

¿QUÉ ES UNA ADICCIÓN? DESDE LAS ADICCIONES CON SUSTANCIAS A LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

WHAT IS AN ADDICTION? FROM SUBSTANCES TO BEHAVIORAL ADDICTIONS. ASSESSMENT AND THERAPEUTIC INTERVENTIONS

José de Sola Gutiérrez

Psicólogo. Psicoterapeuta

Profesor Universidad Complutense de Madrid

Formador en Mancomunidad de Servicios Sociales THAM. Comunidad de Madrid

Experto en Psicoterapia Breve y Clínica e Intervención en Trauma por la SEMPYP

Resumen: El presente artículo supone una reflexión sobre lo que es y no es una adicción y cuál es su proceso y desarrollo, tanto desde la perspectiva de las sustancias como de los comportamientos. Sabemos que, hasta el momento, solo se ha llegado a identificar claramente como adicción comportamental a la ludopatía, siendo todavía sospechosas otras conductas como las Nuevas Tecnologías, Internet o la Telefonía móvil. Se pasa revista a los factores tanto neurobiológicos, psicológicos y sociales implicados en la conducta adictiva, teniendo siempre presente el concepto de vulnerabilidad, que explicaría por qué con la misma exposición estimular no siempre se desarrolla una adicción, al tiempo que aporta posibles pautas preventivas. Desde aquí, se revisan las implicaciones tanto de evaluación como terapéuticas, teniendo siempre presente que es fundamental la diferenciación entre una conducta de abuso, aunque sea frecuente, de una conducta adictiva. Igualmente, y desde la necesidad de un abordaje terapéutico multimodal, se proponen diversos tratamientos que contemplan la farmacología, la terapia psicológica en sus vertientes tanto individual, grupal y de familia, así como medidas de seguimiento y apoyo social.

Palabras clave: adicciones, conductas adictivas, impulsividad, tratamiento

Abstract: This paper aims to analyze what actually constitutes an addiction, as well as its process and development, not only from the point of view of substances but also of behaviors. In this case, only Game addictions have been identified as such up to now, other possible candidates being New Technologies, Internet or mobile phones. The present work reviews addiction-related neurobiological, psychological and social factors, taking account of the vulnerability concept which explains why the same stimuli do not always lead to an addiction. This perspective may enable us to develop preventive guidelines. Assessment and therapeutic interventions are also reviewed in this paper, as it is important to distinguish between abuse from addictive behaviors. From this perspective, a multi-faceted therapeutic approach which includes pharmacology, individual, family and group psychological therapies, as well as patient monitoring and social support interventions is proposed.

Key words: Addiction, behavioral addictions, game addiction, impulsive behavior, therapy addictions

¿QUÉ ES UNA ADICCIÓN? PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una buena delimitación del comportamiento adictivo debe diferenciar necesariamente la conducta de uso y abuso de la conducta propiamente adictiva. Hasta hace poco el DSM-IV solo reconocía adicciones con sustancias denominadas ‘Trastornos por el abuso de Sustancias’. Recientemente, en su nueva edición DSM-5, el juego patológico, antes incluido como ‘Trastorno del control de los impulsos’, ha sido considerado como otro tipo de adicción denominada ‘Adicción sin sustancias’, como veremos más adelante.

Desde esta perspectiva, el abuso ya se definía en el DSM-IV como ‘un patrón desadaptativo de consumo manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias’. Aquí no se contempla dependencia, tolerancia ni un patrón de uso compulsivo, sólo el daño por el uso continuado. La adicción, por el contrario, y denominada bajo la categoría de ‘Trastornos por el Abuso de Sustancias’, implica los conceptos de ‘dependencia’, ‘tolerancia’ y ‘abstinencia’.

