

Perspectivas

Terapia Cognitiva de las drogodependencias: nuevo estilo de vida durante la deshabitación.

Pedro Antonio Fernández-Ruiz¹, Nereyda Cruz-Zúñiga¹, Carmen Ivette Hernández Vergara¹, Julio Román Martínez Alvarado¹, Yolanda Viridiana Chávez Flores¹, Ana Gabriela Magallanes Rodríguez¹.

¹Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud, Blvd Universitario 1000 Valle de Las Palmas, 22260 Tijuana, Baja California, México.

Autor de correspondencia: Nereyda Cruz-Zúñiga, Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud, Blvd Universitario 1000 Valle de Las Palmas, 22260 Tijuana, Baja California, México. Correo electrónico: nereyda.cruz@uabc.edu.mx

Enviado: 09/10/2023

Aceptado: 10/10/2023

Publicado: 11/10/2023

Resumen - En el presente artículo se realizó una revisión de literatura de la Terapia Cognitivo Conductual y su aplicabilidad en el tratamiento de las adicciones y VIH. Esto constituye una revisión de los postulados teóricos de los procesos cognitivos y conductuales en las personas que consumen drogas. El recuento de las bases iniciales de la terapia cognitivo conductual nos permite reconocer el marco de referencia de la comprensión del fenómeno de las conductas adictivas, y por qué estas se perpetúan en los mecanismos psicológicos de la persona. Al igual que reconocer la eficacia de la que ha sido la terapia en rehabilitación de adicciones por excelencia y problemáticas asociadas. Si bien pueden surgir cuestionamientos epistemológicos, es innegable, su capacidad terapéutica, interpretativa y de intervención en la modificación conductual y reestructuración cognitiva, incluido el cambio emocional emergente. El proceso de cambio de las conductas adictivas, la adquisición de nuevas conductas o la reevaluación de pensamientos resultan un objeto de estudio interesante, contiene elementos de relevancia tales como las actitudes, creencias, autoeficacia y sentimientos entre otros, que develan la complejidad de esta problemática y por tanto el nivel de experticia de las intervenciones psicológicas. Es de suma importancia poder conocer cómo, cuándo, por qué y para qué cambian las personas.

Palabras clave: Terapia Cognitiva Conductual, Drogodependencias, Conductas Adictivas

1. Introducción

Epidemiología del consumo de drogas y fenómenos asociados

Según el informe de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso

de Drogas (CICAD) y Organización de los Estados Americanos (OEA), las tendencias internas en Latinoamérica y Centroamérica presentadas a lo largo de los años muestran una elevación significativa en el consumo interno y así mismo en la producción y



comercialización de drogas¹. Sumado a esto, el Informe mundial sobre salud mental² afirma que los trastornos mentales a nivel mundial tienen mayor prevalencia. Por ejemplo, aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental y la mayoría de las personas carecen de acceso a una atención en su salud mental eficaz.

En relación con la salud mental, se puede mencionar que los trastornos depresivos y de ansiedad son los de mayor prevalencia entre los trastornos y se presentan tanto en hombres como en mujeres. El suicidio, resulta ser un área de sumo interés pues por cada fallecimiento hay 20 intentos de suicidio, aunque, de cada 100 fallecimientos uno es por suicidio². De acuerdo a este informe, los trastornos mentales representan uno de cada seis casos de Años Perdidos por Discapacidad (ADP) en el mundo. A su vez, la esquizofrenia afecta a aproximadamente uno de cada 200 adultos.

Por ende, las consecuencias económicas de las psicopatologías alteran la capacidad productiva de un país, incrementa los costos de la atención, aumenta la demanda de servicios de salud mental y tiene un impacto en la capacidad y calidad de la oferta de servicios de salud mental. Por solo dar un ejemplo, este informe afirma que casi la mitad de la población mundial vive en países en los que solo hay un psiquiatra por, al menos, cada 200 000 habitantes. La mayoría de las personas que sufren trastornos mentales no reciben ningún tratamiento².

A su vez, en otro informe llamado Atlas de la Salud Mental³, aseguran que 301 millones de personas padecían de un

trastorno de ansiedad en 2019, entre ellos 58 millones de niños y adolescentes. De igual forma, informaron que al menos 280 millones de personas padecían depresión, entre los cuales 23 millones eran niños y adolescentes. Por otra parte, encontraron que 40 millones de personas padecían de un trastorno bipolar y que 24 millones de personas tenían esquizofrenia. Agregan que para este mismo año 14 millones de personas padecían trastornos alimentarios y 40 millones sufrían de un trastorno de comportamiento disruptivo y disocial.

