



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

Artículo científico de revisión bibliográfica

Eficacia de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de drogodependencias.

Estudiante: Nahuel Cano Waller (C.I. 4.705.311-9)

Tutores: Mag. Gabriela Fernandez Theoduloz; Dr. Paul Ruiz Santos

Docente Revisor: Daniel Camparo

Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Montevideo, Octubre 2020

Resumen

La drogodependencia es considerada una enfermedad muy frecuente que impacta en la calidad de vida de las personas que la sufren, por este motivo es necesario desarrollar procesos de intervención eficaces y accesibles que permitan su abordaje. La presente revisión sintetiza la evidencia empírica disponible sobre el tratamiento Cognitivo Conductual en casos de drogodependencias. Se incluyen las técnicas de abordaje: Análisis de las Ventajas y Desventajas; Identificar y Modificar las Creencias Asociadas con las Drogas; Técnica de Flechas Descendentes; Reatribución de Responsabilidad; Registro Diario de Pensamiento; Imaginación; Programación y Control de la Actividad; Experimentos Conductuales; Repaso Conductual; Entrenamiento en relajación; Asignación de Actividades entre Sesiones; Resolución de Problemas; Control de Estímulos. Son utilizados 11 artículos publicados entre 1990 y 2020 que demuestran los efectos de la Terapia Cognitivo Conductual en intervenciones breves y prolongadas. Se observa que la evidencia disponible sigue siendo escasa y se sugiere estudios de doble ciego de mayor tiempo de duración, así como la comparación con otras terapias que sigan el mismo proceso.

Palabras clave: Drogodependencia; Terapia Cognitiva Conductual; Revisión Sistemática.

Abstract

Drug dependence is considered a common disease that impacts the quality of life of people who suffer from it, so it is necessary to develop effective and accessible intervention processes that allow its approach. This review summarizes the empirical evidence available on cognitive behavioral treatment in cases of drug dependence. Addressing techniques are included: Analysis of Advantages and Disadvantages; Identify and Modify Drug-Associated Beliefs; Descending Arrow Technique; Responsibility Remuneration; Daily Record of Thought; Imagination; Activity Scheduling and Control; Behavioral Experiments; Behavioral Review; Relaxation training; Assignment of Activities between Sessions; Problem solving; Stimulus Control. 11 articles published between 1990 and 2020 are used demonstrating the effects of Cognitive Behavioral Therapy on short and prolonged interventions. It is noted that the available evidence remains scarce and longer-lasting double-blind studies are suggested, as well as comparison with other therapies that follow the same process.

Keywords: Drug Dependence; Cognitive Behavioral Therapy; Systematic Review.

1. Introducción

Según la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, 2020) 35,6 millones de personas sufren trastornos por consumo de drogas, y se registra un aumento del 30% de consumidores entre el período de 2009 y 2018, ascendiendo a 269 millones de personas. A su vez sólo una de cada ocho personas que necesitan tratamiento por adicción lo recibe. Este hecho no solo genera problemas a quien lo padece, sino que incide en la familia y la comunidad, así como en los costos sanitarios y productivos. Sin importar si una droga es legal o ilegal, el abuso en el consumo de una sustancia genera serios problemas, tanto en el ámbito de la salud, como sociales y personales (Frances & Miller, 1991; Kosten & Keleber, 1992).

La Drogodependencia es una enfermedad caracterizada por la necesidad de consumir una o más sustancias que alteren el estado psíquico y/o físico del individuo, generando un consumo continuo con el fin mantener esta alteración bajo los efectos del fármaco o evitar el malestar de su supresión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994). Aunque el término es ampliamente utilizado, tanto este como sus sinónimos no son desarrollados en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) pero si lo son los trastornos generados por drogodependencias. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA], 2018), caracteriza el trastorno por abuso de sustancia cuando se encuentran 2 o más síntomas en un período de 12 meses, considerando leve cuando son encontrados entre 2 y 3, moderado entre 4 y 5, y severo 6 o superior. Los síntomas publicados son el uso peligroso, los problemas sociales o interpersonales, el incumplimiento de los principales roles del individuo, síndrome de abstinencia, tolerancia, intentos de abandonar la sustancia o reducir el consumo, gastar mayor tiempo y recursos en actividades relacionadas con el consumo o la sustancia, presentar problemas físicos o psicológicos y el abandono de actividades habituales (APA, 2018).

América Latina presenta una tendencia general al consumo de sustancias a una edad cada vez más temprana (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], 2019). Específicamente en Uruguay, existen reportes similares realizados por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (Udelar-CSIC), donde las investigaciones presentadas muestran una tendencia de la perspectiva pública en el aumento de consumo de sustancias. La población menor a los 18 años presenta una naturalización del consumo de sustancias tanto legales como

ilegales, haciendo un especial énfasis en el consumo de marihuana y alcohol (Aguiar et al., 2012).

Esta tendencia es mantenida en el tiempo, y se correlaciona con los resultados de la Junta Nacional de Droga (JND, 2019) donde exponen un aumento en el consumo de estas dos últimas sustancias, siendo éste de 6 puntos perceptuales en la marihuana y 12 puntos en el alcohol, correspondientes a los últimos 12 meses del estudio. Esta situación es de especial preocupación en la región, ya que como explica el Instituto Nacional sobre el abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020a) los efectos neurobiológicos de la adicción a una edad temprana, generan mayores repercusiones a la salud que en el adulto, esto debido a que la corteza prefrontal del cerebro, ocupada de planificar, resolver problemas, controlar impulsos y tomar de decisiones, aún se encuentra en desarrollo, siendo esta la última parte del cerebro en desarrollarse.

Las investigaciones sobre neurobiología en los trastornos por drogodependencias, realizadas por la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2006), sistematiza que las drogas afectan la manera en que las neuronas envían, reciben y procesan las señales de los neurotransmisores. Las zonas principales alteradas en el cerebro corresponden a los ganglios basales, la amígdala extendida y la corteza prefrontal. Como ya fue mencionado anteriormente, la corteza prefrontal se encarga de la toma de decisiones e impulsos, los ganglios basales cumplen un rol predominante en la motivación, los efectos placenteros saludables y la formación de hábitos y rutinas, formando así parte de la estructura neuronal del sistema de recompensas (Razón, Rodríguez & León, 2017). La amígdala extendida se encarga de la sensación de los factores estresantes como la ansiedad, irritabilidad e inquietud, características presentes en la abstinencia, a medida que se aumenta el consumo este circuito se vuelve más sensible (Corominas, Roncero, Bruguera & Casas, 2007). Cuando debido a la drogodependencia se generan cambios en el equilibrio del circuito de estas 3 áreas, genera que una persona que sufre este trastorno busque un mayor consumo de la sustancia y presente un peor control de sus impulsos (OEA, 2006).

La terapia Cognitiva Conductual para casos de drogodependencias es recomendada por la OMS (1994) por su eficacia y accesibilidad, a su vez NIDA (2020b) en su publicación sobre principios de tratamientos eficaces, utiliza investigaciones recientes para consolidar esta terapia como una herramienta válida, demostrando su efectividad mediante estudios empíricos. Estos organismos no sugieren utilizar únicamente este tipo de terapia; ambos presentan a la misma como una parte más de un tratamiento

multidisciplinario, que puede incluir desintoxicación y abstinencia bajo cuidados médicos, terapia individual o grupal e internaciones residenciales a corto y largo plazo.