Sussman y Sussman (2011) nos ofrecen una exhaustiva revisión de trabajos publicados de los que se extrae una definición del concepto de adicción que puede aplicarse tanto a sustancias como a comportamientos. Deducen que toda adicción conlleva los siguientes síntomas o indicadores:

- Capacidad para ‘engancharse’ en conductas de las que se derivan consecuencias reforzantes.
- Excesiva preocupación por el consumo, o conductas de las que se desprende un refuerzo positivo.
- Tolerancia o nivel de saciedad temporal.
- Pérdida de control, en donde la frecuencia de la conducta se incrementa haciéndose cada vez más automática.
- Dificultad en detener o evitar dicha conducta, a pesar de la existencia de importantes consecuencias negativas.

Si consideramos también a la Real Academia Española de la Lengua, vemos que ofrece un abanico algo más amplio del término de adicción, en cuanto que lo define como el ‘hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por la afición desmedida a ciertos juegos’. Al incluir el juego patológico, deja la puerta abierta a las adicciones comportamentales o sociales de las que hablaremos más adelante. En cualquier caso, y teniendo en cuenta estas definiciones, son los conceptos de tolerancia, dependencia (entendida como pérdida de control), abstinencia, así como las consecuencias negativas para la propia salud o situación personal o social, los ejes a la hora de conceptualizar una adicción. En la conducta de abuso, más relacionada con un trastorno en el control de los impulsos, si bien comparte con la adicción el conocimiento de las consecuencias negativas de la conducta, no existe tolerancia, dependencia o abstinencia.

Por otra parte, la diferencia entre las adicciones con sustancia y sin sustancia no es clara, salvo por la existencia de la propia sustancia. A pequeña escala, dentro de las adicciones sociales o comportamentales, no es frecuente encontrar a sujetos con adicciones psicológicas múltiples (Echeburúa, Labrador, Becoña, 2009). Todavía está por determinar lo que es y no es adicción dentro de esta categoría de adicciones y cuáles son los puntos reales de similitud o diferencia respecto de las adicciones con sustancias. Sin embargo, es evidente que la ludopatía ya comparte el perfil ampliamente aceptado de adicción, lo que permitiría una mayor posibilidad de estudio sin el deterioro producido por las drogas (Verdura, Ponce y Rubio, 2011).

Algunos autores establecen un paralelismo directo entre la adicción a sustancias y a comportamientos (Holden, 2001). En este caso, aún en ausencia de sustancia, se considera igualmente la intervención de todo el circuito del refuerzo, con toda la maquinaria dopaminérgica del Núcleo Accumbens e hipocámpica. Es decir, para Holden (2001) si prescindimos de los receptores-diana de las sustancias, el resto del modelo podría explicar las adicciones comportamentales.

Consecuentemente, una conducta de abuso no es necesariamente una adicción. Se puede abusar de una sustancia o de un comportamiento de forma continuada sin llegar a la pérdida del control y dependencia que caracterizan a las adicciones. Este aspecto es de una relevancia fundamental en el momento de la evaluación inicial de un paciente, dado que un impulso continuado que lleva al abuso no tiene por qué implicar una conducta de dependencia adictiva. Y esto, a nivel de intervención terapéutica, es de una relevancia fundamental.

FASES DE LA ADICCIÓN

Koob y Volkow (2010) definen la adicción como un proceso crónico caracterizado por:

- Conducta compulsiva de búsqueda y consumo.
- Pérdida de control.
- Emergencia de reducción de un estado emocional disfórico o negativo (ansiedad, irritabilidad). presentándose un síndrome de abstinencia solo capaz de ser aliviado con el consumo de la sustancia.

Es decir, hablamos de la búsqueda de reforzadores negativos. Desde este modelo la llegada a la adicción presenta dos fases consecutivas:

- **Comportamiento impulsivo.** Con dificultad en el control de los impulsos y caracterizado por un estado de tensión y arousal en donde el objetivo final es la consecución de un refuerzo positivo gratificante, el consumo.