Para el caso Mexicano, y de acuerdo al Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones⁴ la prevalencia de trastornos mentales es casi del 19.9% en la población mexicana. De la población total de México, conforme a este informe se esperaría que 24.8 millones de personas presentaría algún trastorno mental del país al año, y que de los cuales, 25% son trastornos graves. Agregan que el 3.3% de la población tiene un trastorno por consumo de alcohol y el 1% un trastorno por consumo de drogas⁴.

El informe mundial de drogas de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito¹, el consumo de drogas ha aumentado considerablemente en la población de 15 a 64 años de edad a nivel mundial en los últimos años. Los datos de este informe indican que existe un crecimiento del 30% de consumo de drogas (cuando se mide el consumo de los últimos 12 meses) del año 2009 al 2017, es decir, pasó de 210 millones a unos aproximadamente 271 millones de personas, casi el 5.5% de la población mundial. Si bien, ese aumento se explica también por el crecimiento del 10% del

rango etario de los 15 a los 64 años, los datos actuales muestran un aumento de la prevalencia del consumo en diferentes partes del mundo. El informe reporta que la droga más consumida es el cannabis, que representa el 70% del total de consumidores de drogas en el año previo. Sin embargo, a pesar del aumento de consumo de cannabis en Asia y América su prevalencia permanece estable en los últimos diez años¹.

Por otra parte, actualmente 35 millones de usuarios sufren trastornos relacionados con las drogas, dentro de los cuales 11 millones lo hacen a través de vía parenteral y de estos mismos más de 1,4 millones viven con el VIH y 5,6 millones con hepatitis C¹.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en 2020 se estima que al menos 38 millones de personas viven con el VIH y estiman que durante el año 2019 y ante la precariedad de los servicios relacionados con el VIH, murieron a nivel mundial casi 690.000 personas por causas relacionadas con el VIH y 1,7 millones de personas se infectaron⁵.

Según las estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), la probabilidad de que los consumidores de drogas por inyección se contagien del VIH es 22 veces mayor que la de la población general¹. Hasta la fecha, la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas es más elevada, situación similar en población carcelaria o espacios cerrados dado que la prevalencia del VIH y la hepatitis C es seis y ocho veces mayor en los reclusos que se inyectaban drogas que en los que no¹

Esta población está expuesta a un riesgo mayor de sobredosis mortal y se ve afectada de manera desmedida por enfermedades e infecciones de transmisión sanguínea como el VIH y hepatitis C¹. La Organización Mundial de la Salud⁵ afirma que la población de mayor vulnerabilidad son hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; personas que se inyectan drogas; personas recluidas en cárceles y otros entornos cerrados; trabajadores del sexo y sus clientes; y personas transgénero⁵.

Para el caso mexicano y conforme al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) en 2019 los casos diagnosticados a nivel nacional desde el año 1983 al 2019 son 210,931. De toda la población el medio de contagio por drogas inyectables (UDI) es del 1.4% del total de los casos acumulados, siendo los rangos de edad entre 15 a 59 años los más afectados. De la población total de notificados a nivel nacional para el estado de Baja California son 7562 hombres y 1820 mujeres para un total de 9382 al año 2019 lo que representa un 4.4% del porcentaje nacional⁶.

En la reciente Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en 2016 en México se encuentra que las prevalencias de mayor consumo de “cualquier droga ilegal” se encuentra en los estados de Jalisco (15.3%), Quintana Roo (14.9%) y Baja California (13.5%) comparadas con la prevalencia nacional (9.9%)⁷. En Baja California, la metanfetamina y la heroína son las drogas de mayor impacto entre los consumidores. A su vez, la metanfetamina se ubica en un cuarto lugar como droga de inicio, solo detrás del alcohol, la marihuana y el

tabaco. Diferente a la heroína que se ubica en un séptimo lugar.

Ante este panorama de consumo de sustancias adictivas se trasciende a ser tema de interés académico y clínico debido a la relación que existe entre el consumo de drogas y el VIH. Como se mencionó al inicio del texto, existe una gran prevalencia de uso de sustancias en personas que viven con el VIH. Por ejemplo, se realizó una revisión sistemática y un metanálisis de las causas y porcentajes de mortalidad en población consumidora de drogas inyectables. Dentro de los hallazgos se menciona que la mortalidad era mayor en las cohortes de países de ingresos bajos y medianos, en los hombres y en las personas que se inyectaban drogas VIH positivas. Siendo la sobredosis de drogas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) las principales causas de muerte entre las cohortes⁸.