1.1 Terapia cognitiva conductual de las drogodependencias: bases y modelo de tratamiento

Los fundamentos de la terapia cognitiva conductual para drogodependencias parte del entendimiento del proceso de adicción. El consumo de la sustancia provoca un refuerzo positivo debido a los efectos placenteros de la misma, mientras que el síndrome de abstinencia genera un reforzamiento negativo (Koob & Le Moal, 2008).

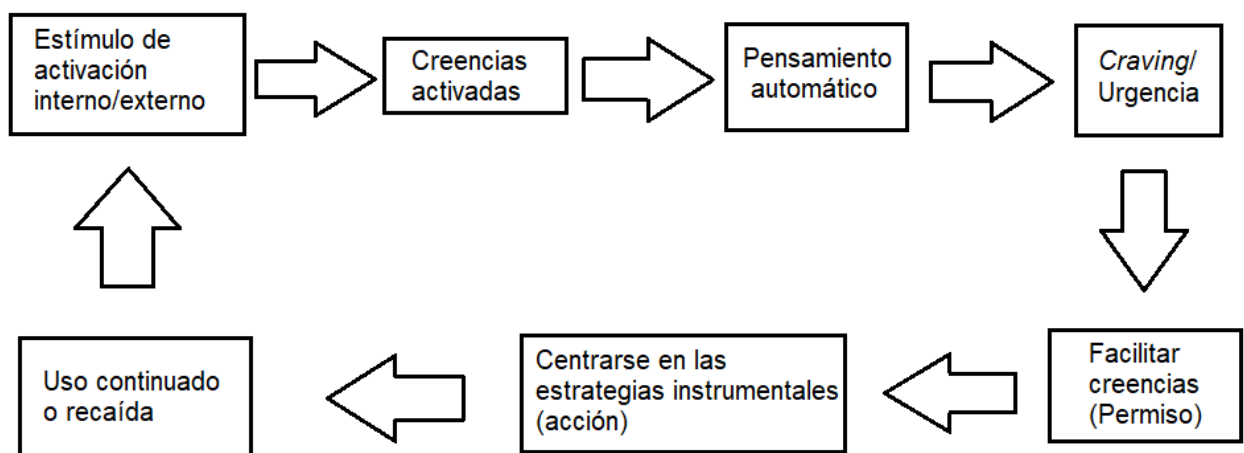
El principal modelo utilizado para la realización de esta terapia es el basado en la teoría del proceso oponente, realizado por Solomon y Corbit (1978). Este modelo intenta explicar el proceso de las respuestas afectivas frente a diversos estímulos, tanto aquellos que provocan molestias como los placenteros. Posteriormente Shepard Siegel (2005) utiliza esta teoría en conjunto con el condicionamiento operante para desarrollar uno de los modelos más conocidos y aceptados actualmente. La base de la teoría del proceso oponente, postula que ante la presencia de un estímulo se genera una respuesta afectiva, por consiguiente, el organismo desarrolla una respuesta opuesta para generar el equilibrio que fue interrumpido por la presencia de este primer estímulo (Solomon & Corbit, 1978). Esta teoría dio lugar a que Sigel implemente el factor ambiental, frente a la respuesta incondicionada generada por la ingesta de una droga. Este consumo se encuentra asociado a los estímulos ambientales presentes durante la ingesta o administración, volviendo así el factor ambiental un estímulo condicionado. Para la comprobación de esta teoría se desarrolló un experimento con ratas Wistar, donde se verificó empíricamente que la tolerancia está relacionada al ambiente de ingesta de la sustancia (Sigel, 1975) y confirmado nuevamente en un experimento posterior, utilizando también ratas Wistar, realizado por Crowell, Hinson y Siegel (1981). En experimentos más recientes, se logró condicionar estímulos neutros con la ingesta de etanol, dando posteriormente una respuesta positiva de consumo frente a estos estímulos condicionados (Mayo & De Wit, 2016), de esta misma forma fue demostrada la preferencia por lugares asociados al consumo de etanol, una vez que se administraron 6 ensayos de condicionamiento (Childs & De Wit, 2016).

Algunos modelos de tratamiento postulan a la abstinencia como única respuesta posible, como la terapia de facilitación de 12 pasos para el Alcoholismo, la cual demuestra evidencia de calidad alta en aumentar la abstinencia de los pacientes (Kelly, Humphreys

& Ferri, 2017), optando por un método radical de todo o nada. En cambio el modelo Cognitivo Conductual, en la mayoría de sus casos, considera que una disminución y control del consumo tanto en la dosificación como en la elección del lugar y el momento adecuado, puede ser un objetivo aceptable de la terapia (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999). Para ejemplificar este hecho, fue realizada una investigación teniendo como población objetivo a personas con problemas de alcoholismo. Los resultados dieron en conclusión que los pacientes prefieren y responden mejor a la terapia cuando son capaces de establecer sus propias metas antes que una impuesta por el terapeuta (Sobell, Sobell, Bogardis, Leo & Skinner, 1992).

El abordaje cognitivo tiene como pauta la realización de un trabajo en conjunto terapeuta-paciente centrado en la confianza, activo, con realización de preguntas abiertas, pero con un proceso estructurado y centrado. Con esto se tiene el objetivo de lograr que el paciente sea capaz de reducir la intensidad y frecuencia del consumo, así como el manejo del impulso de realizarlo o *craving* (Beck et al., 1999). Entendemos por *craving* al deseo irrefrenable o ansia de droga, mientras que el impulso es el proceso de movilización interior que lleva a actuar por el *craving* (Marlatt & Gordon, 1985).

Así como el ambiente forma parte del proceso de la drogodependencia, también lo hacen las creencias (ej. el alcohol me vuelve más sociable), activandose en momentos determinados estimulando el *craving*. Estas creencias también generan efecto frente a las sensaciones fisiológicas de la ansiedad (Beck, Emery & Greenberg, 1985).



Adaptado de Beck et al (1999).

Tal como mencionamos anteriormente, el *craving* aparece en un momento específico, generado en un principio por un estímulo, sin embargo no es un proceso directo, con anterioridad a la aparición del *craving* se desarrollan las creencias que el sujeto tiene asociada a la sustancia, lo que genera un pensamiento automático relacionado a esta. Podemos observar que el uso de la sustancia es el último paso que ocurre en la secuencia de creencias que mencionamos con anterioridad, sin embargo, este proceso es tan veloz que es considerado un reflejo condicionado (O'Brien, 1992).

La terapia cognitiva conductual apunta a interrumpir el proceso que fue ilustrado anteriormente, ayudando a la persona a identificar patrones conductuales y creencias activas, así como los facilitadores y las distorsiones cognitivas, entendiendo a estas últimas como un error en el procesamiento de la información (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1987).