- **Comportamiento compulsivo.** Definido por un estado de ansiedad y stress que lleva a una conducta compulsiva de búsqueda de la sustancia, pero en este caso, como reforzador negativo, capaz de aliviar el estado disfórico. Esta búsqueda se convierte progresivamente en compulsiva y automática. Y de este automatismo nacería la conducta adictiva.

Hay que indicar que en el modelo de Koob y Volkov (2010) el estado de emergencia derivado de la disforia o lado afectivo negativo se sitúa justo en el tránsito de impulsividad a compulsividad. Dicha emergencia, finalmente, determina la aparición de comportamientos compulsivos que conllevan un refuerzo negativo de alivio, y que acaba conduciendo a rutinas o hábitos automáticos de consumo.

En este sentido, señalan que en la adicción final existen tres elementos:

- Atracón, intoxicación.
- Síndrome de dependencia, afectos negativos.
- Preocupación, anticipación (craving).

donde la impulsividad define las etapas iniciales del proceso mientras posteriormente, la impulsividad, combinada con el automatismo que define la compulsión, acaba perfilando las fases posteriores de la conducta adictiva. El tránsito de la impulsividad a la compulsión viene marcado por el cambio del refuerzo positivo al negativo, como se ha indicado. Desde esta teoría denominada del 'incentivo', dicho tránsito se relacionaría con mecanismos de neuroplasticidad de los circuitos tras una exposición incrementada y repetida de consumo.

A nivel epigenético, dicha neuroplasticidad puede dar lugar a cambios genéticos importantes; es decir, el efecto continuado del consumo podría ir más allá de la neuroplasticidad alterando los patrones de transcripción genética a nivel neuronal (Robinson y Nestler, 2012). Neurobiológicamente, la progresión desde la impulsividad a la compulsión implica cuatro circuitos cerebrales:

- Sistema mesolímbico dopaminérgico y estriado ventral, en lo que es el tránsito desde el propio incentivo a su activación y atribución como refuerzo.
- Estriado ventral, estriado dorsal y tálamo, en el paso desde la búsqueda esporádica a la habitual.
- Córtex frontal dorsolateral, córtex frontal inferior e hipocampo, en el control cognitivo, memoria y capacidad de retraso en la gratificación del refuerzo.
- Amígdala extendida, base en la evolución al refuerzo negativo.

Como se aprecia, las células dopaminérgicas tienen una función básica. Pero en la adicción no sólo se encuentra involucrada la dopamina. Están implicados igualmente neurotransmisores neuropéptidos opioides o cannabinoides dentro del circuito del refuerzo, así como el glutamato, GABA y CRF en lo referente al sistema de neuroadaptaciones por el consumo repetido (Volkow, Wang, Fowler, Tomasi y Telang, 2011).

