

**FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES
EN MATERIA DE SALUD MENTAL**

MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS



MÓDULO 8. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Edición y coordinación de contenidos:



Financiado por:



MÓDULO 8

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES EN MATERIA DE
SALUD MENTAL. MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA
MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

TABLA DE CONTENIDO

1. Conceptualización. Marcos de referencia.	6
2. Entrevista y terapia motivacional	7
Técnicas principales:	8
Ejercicios de equilibrio de decisiones:	8
Identificación de discrepancias:	8
Ritmo:	8
Contacto personal con clientes que no están en tratamiento:	9
3. Terapias cognitivo-conductuales	9
3.1. Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento.	9
3.2. Prevención de recaídas.	10
4. Abordaje familiar	10
4.1. Terapia conductual familiar y de pareja	10
4.2. Terapias centradas en la familia	11
4.3. Psicoeducación familiar	11
5. Abordajes grupales	11
6. Intervenciones psicosociales por tipo de sustancias	12
7. Reflexiones finales.	18
Bibliografía básica	20

1. CONCEPTUALIZACIÓN. MARCOS DE REFERENCIA.

Las intervenciones psicosociales son componentes esenciales para el abordaje integral de la concurrencia de los TUS + OTM. Estas intervenciones se constituyen en diversas estrategias terapéuticas orientadas al abordaje de componentes psicológicos y sociales desde una mirada integral contemplando también el contexto y adaptadas a las necesidades de cada persona.

Existen distintos modelos o marcos de referencia desde donde se conceptualizan dichas intervenciones, partiendo de lo desarrollado en el Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación de Sociodrogalcohol (Becoña y Cortés, 2008), se reconocen cinco grandes grupos clasificados en función de su aparición en la historia de la psicoterapia como modernos (psicoanálisis y sus derivaciones psicodinámicas, el conductismo y cognitivism y el humanista) y post-modernos (modelos constructivistas y constructivistas).

MODERNOS	POST-MODERNOS
PSICODINAMICO - Psicoanálisis (Freud) - Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Adler, Lacan, Kemberg)	CONSTRUCCIONISTA - Terapia sistémica- estructural (Minuchin) - Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto) - Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán)
COGNITIVO-CONDUCTUAL - Conductismo (Watson, Skinner) - Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe) - Terapia contextual (Hayes, Kohlemberg) - Terapia cognitiva (Beck) - Terapia racional – emotiva (Ellis) - Terapia conductual y biorretroalimentación	CONSTRUCTIVISTA - Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano) - Psicología de los constructos personales (Kelly) - Mindfulness (Linehan, Teasdale)
HUMANISTA - Terapia centrada en el cliente (Rogers) - Logoterapia (Frankl) - Terapia gestáltica (Perls) - Transaccional (Berne)	

En la actualidad, existe una falta de consenso en cuanto a las estrategias más adecuadas tanto farmacológicas como psicosociales, para el tratamiento integral de la problemática dual, considerando la diversidad de factores intervinientes. No obstante diversos estudios muestran la efectividad de las intervenciones con enfoque cognitivo-conductual. Entre ellos, en la revisión realizada por Secades-Villa y Fernández-Hermida (Becoña y Cortés,

2008) se expresa que, si bien las técnicas conductuales son las que han mostrado empíricamente una mayor eficacia en el tratamiento de los trastornos adictivos, estas técnicas muestran mejores resultados cuando no son utilizadas de forma aislada, sino dentro de programas multimodales o multicomponentes más amplios y donde el recurso a la farmacoterapia es necesario en muchos casos -recordemos que las adicciones presentan un componente biológico altamente relevante y definitorio de su expresión y evolución (Pereiro y Fernández, 2018).

Se realizará a continuación un breve recorrido y desarrollo de las intervenciones de mayor eficacia comprendidas en el abordaje integral de los TUS + OTM.