Dicha terapia utiliza varios principios y técnicas para cumplir con este fin, entre estos principios se encuentra la utilización del método socrático, el cual es utilizado para generar autonomía en el paciente y desarrollar su pensamiento crítico (Overholser, 1987), la asignación de actividades entre sesiones es una parte fundamental del éxito de la terapia, estas pueden ser divididas entre las asignadas formalmente, aquellas decididas conjuntamente entre el terapeuta y el paciente, o las espontáneas (Burns & Auerbach, 1992).

Las técnicas más utilizadas son las desarrolladas por Beck et al. (1999). Estas incluyen:

- **Análisis de ventajas y desventajas:** Se realiza en sesión, busca romper con el romanticismo con la sustancia obteniendo una perspectiva más objetiva sobre el consumo de esta. Identifica y modifica creencias asociadas con la droga (parte central del tratamiento), encontrando las distorsiones cognitivas existentes, así como creencias y pensamientos automáticos, otorgándoles mayor control y claridad en los momentos en que estos surjan.
- **Técnica de flechas descendentes:** Es utilizada para poder llegar a un pensamiento nuclear o creencia subyacente, partiendo de una emoción negativa intensa y explorando su significado hasta llegar al mismo.
- **Retribución de responsabilidad:** Utiliza el método socrático para que el paciente, sin sentirse atacado ni juzgado, consiga dejar de atribuir su conducta a factores externos y logre asumir sus propios actos.
- **Registro de pensamiento diario:** Esta técnica no es exclusiva de la terapia de drogodependencias, sino que es utilizada en diversos tratamientos de estado de

ánimo problemáticos (Burns, 1999). Utilizada como una asignación de tarea entre sesiones, se solicita al paciente que en los momentos en que sienta un impulso de consumo o una alteración de su estado de ánimo, haga un registro del mismo como un pensamiento automático, para posteriormente llegar a una respuesta racional mediante la utilización de preguntas abiertas, racionales y objetivas, ya predefinidas con el terapeuta.

- Imaginación: Técnica de visualización que busca mejorar el autocontrol sobre el individuo, utilizada para poder centrarse en las creencias y pensamientos automáticos, o poder generar una distracción del *craving*.
- Programación y control de la actividad: Se pide al paciente la realización de una tabla durante el período de una semana, en la cual deberá rellenar por hora y por día las actividades realizadas, así como una valoración de estas (de 0 a 10) en el grado que sienta placer o dominio sobre la misma. Con esto se buscará promover las actividades que impliquen un reforzamiento positivo sobre el accionar del paciente, e identificar aquellas que sean consideradas de riesgo.
- Experimentos conductuales: Son utilizados para comprobar las creencias nucleares del paciente, en el caso de que una idea nuclear sea la de no poder relacionarse con amistades sin consumir, se buscará que éste experimente relacionándose con los mismos sin este factor, con el objetivo de comprobar si su pensamiento nuclear es correcto o erróneo.
- Repaso conductual o role-playing y role-playing invertido: Es utilizado para educar en habilidades interpersonales, esto parte desde la teoría que aquellos con problemas de drogodependencias, también tienen bajas capacidades de comunicación interpersonal (Platt & Hermalin, 1989). Se utilizan escenarios típicos de la vida del paciente, y se busca el desarrollo de estos escenarios con el fin de que pueda generar nuevos repertorios de conducta social e incluso llegar a empatizar con aquellos afectados por su consumo (Moorey, 1989).
- Entrenamiento en relajación: Esta técnica es utilizada para el manejo de la ansiedad, parte de la premisa de que el consumidor utiliza la sustancia como una forma de relajación forzada para aquellos que no tienen control sobre la misma (Khantzian, 1985), también aporta control sobre el manejo del *craving*, disminuyendo la intensidad de este (Carrol, Rounsaville & Keller, 1991).
- Resolución de problemas: Las personas que abusan en el consumo de sustancias presentan rasgos de impulsividad y tienden a no saber cómo resolver sus problemas de una forma correcta, por esto es necesario la educación en los principios de resolución de estos (Nezu, Nezu & Perri, 1989). Es un proceso largo y gradual en el cual se avanza por etapas, se define el problema y se proponen

múltiples soluciones, estas son examinadas entre sus ventajas y desventajas, finalmente es electa la mejor solución hipotética. Acto seguido se prepara al individuo mediante una planificación, para que sea capaz de realizar dicha conducta, luego de ejecutado se valora el resultado y se evalúa la solución a otros posibles problemas.

- Control de estímulos: Con esta técnica se busca que la persona sea capaz de minimizar el contacto con los estímulos que funcionan como gatillo desencadenante de las creencias relacionadas con drogas y disparan el consumo de esta (Carrol, Raunsaville & Keller, 1991), planificando formas de evitar estos gatillos o preparando métodos de afrontamiento ante los mismos.

2. Metodología

Los artículos utilizados para este análisis fueron seleccionados a través de una revisión sistematizada. Se utilizaron los portales de búsqueda Pumbed, Science Direct, Timbó, Google Scholar y Scielo. Las palabras claves utilizadas para realizar esta búsqueda fueron: Terapia Cognitiva Conductual; Cognitive Behavioral Therapy; Drogodependencia; Drug Addiction. En la selección de artículos para su análisis, se tuvieron en cuenta los publicados entre el año 1990 y 2020, se utilizó artículos en inglés y en español que cumplieran con el criterio de ser estudios controlados aleatorizados o análisis sistémicos de casos clínicos con recolección de datos pertinentes antes y después de la aplicación de la terapia, se tuvo en consideración que los sujetos de estudio no tuvieran ninguna enfermedad preexistente al tratamiento. Teniendo en cuenta estos criterios fueron seleccionados 11 artículos.

Para la realización de búsqueda bibliográfica se utilizaron las mismas palabras clave en los portales de búsqueda anteriormente mencionados, se incluyeron todos los estudios empíricos, investigaciones, libros, manuales de tratamiento, estadísticas, metadatos e informes, con el objetivo de conocer y aportar datos sobre el tema desarrollado.

3. Resultados

El objetivo de los artículos desarrollados en la Tabla 1 es evaluar la eficacia de la terapia cognitiva conductual en casos de drogodependencia. La mayoría de los estudios utilizaron herramientas para medir la sintomatología de los pacientes previo a la

realización de la terapia y aplicaron el mismo proceso en la finalización de esta, con este método se pretende evaluar la existencia de una mejoría post tratamiento.

La tabla presentada es una sistematización de los artículos seleccionados, se expone el título de los artículos, así como el nombre de los autores y el año de publicación. En la fila siguiente se describe en forma breve el objetivo de dicho estudio. Finalmente son utilizadas 3 columnas para describir a los participantes, enunciar los métodos del estudio y exponer los resultados de mayor pertinencia.

Tabla 1: Sistematización de artículos seleccionados.

