras que niveles de autoeficacia elevados se asocian con la abstinencia. Marlatt (1985) también explica que la autoeficacia se incrementa en función del éxito; en la medida en que los individuos escojan de forma apropiada no utilizar las drogas, experimentarán un incremento del sentimiento de autoeficacia, por ejemplo, creyendo que su sentimiento de orgullo es mayor que su necesidad de sentirse «colocado».

Los resultados esperados se refieren a las anticipaciones que hace el individuo acerca de los *efectos* de una sustancia o actividad adictiva. Entre los resultados esperados positivos se deberían incluir las siguientes creencias: «Me hará sentir bien para la fiesta de esta noche», o «No me sentiré tan tenso si lo uso». En la medida en que uno espera un resultado más positivo que negativo de la utilización de las drogas, más probabilidad tiene de continuar usándolas.

Las atribuciones de causalidad se refieren a las creencias de un individuo acerca de si la utilización de la droga es atribuible a factores internos o externos. Por ejemplo, un individuo puede creer lo siguiente: «Nadie que viva en mi barrio llegará a ser un consumidor de droga» (factor externo), o «Soy adicto físicamente al alcohol y mi organismo no puede sobrevivir sin él» (factor interno). Marlatt (1985) explica que este tipo de creencias externalizantes es muy probable que acabe produciendo un consumo continuado de droga, ya que el individuo percibe su utilización como predestinada y fuera de control. Por ejemplo, el EVA es la tendencia de la persona a creer que es incapaz de controlar el uso de sustancias después de un desliz inicial. Es decir, el EVA ocurre cuando una persona ha tenido un «lapsus» o «desliz» (es decir, haber utilizado una droga después de haberse abstenido de ella durante algún tiempo) y atribuye su desliz a una «falta de poder de voluntad» (es decir, un factor causal interno). Bajo dichas circunstancias, este individuo probablemente tenderá a *continuar* usando la droga, acabando en una recaída completa. Esto es análogo a la descripción de Beck (1976) del pensamiento todo-nada; por ejemplo: «He fallado, así que de todas formas, seguiré consumiendo».

Marlatt (1985) también describe el abuso de sustancias y la recaída como un proceso cognitivo de toma de decisiones. Demostró (con un ejemplo divertido) que el abuso de sustancias es el resultado de múltiples

decisiones, en tanto en cuanto conduce, o no, al uso posterior de sustancias. Además, también explicó que algunas decisiones al principio *parecen* como irrelevantes al abuso de sustancias («aparentemente decisiones irrelevantes»); sin embargo, estas decisiones, al final, acaban provocando mayor probabilidad de recaídas debido al incremento de empuje que lo dirige hacia situaciones de mayor riesgo. En este ejemplo, Marlatt «inocentemente» escoge sentarse en la sección de fumadores del aeroplano, después de haberse mantenido sin fumar durante varios meses. Como resultado de esta decisión, será más vulnerable a recaer (porque se expone a otros fumadores, a su humo y a sus ofrecimientos de fumar cigarrillos). Vemos aquí el mismo fenómeno en los pacientes que se quejan de haber tenido la intención de permanecer abstemios del alcohol u otras drogas ilegales, sólo por el hecho de aceptar alegremente una invitación de encontrarse con un amigo en una taberna local, o haber decidido orgullosamente desviarse de su camino con la finalidad de ir por la esquina de una calle donde se vendían las drogas. Cuando dichos pacientes cometen un error, tanto con el alcohol como con la droga, parece sorprendente observar que no son capaces de darse cuenta de las maneras en que ellos mismos se predisponen a fallar en sus decisiones, que los *conducen* al accidente presente.

Desafortunadamente, los modelos cognitivos del abuso de sustancias no han sido integrados adecuadamente en muchos programas de tratamiento de las adicciones (IOM, 1990a; Miller y Hester, 1985). Este libro proporciona un tratamiento centrado, paso a paso, basado en el modelo cognitivo de Beck (1976). Es nuestro deseo que los capítulos que siguen estimulen e incrementen la aplicación de este modelo cognitivo del abuso de sustancias, tanto desde situaciones de tratamiento, como desde distintas modalidades.

La motivación para el cambio

Los esfuerzos que se realizan para analizar el tratamiento de las adicciones son incompletos si no se considera el tema de la motivación. Miller y Rollnick (1991) se centraron en este tema, explicando que muchos adictos tienen pensamientos auténticamente *contradictorios* acerca de cambiar (antes que ejercer poca resistencia, tener poca voluntad o pro-

blemas de carácter). Los autores consideran la motivación como un «estado de predisposición o anhelo apremiante de cambiar, que fluctuaría de un momento o otro y de una situación a otra» (pág. 14).

Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) han proporcionado un modelo exhaustivo para la conceptualización de la motivación de los pacientes para cambiar. En su trabajo, Prochaska y otros (1992) han identificado cinco estadios de cambio, precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En el estadio de *precontemplación*, los individuos están menos implicados en superar sus problemas y están menos motivados a cambiar sus conductas problemáticas. En el estadio de *contemplación*, los individuos desean examinar los problemas asociados con su abuso de sustancias y tienen en consideración las implicaciones del cambio, aunque no hagan aún ninguna acción constructiva para ello. También existe mayor probabilidad de que respondan más positivamente a enfrentarse con los problemas y la educación, aunque todavía estarán ambivalentes. En el estadio de *preparación*, a los pacientes les gustaría hacer cambios reales y por tanto desean ayuda para sus problemas, aunque se sientan perdidos en cuanto a saber lo que es necesario para poder estar al margen de la droga. En el estadio de *acción*, los individuos han tomado un compromiso para cambiar y han empezado ya a modificar sus conductas. Prochaska y otros (1992) han señalado que éste es un estado especialmente estresante, que requiere de bastante apoyo y aliento terapéutico. En el estado de *mantenimiento*, los individuos intentan continuar el proceso que ya han empezado en los estadios de contemplación y acción. En los últimos años, durante los que se ha puesto mucho énfasis en la prevención de las recaídas, el estadio de mantenimiento ha recibido una atención especial.

Prochaska y DiClemente (1986) advierten de que el proceso de cambio es muy complejo. Explican que la «mayoría de individuos no progresan linealmente a través de los distintos estadios de cambio» (pág. 5). Alternativamente, ofrecen un «modelo de puerta giratoria» (pág. 6), que se basa en el supuesto de que los individuos hacen múltiples giros alrededor del círculo de los estadios, antes de conseguir sus objetivos a largo plazo. Además, también observan que algunos individuos se anclan en los primeros estadios del cambio.

En palabras de Prochaska y DiClemente (1986): «La terapia de las conductas adictivas puede progresar de manera adecuada si tanto el

cliente como el terapeuta están centrados en el mismo estadio de cambio» (pág. 6). Utilizando la dependencia de la nicotina como ejemplo, un fumador en el estadio precontemplativo se beneficiará poco de los consejos acerca de las estrategias específicas para dejar de fumar. Sin embargo, el mismo fumador responderá bien a las cuestiones relacionadas con el mantenimiento de la salud, que puede conducir a un debate posterior sobre los efectos que provoca fumar en la salud, que a su vez, conducirá a comentar los beneficios que produce dejar de fumar, y que, *ocasionalmente*, permitirá plantear las estrategias específicas a adoptar. Está claro que una de las mejoras en esta área de trabajo podría provenir de comprender las causas que hacen que el paciente esté preparado a buscar ayuda (Tucker y Sobell, 1992).

El modelo de Prochaska y otros (1992) es una guía muy útil. Sin embargo, es importante señalar que no es imposible tratar a los pacientes que se encuentran en el estadio precontemplativo de cambio (especialmente si están bajo mandato judicial para que asistan a terapia). En cambio, no es posible garantizar el éxito en el tratamiento de los pacientes que están en la fase de cambio o mantenimiento. Se requiere del mismo grado de vigilancia y compromiso del terapeuta cognitivo, independientemente del estadio de cambio en el que se encuentre la persona con una adicción.

Objetivos del tratamiento

Algunos modelos de adicción (p. ej., Alcohólicos Anónimos y otros programas con el modelo de enfermedad) consideran la abstinencia total como el único objetivo posible del tratamiento. Los defensores de estos modelos consideran la adicción como un fenómeno todo/nada, donde cualquier uso es patológico y la abstinencia es considerada como un estado de «recuperación» (antes que «recuperado»). En cambio, los defensores del modelo cognitivo-conductual tienden, en su mayoría, a considerar que una utilización *light* o moderada (p. ej., «bebida controlada») puede llegar a ser una meta u objetivo del tratamiento aceptable, en algunos casos.

