

2017

ĪberAM

Investigaci3n | Research

RIP Volumen 10 #1

Abuso de sustancias psicoactivas

Modelo y terapia cognitiva

Psychoactive substances abuse:
Cognitive model and therapy



Ronald Alberto **Toro Tobar**



Revista Iberoamericana de

PsicologĪa

ISSN-I: 2027-1786 | e-ISSN: 2500-6517

Publicaci3n Semestral

2027-1786.rip.10108

ID:

Foto: Ulli Hansmann

ID: 2027-1786.rip.10108

Title: Psychoactive substances abuse

Subtitle: Cognitive model and therapy

Título: Abuso de sustancias psicoactivas

Subtítulo: Modelo y terapia cognitiva

Alt Title / Título alternativo:

[en]: Cognitive model and cognitive therapy for psychoactive substance abuse

[es]: Modelo cognitivo y terapia cognitiva para el abuso de sustancias psicoactivas

Author (s) / Autor (es):

Toro Tobar

Keywords / Palabras Clave:

[en]: cognitive therapy; abuse; beliefs; psychoactive substances; naltrexone

[es]: terapia cognitiva; abuso; creencias; sustancias psicoactivas; naltrexone

Financiación / Funding:

Submitted: 2016-06-20

Accepted: 2017-02-22

Resumen

El objetivo de la revisión fue presentar los fundamentos del modelo cognitivo y la terapia cognitiva para el abuso de sustancias psicoactivas. Se llevó a cabo un análisis del modelo de Beck y la terapia cognitiva, tratamiento basado en la identificación de las distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, creencias intermedias adictivas y permisivas, y los comportamientos compensatorios derivados de la cognición y el 'craving'. Acto seguido, se presentan los elementos claves para llevar a cabo una adecuada evaluación de los casos de trastornos adictivos, la formulación cognitiva de caso y la planeación de la terapia cognitiva. Adicionalmente, se presenta un panorama de la evidencia empírica disponible, la cual fundamenta estos tratamientos denominados CBT entre los más recomendados, principalmente cuando se llevan a cabo de la mano de la ingesta de fármacos como el Naltrexone. Finalmente, se mencionan técnicas recientes basadas en la meditación y la modificación cognitiva, entre otras que demuestran eficacia.

Abstract

The aim of this review was to present the core components of the cognitive model and cognitive therapy for substance abuse disorders. An analysis of Beck's model and his cognitive therapy was carried out. The latter is a treatment based on the identification of cognitive distortions, automatic thoughts, addictive and permissive intermediate beliefs, and compensatory behaviors derived from cognition and craving. The analysis was followed by an introduction of the key elements necessary to carry out an adequate assessment of cases of addictive disorders, the formulation of the cognitive case and the planning of the cognitive therapy. An overview of the available empirical evidence is also put forward (evidence which supports the recognition of the so-called CBT treatment as one of the most recommended, especially in interventions that imply the intake of pharmaceutical drugs such as Naltrexone). Finally, some recent techniques are addressed, ones which are based on meditation and cognitive modification, among others that prove to be effective.

Ronald Alberto **Toro Tobar**, MSc

ORCID: [0000-0001-6061-3499](https://orcid.org/0000-0001-6061-3499)

Source | Filiación:

Universidad Católica de Colombia

BIO:

Magister en Psicología

City | Ciudad:

Bogotá DC [co]

e-mail:

tororonald@gmail.com

Citar como:

Toro Tobar, R. A. (2017). Abuso de sustancias psicoactivas: Modelo y terapia cognitiva. *Revista Iberoamericana de Psicología* [ir al texto] *issn-l:2027-1786*, 10 (1), 65-71. Obtenido de: <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1010>

Abuso de sustancias psicoactivas

Modelo y terapia cognitiva

Psychoactive substances abuse: cognitive model and therapy

Ronald Alberto **Toro Tobar**

Introducción

El consumo de **Sustancias Psicoactivas (SPA)**, como uno de los focos de intervención en salud mental, ha sido desde hace décadas uno de los principales objetivos en la comprensión y desarrollo de programas efectivos y eficaces en psicología clínica, principalmente aquellos derivados de los modelos cognitivo-conductuales y acordes al modelo de la práctica en psicología basada en la evidencia –*Evidence-Based Practice*– (APA, 2006; 2005; 1995; 1993). Dicha labor ha requerido una permanente mejora de los procedimientos psicoterapéuticos que buscan hacer frente a los distintos trastornos de consumo patológico, incluidos los relacionados con el consumo abusivo de **SPA**.