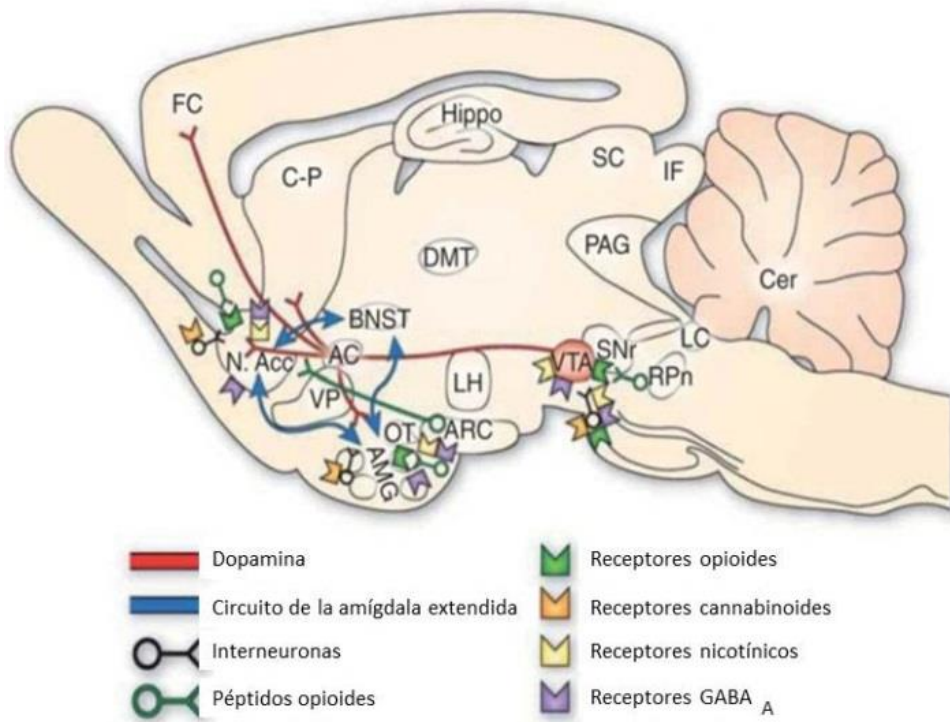


Figura 1. Neurobiología del circuito del refuerzo. (Koob, Volkow, 2010)

Por tanto, este modelo explica la transición desde un cambio homeostático, resultado de la adaptación del circuito del refuerzo, a un cambio alostático. La alostasis representaría un proceso de mantenimiento del refuerzo mediante una desviación del mismo, no solo por la propia alteración de los circuitos, sino por la activación de repuestas hormonales de stress (Koob , Le Moal, 2001). Lo que conlleva, desde la fuerza motivacional inicial, sesgos atencionales relevantes, así como incapacidad de control e inhibición de la conducta (Martínez-Gras *et al.*, 2012).

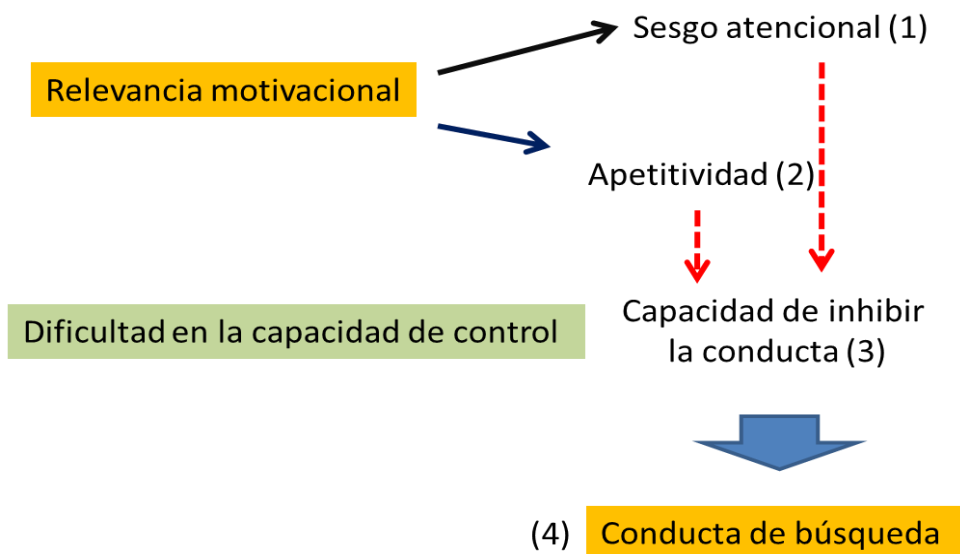


Figura 2. Motivación y control (Basado en Martínez-Gras *et al.*, 2012)

EL PAPEL DE LA IMPULSIVIDAD

En otro trabajo hemos indicado el importante papel de la conducta impulsiva como antesala de las adicciones (De Sola, Rubio, Rodríguez de Fonseca, 2013). Brevemente, la impulsividad puede definirse como una tendencia a la acción sin toma de consciencia, valoración o juicio anticipado. Es decir, hablamos de una predisposición a conductas, sin o con poca premeditación sobre sus consecuencias (Evenden, 1999), que conllevan acciones rápidas, no planificadas y en donde prima la urgencia de un refuerzo inmediato (Moeller, Barrat, Dougerty, Schmitz y Swann, 2001).