A su vez, Platt, et al. investigaron a través de una revisión sistemática global y un meta análisis la prevalencia y la carga de la coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) en personas que viven con el VIH. De acuerdo a estos autores, para el año 2016 a nivel mundial, había 37 millones de personas infectadas con el VIH y 115 millones de personas con anticuerpos contra el VHC. En la revisión encontraron que existe una probabilidad seis veces mayor de infección por el VHC en la población con VIH positivo que sus contrapartes VIH negativas. Agregan que, a nivel mundial, hay aproximadamente 2.278.400 coinfectados por VIH-VHC, de los cuales 1.362.700 eran en población usuaria de drogas inyectables. En

consecuencia, estos datos confirman la necesidad de prestar mayor atención a la población con VIH positivo y VHC, pero especialmente en consumidores de drogas inyectables. Destacan la importancia de la aplicación de pruebas de detección de VHC de rutina en todas las personas infectadas por el VIH, pero especialmente en usuarios de drogas inyectables⁹. Estas mismas tendencias fueron halladas en otro meta análisis para población usuaria de drogas inyectables VIH positivo y VHC¹⁰.

Terapia Cognitivo Conductual

El modelo cognitivo propuesto por Aaron Beck propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento y que esta influye en el estado de ánimo y en la conducta del paciente¹¹.

El supuesto teórico de esta teoría es que la persona estructura el mundo en base a su percepción; la cual se ve influenciada por una serie de creencias y esquemas cognitivos que se han asimilado y acomodado en un proceso de aprendizaje previo. En base a esta información previa, la persona interpreta los hechos, situaciones o eventos que le ocurren. Es decir, la situación puede elicitar una serie de pensamientos y emociones que provocan una conducta anticipada.

Actualmente, es considerada como un sistema de psicoterapia donde su fin es reducir las reacciones emocionales desproporcionadas y las conductas adversas, y esto se logra a través de la modificación del pensamiento erróneo y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones¹².

Este modelo de intervención cuenta con una gran comprobación empírica lo que le da solidez y valor científico¹³. Dentro de este paradigma, se distinguen diferentes modelos de intervención, tales como: el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, la prevención de recaídas y la terapia conductual familiar y de pareja¹⁴.

Terapia Cognitivo Conductual de las Drogodependencias

La Terapia Cognitiva de las Drogodependencias (TCD) considera las características propias de la problemática de consumo, su relevancia a nivel cognitivo (sistema de creencias) y las estrategias de intervención especializadas para tratar el consumo abusivo y dependiente de alcohol, tabaco y otras drogas.

Para Beck et al., la mayor parte de las personas consumidoras de drogas tienen unas características que las predisponen a realizar conductas adictivas. Algunos factores que estos autores identifican son: sensibilidad general a experimentar sentimientos desagradables, impulsividad, poca tolerancia a la frustración entre otros¹². Entre otras cosas afirman que las personas no son simples instrumentos ambientales, sino que construyen activamente su realidad. Mencionan que existe una relación entre el pensamiento, las situaciones y las acciones del individuo, donde el pensamiento es el mediador entre la acción y la situación¹². Según Beck existen tres niveles de pensamiento, las creencias centrales o nucleares, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos. En cuanto a las creencias centrales o nucleares, menciona que representa el sistema de creencias más

profundo y rígido de los tres (3), y está caracterizado por sobregeneralizar la información. Estas creencias son tácitas y personales sobre el mundo, los demás y el sí mismo, que dan un significado personal casi imperceptible para la persona. Este significado proviene de las experiencias de la interacción con el mundo y otras personas. Este sistema cognitivo es de carácter emocional y no tanto racional, que puede estar activo constantemente y le da un valor de identidad a la persona. Por ejemplo, si una persona tiene una creencia que “es mediocre” entonces la mayor parte de sus evaluaciones cognitivas estarán permeadas por esta creencia nuclear. En este caso, la persona filtra de forma selectiva la información que confirma su creencia, descartando información contraria a esta¹¹. De aquí, donde provienen sus distorsiones cognitivas.

En relación a las creencias intermedias, se puede atribuir como un sistema de actitudes, reglas y asunciones sobre la cual reposan las creencias centrales. Es decir, es un esquema regulador entre el significado personal del sujeto y la identidad manifiesta cognitivamente hablando. Beck da por ejemplo como actitud una atribución personal: “Es terrible ser incompetente”, que a su vez actúa como regla: “Yo debo trabajar tan duro como pueda todo el tiempo”, y que finalmente termina provocando una asunción: “Si trabajo tan duro como pueda, yo podré hacer algunas cosas que otros pueden hacer fácilmente”. Este ejemplo nos ayuda a visualizar los mecanismos reguladores de las creencias intermedias sobre las creencias centrales, y que dan un significado, que a su vez otorga una norma de funcionamiento que permite predecir y

ordenar las acciones correlacionadas al significado personal¹¹.