Los modelos que han demostrado consistencia lógica y además han reportado soporte empírico, han sido aquellos que analizan los elementos claves explicativos del fenómeno adictivo y las posibilidades terapéuticas, aquellos que están en permanente revisión de sus constructos y sus formas de operacionalización, con el fin de obtener cada vez más mayor precisión de los mismos siguiendo la ruta de la aprobación de la comunidad científica actual (Chambless & Ollendick, 2001).

La Terapia Cognitiva (**TC**), desarrollada en la década de los sesenta por Beck, fue inicialmente aplicada a los trastornos depresivos (Beck A., 1963; 1963; Beck & Steer, 1988; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Clak, Beck, & Alford, 1999), y luego ampliada a una extensa gama de trastornos (Beck A., 1995), incluido el consumo de **SPA** (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993; Assanangkornchai & Srisurapanont, 2007; Momeni, Moshtagh, & Pourshahbaz, 2010). A continuación, se detallan los elementos fundamentales del modelo cognitivo y el soporte empírico de esta terapia.

Modelo cognitivo de la adicción a SPA

En la conducta de consumo de **SPA** se destacan los impulsos o deseos irrefrenables de consumo de la droga denominados **cravings** (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993, pág. 56). Alrededor de este concepto se han anidado las estrategias de control, cuya función es resistir el efecto del **craving**, en lo posible postergando o deteniendo la movilidad de la persona hacia el consumo.

El consumo de la **SPA** puede llegar a ser permanente en tanto una vez instaurado el hábito, con el paso del tiempo se va reduciendo paulatinamente el tiempo entre el **craving** y el consumo eventual de la **SPA**. Este patrón repetitivo se fortalece con la aparición cada vez más frecuente de la sustancia, lo que fomenta la generalización de estímulos, la ampliación de la tolerancia hacia los efectos de las drogas y el consecuente fortalecimiento de las creencias subyacentes sobre la droga, es decir, aquellas creencias que en principio pudieron estar asociadas a la participación grupal y luego a una forma de solventar una necesidad enteramente personal.

El modelo cognitivo del consumo de **SPA** se basa en un proceso de generalización y fortalecimiento de creencias adictivas e instrumentales. Los esquemas como unidades básicas del aparato cognitivo, guían el procesamiento de la información y contienen los aspectos cognitivos personales, de otros, el mundo y el futuro. contenidos pueden ser creencias superficiales o profundas (denominadas pensamientos automáticos), creencias intermedias y creencias nucleares (aquellas relacionadas con el **auto-concepto** orientado hacia la satisfacción personal respecto a la interacción social (amabilidad) o el logro de metas y la independencia (autonomía) (Beck A., 1963; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Clak, Beck, & Alford, 1999). En la aplicación al modelo cognitivo

del abuso de **SPA**, la clasificación está dada por la activación de creencias y patrones conductuales de retroalimentación de las mismas (estrategias de auto-perpetuación o compensatorias) relacionadas con su uso y su provecho, según el significado asignado de manera idiosincrática (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993; Clak, Beck, & Alford, 1999; Liese & Beck, 1997).

De acuerdo al modelo, están las creencias *adictivas* de tipo “**si fumo descanso**” o “**necesito un trago para estar contento**”, y las creencias *anticipadoras* orientadas al consumo como forma de afrontamiento, las cuales aparecen en situaciones estímulas externas e internas, tales como estados ansiosos, eventos sociales, conflictos interpersonales o inclusive el aislamiento. Ante estas situaciones estímulas las personas adictas suelen reportar pensamientos que aparecen de manera instantánea como *pensamientos automáticos* que incrementan el *craving* dando lugar a creencias *facilitadoras* o *permisivas* de tipo “**hace mucho que no lo hago**”, “**sólo por esta vez**” o “**llevo una semana sin hacerlo**”. Estas creencias facilitadoras o permisivas constituyen el inicio del despliegue de estrategias orientadas a la consecución de la droga, como una forma instrumental de seguimiento de reglas de comportamiento hacia el consumo de **SPA**, tales como “**debo ir a comprar de una vez**”, “**necesito primero conseguir algo de dinero**”, “**llamaré a mi amigo que tiene mercancía**”. El ciclo de la conducta adictiva desemboca en la recaída, caracterizada por el consumo continuo, la consecuente frustración por consumir de nuevo y la retroalimentación de aquellas creencias nucleares negativas frente al consumo como: “**soy una mala persona**” y “**no podré superar este problema**” (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993; Liese & Beck, 1997). El Gráfico 1 resume el modelo cognitivo del consumo de **SPA**.