Durante un tiempo, la bebida controlada fue un tema extremadamente controvertido (Marlatt, 1983). Sin embargo, ahora normalmente se

acepta que las metas del tratamiento pueden variar de acuerdo con las necesidades del paciente, sus problemas y su respuesta previa al tratamiento. Por ejemplo, Sobell, Sobell, Bogardis, Leo y Skinner (1992), estudiaron bebedores con problemas para determinar su preferencia por las metas del tratamiento trazadas por sí mismos o por el terapeuta (p. ej., abstinencia *versus* bebida controlada). Encontraron que la mayoría de las personas preferían establecer sus propias metas y creían que sería mucho más probable conseguirlas; todavía era más probable que los sujetos del estudio con problemas más graves de bebida prefirieran trazar sus propias metas. En general, estamos de acuerdo en preferir un abordaje de colaboración con el paciente a la hora de establecer las metas. Por tanto, en la medida en que se permite a los pacientes con adicciones más graves establecer una meta un tanto modesta de *reducción* del abuso de una sustancia, en vez de introducir a estos pacientes resistentes a una terapia de curso más completa, estamos a favor de la utilización controlada de una sustancia. Sin embargo, a largo plazo creemos *firmemente* en ayudar a los pacientes a ser libres de la droga y del alcohol por completo.

El tratamiento del abuso y dependencia de sustancias

En realidad, muchos programas de tratamiento de abuso de sustancias son eclécticos tanto en la teoría como en la práctica, e incluyen varias fases de tratamiento interno y externo, atención a programas de doce etapas, educación, psicoterapia, terapia familiar, grupos de apoyo, farmacoterapia y otros. En nuestra opinión, la terapia cognitiva puede ser compatible con cualquiera de estos abordajes. De hecho, muchos de nuestros pacientes con abuso de drogas y alcohol que atienden a grupos de apoyo, han pasado por desintoxicación interna y toman medicación. Las principales ventajas que la terapia cognitiva *añade* a esta batería de abordajes terapéuticos es su énfasis en: a) la identificación y modificación de *creencias* que exacerban el *craving* o deseo irrefrenable de consumir; b) la mejoría de los estados de afecto negativo (p. ej., ira, ansiedad y desesperanza) que normalmente disparan el consumo de la droga; c) enseñar a los pacientes a aplicar una batería de habilidades y técnicas cognitivas y conductuales y no meramente la fuerza de voluntad, para poder llegar a estar libres de la droga y mantenerse sin consumirla; y d) ayudando a los

pacientes a ir más allá de la abstinencia, que les permita poder hacer cambios positivos e importantes en la forma en que se perciben a sí mismos, su vida y su futuro, conduciéndolos a un *estilo de vida* nuevo.

En la próxima sección presentaremos un pequeño resumen de los tratamientos más tradicionales del abuso de sustancias y su dependencia.

Tratamiento del alcoholismo

Miller y Hester (1980, 1986) han realizado revisiones exhaustivas de la literatura científica que existe acerca del tratamiento del alcoholismo. Estos autores han examinado nueve tipos principales de intervenciones. Las cuatro más comunes son farmacoterapia, psicoterapia o *counseling*, Alcohólicos Anónimos y educación sobre el alcoholismo. Los abordajes terapéuticos menos empleados son la terapia de familia, la terapia aversiva, los métodos operantes, la bebida controlada y otros tratamientos de espectro más amplio.

Miller y Hester (1986) concluyen en sus revisiones que el tratamiento del alcoholismo se realiza mejor mediante un abordaje que contiene un proceso de dos etapas, requiriéndose distintas intervenciones en cada etapa. El primer grupo de intervenciones debería centrarse en cambiar las conductas de beber por la abstinencia o la moderación (p. ej., entrenamiento en autocontrol conductual). El segundo grupo de intervenciones debería estar centrado en mantener la sobriedad (p. ej., entrenamiento en habilidades sociales para poder incrementar la confianza para relacionarse con gente que no utiliza drogas).

Sin embargo, Miller y Hester (1986) también elaboraron unas conclusiones problemáticas acerca de la pobre relación que existía entre la investigación empírica y los abordajes de tratamiento interno más tradicionales. Los métodos de tratamiento que se apoyan en los resultados de investigación controlada incluyen terapias aversivas, entrenamiento en autocontrol conductual, refuerzo comunitario, terapia familiar y matrimonial, entrenamiento en habilidades sociales y control del estrés, mientras que los abordajes que actualmente se están utilizando como prácticas estandarizadas en los programas de alcoholismo incluyen Alcohólicos Anónimos, educación sobre el alcoholismo, disulfarina, terapia de grupo y *counseling* individual. Los autores han señalado que hay poco so-

lapamiento entre estas dos listas: el tratamiento en programas de alcoholismo en Estados Unidos *no* tiende a usar métodos de tratamiento que hayan sido validados por estudios con resultados controlados. Es más, Miller y Hester (1986) apuntan que los programas de tratamiento interno tradicionales son muy caros, «a pesar de que no haya ninguna evidencia clara de que sean más efectivos» (pág. 163). De acuerdo con esto, McLellan y otros (1992) expusieron que la desintoxicación estándar de los «programas de 28 días» (a pesar de su costo) son insuficientes para lograr mejoras a largo plazo. Sin duda, para ayudar a los pacientes con abuso de drogas o alcohol a conseguir mejoras más duraderas, los tratamientos deben ser complementados con tratamientos externos simultáneos, que se centren en el cambio de actitud y en la adquisición de habilidades.