Tabla 1

Título. Autor. Año		
Objetivo del estudio		
Participantes	Método	Resultados
1. A Comparative Trial of Psychotherapies for Ambulatory Cocaine Abusers: Relapse Prevention and Interpersonal Psychotherapy. (Carroll, Rounsaville & Gawin, 1991).		
Comprobar la eficacia de la psicoterapia en pacientes con abuso de cocaína a través de un ensayo clínico. Se compara la técnica de prevención de recaídas (extensión de la TCC) y la psicoterapia interpersonal (IPT)		
<ul style="list-style-type: none"> - 42 pacientes ambulatorios - Rango de edad entre 18 y 35 años - Pertenecientes a la clínica de Yale 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de 12 semanas de duración - DSM – III utilizado para diagnosticar trastorno por abuso de cocaína - Asignación aleatorizada al tratamiento de prevención de recaídas y al IPT - Utilización de SADS-T para trastornos afectivos y esquizofrenia - SAS-SR 	<ul style="list-style-type: none"> - El resultado fue medido según la escala de consumo, mientras que en los casos considerados leves fueron aportados datos similares, en los casos de mayor gravedad se notó una mejoría estadística significativa con los pacientes tratados con la terapia de corte CC.

2. Superior Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Urban Crack Cocaine Abusers: Main and Matching Effects, (Maude-Griffin et al., 1998).		
Evaluar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la terapia de facilitación de 12 pasos en pacientes con dependencia de cocaína		
<ul style="list-style-type: none"> - 128 participantes - Pertenecientes a 3 programas del centro médico de Asuntos de Veteranos de San Francisco 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de 12 semanas de duración - Distribuidos entre las 2 técnicas de evaluación de manera aleatorizada - Evaluaciones al inicio de tratamiento y en las semanas 4, 8, 12 y 26 - Utilización del DSM-III para abuso de cocaína - ASI (1992) - Programas de entrevista diagnóstica - Sub escala de razonamiento abstracto de la escala Shipley Institute of Living - Escala de motivación religiosa intrínseca - Comprensión de la escala de alcoholismo - Modelo de análisis de datos lineal generalizado implementando el procedimiento mixto SAS con la macro GLMMIX para resultados dicotómicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados muestran que la TCC obtiene datos significativamente mayores en lograr la abstinencia a la cocaína que la terapia de facilitación de 12 pasos

<p>3. Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas (Sánchez Hervás, Gradolí, Del Olmo Gurrea, Molina Bou y Morales Gallús, 2002).</p>		
<p>Analizar la efectividad de una intervención cognitiva-conductual breve en pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias según criterios del DSM-IV. Comprobar las diferencias en los niveles de distress iniciales y la frecuencia en la ingesta de drogas.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - 107 pacientes divididos en 3 grupos con diferenciación en su dependencia - Alcohol (n=31) - Heroína (n=31) - Cocaína (n=45) 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio de seguimiento de 6 meses de duración - Recolección de datos al iniciar el proceso (línea base) y a la finalización de este, con el objetivo de realizar una comparación. - Análisis funcional del comportamiento de consumo de drogas - Evaluación de psicopatología a través de entrevista clínica y cuestionarios - Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREEF) - Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI) - Inventario de Depresión de Beck (BDI) - Brief Symptom Inventory (BSI) - Análisis de regresión logística - Análisis de frecuencias y 	<ul style="list-style-type: none"> - A los 6 meses se constató que el 63% de los participantes se encontraba abstinentes - La mayoría de las variables obtuvieron significación estadística: la variable depresión ($p=0.008$), ansiedad rasgo ($p=0.003$), índice de malestar ($p=0.024$), calidad de vida ($p=0.024$) y salud general ($p=0.050$)

	<p>estimación de medidas de tendencia central</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de varianza - Prueba T de Student pre y post tratamiento. 	
<p>4. A 6-Month Controlled Naltrexone Study: Combined Effect with Cognitive Behavioral Therapy in Outpatient Treatment of Alcohol Dependence (Balldin et al., 2003).</p>		
<p>Comprobar el efecto de naltrexone combinado con terapia TCC o terapia de apoyo en un período de 6 meses para el tratamiento ambulatoria de la dependencia al alcohol</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - 118 pacientes de 10 centros de estudios diferentes en Suecia. En su mayoría procedentes de hospitales universitarios - Edad promedio de 50 años - 84% de los participantes fueron hombres 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio de 6 meses de doble ciego - 4 grupos paralelos: naltrexone y TCC; naltrexone y terapia de apoyo; placebo y TCC; placebo y terapia de apoyo - Entrevista estructurada, Addiction Severity Index (ASI) - Entrevista personal semiestructurada - Métodos de análisis de supervivencia (estimaciones de Kaplan-Meier) y pruebas de rango logarítmico, escala de factores métricos de tendencia para comparaciones generales 	<ul style="list-style-type: none"> - 77% (n=91) completó el estudio - Se halló un porcentaje inferior de días de consumo excesivo de alcohol en el grupo tratado con naltrexona ($p=0.045$) en comparación con el grupo placebo, al igual que una puntuación de ansiedad más baja ($p=0.029$) - El grupo tratado con TCC obtuvo un período de tiempo medio más elevado antes del primer consumo excesivo ($p=0.010$), este aumentó en combinación con

	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de niveles de actividad de las enzimas hepáticas 	naltrexona (p=0.007)
<p>5. Cognitive–Behavioral Therapy Plus Contingency Management for Cocaine Use: Findings During Treatment and Across 12-Month Follow-Up (Epstein, Hawkins, Covi, Umbricht & Preston, 2003).</p>		
<p>Evaluar la efectividad de la TCC y el manejo de contingencias como tratamiento para pacientes con dependencia a cocaína</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - 193 participantes - Edad media de 39 años - Promedio de 11.5 años de educación - 50% desempleados 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento inicial de 5 semanas; intervención 12 semanas; mantenimiento 12 semanas - Seguimientos a las 3, 6 y 12 meses post tratamiento - Exámenes de orina para cocaína (3 días semanales) pruebas cualitativas con técnica de inmunoensayo multiplicado por enzimas - Datos de consumo de droga autoinformado después de cada recolección de orina - Análisis de varianza - Análisis de resultados con modelo lineal mixto generalizado ajustado al marco GLIMMIX de SAS 	<ul style="list-style-type: none"> - El Manejo de contingencias es efectivo durante la aplicación de la terapia, pero sus efectos disminuyen después del tratamiento - La TCC produce reducciones en el consumo meses después del tratamiento - Se concluye que estos tratamientos pueden ser complementarios

6. Efficacy of Disulfiram and Cognitive Behavior Therapy in Cocaine-Dependent Outpatients (Carroll et al., 2004).

Comparar la efectividad de la terapia de disulfiram con la de un placebo en la reducción de consumo de cocaína, así como la eficacia de la terapia cognitivo conductual, terapias del comportamiento (CBT) y la psicoterapia interpersonal (IPT) en la reducción del consumo de cocaína

<ul style="list-style-type: none"> - 121 personas pertenecientes a la Unidad Central de Tratamiento de la Fundación APT 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 grupos de investigación (TCC con disulfiram; IPT con disulfiram; TCC sin disulfiram; IPT sin disulfiram) - Entrevista estructurada para DSM-IV - Aleatorización de urnas - Sesiones individuales semanales (12 semanas) - Muestras de orina y aliento; evaluación de síntomas clínicos - 250 mg del fármaco al día, los grupos placebo recibieron capsulas idénticas - TCC utilizó: Comprensión de los patrones de uso de droga a través de análisis funcional, Manejo de <i>Craving</i>; Manejo de pensamientos emergentes; Desarrollo de habilidades efectivas; Resolución de problemas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Se registró que los grupos que consumieron disulfiram redujo su consumo de cocaína significativamente más que los asignados a placebo - Los asignados a TCC redujo su consumo de cocaína significativamente más que los asignados a IPT
--	--	--