Por último, tenemos a los pensamientos automáticos, que no son más que los pensamientos espontáneos de los acontecimientos actuales, gracias a la activación de los esquemas de creencias centrales e intermedias debidas a un evento vital. Estos pensamientos se incorporan en la conciencia de la persona interfiriendo con el pensamiento racional en forma de “distorsiones cognitivas”. Son igualmente imperceptibles que los otros esquemas, pero son susceptibles a ser detectados a través del entrenamiento o por algún proceso metacognitivo. Estos pensamientos automáticos son la interpretación de las reglas, atribuciones y asunciones, y se instauran en forma de palabras o imágenes que vienen a la mente del individuo, constituyendo hipótesis e inferencias que tienen repercusión en el tipo de reacción emocional, conductual y fisiológica¹¹. Un ejemplo es cuando una persona tiene dificultad para estudiar o leer y se asevera así mismo: “Esta lectura es difícil, por lo que no la entenderé nunca. No entiendo por ser tonto”, lo que provoca una reacción emocional de tristeza y enojo, que a su vez se relaciona con la reacción conductual de abandonar la tarea y quizá provoque una reacción fisiológica somática. Entonces los pensamientos automáticos son el elemento terapéutico a trabajar¹¹. El terapeuta se interesa en identificarlos, evaluarlos, refutarlos y modificarlos por nuevos pensamientos. Eventualmente se guía al sujeto a identificar y modificar los pensamientos intermedios y pensamientos centrales¹¹. Dentro de los errores de pensamientos que podremos encontrar en el paciente,

son la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización, minimización y el pensamiento dicotómico.

Por lo tanto, la intención de la TC es motivar al cliente que busque evidencias a favor y en contra de una hipótesis preestablecida sobre un hecho, y que en su validación o refutación se dé cuenta que su creencia no era más que una hipótesis y no un hecho fáctico, lo que la hace susceptible al cambio¹⁵.

En relación al abordaje, este se realiza desde un inicio con la *conceptualización cognitiva* del caso particular. Donde se revisa antecedentes relevantes del paciente, con una indagación minuciosa de las creencias centrales, intermedias, pensamientos automáticos y las situaciones evocadoras. Seguido a esto, se establece una *formulación* durante la cual recabamos información demográfica, se establece un diagnóstico, se revisan las puntuaciones de los cuestionarios, se formula el problema y el funcionamiento actual, dar un perfil cognitivo y evolutivo, finalmente, las implicaciones para el tratamiento. La conceptualización del caso incluye las relaciones que existen entre los patrones de vida con los problemas actuales. De acuerdo a Beck et al. el abordaje consiste en un trabajo de colaboración terapeuta-paciente, un trabajo activo, basado en gran parte en preguntas abiertas, y altamente estructurado y centrado¹².

En el fenómeno de uso y abuso de drogas, el abordaje cognitivo ayuda a los individuos a enfrentar los problemas que les producen angustia emocional y a crear

un panorama cognitivo que fomente la autoeficacia para dejar de usar drogas. Además, y conforme a estos autores algunas estrategias cognitivas específicas les ayudan a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo, a establecer un sistema más fuerte de control interno. Y agregan que la TC puede ayudar a los pacientes a combatir la depresión, ansiedad o ira, que frecuentemente están relacionadas con las conductas adictivas¹².

Una de las formas de apoyar al paciente desde la TCD es reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir sustancias y enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. Estos impulsos también conocidos como *craving* son una respuesta a los síntomas de la abstinencia, a la falta de placer, a los deseos hedónicos y a los estímulos ambientales condicionados a esa respuesta¹².

Este impulso o *craving* es de suma importancia abordarlo desde la TCD, pues ya que muchos de los pacientes consumidores de drogas atribuyen a estos deseos las dificultades de dejar de consumir. Lo describen como un deseo irreprimible o incontrolable. Ya que, y desde la perspectiva de esquemas de creencias, el *craving* o impulso es alimentado por algunos pensamientos disfuncionales. Alguno de ellos, por ejemplo, es minimizar, negar o ignorar sus problemas derivados por el consumo. Dentro de este esquema de creencias adictivas se encuentra que los pacientes suelen pensar que la droga es necesaria para mantener la homeostasis psicológica y emocional, también que su uso es capaz de mejorar el funcionamiento social e intelectual e incluso puede dotarlos de una

fuerza especial, que igualmente a través de su consumo se encontrará placer o el alivio del dolor, que puede quitar el aburrimiento y que solo a través de su uso pueden controlar el *craving*.