El Instituto de Medicina ha encargado recientemente a un comité de la Academia Nacional de Ciencias que elabore una revisión crítica exhaustiva sobre los estudios e investigaciones realizados sobre el tratamiento de los problemas con el alcohol (1990b). El comité ha descubierto que los tratamientos incluyen «una extensa cantidad de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, situaciones, proveedor y según la población a la que va dirigida» (pág. 86). La evaluación del comité fue que «no hay ningún tratamiento simple o modalidad que se haya demostrado que sea superior a los otros» (pág. 86). Sus conclusiones, publicadas en la *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems* (1990a) incluyen las siguientes:

1. No hay ningún tratamiento simple que sea efectivo para todas las personas con problemas alcohólicos.
2. Ofrecer las modalidades de tratamiento específicas y apropiadas, puede mejorar ostensiblemente los resultados.
3. Las intervenciones breves pueden ser bastante efectivas comparadas con la falta de tratamiento, y pueden ser mucho más efectivas económicamente comparadas con tratamientos más intensivos.
4. El tratamiento de otros problemas vitales relacionados con la bebida puede mejorar el pronóstico en personas con problemas con el alcohol.
5. Las características del terapeuta son determinantes parciales del resultado.

6. Los resultados vienen determinados, en parte, por los factores del proceso de tratamiento, factores de adaptación después del tratamiento, las características del individuo que busca ayuda, las características de sus problemas y las interacciones entre estos factores.
7. Las personas que son tratadas por problemas de alcohol llegan a conseguir un continuo de resultados con respecto a la conducta de beber y los problemas con el alcohol y su tratamiento sigue distintos cursos, en cuanto a resultados.
8. Aquellos que disminuyen significativamente su nivel de consumo de alcohol o que llegan a ser totalmente abstemios, usualmente también disfrutan de mejoría en otras áreas de la vida, en particular a medida que el período de reducción del consumo se hace más grande (págs. 147-148).

Estos descubrimientos del Instituto de Medicina (1990a), conjuntamente con los de Miller y Hester (1986), ponen claramente de manifiesto que existe todavía una necesidad profunda de encontrar tratamientos del alcoholismo eficaces. Creemos que los principios introducidos en este libro podrán integrarse y ser evaluados en programas de tratamiento tradicionales, de cara a conseguir programas de tratamiento del alcoholismo efectivos y apropiados.

Tratamiento del abuso de droga ilegal

Además de este escrito sobre programas de tratamiento del alcohol, el Instituto de Medicina nombró otro comité distinto (1990a) para revisar la literatura científica sobre el tratamiento de los problemas ocasionados por las drogas en Estados Unidos. Específicamente, el comité dividió los tratamientos en cuatro categorías: mantenimiento con metadona, comunidades terapéuticas, programas de metadona externos y programas de dependencia químicos.

Estos descubrimientos (1990a) fueron similares a los de Miller y Hester (1986). Los programas más válidos empíricamente eran el mantenimiento con metadona en clínica para la dependencia de opiáceos. También algunas evidencias apoyaban la eficacia de las comunidades

terapéuticas y el tratamiento externo con metadona. Sin embargo, «la dependencia química es el tratamiento con mayor cantidad de ingresos, seguramente el segundo con mayor número de clientes, y el que tiene menor base científica en cuanto a su efectividad» (IOM, 1990a, pág. 18). Sin embargo, el Instituto de Medicina reconoció que la mayoría de estudios sobre mantenimiento con metadona se realizaron entre 1970 y principios de 1980. Como resultado, estas investigaciones no se han centrado suficientemente con los problemas crecientes de la cocaína en el país. Por contra, en este libro nos centraremos mucho en la terapia cognitiva contra la adicción de cocaína y *crack*.