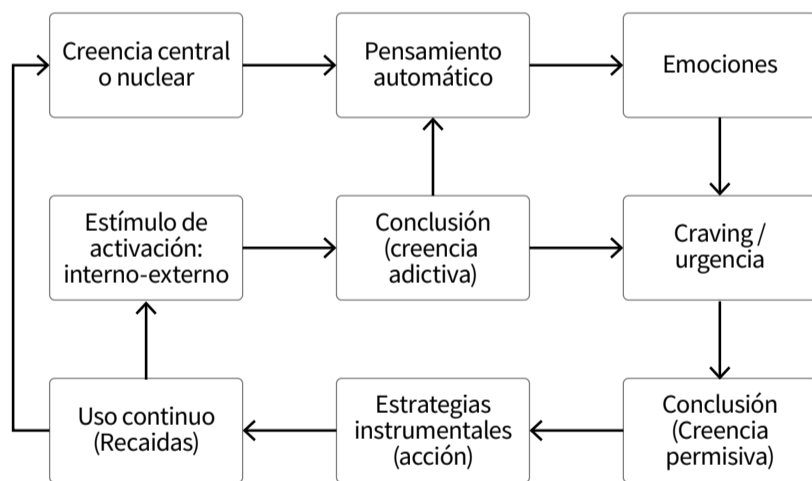


Gráfico 1 Modelo cognitivo e interacción de creencias por niveles en el consumo de SPA

Adaptado de (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993)

Tratamiento con Terapia Cognitiva de Beck

Anivel terapéutico se pretende incrementar el control autónomo ante el consumo de **SPA** mediante el aumento en las diferencias significativas en la ecuación *impulso/control*. Así pues, tenemos por un lado el *craving* como fuerte deseo o impulso y, por el otro el control, evento relacionado directamente con las *creencias conflictivas* (aquellas que buscan mantener alejada a la persona del consumo, como “**no debería fumar a esta hora**” o “**la heroína me hace mucho daño**”) y las *creencias permisivas e instrumentales*. Estos elementos dan como resultado un balance en la razón ente *fuerza del impulso/fuerza de control*, que servirá de base para el desarrollo de la intervención, la cual se centrará en la reducción de la fuerza de impulso y el aumento de la fuerza de control. (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993)

Dicha intervención de **TC** consta de sesiones estructuradas las cuales deben incluir previamente una evaluación *multi-axial* según una categoría diagnóstica tipo según el **ICD/CIE-10** (OMS, 1992) o la **DSM-IV-TR** (APA, 2002), además de un formato de *Formulación Cognitiva de Caso* (Beck J., 2000), con puntuaciones objetivas (escalas y cuestionarios), y una agenda de metas para cada sesión en la que se detallen objetivos, técnicas y tareas, con el fin de garantizar el desarrollo organizado del plan psicoterapéutico. A continuación, y de manera sucinta se presentan cada uno de los componentes mencionados para la implementación de la **TC**.

Evaluación y Formulación cognitiva de caso

Para empezar, resulta indispensable elaborar una *Formulación Cognitiva de Caso (FCC)*, componente fundamental para la elaboración de un plan de tratamiento en tanto permite establecer las hipótesis de causa y mantenimiento de la problemática a partir del proceso de evaluación cognitiva. Además, constituye una base para la estructuración del tratamiento, ya que sin ésta el terapeuta cognitivo puede perder el rumbo en su procedimiento, ya sea en términos del tiempo y/o respecto a los objetivos terapéuticos. (Beck J., 2000; Persons & Davidson, 2001).

Se inicia el diligenciamiento de un formato para registrar la información demográfica (edad, sexo, raza, religión, trabajo actual y estado civil) y posteriormente toma lugar el diagnóstico en los cinco ejes, incluyendo el índice de la **EEAG**. Se aplican cuestionarios antes de iniciar cada sesión (mínimo las seis primeras) y se detallan las puntuaciones obtenidas en los mismos. Algunos de estos cuestionarios son el *Inventario de Depresión de Beck* segunda edición (**BDI-II**) (Beck, Steer, & Brown, 1996), el *Inventario de Ansiedad de Beck* (**BAI**) (Beck & Steer, 1988), la *Escala de Desesperanza de Beck* (**BHS**) (Beck & Steer, 1988), entre otros que aborden el consumo de **SPA** según la problemática adictiva de cada paciente.