Ahora bien, y desde la concepción conductual, podemos mencionar que este hábito de uso de drogas es un patrón repetitivo de conducta antes estímulos específicos que implica un deseo o una necesidad irrefrenable. Este deseo se asocia al sentimiento experimentado por el individuo y este a su vez a otros estímulos, lo que se conoce como una “generalización estimular”¹².

Retomando el abordaje, una vez hecha la conceptualización cognitiva, la formulación del caso y la estructura de las sesiones se inicia el análisis que ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que lo llevan al abuso de una droga y, además, explorar las creencias básicas acerca del valor que tienen las drogas, el alcohol y la nicotina. Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia (Beck et al. 1999). Una vez el paciente haya reconocido este tipo de creencias o pensamientos distorsionados buscamos desde la terapia modificar su pensamiento, de forma que entienda cuales son realmente sus problemas y deje de preocuparse por los pseudoproblemas. Demostramos al paciente varias formas de controlar y modificar su conducta. Es decir, el terapeuta lleva al paciente a develar las conexiones causales y correlacionales entre las situaciones estímulo, los pensamientos, creencias, emociones,

impulsos de consumir drogas y el consumo de las mismas¹².

Por ejemplo, dentro de las técnicas cognitivas, la técnica de evaluación de ventajas y desventajas permite al individuo realizar elementos cognitivos no considerados en la toma de decisiones o balance decisional sobre consumir o no drogas. Entre otras cosas, el apoderamiento cognitivo de las creencias y pensamientos automáticos por parte del paciente a través de las técnicas de identificación de creencias adictivas y de flechas descendentes (Pensamientos automáticos), que le permiten, y a la ayuda del diálogo socrático, reconocer su procesamiento de la información y la relación de éste con su identidad y el consumo de sustancias. En búsqueda de este empoderamiento, se usan técnicas que fomenten un encuentro cognitivo consigo mismo y que tengan la facultad de extender ese entrenamiento más allá de la misma terapia, otorgando al sujeto habilidades y conocimientos cognitivos para el control de impulsos y el manejo de situaciones evocadoras. Por ejemplo, la técnica de registro de pensamiento, donde el sujeto realiza un análisis funcional de toda una situación, revisando y anotando en una tabla los pensamientos, emociones y acciones realizadas, dándole un valor porcentual a las emociones experimentadas y agregando un pensamiento racional que otorga un efecto incompatible con el pensamiento automático evocado¹².

En cuanto a las técnicas conductuales, y de la misma manera que las cognitivas, se pretende la generación de autonomía y el rompimiento con los hábitos antiguos del

paciente. A la ayuda de la técnica de programación y control de la actividad, ayudamos al sujeto a la incorporación de nuevos hábitos y el rompimiento de las contingencias con los antiguos. Otra técnica es la de repaso conductual o juego de roles que entrena al sujeto a enfrentar con más habilidades las relaciones interpersonales, como puede ser una comunicación asertiva, mayor tolerancia a la frustración, expresión de sentimientos, solución de problemas etc.

2. Discusión

La conceptualización de los procesos cognitivos (pensamientos, creencias, actitudes, reglas y presunciones) influyó considerablemente en los inicios de la teoría de la TCC para la comprensión de las conductas asociadas con alguna psicopatología¹⁶. De igual forma, la noción de que las cogniciones y las conductas manifiestas pueden moldearse utilizando las mismas leyes del aprendizaje determinaron su grado de aplicabilidad^{17, 18}. Así mismo, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la autoeficacia de Bandura ayudaron a relacionar los modelos cognitivos y las intervenciones conductuales^{17,18}. Gracias a estas contribuciones epistemológicas y conceptuales, las variables cognitivas pudieron ser operacionalizadas en procesos observables y comprobables, es decir, medibles y predecibles. Por ejemplo, el análisis funcional de los antecedentes y consecuencias de una conducta, obtuvo la concepción multidimensional, pues no solo consideraba aspecto relacionales del ambiente y la conducta, sino también los procesos cognitivos internos¹⁶.

Por consecuencia, la TCC contribuyó a la comprensión clínica que el cambio conductual como el ambiental pueden facilitar la reestructuración cognitiva y el cambio cognitivo posterior¹⁸. Es decir que los procesos cognitivos operan en cierto modo fuera de las leyes conductuales y tienen una relación causal con el estado de la salud mental de la persona, así como la mediación de la conducta¹⁷.

Entonces, se puede afirmar que las cogniciones afectan el comportamiento, los procesos cognitivos pueden ser medibles y por lo tanto intervenidos y el cambio de comportamiento puede verse afectado a través del cambio cognitivo¹⁵.