Ahora bien, si la impulsividad puede ser útil y adaptativa en situaciones de emergencia que requieran conductas rápidas, eficaces y poco reflexivas (Dingemans y Reale, 2005), con frecuencia se relaciona con conductas criminales y violentas, dañinas para el propio sujeto o que conllevan actos sociales inadecuados y en donde existe un alto grado de desinhibición conductual (Verdejo-García, Lawrence y Clark, 2008).

En la reciente edición del DSM-5 la impulsividad aparece dentro de la categoría de ‘trastornos disruptivos, del control de los impulsos y otras alteraciones conductuales’ y comprende las dificultades en el autocontrol y autorregulación de emociones y conductas que pueden llegar ocasionar problemas sociales.

También en el CIE-10 encontramos una descripción en ‘Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos’ en donde se define la impulsividad como un comportamiento que ‘no tiene una motivación racional clara y que generalmente daña los intereses del propio enfermo y de los demás. El comportamiento se acompaña de impulsos a la acción que no pueden ser controlados’. Por lo tanto, el constructo de impulsividad se define como un rasgo de personalidad multifactorial que puede expresarse dentro de estados patológicos más amplios tales como el Trastorno de Personalidad Antisocial, Trastorno Límite de Personalidad, Trastornos Bipolares, TDHA, y con conductas específicas como la cleptomanía o piromanía, entre otras.

Teniendo en cuenta estos factores, se puede avanzar que precisamente es el alto grado de sensibilidad y dificultad de aplazamiento de refuerzos positivos inmediatos lo que hace de los sujetos impulsivos incapaces de retrasar o inhibir una respuesta. Concretamente, un alto grado de sensibilidad a los refuerzos positivos, por pequeños que sean, junto a una incapacidad de inhibición, inducen una constante apetencia o *craving* de estimulación con alta dificultad de control, aún a pesar de las consecuencias adversas (Papachristou, Nederkoorn, Havermans, Van Der Hors y Hansen, 2012). Otras investigaciones (Michalczuk, Bowden-Jones, Verdejo-García y Clark, 2011) hacen referencia a cuatro componentes básicos de la impulsividad:

- Incapacidad de planificación y previsión.
- Baja capacidad de control y perseverancia.
- Búsqueda de nuevas y constantes experiencias.
- Urgencia, entendida como la tendencia a actuar a consecuencia de estados emocionales intensos que pueden ser positivos o negativos.

Igualmente, nos encontramos con el concepto de ‘automatismo’ o ‘impulsividad no planificada’ (Hogarth, 2011). Hace referencia a la acción o comportamiento impulsivo no planificado, de forma que se convierte en un comportamiento en donde apenas existe deliberación consciente previa de la acción realizada. Esto explicaría también la impulsividad como rasgo de personalidad estable e inmerso en categorías psicopatológicas más amplias.

Por lo tanto, la impulsividad es un rasgo estable que, en algunos casos, puede mantener comorbilidades o ser resultado de otras patologías. Existe una urgencia positiva motivada por un estado de tensión que lleva a la acción y la gratificación, o negativa, derivada de un estado de stress o ansiedad en donde la acción conduce a la relajación (Koob, 2011). En este último caso hablamos de compulsión y sería el siguiente eslabón de la cadena en el desarrollo del comportamiento adictivo.

Existe, por tanto, gran evidencia de que la impulsividad supone la antesala del comportamiento adictivo, y en este sentido referimos de nuevo el modelo de Koob y Volkow (2010). Dichos autores mantienen que en la base del comportamiento adictivo existe un trastorno del control de los impulsos, de tipo compulsivo. Específicamente, definen la dificultad del control de los impulsos por una sensación subjetiva de incremento de tensión o arousal antes de llevar a cabo un acto impulsivo, así como de placer y gratificación tras su realización. De esta forma, la satisfacción o ejecución del acto o comportamiento impulsivo está estrechamente relacionado con la obtención de un refuerzo positivo. Por el contrario, el comportamiento compulsivo se caracteriza por un estado de stress o ansiedad previos, así como una disminución de dicho estado disfórico una vez llevado a cabo el comportamiento. Aquí, la conducta compulsiva se encuentra relacionada con mecanismos de refuerzo negativo y conductas automáticas para su consecución.

