

Tp

6^a

ed



Manual de
**Tratamientos
Psicológicos**

APIR

Dirección editorial López Frutos, Alicia
Campos Pavón, Jaime
Suárez Barrientos, Aida
Tajima Pozo, Kazuhiro

**MANUAL APIR
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS
6.ª edición - Marzo 2024**

ISBN
978-84-19592-13-2

DEPÓSITO LEGAL
M-28806-2016

ACADEMIA DE PREPARACIÓN PIR, S.L.
www.academiapir.com
admin@academiapir.com

APIR es una marca registrada de la **Academia de Preparación PIR S.L.**

MAQUETACIÓN
Equipo de Diseño y Maquetación AMIR

DISEÑO E ILUSTRACIONES
Equipo de Diseño y Maquetación AMIR

La protección de los derechos de autor se extiende tanto al contenido redaccional de la publicación como al diseño, ilustraciones y fotografías de la misma, por lo que queda prohibida su reproducción total o parcial sin el permiso del propietario de los derechos de autor.



Este manual ha sido impreso con papel ecológico, sostenible y libre de cloro, y ha sido certificado según los estándares del FSC (*Forest Stewardship Council*) y del PEFC (*Programme for the Endorsement of Forest Certification*).

El panorama actual de las terapias psicológicas para la adicción a los opiáceos es complejo debido a la diversidad de los perfiles y necesidades específicas de las personas, de los objetivos de tratamiento, de los recursos y dispositivos asistenciales, y de las limitaciones de la investigación científica actual. Durante la desintoxicación, el tratamiento psicológico reduce de forma significativa los abandonos, el consumo y el incumplimiento de los programas de tratamiento.

La mayoría de los programas son también utilizados para la adicción a otras sustancias, con particularidad de la inclusión de la metadona.

Manejo de contingencias (PIR 21, 205; PIR)

Los protocolos de MC han sido los más investigados y han obtenido resultados positivos en retención, abstinencia y otros objetivos de tratamiento. Los reforzadores utilizados más habitualmente han sido las dosis de metadona, los vales canjeables y el acceso a trabajo.

El programa CRA y otros programas afines son prometedores, aunque se requiere de una mayor investigación. Otras intervenciones que no cuentan con eficacia probada serían la entrevista motivacional, el consejo sobre drogas, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia familiar, el programa de 12 pasos y las terapias psicodinámicas.

Hay que señalar que las dosis de metadona están sujetas a diversas variaciones, pudiendo ser llevadas a casa, alterada en cantidad en función de los resultados de los análisis o dosis partidas.

(Ver tabla 4)

Tratamiento farmacológico

Respecto al tratamiento farmacológico, se suelen usar fármacos agonistas, como en el caso de la metadona, o fármacos interdictores o antagonista, como es el caso de la naltrexona, con los que se pretende bloquear los receptores cerebrales a opiáceos y evitar que el consumo de heroína tenga efectos reforzantes (PIR 20, 171; PIR 17, 114).

Además, la metadona es un agonista opiáceo sintético que se emplea en el programa de mantenimiento durante el embarazo por diferentes motivos: evitar el síndrome de privación fetal, mantener a la embarazada alejada de la vía parenteral, facilitar el seguimiento del embarazo hasta el parto, estabilizar los hábitos de vida de la madre o detectar precozmente enfermedades en el feto (PIR 18, 169).

En cuanto a los programas de antagonistas de opiáceos, señalar que se utilizan para llevar a cabo la deshabitación a los mismos al producir el bloqueo de los receptores opioides que impediría los efectos subjetivos de la heroína y llevaría a

la extinción de la conducta de búsqueda por falta de refuerzo positivo. Un antagonista que se suele utilizar es la naltrexona, de vida media larga, que se utiliza tanto para los opiáceos como para la deshabitación del alcohol (impide el refuerzo positivo asociado al consumo de alcohol que en parte está mediado por el sistema opioide). No debemos confundir la naltrexona con la naloxona, que es un antagonista opioide de vida media muy corta utilizada para los casos de intoxicación por opiáceos o para detectar un consumo reciente de opiáceos antes de iniciar el tratamiento con naltrexona.

2.4. Adicción al cannabis

Las intervenciones que mejores resultados han obtenido son aquellas que combinan **manejo de contingencias + entrenamiento en habilidades**, siendo el manejo de contingencias el componente activo fundamental en la fase de tratamiento, aunque en el seguimiento el componente activo pasa a ser el entrenamiento en habilidades.