Por otra parte, según Beck et al la TC es compatible con los distintos abordajes, como grupos de mutuoayuda, doce pasos, enfoque motivacional etc. Se puede resaltar dentro de las ventajas de la TC su énfasis en la identificación y modificación de creencias que exacerban el craving o deseo irrefrenable de consumir, también se puede señalar su impacto positivo en los estados de afecto negativo (ansiedad, ira y desesperanza) que pueden desencadenar el consumo, además de su interés notorio de enseñar a los pacientes a aplicar una batería de habilidades y técnicas cognitivas y conductuales y por último, promover en los pacientes por un lado, la abstinencia del consumo, y por otro, la adquisición o reforzamiento de estilos de vida saludables que tienen un impacto en las valoraciones así mismos y hacia el futuro¹².

También se puede destacar sus cualidades en su esquema de intervención estructurado y breve. De acuerdo a Carroll

los parámetros de la TCD son evidentemente claros, y que menciona a continuación: análisis funcional del abuso de la droga, entrenamiento en el reconocimiento y afrontamiento del craving, solución de problemas, habilidades de afrontamiento e identificación y afrontamiento de las situaciones de riesgo¹⁹. Esta misma autora menciona que la TCD es una terapia efectiva en la población dependientes a la cocaína²⁰. Aunado a esto, Sánchez-Hervas, et al., encontraron que los pacientes mejoraron su calidad de vida, una reducción en el malestar psicológico y también en el consumo de drogas gracias a la TCD²¹. En otro estudio que evaluó las tasas de abstinencia en diferentes periodos encontraron que las tasas de abstinencia fueron aproximadamente el 90% después del uso de TCD. En el seguimiento realizado al año, mostró una tasa de abstinencia validada en torno al 40%, que según estos autores es un porcentaje similar al encontrado en otros estudios que informan de tasas de abstinencia para la terapia cognitiva conductual del 25 al 47%^{22,23,24}.

Hoy en día, la TCC es una de las herramientas clínicas más usadas en el tratamiento de conductas de riesgo. En un estudio sobre la TCC dirigida a usuarios de drogas inyectables diagnosticados con VIH, depresión, y trastorno de sustancias hallaron que puede ser eficaz como tratamiento integrado para la depresión y la adherencia al tratamiento²⁵. Así mismo, en otro estudio en pacientes usuarias de metadona con uso regular de metanfetaminas mostraron reducciones significativas en la frecuencia de uso de metanfetamina, la gravedad del trastorno de metanfetamina y el número de días de

uso de metanfetamina después de haber pasado por un programa de terapia cognitivo conductual breve²⁶.

Por su parte, Shakiba et al. aplicaron un programa de tratamiento basado en la TCC en 200 pacientes durante 16 sesiones encontrando una reducción significativa en el uso de metanfetamina y una mejora en el bienestar psicológico²⁷. En otro estudio con hombres homosexuales y bisexuales VIH-positivos hallaron que la aplicación combinada de la entrevista motivacional (EM) y TCC redujo el uso de metanfetaminas, mejoró la adherencia al tratamiento farmacológico, se asoció con una reducción en carga viral y finalmente, los pacientes reportaron menos actos de sexo anal sin condón a los 3, 6, 9, y 12 meses después de la intervención²⁸.

Wilson y Vassileva realizaron un estudio con usuarios de drogas en abstinencia prolongada (mayor a un año) (usuarios de heroína, usuarios de anfetamina y usuarios con policonsumo) donde midieron la impulsividad “afectiva y basada en la recompensa que dependen del contexto” y la impulsividad “motora y atencional que son independientes del contexto”. Hallaron que la impulsividad “afectiva” se asoció con conductas de riesgo sexual entre los usuarios de heroína y anfetamina en abstinencia prolongada, mientras que la impulsividad “motora atencional” no se asoció con conductas de riesgo sexual en ningún grupo que usa drogas. De la misma manera, la impulsividad “afectiva” se asoció con comportamientos de riesgo sexual recientes (en los últimos 30 días)²⁹.

En relación al tratamiento de drogas y pacientes con VIH, Petry et al. revisaron

los efectos de la aplicación de un programa de manejo de contingencias (MC) dirigido normalmente a la abstinencia de drogas en pacientes con VIH y lo redirigieron al fomento de la salud. Los resultados indicaron que los participantes del programa MC presentaron un número significativamente mayor de muestras de orina libres de drogas de manera consecutiva y reducciones en las cargas virales y comportamientos de riesgo de VIH en el MC. Lamentablemente, ninguno de estos efectos se mantuvo durante el período de seguimiento³⁰. En otro estudio encontraron resultados similares donde destacan que los pacientes usuarios de drogas que pasan por un tratamiento de abstinencia de drogas, estabilizan el estado del VIH³¹.