Por tanto, el tránsito desde la impulsividad al comportamiento compulsivo comenzaría desde la búsqueda de un refuerzo positivo, a la necesidad de reducir la disforia mediante la obtención de refuerzos negativos. O dicho de otra forma, la conducta impulsiva persigue la satisfacción, la gratificación inmediata, mediante la obtención de refuerzos positivos. Por el contrario, la conducta compulsiva, próxima a la adicción, busca la reducción de la disforia mediante refuerzos negativos.

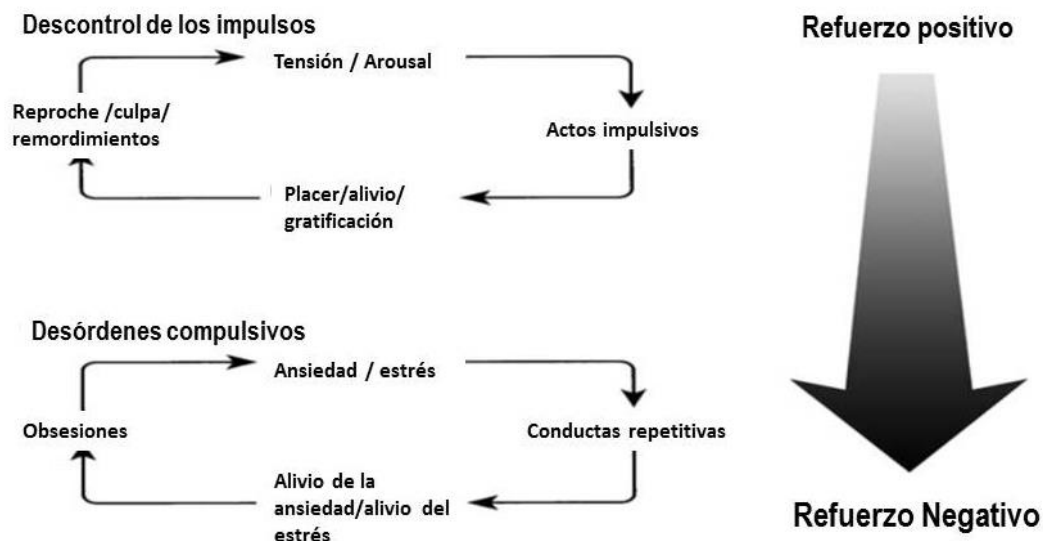


Figura 3. De la impulsividad a la adicción. (Koob y Volkow, 2010)

Aquí el concepto de motivación tiene un peso fundamental; Knobb y Volkow se apoyan en la teoría de la motivación de los ‘Procesos Opuestos’ de Salomon y Corbit (en Koob y Volkow, 2010) en donde se postula que los estados emocionales positivos hedónicos, una vez iniciados son automáticamente modulados por el sistema nervioso central mediante mecanismos que reducen la intensidad de los mismos. O dicho de otra forma, los estados hedónicos negativos, tales como el stress y ansiedad siguen necesariamente a los estados hedónicos y placenteros. Así, cuando hablamos de adicciones, la manifestación del llamado ‘síndrome de abstinencia’ define más una dependencia motivacional, caracterizada por una emergencia derivada de un estado emocional negativo, asociado a disforia, ansiedad o irritabilidad cuando el acceso a la droga se anticipa (Koob y Le Moal, 2001), más que por un síndrome de dependencia físico, que realmente tiende a ser corto en duración. Por lo tanto, es de los estados afectivos negativos elicítadores de disforia o ansiedad de lo que depende el comportamiento adictivo. Dichos estados afectivos negativos contribuyen a un comportamiento automático compulsivo, con la consecuente búsqueda del refuerzo negativo en una escalada de incremento automático cada vez mayor.