2. ENTREVISTA Y TERAPIA MOTIVACIONAL

Los enfoques motivacionales (entrevistas motivacionales [MI] y terapia de estímulo de la motivación [MET]) se basan en las perspectivas de que el cambio ocurre en etapas, la motivación para el cambio varía con el tiempo y la motivación puede mejorarse. Los enfoques motivacionales se basan en los principios de la psicología motivacional y el modelo trans-teórico del cambio, también conocido como el modelo de etapas del cambio, que fue desarrollado por James Prochaska y Carlos DiClemente (Becoña y Cortés, 2008).

Los enfoques de terapia motivacional son métodos de terapia centrados en el cliente que utilizan métodos no directivos. Estos enfoques utilizan estrategias que:

- reconocen que las sustancias adictivas tienen propiedades gratificantes que pueden ocultar, al menos temporalmente, sus peligros y efectos negativos a largo plazo;
- ayudan a los clientes a resolver la ambivalencia acerca de participar en el tratamiento y detener el consumo de sustancias;
- utilizan la motivación interna de los clientes para evocar y sostener un cambio rápido, y
- no se centran en el descubrimiento, la interpretación y la orientación de un terapeuta.

Los enfoques motivacionales operan con base en la creencia de que el cambio se crea a través de la voluntad y la motivación del cliente. Con frecuencia incluyen otras estrategias de resolución de problemas o enfocadas en soluciones que se basan en los éxitos pasados del cliente. El terapeuta actúa como entrenador o consultor en lugar de una figura de autoridad (Miller et al, 1994).

A través de la escucha empática y la entrevista hábil: el terapeuta motivacional alienta al cliente a:

- identificar discrepancias entre los objetivos significativos de la vida y las consecuencias de los TUS
- creer en su capacidad de cambio;
- elegir entre las estrategias y opciones disponibles, y
- asumir la responsabilidad de iniciar y mantener un comportamiento personal saludable.

Los terapeutas plantean preguntas a los clientes de una manera que solicita información mientras fortalece la motivación y el compromiso de los clientes con el cambio positivo.

Enfoque FRAMES: el acrónimo FRAMES le recuerda al terapeuta motivacional su función y sus responsabilidades durante el tratamiento (Pereiro y Fernández, 2018).

Feedback (comentarios)

Responsibility (responsabilidad)

Advice (consejos)

Menus (menú)

Empathetic counseling (terapia empática)

Self-efficacy (autoeficacia)

TÉCNICAS PRINCIPALES:

Ejercicios de equilibrio de decisiones:

Es el concepto de explorar los pros y contras (o los beneficios y las desventajas) del cambio. En el contexto de la recuperación del consumo de sustancias, el cliente pondera los pros y contras de cambiar frente a no cambiar el comportamiento de consumo de sustancias. El propósito de explorar los pros y contras de un problema de consumo de sustancias es inclinar la balanza hacia una decisión a favor del cambio positivo.

Identificación de discrepancias:

Una forma de mejorar la motivación para el cambio es ayudar a los clientes a reconocer una discrepancia o brecha entre sus objetivos futuros y su comportamiento actual. El terapeuta podría aclarar esta discrepancia preguntando: “¿Cómo encaja el consumo de sustancias con tener una familia feliz y un trabajo estable?”

Ritmo:

Cada cliente pasa por las etapas del cambio a su propio ritmo. El concepto de ritmo requiere que el terapeuta se reúna con el cliente al nivel del cliente y dedique tanto tiempo como sea

necesario a las tareas esenciales de cada etapa del cambio. Por ejemplo, algunos clientes pueden necesitar sesiones frecuentes al comienzo del tratamiento y menos frecuentes más adelante. Si el terapeuta presiona al cliente para que avance más rápido de lo que el cliente está listo, la relación entre el terapeuta y el cliente puede romperse.

Contacto personal con clientes que no están en tratamiento:

Las intervenciones motivacionales pueden incluir actividades simples destinadas a mejorar la continuidad del contacto entre el terapeuta y el cliente y fortalecer la relación. Las actividades pueden incluir cartas personales escritas a mano o llamadas telefónicas del terapeuta al cliente. Las investigaciones han demostrado que estas intervenciones simples para estimular la motivación son eficaces para alentar a los clientes a regresar para otra consulta clínica, regresar al tratamiento después de no ir a una cita, permanecer involucrados en el tratamiento y aumentar el cumplimiento del tratamiento (Miller et al, 1994).