En cuanto a la definición de los problemas, se deben enlistar aquellos que se presentan actualmente (v.g. 1. Historia de tabaquismo, 2. Síntomas obsesivos-compulsivos, 3. Creencias desadaptativas frente al consumo de licor y tabaco, 4. Problema de pareja). Luego se debe establecer un perfil evolutivo que comprenda la historia familiar, relaciones interpersonales (parientes, hermanos, compañeros, figuras autoritarias y otros) y eventos significativos y traumas, *-como datos relevantes de la infancia que hayan dado inicio y mantenimiento a las creencias nucleares-* (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993).

Acto seguido, se debe elaborar un perfil cognitivo, elemento clave en el desarrollo de la formulación cognitiva de casos psicopatológicos y subclínicos (Toro & Ochoa, 2011), el cual es definido como un conjunto de patrones idiosincrásicos aprendidos por el sujeto que le permiten su adaptación, constituyendo pautas permanentes en la forma de sentir, pensar y actuar, una combinación de creencias intermedias y nucleares, junto a unos repertorios instrumentales; aunque propios de los trastornos de la personalidad y otras psicopatologías concomitantes, estos son de gran utilidad en el análisis y desarrollo del tratamiento con **TC** (Beck, Davis, & Freema, 2004; Bieling & Kuyken, 2003).

Dicho perfil debe identificar las creencias nucleares, en una integración y conceptualización de los perfiles cognitivo y evolutivo, que incluya una formulación del *auto-concepto*, concepto de los otros, y la interacción entre los acontecimientos vitales, y las vulnerabilidades cognitivas, es decir una descripción de la interacción situación-creencias-reglas-afecto con sus respectivas estrategias compensatorias

y de afrontamiento (Toro & Ochoa, 2010), como la evitación, o compulsiones de consumo que llevaron a la persona al desarrollo y mantenimiento del trastorno adictivo actual *-por ejemplo, una baja tolerancia a la frustración, un déficit en solución de problemas, presencia de creencias irracionales respecto al consumo de la droga, entre otras-* (Beck J., 2000; Bieling & Kuyken, 2003; Persons & Davidson, 2001; Toro & Ochoa, 2011).

Para complementar el plan de tratamiento, éste debe expresar las implicaciones del tratamiento, la aptitud para la intervención cognitiva, la capacidad psicológica, la objetividad, autoconciencia, comprensión del modelo cognitivo, accesibilidad-flexibilidad, adaptación general, humor y las características de la personalidad (sociotropía *-dependencia social-* y/o autonomía *-orientación al logro e independencia-*) (Beck A., 1983), la motivación del paciente, las metas y expectativas en la terapia, las metas del terapeuta, las dificultades predecibles en la terapia, posibles recaídas, minimizaciones o maximizaciones de problemas y, por último, las dificultades en el control estimular *-en especial el externo (por ejemplo la imposibilidad de cambio de barrio o caminar por el parque donde permanecen los compañeros adictos)-* (Beck J., 2000; Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993; Persons & Davidson, 2001).

Plan de psicoterapia

La estructura típica de un plan de **TC** para el consumo de **SPA** se focaliza en tres grandes aspectos: modificar creencias disfuncionales asociadas al consumo de **SPA**, modificar e instaurar estrategias adaptativas de afrontamiento y promover el autocontrol con estrategias de solución de problemas y prevención de recaídas (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993). Esta estructura formal de las sesiones de **TC** debe contener fundamentalmente una agenda, un chequeo del estado del ánimo, un puente entre sesiones, una negociación de los puntos a tratar en cada sesión, un interrogatorio socrático, resúmenes parciales, tareas entre sesiones y un permanente *feedback* o retroalimentación del proceso de terapia durante la sesión (Brewin, 1996).