	Desarrollo de planes de afrontamiento ante emergencias <ul style="list-style-type: none"> - IPT adaptado para su uso con consumidores de cocaína 	
7. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction (Baker et al., 2005)		
Busca replica un pequeño estudio piloto realizado por Backer, Boggs y Lewin en 2001 que demostró que las intervenciones breves de entrevista motivaciones y TCC generaban mejores resultados comparada con un grupo de control		
<ul style="list-style-type: none"> - 214 consumidores habituales de anfetaminas 	<ul style="list-style-type: none"> - Asignados al azar en 2 grupos, el primero se le aplica 2 o 4 sesiones de TCC más un folleto de autoayuda, al grupo control solo el folleto. Dicho folleto fue elaborado por el Centro Nacional de Investigación de Drogas y Alcohol - Entrevista clínica estructurada para el manual de DSM-IV - Escala de gravedad de la dependencia (SDS) - 3 escalas del índice de tratamiento de opiáceos (OTI) - Escala de uso de Drogas - Escala de conducta de riesgo VIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Se comprobó un aumento significativo en la probabilidad de abstinencia en aquellos que recibieron 2 o más sesiones - Existió un efecto beneficioso a corto plazo en el nivel de depresión

	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de conducta de Crimen - Inventario breve de Síntomas (BSI) - Inventario de Depresión de Beck 	
8. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals (Rawson et al., 2006).		
Evaluar la eficacia de la TCC Y el manejo de contingencias (MC), aplicadas por separado y en combinación, en reducir el uso de estimulantes.		
<ul style="list-style-type: none"> - 177 participantes - 160 con diagnóstico de dependencia de cocaína - 17 con un diagnóstico de dependencia de MA - Edad media 36.2 años 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización del DSM-IV para dependencia de cocaína - Aplicación de las terapias en tres grupos: MC (n=60); TCC (n=58); MC y TCC en combinación (n=59) - Intervención de 16 semanas - Exámenes de orina - Entrevista al inicio del tratamiento y en las semanas 17, 26 y 52 - Inventario de Depresión de Beck - índice de severidad de la Adicción (ASI) 	<ul style="list-style-type: none"> - El MC es un tratamiento eficaz para reducir el uso de estimulantes, siendo superior al enfoque TCC durante el proceso de aplicación. - El enfoque TCC llega a los mismos resultados comparables durante el proceso de seguimiento
9. Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día (Torrents, Mora, Massana, Robert y Tejero, 2011).		
Mostrar los resultados efectivos en la aplicación de estrategias de afrontamiento, con corte cognitivo conductual, con un grupo de pacientes dependientes de sustancias psicoactivas		

<ul style="list-style-type: none"> - 38 pacientes con una media de edad de 41 años - 16% en régimen ambulatorio, 84% perteneciente a la unidad de desintoxicación hospitalaria - 78% hombres, 22% mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa terapéutico de 12 sesiones - Se selecciona a los que asistieron a un mínimo de 5 sesiones - Diagnosticados según DSM-IV con trastorno de dependencia a sustancias - Entrevista semiestructurada pre-inicio de terapia - Administración de Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA), adaptado del Coping Behaviours Inventory, pre y post terapia - Escala de Impresión Clínica Global (CGI) al finalizar la terapia. Sub escala de mejoría global (CGI-GI). Escala de tipo Liker de valores 1-7 - Coeficiente alfa de Crobach - T de Student 	<ul style="list-style-type: none"> - 81% (n=31) de los participantes se mantiene abstinentes - 17% presentaron un consumo puntual - 2% tuvo una recaída. - Resultados del CEA, frecuencia de uso. Un inicio de $X=70.1$ y una finalización de $X=84.17$, demostrando un incremento en el uso de estrategias de afrontamiento - Aquellos pacientes con mayores resultados positivos coinciden con los que auto informan mayor uso de estrategias de afrontamiento.
--	--	--

10. A Randomized Controlled Trial Comparing Integrated Cognitive Behavioral Therapy Versus Individual Addiction Counseling for Co-occurring Substance Use and Posttraumatic Stress Disorders (McGovern, Lambert-Harris, Alterman, Xie & Meier, 2011).

Evaluar la eficacia de la terapia cognitiva conductual en pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEPT) concurrente y trastornos por uso de sustancias, frente al asesoramiento individual sobre adicciones

<ul style="list-style-type: none"> - 53 participantes de 7 programas comunitarios de tratamiento de adicciones - Edad promedio de 39.09 (sd=11.32) para terapia conductual integrada y 35.48 (sd=9.44) años en terapia individual de adicción 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio realizado en un período de 8 a 12 semanas - Reevaluación posterior a los 3 meses de finalizada la terapia - Escala de TEPT - Índice de severidad de la adicción autoadministrado (SA-ASI) - Seguimiento de línea de tiempo (TLFB) - Medidas de Toxicología - Inventario de depresión de Beck (BDI) - Lista de verificación del TEPT (PCL) 	<ul style="list-style-type: none"> - La terapia cognitiva conductual fue más efectiva que el asesoramiento individual en el tratamiento de TEPT - Tanto la TCC como el asesoramiento individual arrojaron resultados similares en la efectividad sobre el uso de sustancias - Se llega a la conclusión de que la TCC es más eficiente para el tratamiento de adicción con TEPT
---	--	---

11. Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento (Martínez-González, Vilar-López y Verdejo-García, 2018).

Analizar el resultado del tratamiento cognitivo-conductual grupal llevado a cabo en un centro ambulatorio para el tratamiento de las adicciones.

<ul style="list-style-type: none"> - 130 hombres con trastorno por dependencia al alcohol - Media de edad de 43.59 años, siendo el rango inferior de 21 y el mayor de 69 	<ul style="list-style-type: none"> - Fueron tomado en cuenta aquellos diagnosticados con alcoholismo según el DSM-IV-TR (2002) - Todos participantes de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - El 56.2% finalizó el tratamiento con alta terapéutica. - De los pacientes que finalizaron el tratamiento con alta terapéutica, el 75% (n=55) no han recaído
--	---	--

	<p>ambulatorio grupal entre 1997 y 2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informes del núcleo familiar - Exámenes de sangre - Análisis descriptivo de la muestra atendiendo a variables sociodemográficas, historial adictivo y psicopatología - Contraste de medidas estadístico utilizando t de Student 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentando a 77.7% cuando se completa el período de revisión tras el alta.
--	--	--

Fuente: Elaboración propia (2020).

4. Discusión

La presente revisión sintetiza la evidencia empírica de la terapia cognitiva conductual para casos de drogodependencias. Los estudios fueron aplicados en grupos con un mínimo de 38 y un máximo de 193 participantes divididos en subgrupos. Se analizaron los datos antes del inicio de la terapia, al finalizar la misma y semanas después de su finalización para obtener resultados significativos.