Los estudios indican que las intervenciones motivacionales son útiles para incrementar la motivación dirigida a producir cambios, pero esta motivación disminuye con el paso del tiempo. Dentro del tratamiento de las adicciones este tipo de intervenciones no son suficientes por sí mismas para abandonar el consumo de drogas, pero sí son útiles para incrementar la participación, adherencia y retención en el tratamiento. Por lo tanto, las intervenciones motivacionales son un complemento de otros tratamientos más estructurados y son los pacientes con menores niveles de motivación los que resultan más beneficiados del uso de este tipo de técnicas (Guía Socidrogalcohol, 2020).

3. TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Este tipo de intervenciones constituyen uno de los enfoques más efectivos en el abordaje de los TUS + OTM, y en líneas generales se orientan a la modificación de patrones de pensamiento y las conductas asociadas a la problemática (NIDA, 2020).

3.1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y DE AFRONTAMIENTO.

El objetivo del entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento es que el sujeto adquiera o refuerce las habilidades de afrontamiento y autocontrol necesarias para enfrentarse a situaciones de alto riesgo de consumo, mejorando sus estrategias cognitivas y conductuales. Se basa en que la persona no tiene las habilidades adecuadas para afrontar situaciones sociales o interpersonales, lo que le puede llevar a una situación de estrés que puede dificultar su afrontamiento ante situaciones de alto riesgo de consumo. Algunos de los componentes del tratamiento que se incluyen dentro del entrenamiento en habilida-

des sociales son: el entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo, desarrollo de habilidades de escucha y conversación, entrenamiento en solución de problemas, comunicación no verbal, entrenamiento en asertividad, rechazo de peticiones, expresión de sentimientos, aceptación y realización de críticas o aprender a reforzar la conducta de los demás (Becoña y Cortés, 2008).

3.2. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

La prevención de recaídas parte de que el sujeto vuelve a consumir una sustancia porque ante una situación de riesgo no dispone de las estrategias de afrontamiento adecuadas para mantener la abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto emite una respuesta adecuada que evita el consumo, la sensación de control y de autoeficacia percibida se incrementarán y, con ello, la probabilidad de futuros consumos se reducirá.

La intervención se basa en aprender a identificar las situaciones, pensamientos y/o emociones que pueden llevar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente para evitar la recaída, aprender a identificar las señales que anuncian una posible recaída y aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca el consumo (NICE, 2013). De forma más concreta, las principales técnicas cognitivo-conductuales que se incluyen en los programas de prevención de la recaída son: identificación de las situaciones de alto riesgo de consumo, autoregistro y análisis funcional del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo, estrategias para el afrontamiento del craving, diferencia entre caída (consumos aislados) y recaída, detectar y afrontar los pensamientos asociados al consumo y entrenamiento en solución de problemas (Guía Sociodrogalcohol, 2020).

Más que como una técnica de tratamiento en sí misma, se ha utilizado con frecuencia la prevención de la recaída como un método de afrontamiento de las recaídas en general dentro de otros programas más amplios.

4. ABORDAJE FAMILIAR

El abordaje familiar juega un lugar importantísimo en el tratamiento de los TUS + OTM, logrando mejorar la adherencia al tratamiento, reducir las recaídas y fortalecer el sostén emocional de los usuarios.

4.1. TERAPIA CONDUCTUAL FAMILIAR Y DE PAREJA

Centrada en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en incrementar el refuerzo positivo dentro de las relaciones familiares (Winters et al, 2002). Por lo tanto, se trata de programas multicomponentes, siendo los componentes más destacados: el contrato conductual, el control estimular, la identificación de aquellas relaciones familiares conflictivas que provocan el deseo de consumo, la asignación de tareas, el entrenamiento en solución de problemas y en habilidades de comunicación.