Respecto al procedimiento básico de la **TC** (Robins & Hayes, 1997), y de forma específica lo que concierne a la modificación de contenidos cognitivos, es preciso resaltar que el cambio de las cogniciones disfuncionales debe centrarse en el cuestionamiento de la validez de las creencias en sus diferentes niveles, y en el afrontamiento de formas diferentes a las ya instauradas. Aquí el terapeuta cognitivo debe basarse en el empirismo colaborativo (acuerdo de trabajo terapéutico siguiendo un enfoque científico), siguiendo un acuerdo de búsqueda de evidencias con prueba de hipótesis *-ya sea a partir de diálogos o experimentos conductuales-*, la adecuada educación en el modelo (para generar comprensión de las tareas y el facilitar el trabajo autónomo *inter-sesiones*), la asignación de tareas planificadas, entrenamiento en solución de problemas y modificación propia de cogniciones a distintos niveles mediante el uso del cuestionamiento socrático.

Este último componente, el cuestionamiento socrático, es el instrumento por excelencia en la **TC**, en tanto procedimiento que lleva a la persona a determinar la precisión y la utilidad de sus pensamientos, a partir de una revisión de los datos recabados y llevando a cabo un análisis del propio sistema de creencias, propiciando la posibilidad de instaurar nuevas respuestas adaptativas. Este procedimiento generalmente se inicia con varios tipos de preguntas abiertas y continuas, hasta sacar a flote las creencias subyacentes del sistema cognitivo para posteriormente ser refutadas o modificadas. (Beck J., 2000; Ellis, Padesky, & Beck, 2005).

Además, la **TC** se vale de diferentes técnicas siguiendo el diálogo socrático con miras a la modificación de las creencias en sus diferentes niveles de generalización esquemática; según Beck, Rush, Shawy Emery (1979), estas técnicas dan al terapeuta una apertura a la organización cognitiva del paciente, no sin antes establecer una óptima relación terapéutica y una adecuada interacción verbal, logrando un alto grado de sugestión sobre el paciente y un amplio nivel de colaboración

Una técnica clave para llevar a cabo el diálogo socrático es el uso de la flecha descendente, técnica con la cual se busca despertar conciencia de las creencias subyacentes mediante el planteamiento de una serie de preguntas sobre el significado y las atribuciones de causa de los pensamientos automáticos disfuncionales de tipo *“que implicaría si...”*. Al modificar los significados idiosincrásicos, al volverlos explícitos, el paciente puede, con mayor facilidad, cuestionar los términos absolutos empleados, y en últimas, lograr preguntarse a sí mismo sobre aquello que está pensando (Freeman & Oster, 1997) al promoverse la metacognición, al.

Respecto las técnicas específicas para abordar el consumo de **SPA**, Beck *et-al.* (1993), resaltan el uso de técnicas de naturaleza cognitiva, emotiva y conductual, que permitan al terapeuta cognitivo modificar creencias adictivas (creencias intermedias disfuncionales, como las permisivas) y los comportamientos de movilización (estrategias instrumentales o de afrontamiento, como la movilización a la compra de la sustancia), según el plan de terapia cognitiva que haya sido previamente ajustado a las características del paciente de acuerdo al perfil cognitivo elaborado con la **FCC**. (Liese & Beck, 1997).

Entre las técnicas más recomendadas a nivel cognitivo emocional para modificar cogniciones activadoras del *craving* se encuentran: el *Análisis de Ventajas y Desventajas* (usada para evitar la maximización y minimización de situaciones frente al consumo, la detalla da con una enumeración de cada elemento, dibujando en principio una *Matriz de Ventajas/Desventajas* en las filas, y el *consumo/no consumo*, en las columnas. Con esta técnica generalmente se busca la objetividad de las situaciones en las cuales el paciente ha distorsionado debido a los elevados niveles de *craving*); *Identificar y Modificar creencias adictivas* para eliminar la reacción automática a factores externos; y la *Reatribución de Responsabilidad*, ojalá buscando la propia iniciativa del paciente mediante el diálogo socrático. Adicionalmente existe el *Registro Diario de Pensamientos (Situación-Pensamientos automáticos-Emociones* con puntos del 0-100, *Respuesta racional* con puntos 0-100, Resultado con puntos 0-100), el cual resulta de gran ayuda para reducir, en parte, el *craving*, en tanto permite un dominio emocional de sí mismo, iniciando con ejercicios de *Imaginería* para incrementar el autocontrol en situaciones estimulantes del consumo, y aprovechando la activación para modificar creencias adictivas concomitantes.