Estos estudios son considerados de validez empírica según los criterios de APA (2000), donde es establecido que se debe demostrar la relevancia o superioridad de éste frente a otro ya publicado, los tamaños de las muestras deben ser adecuadas (25-30 personas) y más de un investigador debe estar involucrado en el mismo, siendo este un ensayo aleatorizado con un diseño de doble ciego y llevar a cabo un seguimiento posterior a dicho ensayo.

Los instrumentos más utilizados en la realización de estos estudios son:

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) versiones III y IV
- Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996). Evalúa la sintomatología depresiva mediante 21 ítems.

- Addiction Severity Index (ASI; McLellan et al., 1992). Es aplicada mediante una entrevista semiestructurada y evalúa las alteraciones en las áreas de la vida del individuo que resultan afectadas por la adicción.

Entendemos por eficacia del estudio a aquellos que demuestren su superioridad frente al tratamiento usual, generando así una relación con la validez interna del procedimiento. Esto genera que todo tratamiento empíricamente apoyado se ponga en duda, siendo necesario el realizar estudios clínicos para validar su uso real, haciendo que sea posible una generalización de estos y demostrando su utilidad clínica (Estupiña, 2012).

En los artículos analizados podemos observar que el tratamiento para adicciones de corte cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia. Los artículos de Carrol, Rounsaville & Gawin (1991); Maude-Griffin et al. (1998); Baker et al (2005), demuestran empíricamente la efectividad de la terapia a corto plazo, mientras que los publicados por Epstein et al (2003) y Vicente et al (2002) demostraron la continuidad de esta eficacia sostenida en el tiempo, arrojando datos con significación estadística en el caso de este último. Este hecho no implica que deba utilizarse dicho tratamiento en solitario, la evidencia presentada también aportó datos de que esta terapia en conjunto con el tratamiento médico y farmacológico generan resultados empíricamente favorables. En el artículo *Efficacy of Disulfiram and Cognitive Behavior Therapy in Cocaine-Dependent Outpatients* (Carrol et al, 2004) es posible apreciar como los efectos de la terapia cognitivo conductual se vuelven más eficientes cuando son impartidos en conjunto con el fármaco disulfiram, llegando a mejorías que ninguno logra por separado, este hecho también se ve reflejado en el trabajo publicado por Mansson et al (2003), utilizando la droga naltrexone para la dependencia al alcohol. Este tipo de abordaje en investigación nace de tener en cuenta al sujeto como un ser biopsicosocial, permitiendo el desarrollo de investigaciones, demostrando así la importancia de la terapia de carácter psicológica en el tratamiento de las drogodependencias (NIDA, 2008).

En el artículo de Baker et al. (2005) se demuestra que, con un mínimo de 2 sesiones de terapia cognitiva conductual ya es posible encontrar resultados beneficiosos. Aunque una terapia típica puede variar entre 6 y 20 sesiones, dependiendo del estado de gravedad del paciente, así como el progreso y los objetivos a cumplir en conjunto puede ser incluso un tiempo mayor. Una intervención breve demuestra tener efectos positivos sobre el consumo, no solo en el momento de la intervención sino sostenido en el tiempo, en el artículo mencionado anteriormente podemos ver como se registra la continuidad de efectos positivos 6 meses después del tratamiento. Esta terapia breve difiere de la

terapia convencional, se centra en el uso y aprendizaje de herramientas terapéuticas enfocadas en un cambio comportamental específico, en lugar de uno más profundo o de una escala mayor (Centre for Substance Abuse Treatment [CSAT], 1999).

4.1 Limitaciones de la terapia cognitiva conductual

La terapia cognitiva conductual no es la única que se encarga de estudiar y desarrollar tratamientos para las afecciones de drogodependencia, numerosas corrientes y teorías han formulado hipótesis para explicar el origen de esta y así desarrollar tratamientos y terapias eficaces. Un gran número de dichas investigaciones se centran en el mecanismo de aprendizaje y estudios psicofisiológicos; a pesar de esto, ningún modelo ha conseguido explicar en completud el proceso de las adicciones, ni lograr una aplicación práctica general e inequívoca a la población que la padece (Camí, Mcgeary y Swift, 2005).

A pesar de que la evidencia científica disponible sobre la efectividad de la terapia desarrollada ha demostrado su eficacia en intervenciones, haciendo posible su aplicación generalizada, cabe resaltar que esta fue creada para sustancias específicas, esto es debido a que las características biológicas en el consumo de las sustancias difieren según la misma y por consiguiente sobre el patrón de consumo (Keegan, 2011).

4.2 Limitaciones de esta revisión

Entre las limitantes se encuentra su población objetivo, así como el lugar donde fueron realizados los ensayos. Todos los artículos fueron realizados en países de primer mundo, con población occidental, siendo estos criterios los menos representativos para realizar generalizaciones de sus hallazgos (Henrich, Heine & Norenzayan, 2010). A su vez, en la mayoría de los casos los participantes en las investigaciones fueron hombres, con un porcentaje promedio del 80%. Si bien existe una prevalencia mayor de consumo en los hombres que en las mujeres, especialmente en las sustancias ilícitas, existe una tendencia de aumento en la relación del consumo y dependencia en las drogas legales, en especial de alcohol y tabaco (Garcia & Mira, 2014).

Los artículos analizados utilizan una población objetivo adulta, comprendida entre 18 y 65 años, lo que excluye de la muestra a adolescentes y adultos mayores. En la adolescencia, por ejemplo, el alcohol genera efectos placenteros a dosis muy bajas,

mientras que las experiencias desagradables ligadas a la intoxicación emergen a dosis más elevadas. Este hecho refuerza el comportamiento, generando una conducta de consumo más elevado (Rodríguez, Sanchis & Bizsuerra, 2014). Estos hechos llevaron al desarrollo de terapias específicas para esta franja etaria, tal como el postulado por Miller, Benefiel y Toningan (1993), quienes crearon el tratamiento de estimulación motivacional para tratar la adicción a la marihuana. En cambio, la vejez está caracterizada por el consumo principal de alcohol, benzodiazepinas, opioides analgésicos y la presencia elevada del uso de drogas medicamentosas, considerado polifarmacia (Gac Espinola, 2012), otro punto a tener en cuenta es que en este período evolutivo, las sustancias generan un efecto adverso 7 veces mayor en comparación con una población joven (Fuentes & Webar, 2013).

Ninguno de los textos pertenecientes al análisis desarrolla el género de los participantes. Es sabido que las drogas infieren de forma diferente en los organismos según su sexo, en el alcoholismo, los factores metabólicos, endócrinos y genéticos, generan en las mujeres la aparición de daños hepáticos, cardíacos y disfunciones cerebrales en menor tiempo, perdiendo mayor cantidad de tejido cerebral que los hombres, incluso con un consumo menor (Sanchez, 2008). El cerebro del hombre posee un mayor volumen que el de la mujer, mientras que el cerebro femenino posee mayor cantidad de circunvoluciones. El desarrollo en el cerebro transexual masculino-femenino (m-f) tiene un volumen cerebral tendente a ser femenino y un espesor cortical menor, así como un aumento de interacciones neuronales entre hemisferios distantes, rasgos de un cerebro femenino, mientras que en los casos femenino-masculino (f-m) ocurre el proceso opuesto, tendiendo éste a ser masculino (UCV, 2017). Sin embargo, el uso de sustancias en población transexual, tanto en m-f como en f-m, es muy similar entre sí (Gomez-Gil et al., 2018), difiriendo a los datos aportados de consumo entre hombres y mujeres. Por consiguiente, la falta de esta perspectiva en el estudio limita la capacidad de generalizar la aplicación terapéutica analizada.