4.2. TERAPIAS CENTRADAS EN LA FAMILIA

Las que se han investigado más en el campo de las conductas adictivas son la Terapia Familiar Breve Estratégica, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multi-sistémica. En ellas se da un peso importante o central a la familia como parte de la solución del problema del consumo por la interrelación que existe entre sus miembros, por ser a veces el consumo una señal del malestar del funcionamiento familiar, estas terapias buscan identificar dinámicas disfuncionales, promover la comunicación asertiva y fomentar los límites saludables.

El análisis de la eficacia de las terapias centradas en la familia presenta dificultades por los problemas metodológicos que tienen los estudios controlados realizados. Es en la intervención en adolescentes con problemas con el consumo de drogas donde este tipo de terapias han mostrado mejores resultados.

4.3. PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR

La psicoeducación facilita la comprensión de la dinámica familiar y promueve la participación de los miembros en el abordaje de la problemática. Resulta significativo explicar la naturaleza de los tus + otm, reducir la estigmatización y las falsas creencias, aportar información sobre la importancia de la adhesión al tratamiento integral, y el autocuidado del entorno familiar.

5. ABORDAJES GRUPALES

Los abordajes grupales se constituyen en una de las modalidades posibles de intervención y aplicación de la mayoría de las técnicas desarrolladas anteriormente. Esta modalidad de abordaje, es ampliamente utilizada y se constituye en una estrategia clave en los procesos de recuperación, facilitando el dialogo y la interacción entre personas que presentan problemáticas similares.

Dentro del marco de los abordajes grupales se encuentran: la terapia cognitivo-conductual, la terapia dialectico-conductual, los grupos de prevención de recaídas, los grupos de apoyo mutuo, los grupos psicoeducativos, las terapias basadas en la comunidad, los grupos multifamiliares, entre otros.

Las investigaciones han demostrado que cuando la terapia de grupo se ofrece sea en combinación con terapia individualizada y/o de manera que refleje los principios de la terapia cognitiva conductual o de manejo de contingencias, se logran resultados positivos.

6. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES POR TIPO DE SUSTANCIAS

Luego de revisar las intervenciones de mayor eficacia comprendidas en el abordaje integral de los TUS + OTM, se compartirá textualmente, la guía de intervenciones psicológicas de evidencia científica ordenadas según los diferentes tipos de sustancias, de acuerdo a la Guía clínica basada en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Resumen de intervenciones (Arias et al, 2020):

ALCOHOL (TUA)

TUA + TRASTORNO DE ANSIEDAD COMÓRBIDO	Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	- Modelo de tratamiento integral: tratar ambos trastornos simultáneamente, combinando tratamiento farmacológico y psicosocial. - Terapia centrada en el trauma con evidencia débil, consigue reducir los síntomas del TEPT, así como el consumo de alcohol a largo plazo.
	Fobia social comórbida	- Modelo de tratamiento integral. - No se dispone de evidencias que permitan recomendar un tratamiento específico.
	Trastorno de pánico	
	Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	
	Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	

TUA + TRASTORNO DE PERSONALIDAD COMÓRBIDO	Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)	• Modelo de tratamiento integral. • No se dispone de evidencias que permitan recomendar un tratamiento específico. • Intervenciones psicoterapéuticas con recomendación débil: - Las destinadas a reducir el consumo de alcohol por mantener su eficacia en pacientes con TLP comórbido. - Las específicas para el TLP por mantener su eficacia en pacientes con TUA comórbido.
	Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP)	No se ha demostrado la existencia de ningún tratamiento específico para esta comorbilidad.

TUA + TRASTORNOS AFECTIVOS COMÓRBIDO	Trastorno depresivo	• Modelo de tratamiento integral. • Las Terapias psicosociales que han demostrado eficacia a la hora de reducir el consumo de alcohol en estos pacientes son: Terapia Motivacional, Terapia Cognitivo–Conductual (TCC), Terapia de Prevención de Recaídas, Manejo de Contingencias y Modelo de los 12 pasos.
	Trastorno Bipolar (TB)	• Modelo de tratamiento integral. • No se ha demostrado la existencia de ningún tratamiento específico para esta comorbilidad. • A nivel psicoterapéutico destaca la Terapia Grupal Integrada, basada en los principios de la TCC.