A nivel conductual, entre las técnicas recomendadas se encuentra la *Programación diaria de actividades* la cual consiste en una modificación de las rutinas mediante la programación de actividades durante ciertas horas al día, cada día de la semana. A cada actividad se le asigna una puntuación 0-10 de acuerdo al grado de placer y dominio de dicha actividad. Esta técnica influye notoriamente en la disminución del consumo, específicamente la disminución de la aparición de creencias adictivas y el *craving* durante el transcurso de cada día. Adicionalmente, esta técnica resulta bastante útil en la modificación de creencias nucleares, debido a los avances progresivos en el autoconcepto.

Por su parte, los *Experimentos conductuales* se usan para evaluar la validez de las creencias adictivas identificadas, así como las nucleares Y en términos de la evaluación toma, primer lugar, como

variable independiente el consumo de **SPA** o la implementación de una habilidad social, y como variable dependiente el nivel del **craving**. Existe también el *Repaso conductual* o *juego de roles*, técnica y alta utilidad para incrementar habilidades interpersonales en la negociación, autocontrol, comunicación y empatía; ésta puede estar acompañada de un *Entrenamiento en Relajación* (para los primeros momentos del **craving**), y *Solución de problemas* (para reducir la impulsividad y fomentar la evitación de los mismos en su relación con la **SPA**).

Adicionalmente, se recomienda incluir la *Actividad física* (aludiendo a la incompatibilidad de ésta con el consumo de **SPA**, y un *Control estimular* cuando sea posible (como cambiar de barrio o tarjetas de manejo), con identificación y anticipación de estímulos activadores e incluyendo un plan de manejo.

Evidencia empírica del modelo y la intervención

Intervenciones de tipo cognitivo conductual (CBT) por sus siglas en inglés) para el consumo de **SPA** es un término genérico utilizado para referirse a las terapias que actualmente incorporan intervenciones con técnicas de tipo cognitivos que buscan reducir emociones y conductas modificando los patrones de pensamiento y/o patrones conductuales disfuncionales, aquellas que buscan reducir emociones disfuncionales y conductas con comportamientos alternativos adaptativos (Brewin, 1996); estas constituyen un grupo de psicoterapias de uso extensivo, debido a sus metodologías rigurosas, que incluyen procedimientos ajustados a las exigencias de la comunidad científica actual, y en tanto buscan permanentemente satisfacer aquellas necesidades mucho más amplias en su adaptación rigurosa al territorio nacional.

Por ejemplo, en un tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo del abuso del alcohol en su relación con la violencia intrafamiliar (VI), la **CBT** por (Easton, y otros, 2007) fue puesta a prueba en **85** adultos hombres, dependientes del alcohol, con antecedentes de VI, quienes mostraron un decremento significativo tras 90 días o 12 semanas de tratamiento, en comparación con el grupo control. Estos resultados sugieren la efectividad del tratamiento y prometedores alcances en el campo.

A su vez, en su aplicación para la psicosis relacionada con abuso de **SPA**, la **CBT** en su versión breve, en el estudio de (Kemp, Harris, Vurel, & Sitharthan, 2007), mostró favorables resultados en personas adultas jóvenes (de 17 a 25 años) diagnosticadas con esquizofrenia, sin trastorno neurológico ni retraso mental. Se contó además con un grupo controlado con asignación aleatoria de participantes en un programa de seis sesiones grupales. Se reportó un decremento significativo en las medidas de frecuencia de consumo de cannabis y alcohol, aunque quedaron inconformidades metodológicas respecto a la asignación de la muestra y la efectividad del programa respecto los síntomas psicóticos. Los autores sugirieron entonces nuevos estudios para corroborar los resultados de esta **CBT** versión breve. Adicional a esto, Carbaugh y Sias (2010) recomendaron una **CBT** que incluyera entrenamientos en habilidades de afrontamiento, o el uso de terapia dialéctica conductual para tratar los trastornos de la conducta alimentaria, como la bulimia nerviosa.

Un tratamiento prometedor, que puede ser utilizado de forma combinada con la **CBT**, es la farmacoterapia con **Naltrexone** (en comprimido de 50mg/día), procedimiento que ha sido reportado en revisiones como la elaborada por Srisurapanont y Jarusuraisin (2005). Empleando un diseño de asignación de participantes tipo doble ciego, compararon la efectividad del medicamento con un

placebo, obteniendo una disminución del consumo en un **91%** y una disminución de recaídas en un **64%**, aunque se reportaron incrementos en las sensaciones de náuseas, mareos y fatiga, en comparación con los grupos placebo, así como dificultades en el manejo de riesgos de recaídas, lo cual pone de manifiesto la necesidad de entrenamientos en autocontrol tipo cognitivo conductual.