Finalmente, el constructo de impulsividad está íntimamente relacionado con la ‘Búsqueda de sensaciones’ (Sensation Seeking), acuñado por Zuckerman (Zuckerman, Neary, Mangelsdorff y Brustman, 1972) y definida como una necesidad de experimentar variadas y difíciles situaciones, y en donde el deseo de vivir riesgos físicos y sociales constituye la motivación y eje básico de la conducta. Este constructo se encuentra a veces ligado a diversas patologías psiquiátricas, en íntima relación con la impulsividad. Por tanto, comportamiento impulsivo y de búsqueda de sensaciones suelen convivir en proximidad y tienen un valor descriptivo excepcional cuando se encuentran inmersos en el contexto

del comportamiento adictivo (Myrseth, Tverá, Hagatun y Lindgren, 2012). Igualmente, la ‘búsqueda de sensaciones’ se relaciona con constructos más específicos tales como ‘reactivity to novelty’ y ‘novelty-Seeking’ (Búsqueda y alta reactividad a la novedad) (Belin, Mar, Dalley, Robbins y Everitt, 2008).

EL CONCEPTO DE VULNERABILIDAD

Resulta obvio que no todo el mundo se convierte en adicto a sustancias o conductas por mucho que exista una conducta de abuso. Todos estamos expuestos a entornos estimulares gratificantes, pero eso no lleva necesariamente a la adicción. Y aquí entra en juego el concepto de ‘vulnerabilidad’ que tiene muchas variantes posibles, y que es evidente que condicionan el proceso terapéutico y de intervención ulterior, al tiempo que explican el porqué de muchos comportamientos adictivos.

En este sentido, nos encontramos con variables de personalidad tales como la propia impulsividad, la alta sensibilidad al refuerzo inmediato que lleva a la incapacidad de un aplazamiento (Hogarth, 2011), la necesidad de búsqueda de sensaciones, (Sensation-seeking, Novelty Seeking) o de la novedad, esencialmente en la adolescencia (Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta y Kraft, 1993); baja autoestima, intolerancia a la frustración, ausencia o dificultad de afrontamiento o *coping* frente a las circunstancias de la vida cotidiana, así como variables emocionales específicas como la tendencia al ánimo disfórico, carencia de afecto, pobreza de relaciones sociales o familiares (Echeburúa, Becoña y Labrador, 2010).

Desde una perspectiva fisiológica y bioquímica también podemos hablar de ‘vulnerabilidad’: el hecho de que diferentes conductas adictivas conlleven prácticamente los mismos mecanismos biológicos y activaciones cerebrales, lleva a pensar que existe una conformación progresiva fenotípica permanente de los circuitos neurales, esencialmente asociados a la dopamina. Esto explicaría en parte el hecho de que las adicciones no son únicas sino que habitualmente se comparten dos o más conductas adictivas, con o sin sustancias (West, 2011). Este es precisamente uno de los aspectos que puede explicar la actual dificultad en el tratamiento de las adicciones.

Por lo tanto, en toda intervención es necesario considerar desde las variables personales y emocionales específicas en donde el control de la impulsividad, la relajación e identificación de variables y contextos condicionados son fundamentales, así como variables sociales de cara a la búsqueda de alternativas de satisfacción, de apoyo social, y conductas de afrontamiento adecuadas. Todo ello sin olvidar que es precisamente la conformación fenotípica en los circuitos neurales asociados a la dopamina la que posiblemente convierte al adicto en ‘adicto para toda la vida’, algo que el paciente debe conocer y tener siempre presente. O dicho de otra forma, una vez que una personalidad vulnerable desarrolla una adicción, cargará con ella durante toda su vida, aunque haya abandonado las conductas de consumo. Esto es importante que se entienda, a fin de evitar recaídas tras

el tratamiento terapéutico. No cabe la posibilidad, después de un tratamiento terapéutico, la vuelta a un consumo o uso razonable y controlado, una demanda habitual especialmente entre alcohólicos que, tras el tratamiento, desean seguir consumiendo de forma controlada.