Terapia de aumento motivacional (MET)

La MET se sirve de un estilo empático, no juicioso, y directivo para promover el cambio hacia la recuperación, al igual que la entrevista motivacional. En concreto, emplea preguntas abiertas para evitar la resistencia y facilitar la apertura. Habitualmente se integra en tratamientos cognitivo-conductuales más amplios.

La MET cuenta con soporte empírico de su eficacia.

Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La TCC, y su combinación con la MET, constituye uno de los programas con mayor soporte empírico para la reducción de la cantidad y frecuencia de consumo de cannabis y la gravedad de su dependencia a medio plazo. Los protocolos de TCC suelen incluir de 6 a 12 sesiones, aplicadas tanto en formato individual como grupal. Se focalizan en el contexto social de la persona dotándole de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas. En general, los estudios coinciden en señalar la conveniencia de proporcionar más de 4 sesiones de tratamiento durante al menos un mes para la consecución de resultados positivos en terapia.

Manejo de contingencias (MC)

La evidencia empírica del MC para la adicción al cannabis es extensa. Los estudios han coincidido en mostrar su superioridad en términos de abstinencia y reducción de la frecuencia de consumo de cannabis en distintos contextos y poblaciones

TRASTORNO	TRATAMIENTO	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
OPIÁCEOS	MC	2++	B
	TCC	2++	B
	CRA y afines	-	FE
	Otras (EM; Consejo; ACT; terapia familiar; programa 12 pasos; terapias psicodinámicas)	-	FE

Tabla 4. Niveles de evidencia y grados de recomendación para las intervenciones psicológicas para la adicción a los opiáceos (Fonseca, 2021).

(adolescentes, adultos jóvenes, personas con trastornos psicopatológicos graves, etc.). Habitualmente, se combina con otro tipo de terapias cognitivo-conductuales o de tipo motivacional. El MC se ha implementado sobre todo en contextos comunitarios, siendo la abstinencia o la asistencia a las sesiones las conductas reforzadas con mayor frecuencia. Los estudios clínicos aleatorizados han mostrado mejores resultados cuando se dirigen a reforzar la abstinencia (PIR 23, 67).

Otras intervenciones en fase experimental

Otras intervenciones en fase experimental o de eficacia no probada actualmente serían las intervenciones breves motivacionales (IMB), las terapias basadas en el mindfulness y las terapias que incluyen intervenciones neuropsicológicas.

(Ver tabla 5)

Conclusiones generales del tratamiento de la adicción a sustancias ilegales

En general en la adicción a cualquier sustancia, los tratamientos cognitivo-conductuales que se configuran en programas multicomponente (es decir, incluyendo estos la terapia farmacológica con agonistas o interdictores) son de primera elección y el elemento conductual, el componente activo del tratamiento.

2.5. Adicciones comportamentales

Existe una gran diferencia en el objetivo terapéutico de las adicciones con y sin sustancia, debido a que en el tratamiento de las adicciones sin drogas el objetivo no es la abstinencia total, porque se trata de comportamientos que se realizan en la vida cotidiana de la persona (como ir a comprar, ir a trabajar, etc.). El objetivo terapéutico debe centrarse, por tanto, en el reaprendizaje del control de la conducta problema. No obstante, las adicciones conductuales y los trastornos por abuso de sustancias responden a menudo de manera positiva a los mismos tratamientos.

El tratamiento psicológico individual en el caso de los comportamientos adictivos incluye:

1. Toma de conciencia del problema.
2. Control de estímulos: en un primer momento siempre se recomienda dejar de realizar la conducta. En caso de que sea imposible, se realiza un control limitado del tiempo de la misma.
3. Entrenamiento en resolución de problemas.

4. Entrenamiento en relajación.
5. Entrenamiento en habilidades sociales.
6. Reestructuración cognitiva

Terapia cognitivo conductual

Este tipo de terapia es la que ha mostrado mayor evidencia. Se centra en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes, tanto individuales como ambientales, que mantienen la conducta adictiva. Durante la terapia, los individuos aprenden y luego implementan habilidades y estrategias para cambiar esos patrones e interrumpir los comportamientos adictivos. Incluye los siguientes componentes:

• Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento

El objetivo de este tipo de intervención es dotar a la persona que padece el problema de las habilidades necesarias de afrontamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por esos estímulos desencadenantes de la conducta adictiva.

• Reestructuración cognitiva

El objetivo es modificar las ideas irracionales o bien pensamientos irracionales en forma de distorsión cognitiva, siguiendo los pasos del procedimiento general de la terapia cognitiva.

• Exposición en vivo

Consiste en la exposición progresiva a los estímulos relacionados con la conducta adictiva. El objetivo es identificar las situaciones que favorezcan el descontrol del uso, estableciendo medidas de control que limiten el acceso a dicha conducta.