Adicional a lo anterior, la forma de respuesta a este tipo de tratamientos con Naltrexone parece estar estrechamente relacionada con diferencias individuales debido a influencias de tipo genético (Kuehn, 2011). Srisurapanont y Jarusuraisin (2005) concluyen que el tratamiento con este medicamento puede ser empleado como una intervención a corto plazo para el alcoholismo, aunque deberá acompañarse de tratamientos que ofrezcan habilidades de afrontamiento (como la **CBT**) para evitar recaídas en contextos fuera del laboratorio (Kranzler, 2000; McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000). Cabe agregar que estudios que implican la combinación de medicamentos y entrenamiento en modificación cognitiva -*cognitive remediation*- se consideran prometedores (Sofuoglu, DeVito, Waters, & Carroll, 2013), sin embargo, se requiere mayor soporte en esta área. Tal vez, la efectividad de la terapia puede ser incrementada si se llegan a acoplar a terapias tradicionalmente usadas como la **CBT** para la depresión (Besenius, Beirne, Grogan, & Clark, 2013).

Por último, técnicas de origen budista parecen tener mayor acogida, un uso creciente y mayor evidencia empírica (Dermatisa & Egelko, 2014). Autores como Glasner y Rawson (2015) recomiendan el uso de la **CBT** y el componente cognitivo, y la incluyen en el manual de intervención de los trastornos relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas.

La revisión de las mejores técnicas y estrategias para el manejo del consumo de **SPA** continuará, favoreciendo el *permanente* desarrollo de técnicas existentes -principalmente las de tipo combinado para el manejo del tabaquismo y alcoholismo en la actualidad- así como la creación de otras nuevas por venir.

Conclusión

La **TC** es recomendable para el tratamiento de casos de consumo de **SPA** debido a su rigurosidad metodológica y constante revisión, que hacen de esta psicoterapia una empíricamente sustentada. Su historia se ha caracterizado por una constante revisión de sus elementos claves con el fin de incrementar su efectividad mediante la modificación de contenidos esquemáticos, conductas y contextos. Ejemplos de lo anterior son el incremento del autocontrol, las estrategias de manejo ante el insoportable **craving** (a nivel psicobiológico y autorregulatorio en aspectos cognitivos y comportamentales), las reestructuraciones del pensamiento con **TC** de Beck que apuntan a cambios en las creencias nucleares, adictivas, permisivas e instrumentales (mediante técnicas como los análisis de ventajas y desventajas, experimentos conductuales, re-atribución, entre otras), los cambios ambientales necesarios y disponibles para cada paciente con dificultades relacionadas al consumo de **SPA**. Lo anterior preferiblemente llevando a cabo un plan de tratamiento de tipo combinado (por ejemplo, **Naltrexone**, **TC** y técnicas de meditación orientales), ya que estos últimos han generado interés desde el ámbito clínico dada su reconocida efectividad -aunque es necesario seguir desarrollando pruebas para disminuir los síntomas colaterales y así a generar, en el futuro, mejores intervenciones para esta población vulnerable.