TUA + TRASTORNO PSICÓTICO COMÓRBIDO		• Modelo de tratamiento integral. • No se ha demostrado la existencia de ningún tratamiento específico para esta comorbilidad. • Recomendable con una potencia débil las Intervenciones Motivacionales y las Cognitivo–Conductuales a la hora de disminuir el consumo de alcohol.
---	--	---

TUA + DAÑO CEREBRAL ASOCIADO		• Indicado adaptar las terapias psicológicas al deterioro cognitivo del paciente. Por ejemplo, la Entrevista Motivacional (EM) se adapta para intervenciones breves en pacientes con lesión cerebral traumática.
--	--	--

CANNABIS (TUC)

TUC + ...	Las intervenciones psicológicas dirigidas al consumo de cannabis en población tanto con trastornos tanto psicóticos como depresivos, resultan prometedoras y eficaces en el corto plazo. Las intervenciones psicológicas extensas pueden ser necesarias frente a las breves con esta población, particularmente entre grandes consumidores y pacientes con trastornos crónicos. A pesar de las importantes limitaciones, la TCC y la EM, resultan los enfoques más prometedores con esta población. El apropiado tratamiento farmacológico del trastorno mental puede estar asociado a una reducción en el consumo de cannabis. El uso de medicación antipsicótica no empeora el consumo de cannabis ni el craving.	
	Trastornos del espectro psicótico	- Evidencias favorables a la eficacia de la Entrevista Motivacional en pacientes con psicosis temprana para la reducción del consumo de sustancias (a nivel general, incluyendo el cannabis). - Débil evidencia de la terapia grupal combinada de TCC y EM con pacientes con un primer episodio psicótico en la reducción de la cantidad de cannabis consumido (Hjorthøj et al. 2013). - Programa de Intervención Motivacional Breve Integrada (BIMI) incrementa la adherencia al tratamiento. - El Manejo de Contingencias resulta efectivo.
	Trastornos afectivos	Evidencias favorables a la combinación de Entrevista Motivacional y TCC en población consumidora (alcohol/cannabis) con síntomas depresivos, para la reducción de consumo de cannabis y consumo peligroso de sustancias.

COCAÍNA (TUCC)

TUCC + ...	Trastornos afectivos (cont.)	- Las medidas psicofarmacológicas deben ser complementadas con las intervenciones psicoterapéuticas, de orientación cognitiva y/o conductual, que hayan mostrado su utilidad. - El manejo de contingencias en pacientes con trastorno mental grave (trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y depresión) y dependencia de estimulantes muestra una evolución más favorable tanto del consumo como de los síntomas psiquiátricos, con menor probabilidad de precisar hospitalización.
	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	- Modelo de tratamiento integral. - Las terapias o estrategias que han mostrado claramente su eficacia son la terapia cognitivo-conductual, el manejo de contingencias, prevención de recaídas, entrevista motivacional y grupos de autoayuda.
TUCC + adolescentes		Papel fundamental del tratamiento psicológico de corte cognitivo-conductual, entrevista motivacional y la terapia conductual. La terapia familiar asociada es muy importante para la obtención de buenos resultados.

OPIÁCEOS (TUO)

TUO + TRASTORNOS PSICÓTICOS	El efecto de diferentes intervenciones psicosociales para reducir el consumo de sustancias (incluyendo opiáceos) en personas con enfermedad mental grave no apoya ningún tratamiento psicosocial sobre otro ni en la reducción del consumo ni en el de la sintomatología psicopatológica. El tratamiento integrado es el más recomendado, pues facilita la adherencia, y disminuye los ingresos hospitalarios y el consumo de drogas.	
	Intervenciones motivacionales	• Las terapias de baja intensidad y poco estructuradas (motivacionales) facilitan la disminución del consumo y la mejoría de los síntomas psicopatológicos en poblaciones con carencias extremas • La combinación de entrevista motivacional (EM), terapia cognitivo-conductual (TCC) e intervención familiar mejora la evolución. • La EM parece más indicada para consumidores con mayor deterioro cognitivo.
	Terapia cognitivo conductual (TCC)	• Su eficacia se ha demostrado en disminución de consumo, permanencia en tratamiento, disminución de hospitalización y mejora de la calidad de vida, en casos de abuso o dependencia y trastorno mental grave. • Ha mostrado eficacia a corto plazo para disminuir el uso drogas y mejorar las relaciones familiares en adolescentes con doble diagnóstico, independientemente de la psicopatología asociada. • El manejo de contingencias es altamente recomendable, sobre todo cuando se utiliza dentro de programas de tratamiento más amplios.