• Manejo de contingencias

Estas terapias se caracterizan por el reforzamiento de la abstinencia o de otras conductas adaptativas por medio de reforzadores tangibles.

• Prevención de recaídas

En toda adicción, es necesario incluir una fase de mantenimiento y prevención de recaídas, que incluirá las siguientes técnicas cognitivo-conductuales: identificación de situaciones de riesgo para la recaída, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, uso de autorregistros, aprendizaje de estrategias de afrontamiento, manejo de las (re)caídas y entrenamiento en solución de problemas.

Terapia conductual familiar y de pareja

Este tipo de terapia se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación, y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. La mayoría de los estudios sobre la eficacia de estas intervenciones han

TRASTORNO	TRATAMIENTO	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
CANNABIS	TCC	1+	A
	MC	1++	A
	MET	1+	A
	IMB	-	FE
	Terapias Basadas en Mindfulness	-	FE
	Intervenciones Neuropsicológicas	-	FE

Tabla 5. Niveles de evidencia y grados de recomendación para las intervenciones psicológicas para la adicción al cannabis (Fonseca, 2021).

	ABSTINENCIA COMPLETA	JUEGO CONTROLADO
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> • Hay pacientes que lo piden y lo necesitan. • El éxito supone que el paciente se desvincule totalmente del juego, rompiendo la asociación fisiológica y cognitiva y sus estímulos asociados. • Se produce un cambio absoluto en el estilo de vida del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más atractivo, aceptable, realista y fácil de conseguir. • Su consecución aumenta la motivación y autoconfianza hasta el punto de querer continuar hasta el cese total, siendo este objetivo el primer paso. • Facilita y motiva la búsqueda de un profesional. • Disminuye rechazos y abandonos. • Fomenta la cooperación. • Un episodio de juego no se conceptúa como una caída.
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de pacientes por rechazo de objetivo. • La etiqueta de jugador puede convertirse en un estigma. • Las caídas se conceptúan como fallos o errores generando ansiedad e inseguridad, que pueden potenciar otras caídas o incluso la recaída final. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se rompen del todo las cadenas conductuales de las recompensas. • Al no considerar un episodio de juego como error, es más fácil que disminuya la auto-vigilancia y poco a poco aumente la topografía de la conducta hasta la recaída o desadaptación del individuo.
CONSIDERACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • No hay evidencia empírica que sustente su primacía frente al juego controlado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados son más inciertos, falta un cuerpo teórico y empírico sólido.

Tabla 7. Comparación de la abstinencia completa frente al juego controlado. *En Vallejo (2012).*

TIPO DE TRATAMIENTO	TIPO DE ADICCIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA (PIR 23, 69)	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Tratamiento farmacológico	Juego online; Internet; Juego patológico; Adicción al sexo.	2-	D
Enfoque motivacional	Juego patológico	1+	B
Terapia cognitiva	Juego patológico	1+	B
TCC	Juego online; Juego patológico; Internet; Videojuegos	1+	B
Terapia de grupo	Juego online	2+	C
Grupos de autoayuda	Juego patológico	2-	D
Terapia de pareja y/o familia	Videojuegos	2+	C
Realidad virtual	Juego patológico; Juego online	1+	B
Privación/abstinencia	Ejercicio; Juego patológico; Juego online; Móvil; Redes sociales	2++	C
Estimulación cerebral no invasiva	Juego online	2++	C
Mindfulness	Juego online	2-	D
Intervención breve	Juego patológico	1+	B

Tabla 8. Niveles de evidencia y grados de recomendación para las intervenciones psicológicas para las adicciones comportamentales (Fonseca, 2021).

- Entrenamiento en solución de problemas.

(Ver tabla 8)

Otros programas

Aunque existen también programas de intervención en régimen de internamiento (especialmente en EE.UU. y Alemania), su poca eficiencia y el escaso bagaje en nuestro país hacen que se consideren más importantes los programas de intervención ambulatoria, entre los que destacamos el Programa de Ladouceur y cols. y el Programa de Echeburúa y Baez. El primero es un programa de amplio espectro centrado en el trabajo cognitivo (reestructuración cognitiva para las distorsiones que llevan a la conducta de juego, contemplando tanto abstinencia completa como juego controlado), mientras que el segundo se focaliza más en el aspecto conductual (control estimular iniciado con un familiar coterapeuta, y exposición + prevención de respuesta, solo abstinencia completa).