Malta et al., encontraron mayor adherencia general e identificaron mejores resultados del tratamiento antirretroviral en ex usuarios de drogas que en aquellos con condiciones psiquiátricas menos severas. Concluyen que los pacientes con VIH positivo tienden a un mejor pronóstico de adherencia al tratamiento antirretroviral cuando dejan de consumir drogas³².

Por su lado, MacArthur, et al., llevaron a cabo una revisión sistemática y un metaanálisis donde se correlacionó el tratamiento de sustitución de opiáceos con una reducción del 54% en el riesgo de infección por VIH entre los usuarios parenterales de drogas, lo que indica que este tipo de tratamientos promueven conductas preventivas de contagio³³. Por ejemplo, Nance et al. hallaron que la abstinencia de heroína o cristal se asoció con mayores probabilidades de supresión

viral³⁴. En un trabajo sobre el uso de metadona encontraron que la calidad de vida mejoró en pacientes con tratamiento de metadona, particularmente en aquellos que tomaron tratamiento antirretroviral y se abstuvieron del uso de drogas³⁵.

3. Conclusión

En conclusión, la adicción desde su interpretación neurobiológica es una enfermedad cerebral crónica con implicaciones y cambios neurobioquímicos, neuropsicológicos, motivacionales y psicológicos. Las funciones de recompensa, autocontrol y aprendizaje se encuentran notablemente involucradas en el hábito de uso de sustancias. Estas funciones se ven ampliamente alteradas por las drogas lo que conlleva a la pérdida del interés en reforzadores naturales, desbalanceando el proceso motivacional y decisional, y redirigiendo las conductas a objetivos relacionados al uso de drogas. El proceso adictivo podemos mencionar que es un trastorno de consumo - producto de un déficit en el sistema de recompensa, un trastorno de reactividad al estrés, una alteración en el sesgo atencional y finalmente un claro debilitamiento en las funciones³⁶.

El componente esencial del trabajo terapéutico en la problemática de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es darle posibilidad al paciente de crear un nuevo estilo de vida, que le permita reconocerse como actor principal y activo de su proceso de cambio, que experimente las consecuencias positivas de hacerlo y que se distinga como un ente de control de

sus propias decisiones. De allí la importancia de estos modelos que promueven la autoeficacia y las habilidades para interactuar de forma más sana ante las situaciones vitales o vicisitudes de la vida.

Referencias

1. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y Organización de los Estados Americanos (OEA) Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas. Washington, D.C. 2019.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) Informe de Salud Mental (2022)
3. Organización Mundial de la Salud (OMS) Atlas de Salud Mental (2021)
4. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. México, 2022
5. Organización Mundial de la Salud (OMS) Comunicado de prensa 6 de julio de 2020 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
6. Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH y SIDA (CENSIDA). Vigilancia epidemiológica de casos VIH/SIDA en México. Registro Nacional de casos de SIDA, México, 2019.
7. Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco México (ENCODAT). (2016)
8. Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, Lemon J, Wiessing L, Hickman M. Mortality among people who inject

- drugs: A systematic review and meta-analysis. Vol. 91, Bulletin of the World Health Organization. World Health Organization; 2013. p. 102–23.
9. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: A global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2016 Jul 1;16(7):797–808.
 10. Lansky A, Finlayson T, Johnson C, Holtzman D, Wejnert C, Mitsch A, et al. Estimating the number of persons who inject drugs in the United States by meta-analysis to calculate national rates of HIV and hepatitis C virus infections. *PLoS One.* 2014 May 19;9(5).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097596>
 11. Beck, Judith. S. *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización.* The Guilford Press. Edición castellana, Gedisa Editorial. Barcelona; 1995.
 12. Beck, A. T., Wright, F. D., Newman C. F. & Liese B. S. *Terapia cognitiva de las drogodependencias.* Paidós, Barcelona; 1999.
 13. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: Controversies and Evidence [Internet]. 2000. Available from:
<http://www.apa.org/divisions/div12/est/est.html>
 14. Secades Villa R, Ramón J, Hermida F. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Vol. 13, *Psicothema.* 2001.
 15. Greenberger D., Padesky, C. A. *Mind over mood: change how you feel by changing the way you think.* Guilford Press, New York; 1995.
 16. Wenzel, A. E. *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches,* Vol. 1. American Psychological Association; 2021.
 17. Ingram, R. E., & Siegle, G. J.. *Cognitive science and the conceptual foundations of cognitive-behavioral therapy: Viva la evolution!* In K. S. Dobson Editores. *Handbook of cognitive-behavioral therapies;* Guilford Press; 2010, p. 74–93
 18. Kendall, P. C., & Hollon, S. D.. *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures.* Vol. 21. Academic Press, 2013
 19. Carroll, K. M. *A Cognitive Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction.* Rockville, Md: National Institute on Drug Abuse. 1998
 20. Carroll K. M., Fenton L. R., Ball S. A., Nich C., Frankforter T.L., Shi J., & Rounsaville B.J. () Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry,* 2004. 61(3) p.264–272
 21. Sánchez Hervás E, Gradolí VT, Del Olmo Gurrea R, Molina Bou N, Gallús EM. *Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas,* 2001. 1443-1451
 22. Alterman, Arthur I., Peter Gariti, and Frank Mulvaney. "Short-and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment." *Psychology of addictive behaviors,* 2001. 15(3) p.261.