TUO + TRASTORNOS AFECTIVOS	Terapia cognitivo conductual (TCC)	Evidencia de eficacia.
	Intervención motivacional	Amplia experiencia y efectividad.
	Entrenamiento de neurofeedback	Mejora el craving y la depresión.

TUO + TRASTORNOS DE ANSIEDAD	Terapia cognitivo conductual (TCC)	• Eficaz tanto para el tratamiento conjunto o diferenciado de la dependencia a sustancias y los trastornos de ansiedad. • Extenso respaldo en el tratamiento del trastorno de pánico. • Los pacientes con TAG + TCO concurrentes pueden beneficiarse de las técnicas de relajación, entrenamiento de habilidades de afrontamiento, reestructuración cognitiva, activación del comportamiento, resolución de problemas e higiene del sueño.
---	---	--

TUO + TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	No existe evidencia clara para recomendar una terapia sobre otra. Los tratamientos para los trastornos de la personalidad, en concreto el trastorno límite, serán efectivos siempre que sean estructurados y específicamente diseñados, independientemente de cuales sean sus bases teóricas.	
	Terapia dialéctico comportamental	Programa Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving (STEPPS): programa estructurado, manualizado, intensivo, que aborda a la vez ambos trastornos.
	Psicoterapia dinámica deconstructiva	Sesiones de psicoterapia individual semanales durante 12 meses. Se desarrolla en 4 fases.
	Terapia de doble enfoque (Dual Focus Schema Therapy)	Incluye prevención de recaídas, habilidades sociales, estrategias de regulación emocional, control de estímulos y estrategias de afrontamiento y manejo del <i>craving</i> . Se realiza en sesiones individuales
TUO DE PRESCRIPCIÓN + COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA	Es necesaria una intervención multidisciplinar con coordinación entre profesionales implicados. El tratamiento se debe individualizar y adaptar a cada paciente, aunque se recomienda el uso de buprenorfina/naloxona, ofertando una intervención psicoterapéutica con prevención de recaídas y manejo del dolor.	

ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS (TCA&H)

TCA&H + OTM	En el caso de las benzodiacepinas, las intervenciones psicológicas, concretamente la Terapia Cognitivo-Conductual pueden ser de utilidad, en combinación con la farmacoterapia. Particularmente las técnicas de reestructuración cognitiva sobre los síntomas de abstinencia de benzodiacepinas, las estrategias de desensibilización sistemática, exposición in vivo progresiva y resolución de problemas.
------------------------	---

ADICCIONES COMPORTAMENTALES: JUEGO (TJ)

TJ + ...	La TCC y, particularmente, en combinación con la Entrevista Motivacional y los grupos de autoayuda, parecen ser eficaces para el tratamiento del trastorno de juego comórbido, tanto con otras adicciones como con trastornos de salud mental como la esquizofrenia o la depresión. Existe una débil evidencia sobre la efectividad de la combinación de TCC y estrategias de tercera generación.	
	Esquizofrenia	• Evidencia de efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual en pacientes con esquizofrenia crónica y juego patológico para lograr la abstinencia del juego. • Evidencia de efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual en combinación con la Entrevista Motivacional y los grupos de autoayuda.
	Trastornos afectivos	• La Terapia Cognitivo-Conductual o la intervención telefónica breve producen mejoras en los síntomas de depresión y los problemas de juego. • La TCC en combinación con la Entrevista Motivacional y los grupos de autoayuda, parecen ser eficaces.
	Otros trastornos adictivos	TCC y, particularmente, en combinación con la Entrevista Motivacional y los grupos de autoayuda, parecen ser eficaces para el tratamiento del trastorno de juego comórbido con otras adicciones.