En el artículo de Martínez, Vilar & Verdejo (2018) los grupos que realizaron la terapia no se llevaron a cabo conjuntamente con un grupo control. El análisis se centró en la evaluación de los pacientes que habían finalizado una TCC para drogodependencias al menos 4 años anteriores al inicio del estudio. Si bien se utilizaron todas las herramientas correspondientes para analizar los datos recabados y compararlos con los preexistentes, estos últimos no fueron recolectados por ellos, sino que fueron extraídos de los registros médicos de cada paciente. Este hecho pone en riesgo la validación de

los datos comparados al no existir la seguridad de que ambos cumplan los mismos criterios de análisis.

El trabajo publicado por Lambert-Harris et al (2011), toma como población objetivo a personas con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), este hecho afecta a los resultados del estudio en su capacidad de generalizar el uso de esta terapia en una población objetivo que no padezca de TEPT.

Se toma en cuenta el artículo “Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día” (Torrents et al, 2011), este utiliza la administración de un Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento adaptado del Coping Behaviours Inventory, como complemento a la terapia cognitiva conductual. A pesar de que se encuentra desarrollada bajo los mismos principios básicos de aplicación de esta teoría, aún no se encuentra en los manuales oficiales de terapias cognitivas de las drogodependencias.

5. Reflexiones Finales

Aunque todos los tipos de terapia psicológica han demostrado ser eficaces en el tratamiento de las adicciones, los que presentan mayor validez empírica son los abordados desde la orientación cognitiva conductual (APA, 2000). En Uruguay no existe un lineamiento o protocolo oficial sobre la intervención psicológica en las drogodependencias, haciendo que cada profesional realice su intervención según el criterio que crea correspondiente. Si bien hay diseñado un plan de intervención gubernamental el cual explicita que los lineamientos a seguir en esta temática deben estar debidamente respaldados por una sólida base científica y buenas prácticas evaluadas debidamente (JND, 2016), no se ha considerado el criterio de una base cognitiva conductual como herramienta de intervención psicológica.

Este último criterio puede ser debido a la falta de estudios empíricos de doble ciego que compare la eficacia en intervenciones de diversos tipos de corrientes psicológicas, así como su efectividad a largo plazo. Este artículo fue realizado no solo con el propósito de sintetizar y esclarecer información sobre la terapia cognitiva conductual, sino que busca animar a la realización de nuevos estudios científicos que desafíen a dicha terapia contrastándolas con otras, generando así nueva información pertinente y permitiendo el crecimiento en esta área del conocimiento.

En el estudio Superior Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Urban Crack Cocaine Abusers Main and Matching Effects, de Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tusel & Hall (1998), se encontró que las personas con una capacidad de pensamiento abstracto menor y un nivel de religiosidad mayor responden mejor a la terapia de 12 pasos que a TCC. Esto podría suponer que las técnicas utilizadas necesitan de una mayor capacidad cognitiva del pensamiento abstracto, lo que indicaría la necesidad de una adaptación de las técnicas para tener un uso generalizado más eficiente de las mismas. Teniendo esto en consideración, cabe resaltar que fue un porcentaje menor de la muestra y no es influyente en los resultados generales del estudio, donde se demostró la eficacia de la TCC.

Finalmente cabe destacar que los artículos que cumplieron con los requisitos de selección fueron escasos y con una muestra poblacional muy similar entre ellos. Se recomienda la realización de un mayor número de estudios de doble ciego que contemplen un mayor tiempo de duración y una población objetivo más diversa, tanto en franjas etarias como en género, así como la comparación con otras terapias que sigan este mismo proceso.

Referencias bibliográficas

Aguiar, S., Filardo, V., Musto, C., Pieri, D. (2012). La marihuana provoca esquizofrenia.

Espacio público y drogas en Uruguay. En *Aporte universitario al debate nacional sobre drogas* (2012). Montevideo: Universidad de la República, Comisión

Sectorial de Investigación Científica. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/9503>

American Psychiatric Association (2018). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de*

los trastornos mentales (5ª ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

American Psychological Association (2000). *Society of clinical Psychology. A guide to beneficial psychotherapy. Empirically supported treatments*. Washington:

Autor.

Aznar Lucea, J. y Tudela Cuenca, J. (2017). Aspectos biomédicos de la transexualidad.

En J. Aznar (Coord.), *Transsexualidad. Valoración pluridisciplinar del fenómeno y su regulación legal* (pp. 59-92). Valencia: Universidad Católica de Valencia.

<http://hdl.handle.net/20.500.12466/921>

Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S., ... Carr, V. J. (2005).

Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, *100*(3), 367-378.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01002.x>

Balldin, J., Berglund, M., Borg, S., Mansson, M., Bendtsen, P., Franck, J., ... Willander, A.

(2003). A 6-month controlled naltrexone study: Combined effect with cognitive behavioral therapy in outpatient treatment of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, *27*(7), 1142-1149.

<https://doi.org/10.1097/01.alc.0000075548.83053.a9>

Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression* (Ed. rev.). New York: The Guilford Press.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. E. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

Burns, D. D. (1999). *The feeling good handbook* (2ª ed. rev.). New York: Plume Books.

Burns, D. D. y Auerbach, A. H. (1992). Does homework compliance enhance recovery from depression?. *Psychiatric Annals*, 22(9), 464-469.

<https://doi.org/10.3928/0048-5713-19920901-07>

Camí, J., Mcgeary, J. y Swift, R. M. (2005). Drogadicción. *Revista de Toxicomanías*, 42, 3-14. Recuperado de <http://www.cat->

[barcelona.com/uploads/rets/RET42_1.pdf](http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET42_1.pdf)

Carroll, K. M., Fenton, L. R., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., Shi, J. y Rounsaville, B. J. (2004). Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 61(3), 264.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.3.264>

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. y Gawin, F. H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(3), 229-247. <https://doi.org/10.3109/00952999109027549>

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. y Keller, D. S. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(3), 249-265. <https://doi.org/10.3109/00952999109027550>

Centre for Substance Abuse Treatment (Estados Unidos) (1999). *Brief interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Rockville: US Department of Health and Human Services. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64947/pdf/Bookshelf_NBK64947.pdf

Childs, E. y de Wit, H. (2016). Alcohol-induced place conditioning in moderate social drinkers. *Addiction*, 111(12), 2157-2165. <https://doi.org/10.1111/add.13540>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Washington: Organización de los Estados Americanos. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>

Corominas Roso, M., Roncero Alonso, C., Bruguera Cortada, E. y Casas Brugué, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología*, 44(1), 23-31. <https://doi.org/10.33588/rn.4401.2006222>

Crowell, C. R., Hinson, R. E. y Siegel, S. (1981). The role of conditional drug responses in tolerance to the hypothermic effects of ethanol. *Psychopharmacology*, 73(1), 51-54. <https://doi.org/10.1007/bf00431101>

Epstein, D. H., Hawkins, W. E., Covi, L., Umbricht, A. y Preston, K. L. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: Findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 73-82. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.17.1.73>

Estupiñá, F. (2012). Hacia una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia empírica. En F. J. Labrador y M. Crespo (Eds.), *Psicología clínica basada en la evidencia* (pp. 47-60). Madrid: Pirámide.