Referencias

- APA (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado. DSMIV-TR*. Barcelona: Masson.
- APA (1993). *Task Force on promotion and dissemination of psychological procedures*. Reporte de la División 12 de la APA, 1993, 1-17. APA, American Psychological Association.
- APA (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recomendations. *The Clinical Psychologist*, (1), 2-23. APA, American Psychological Association.
- APA (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*. Document received by the American Psychological Association (APA) Council of Representatives during its meeting of August on 2005. APA, American Psychological Association.
- American Psychological Association, APA (2006). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. APA, American Psychological Association.
- Assanangkornchaia, S., & Srisurapanont, M. (2007). The treatment of alcohol dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(3), 222-227.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333. DOI:[10.1001/archpsyc.1963.01720160014002](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002)
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression. En P.J. Clayton y J.E. Barret (comp.). *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). Nueva York: Raven Press.
- Beck, A. T. (1995). Terapia Cognitiva: Pasado, Presente y Futuro. En Mahoney, M. (comp.). *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. Teoría, Investigación y Práctica*. (pp. 49-61) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. DOI:[10.1037/0022-006X.56.6.893](https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893)
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Second Edition. New York: The Guilford press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). *Beck Hopelessness Scale. Manual*. New York: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory manual*. (second edition). San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Besenius, C., Beirne, K., Grogan, S., & Clark-Carter, D. (2013). Cognitive behavioral therapy (CBT) in a depression/alcohol use disorder group: A qualitative study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(1), 50-66. DOI:[10.1080/07347324.2013.746613](https://doi.org/10.1080/07347324.2013.746613)
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is Cognitive Case Formulation Science or Science Fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 52-69. DOI:[10.1093/clipsy.10.1.52](https://doi.org/10.1093/clipsy.10.1.52)
- Brewin, C. R. (1996). Theoretical foundations of Cognitive-Behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*, 47, 33-57. DOI:[10.1146/annurev.psych.47.1.33](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.33)
- Carbaugh, R. J., & Sias, S. M. (2010). Comorbidity of bulimia nervosa and Substance abuse: Etiologies, treatment issues, and treatment approaches. *Journal of Mental Counseling*, 32(2), 125-138.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. DOI:[10.1146/annurev.psych.52.1.685](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685)
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Therapy and Therapy of Depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Dermatisa, H., & Egelko, S. (2014). Buddhist mindfulness as an influence in recent empirical CBT approaches to addiction: Convergence with the alcoholics anonymous model. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 32(issue 2-3), 194-213. DOI:[10.1080/07347324.2014.907012](https://doi.org/10.1080/07347324.2014.907012)
- Easton, C. J., Mandel, D. L., Hunkele, K. A., Nich, C., Rounsaville, B. J., & Carroll, K. M. (2007). A Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol-dependent domestic violence offenders: An integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *The American Journal on Addictions*, 16(1), 24-31. DOI:[10.1080/10550490601077809](https://doi.org/10.1080/10550490601077809)
- Ellis, A. (2005). Discussion of Christine A. Padesky and Aaron T. Beck, "Science and Philosophy: Comparison of Cognitive Therapy and Rational Emotive Behavior Therapy". *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarter*, 19(2), 181-185.
- Glasner-Edwards, S. (2015). *The addiction recovery skills workbook: Changing addictive behaviors using CBT, Mindfulness, and Motivational Interviewing Techniques*. Canada: New Harbinger Publications.
- Freeman, A., & Oster, C. (1997). Terapia Cognitiva de la Depresión. En Caballo, V. (Comp.). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol. 1* (pp 543-574). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Kemp, R., Harris, A., Vurel, E., & Sitharthan, Th. (2007). Stop Using Stuff: trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems. *Australasian Psychiatry*, 15(6), 490-493.
- Kuehn, B. M. (2011). Study suggests gene may predict success of therapies for alcohol dependence. *Journal of the American Medical Association*, 305(10), 984-985. DOI:[10.1001/jama.2011.270](https://doi.org/10.1001/jama.2011.270)
- Kranzler, H. R. (2000). Medications for alcohol dependence. *Journal of the American Medical Association* 284, 1016-1017.
- Liese, B. S., & Beck, A. T. (1997). Back to basics: Fundamental Cognitive Therapy Skills for Keeping Drug-Dependent individuals in Treatment. En Onken, L.S., Blaine, J.D. & Boren, J. J. (comp). *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent individual in Treatment*. (pp. 207-232). United States of America: National Institute on Drug Abuse. NIH Publication 97-4142.
- McLellan A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.
- Momeni, F., Moshtagh, N., & Purshahbaz, A. (2010). Effectiveness of Cognitive-Behavioral group therapy on craving, depression, anxiety among the opiate abusers under MMT. *Iranian Rehabilitation Journal*, 8(11), 19-23.
- Ochoa, D. C., & Toro, R. A. (2011). Evaluación y formulación de caso para los trastornos de ansiedad en Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 4(1), 7-12.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: OMS.
- Persons, J. B., & Davidson, J. (2001). Cognitive-Behavioral Case Formulation. En Dobson, K. (Comp.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: The Guilford Press.
- Robins, C., & Hayes, A. (1997). Una Valoración de la Terapia Cognitiva. En Mahoney, M. (Comp.) *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. (pp 62-89). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sofuoglu, M., DeVito, E. E., Waters, A. J., & Carroll, K. M. (2013). Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions. *Neuropharmacology*, 64, 452-463. DOI:[10.1016/j.neuropharm.2012.06.021](https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2012.06.021)
- Srisurapanont, M., & Jarusuraisin, N. (2005). Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8(2), 1-14.
- Toro, R. A. & Ochoa, D. C. (2010). Los Perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 97-110.