7. REFLEXIONES FINALES.

La concurrencia de un trastorno por uso de sustancias junto a otro trastorno mental, implica una multiplicidad de dimensiones y afecta profundamente el estado de salud de la persona, por estas razones el tratamiento no es sencillo, representando uno de los mayores desafíos del campo de la salud mental y las adicciones, en la actualidad. Los programas eficaces de tratamiento incorporan multiplicidad de componentes, contemplando las particularidades de cada uno de dichos trastornos y sus consecuencias, buscando un abordaje integral.

El tratamiento debe contribuir a que la persona logre dejar de usar drogas, a mantener un estilo de vida libre de ellas y a lograr un funcionamiento saludable en la familia, el trabajo y la sociedad, con disminución de síntomas psiquiátricos y hospitalizaciones, y mejoría de su estado general. Puesto que hablamos de trastornos que se presentan de manera crónica y recidivante, las personas simplemente no pueden dejar de consumir drogas por unos días y curarse; la mayoría de los pacientes requieren cuidados a largo plazo o varios tratamientos para obtener logros terapéuticos.

Buscar y disponer de los mejores recursos terapéuticos adaptados a las necesidades del sujeto y de su momento vivencial y contextual, poder discriminar qué modalidad terapéutica sería más propicia para afrontar determinados problemas, o discriminar qué perfil de usuario se beneficiaría en mayor medida de qué enfoque psicoterapéutico, son los indicadores que deben orientar el diseño del plan terapéutico, con supervisión permanente, adoptando un enfoque holístico y centrado en las necesidades de la persona, poniendo acento en la naturaleza colaborativa del tratamiento, involucrando a familiares y cuidadores.

Las estrategias o intervenciones psicosociales desarrolladas en este capítulo se constituyen en una propuesta de posibles herramientas con evidencia científica, disponibles para componer y formar parte de esa construcción y el diseño de un plan personalizado de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Arias Horcajadas F, Barreiro Sorribas C, Berdullas Barreiro J, Iraurgi Castillo I, Llorente del Pozo JM, López Durán A, Madoz Gúrpide A, Martínez González JM, Ochoa Mangado E, Palau Muñoz C, Palomares Martínez A, Villanueva Blasco VJ. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Sociodrogalcohol. Valencia 2011
- Arias Horcajadas F, Cortés Tomás MT, Fernández Artamendi S, Fernández Miranda JJ, Flórez Menéndez G, Ochoa Mangado E. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones Resumen de intervenciones. Vademecum. Árboles de decisiones lógicas. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Sociodrogalcohol. Valencia, 2020.
- Becoña E. y Cortés, M.T. (Coords.). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Sociodrogalcohol. Valencia, 2008
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. Motivational Enhancement Therapy: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (NIH Publication No. 94-3723). National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rockville, MD, 1994. <http://casaa.unm.edu/manuals/met.pdf>
- NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Severe mental illness and substance misuse. Community health and social care services. NICE Guideline. London, 2016.
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. Evidence-Based Approaches to Treating Adolescent Substance Use Disorders. Rockville, MD, 2020. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/evidence-based-approaches-to-treating-adolescent-substance-use-disorders>
- NIDA National Institute on Drug Abuse. Principios del tratamiento de la adicción a las drogas: A research-based guide, 3rd Ed. Rockville (MD), 2012
- NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland, 2017
- Pastor F, Fernández Miranda JJ, Díaz Fernández S, Sala Añó C. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Sociodrogalcohol. Valencia, 2017.
- Pereiro Gómez y Fernández Miranda JJ. Guía de adicciones para especialistas en formación. Sociodrogalcohol. Valencia, 2018.
- SAMHSA, USA. Treatment Improvement Protocol (TIP) No.47. CSAT. Rockville (MD), 2006

Financiado por:



www.riod.org