Frances, R. J. y Miller, S. (Eds.) (1991). *Clinical textbook of addictive disorders*. New York: The Guilford Press.

Fuentes, P. y Webar, J. (2013). Prescripción de fármacos en el adulto mayor. *Medwave*, 13(4). <https://doi.org/10.5867/medwave.2013.04.5662>

Gac Espinola, H. (2012). Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 31-35. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70270-5](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70270-5)

García, P. O. y Mira, E. C. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta Sociológica*, 64, 121-144. [https://doi.org/10.1016/s0186-6028\(14\)70485-2](https://doi.org/10.1016/s0186-6028(14)70485-2)

Gómez-Gil, E., Simulionyte, E., Balcells-Oliveró, M., Valdés, M., Salamero, M., Guillamón, A. y Esteva, I. (2018). Patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en personas transexuales. *Adicciones*, 31(3), 189-195. <https://doi.org/10.20882/adicciones.945>

Junta Nacional de Drogas (Uruguay) (2016). *Estrategia nacional para el abordaje del problema drogas, período 2016-2020*. Recuperado de <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2018-05/Estrategia%20JND%202016-2020.pdf>

Keegan, E. (2011). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psi*, 1(1). Recuperado de

http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=44:perspectiva-cognitivo-conductual-del-abuso-de-sustancias&catid=9:perspectivas&Itemid=1

Kelly, J. F., Humphreys, K. y Ferri, M. (2017). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012880>

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>

Koob, G. F. y Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 3113-3123. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0094>

Kosten, T. R. & Kleber, H. D. (1992). *Clinician's guide to cocaine addiction: theory, research, and treatment*. New York: The Guilford Press.

Marlatt, A. G. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.

Martínez-González, J. M., Vilar-López, R. y Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a largo plazo de la terapia de grupo cognitivo-conductual del alcoholismo: Impacto de la patología dual en el resultado del tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1), 1-8.
<https://doi.org/10.5093/clysa2018a1>

Maude-Griffin, P. M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusel, D. J. y Hall, S. M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: Main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 832-837. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.5.832>

Mayo, L. M. y de Wit, H. (2016). Acquisition of conditioned responses to a novel alcohol-paired cue in social drinkers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(2), 317-326. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.317>

McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Alterman, A. I., Xie, H. y Meier, A. (2011). A randomized controlled trial comparing integrated cognitive behavioral therapy versus individual addiction counseling for co-occurring substance use and

posttraumatic stress disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(4), 207-227.

<https://doi.org/10.1080/15504263.2011.620425>

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., ... Argeriou,

M. (1992). The fifth edition of the Addiction severity index. *Journal of*

Substance Abuse Treatment, 9, 199-213. <https://doi.org/10.1016/0740->

[5472\(92\)90062-S](https://doi.org/10.1016/0740-5472(92)90062-S)

Miller, W. R., Benefield, R. G. y Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change

in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 61(3), 455-461.

<https://doi.org/10.1037/0022-006x.61.3.455>

Moorey, S. (1989). Drug abusers. En J. Scott, J. M. G. Williams y A. T. Beck (Eds.),

Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook (pp. 157–182).

London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203359365> chapter seven

National Institute on Drug Abuse (Estados Unidos) (2008). *Principles of drug addiction*

treatment. A research-based guide. (3ª ed.) Bethesda: Autor. Recuperado de

<https://www.drugabuse.gov/download/675/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition.pdf?v=74dad603627bab89b93193918330c223>

National Institute on Drug Abuse (Estados Unidos) (2020a). *Las drogas y el cerebro*.

Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>

National Institute on Drug Abuse (Estados Unidos) (2020b). *Principios de tratamientos eficaces*. Recuperado de

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/principios-de-tratamientos-eficaces-en-2020>.

Nezu, A., Nezu, C. M. y Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression:*

Theory, research, and clinical guidelines. New York: John Wiley & Sons.

O'Brien, C. P. (1992). Conditioned responses, craving, relapse, and addiction. *Facts*

About Drugs and Alcohol, 1, 1-3.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2020). *Informe mundial sobre las drogas 2020*. Recuperado de

<https://wdr.unodc.org/wdr2020/index.html>

Organización de los Estados Americanos (2006). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.

Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Overholser, J. C. (1987). Facilitating autonomy in passive-dependent persons: An integrative model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 17(4), 250-269.

<https://doi.org/10.1007/bf00949025>

Platt, J. J. y Hermalin, J. A. (1989). Social skill deficit interventions for substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3(3), 114-133.

<https://doi.org/10.1037/h0080572>

Rawson, R. A., McCann, M. J., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C. y Ling, W. (2006). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral

approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 101(2), 267-274.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01312.x>

Razón, K. C., Rodríguez, L. M. y León, U. (2017). Neurobiología del sistema de recompensa en las conductas adictivas: Consumo de alcohol. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1344-1361. Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num4/Vol20No4Art6.pdf>

Rodríguez García, F. D., Sanchiz Ruiz, M. L. y Bisquerra Alzina, R. (2014). Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Salud Mental*, 37(3), 255-260. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.030>

Sánchez Hervás, E., Tomás Gradolí, V., del Olmo Gurrea, R., Molina Bou, N. y Morales Gallús, E. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 81, 21-29. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352002000100003>

Sanchez Prado, L. (2008). *Drogas y perspectiva de género. Documento marco.*

Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/217.pdf>

Siegel, S. (1975). Evidence from rats that morphine tolerance is a learned response.

Journal of Comparative and Physiological Psychology, 89(5), 498-506.

<http://doi.org/10.1037/h0077058>

Siegel, S. (2005). Drug tolerance, drug addiction, and drug anticipation. *Current*

Directions in Psychological Science, 14(6), 296-300.

<https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00384.x>

Sobell, M. B., Sobell, L. C., Bogardis, J., Leo, G. I. y Skinner, W. (1992). Problem drinkers'

perceptions of whether treatment goals should be self-selected or therapist-

selected. *Behavior Therapy*, 23(1), 43-52. [https://doi.org/10.1016/s0005-](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80307-7)

[7894\(05\)80307-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80307-7)

Solomon, R. L. y Corbit, J. D. (1978). An opponent-process theory of motivation. *The*

American Economic Review, 68(6), 12-24. Recuperado de

<https://www.jstor.org/stable/2951004?seq=1>

Torrents, O., Mora, A., Massana, L., Robert, A. y Tejero, A. (2011). Resultados de

efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes

dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día. *Trastornos Adictivos*, 13(4), 135-143. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(11\)70029-0](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(11)70029-0)