23. Alonso-Pérez F, Secades-Villa R, Duarte Climent G. ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar? *Trastornos Adictivos*. 2007 Jan 1;9(1):21-30.
24. Becoña E, Míguez MC. Group behavior therapy for smoking cessation. *J Groups Addict Recover*. 2008;3(1-2):63-78.
25. Safren, S. A., O'Cleirigh, C. M., Bullis, J. R., Otto, M. W., Stein, M. D., & Pollack, M. H. Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2012. 80.3 404.
26. Alammehrjerdi Z. Brief Cognitive-Behavioural Therapy for Methamphetamine Use among Methadone-Maintained Women: A Multicentre Randomised Controlled Trial. *J Addict Res Ther*. 2016;07(04).
27. Shakiba K, Effatpanah M, Moradi A. Cognitive-behavioral therapy for methamphetamine dependence among methadone-maintained patients. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2018 Jun 1;12(2).
28. Parsons JT, John SA, Millar BM, Starks TJ. Testing the Efficacy of Combined Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Skills Training to Reduce Methamphetamine Use and Improve HIV Medication Adherence Among HIV-Positive Gay and Bisexual Men. *AIDS Behav*. 2018 Aug 1;22(8):2674-86.
29. Wilson MJ, Vassileva J. Neurocognitive and psychiatric dimensions of hot, but not cool, impulsivity predict HIV sexual risk behaviors among drug users in protracted abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2016 Mar 3;42(2):231-41. <https://doi.org/10.3109/00952990.2015.1121269>
30. Petry, N. M., Weinstock, J., Alessi, S. M., Lewis, M. W., & Dieckhaus, K. Group-Based Randomized Trial of Contingencies for Health and Abstinence in HIV Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2010. 78(1), 89-97. <https://doi.org/10.1037/a0016778>
31. Chen HT, Tuner N, Chen CJ, Lin HY, Liang S, Wang S. Correlations between compulsory drug abstinence treatments and hiv risk behaviors among injection drug users in a border city of south china. Vol. 25, *AIDS Education and Prevention*. 2013. <https://doi.org/10.1521/aeap.2013.25.4.336>
32. Malta M, Magnanini MMF, Strathdee SA, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: A meta-analysis. *AIDS Behav*. 2010 Aug;14(4):731-47. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9489-7>
33. MacArthur, G. J., Minozzi, S., Martin, N., Vickerman, P., Deren, S., Bruneau, J., Degenhardt, L., Hickman, M. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: Systematic review and meta-analysis. Vol. 345, *BMJ (Online)*. 2012. 345(7879), 1-16. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5945>
34. Nance, R. M., Trejo, M. E. P., Whitney, B. M., Delaney, J. A. C., Altice, F. L., Beckwith, C. G., Chander, G., Chandler, R., Christopoulos, K., Cunningham, C., Cunningham, W. E.,

- Del Rio, C., Donovan, D., Eron, J. J., Fredericksen, R. J., Kahana, S., Kitahata, M. M., Kronmal, R., Kuo, I., ... Crane, H. M. Impact of abstinence and of reducing illicit drug use without abstinence on human immunodeficiency virus viral load. *Clinical Infectious Diseases*. 2020 Mar 1;70(5):867-74., <https://doi.org/10.1093/cid/ciz299>
35. Tran BX, Ohinmaa A, Duong AT, Do NT, Nguyen LT, Mills S, et al. Cost-effectiveness of methadone maintenance treatment for HIV-positive drug users in Vietnam. *AIDS Care*. 2012; 24(3):283-90. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.608420>
36. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. Vol. 3, *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd; 2016. p. 760-73.. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)

Derechos de Autor (c) 2023 Pedro Antonio Fernández-Ruiz.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para compartir –copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato –y adaptar el documento –remezclar, transformar y crear a partir del material–para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)