(Ver tabla 9)

LADOUCEUR Y COLS. (1993)	ECHEBURÚA Y BÁEZ (1994) (PIR)
<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos irracionales (se requieren entre 3-8 horas para identificar el 80% de las distorsiones). • Otras técnicas: solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales. • Prevención de recaídas (tipo Marlatt y Gordon) (PIR). 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de estímulos (PIR 16, 176; PIR). • Exposición con prevención de respuesta o EPR (PIR 18, 171; PIR 17, 112; PIR) (en relación al mecanismo de ejecución conductual, (PIR 15, 102)). • Terapia de grupo cognitivo-conductual (simultánea al tratamiento individual, 5-6 pacientes).
Solo individual.	2 meses de duración.

Tabla 9. Comparativa principales programas multicomponente para el juego patológico.

2.6. Dispositivos para el abordaje de las adicciones

A la hora de abordar las adicciones nos encontramos con diferentes dispositivos sociosanitarios a través de los cuales poder aplicar el tratamiento:

• Comunidades Terapéuticas.

Son centros de carácter residencial cuyo objetivo es la deshabitación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de drogodependencias. Persiguen desarrollar un estilo de vida adecuado a un entorno social normalizado, dirigiéndose a pacientes que habitualmente presentan una importante desestructuración en diferentes áreas de su vida y que han fracasado de forma repetida en tratamientos ambulatorios. Requiere un alto grado de motivación por parte del usuario que ingresa, y la estancia puede oscilar entre varios meses y tres años dependiendo de los objetivos.

• Centros de día.

Son recursos socioeducativos donde los pacientes acuden para adquirir habilidades que les permita incorporarse a los

Otras variantes:

• Programa de Labrador y Fernández-Alba.

Específico para jugadores de máquinas recreativas, aúna componentes tanto del programa de Ladouceur como del de Echeburúa, y consta de 8 sesiones.

• Programa autoaplicado de Echeburúa y Fernández-Montalvo.

Basado en el programa de Echeburúa pero aplicado en 5 semanas por el propio paciente.

• Programas de prevención.

Versión preventiva de Ladouceur para población infantil y adolescente aplicable en 3 sesiones y programa *Lucky* de Ladouceur.

dispositivos del sistema educativo para adultos. También se fomenta el aprendizaje de la utilización adecuada del ocio y tiempo libre.

• Programas de reducción de daños.

Lo constituyen todas las acciones de carácter individual o grupal, que se llevan a cabo en el ámbito social o terapéutico y que van encaminadas a reducir las consecuencias adversas para la salud del paciente toxicómano, estableciendo medidas para que el consumo se produzca en condiciones de seguridad (PIR 22, 169). Es decir, no persiguen necesariamente la abstinencia de la persona. Ejemplos de estas acciones pueden ser el intercambio de jeringuillas, en el cual se facilita material estéril necesario para minimizar la posibilidad de infecciones asociadas al consumo de drogas, proporcionar preservativos, o administrar metadona para evitar el consumo de opiáceos y los perjuicios asociados. Estas acciones pueden llevarse a cabo en los CAD (centro de atención al drogodependiente) o en otros recursos.

REGLAS MNEMOTÉCNICAS

TEMA 2

Tratamiento de las adicciones

Principios generales de la entrevista motivacional.
En Vallejo (2012)

PRINCIPIOS GENERALES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

hEREDA

- E**XPRESAR EMPATÍA
- R**EMOVER LA RESISTENCIA
- E**VITAR LA DISCUSIÓN
- D**ESARROLLAR LA DISCREPANCIA
- A**POYAR LA AUTOEFICACIA

TEMA 5

Tratamiento de los trastornos de ansiedad

TCC GENÉRICA

COMPONENTES

CERRÉ



- C**ONTROL DE ESTÍMULOS
- E**XPOSICIÓN GRADUADA
- R**ELAJACIÓN (TIPO BERNSTEIN Y BORKOVEC, ÖST)
- R**EESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
- E**NTRENAMIENTO EN DARSE CUENTA

TEMA 4

Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo

Terapia de autocontrol

Rehm

Las tres A



- A**UTOOBSERVACIÓN O AUTOSEGUIMIENTO
- A**UTOEVALUACIÓN
- A**AUTORREFUERZO

TEMA 8

Tratamiento de los trastornos por síntomas somáticos y relacionados

Terapia cognitivo-conductual de Warwick y Salkovskis

MARCO



Elementos:

- M**ODIFICACIÓN DE LAS CREENCIAS DISFUNCIONALES SOBRE LA SALUD/ENFERMEDAD
- A**UTOOBSERVACIÓN DE LOS EPISODIOS DE ANSIEDAD POR LA SALUD
- R**EATRIBUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS
- C**AMBIO DE LAS CONDUCTAS DESADAPTATIVAS
- O**BTENCIÓN DEL COMPROMISO DEL PACIENTE