Intervenciones para dejar de fumar

En un informe publicado por el Instituto Nacional del Cáncer, Schwartz (1987) revisó críticamente la literatura científica concerniente a las intervenciones realizadas para dejar de fumar. Dividió todos los métodos en diez categorías: a) autoayuda, b) grupos de abordaje educativo, c) medicación, d) mascar chicle de nicotina, e) hipnosis, f) acupuntura, g) *counseling* médico, h) ensayos de prevención contra factores de riesgo, i) programas comunitarios y medios de comunicación, y j) métodos conductuales. Schwartz (1987) encontró una variabilidad considerable en las tasas de dejar de fumar conseguidas por los distintos métodos.

Aproximadamente un millón de americanos cada año dejan de fumar y lo hacen por sí mismos, mediante «autoayuda». De hecho, tres quintas partes de los fumadores *preferirían* dejar de fumar por sí mismos, antes que tener que buscar ayuda en programas para dejar de fumar (Schwartz, 1987). Existen muchas ayudas para uno mismo cuando se quiere dejar de fumar, desde libros, panfletos, cintas de audio, preparados farmacéuticos, cursos por correspondencia y otros tipos. Casi todos los esfuerzos de autoayuda y otras ayudas comprenden algunas técnicas cognitivas. De hecho, aquellos que consiguen tener éxito y lo dejan por sí mismos, muestran expectativas más altas de éxito y autoeficacia (que son áreas muy influenciadas por las intervenciones cognitivas) comparado con aquellos que no tienen éxito. Aproximadamente un 16 %-20 % de fumadores que lo dejan por sí mismos tienen una abstinencia de un año (Schwartz, 1987).

Para aquellos que quieren recibir asistencia para poder dejar de fumar existen clínicas no lucrativas y comerciales, y otros grupos disponibles. La mayoría de ellos utilizan métodos cognitivos, que incluyen desde la educación, autocontrol y modificación de las actitudes acerca del hábito de fumar. En una revisión sobre 46 grupos de programas para dejar de fumar, Schwartz (1987) encontró tasas medias de alrededor del 21 % al 36 % de personas que lo lograban, dependiendo de la longitud del seguimiento posterior realizado y de la época en que se realizó el estudio.

También se han utilizado a lo largo de estos años un buen número de medicamentos para ayudar a dejar el hábito de fumar. Estos medicamentos incluyen desde lobelina, meprobamato, anfetaminas, anticonvulsionantes, buspirona, propanolol, clonidina, nicotina polacrílica, y más recientemente nicotina transdérmica. De entre éstos, los medicamentos más prometedores han sido aquellos que reemplazan la nicotina por los cigarrillos con prescripción de nicotina (es decir, chicle de nicotina y nicotina transdérmica). De hecho, las tasas medias de cesación para el chicle de nicotina a seis meses y a un año de seguimiento fueron del 23 % y del 11 %. Estas tasas eran sustancialmente más altas cuando el chicle se utilizaba conjuntamente con programas para dejar de fumar cognitivo-conductuales: 35 % y 29 % (Schwartz, 1987). En el momento en que se escribe este libro, la Administración de Alimentos y Drogas acaba de aprobar los sistemas de liberación de nicotina transdermales. Por tanto, todavía no se han producido ensayos de campo importantes con estos «parches».

El público en general también se ha interesado tanto por la hipnosis como por la acupuntura, como programas para dejar de fumar. Sin embargo, la validez empírica de estos métodos es débil y se requiere de otros estudios controlados antes de poder asumir su eficacia (Schwartz, 1987).

Resumen

Un gran número de personas en Estados Unidos están afectadas por el abuso de sustancias. Se han escrito miles de libros y artículos sobre el tema y se han gastado millones de dólares en la investigación sobre las

adicciones. No obstante, existe una notable escasez de estrategias de tratamiento del abuso de sustancias que sean efectivas de forma fiable. Sin embargo, durante años se ha apreciado que existen procesos cognitivos que subyacen y que son comunes a todas estas adicciones. (Incluso Alcohólicos Anónimos avisa a los alcohólicos acerca de los «horribles pensamientos».) Estamos seguros que comprender y trabajar con estos aspectos cognitivos más explícitamente, ayudará a resolver algunas de las incertidumbres que inundan este campo de trabajo, que es el tratamiento del uso de sustancias.

En los capítulos que siguen a continuación, nos esforzaremos en describir los procedimientos que comprende nuestro abordaje con mucha especificidad. Una versión preliminar de este libro está sirviendo como manual de terapia en un estudio que se está realizando por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, en el que se comparan la terapia cognitiva, la terapia de apoyo y expresividad y el tratamiento general de *counseling* para el abuso de cocaína. Tenemos la esperanza que nuestro libro, *Terapia cognitiva de las drogodependencias*, continúe sirviendo como guía de entrenamiento para posteriores evaluaciones clínicas y empíricas.