USO, ABUSO Y ADICCIÓN

Queda claro que no todo el mundo se convierte en adicto. Todos estamos expuestos a entornos estimulantes gratificantes, pero eso no lleva necesariamente a la adicción. Desde el uso, abuso a la adicción propiamente dicha hay un salto importante. En la conducta de abuso se buscan gratificaciones o refuerzos positivos y existe cierta capacidad de control. En la adicción, la pérdida del control convierte al paciente en un esclavo que persigue con el consumo no la gratificación, sino la reducción de la disforia, el refuerzo negativo.

Las diferencias entre uso, abuso y adicción por lo tanto son importantes. El consumo de determinadas sustancias, tales como el alcohol o el tabaco en términos razonables puede ser habitual, al igual que el abuso esporádico. Aun cuando el abuso se convierta en continuado, esto no lleva necesariamente a una conducta adictiva posterior. Aquí es donde entra en juego el concepto de vulnerabilidad antes mencionado, y que explica por qué no hay un desarrollo de la adicción en todos los sujetos que abusan de sustancias o comportamientos. ¿Cómo podría explicarse entonces el tránsito desde el abuso a la adicción?. Existe una tendencia natural a la búsqueda de sensaciones y refuerzos en nuestra vida diaria. De hecho, el circuito neural del refuerzo se activa constantemente cada día en casi todas nuestras acciones, experiencias y comportamientos. Ahora bien, un desarrollo evolutivo normal llevaría a una maduración progresiva de los circuitos cortico-frontales dentro del natural desarrollo del control e inhibición. Esto implicaría buscar refuerzos inmediatos cuando correspondiese, o saber aplazarlos según las circunstancias. Por otra parte, la búsqueda de sensaciones o una alta receptividad a la novedad estimular conlleva comportamientos de búsqueda y prueba de experiencias. Este comportamiento a nivel evolutivo es más frecuente durante la adolescencia. Pero hasta aquí no hay nada de anormal y hasta cierto punto tiene sentido evolutivo y personal.

No obstante, es con la presencia simultánea del rasgo de impulsividad en donde la prueba y el consumo se convierten en potencialmente peligrosos, en factor de vulnerabilidad. La búsqueda de la satisfacción y el refuerzo positivo inmediato aceleran la prueba y el consumo, ya explicado desde el modelo de Koob y Volkow (2010), que describe el paso de transformaciones homeostáticas primero y alostáticas después, con la aparición de la disforia y ansiedad y desde aquí, la búsqueda compulsiva como refuerzo negativo. Así, la impulsividad, entre otros, es claramente un factor de vulnerabilidad que, frecuentemente asociado a la búsqueda de sensaciones y novedad estimular, precede a la conducta adictiva y se perpetúa con ella en un círculo cada vez más cerrado (De Sola, Rubio, Rodríguez de Fonseca, 2013).

Al mismo tiempo, se incrementa el riesgo y vulnerabilidad si con el rasgo de impulsividad encontramos patologías asociadas. Ya hemos visto que muchos cuadros y sintomatologías psiquiátricas conllevan la impulsividad como síntoma o eje, lo que inmediatamente las convierte en plataformas de una potencial adicción.

Finalmente, el contexto asociado a los momentos o lugares de consumo, tiene un valor fundamental en la medida en que es capaz de activar la prueba y reactivar un consumo compulsivo. Ante un perfil de impulsividad, buscador de sensaciones o con alguna sintomatología patológica paralela, es altamente probable la prueba y la adicción posterior. Dicho contexto será capaz de activar permanentemente, mediante condicionamientos operantes y paulovianos, el *craving* en un círculo cerrado permanente (West, 2011).

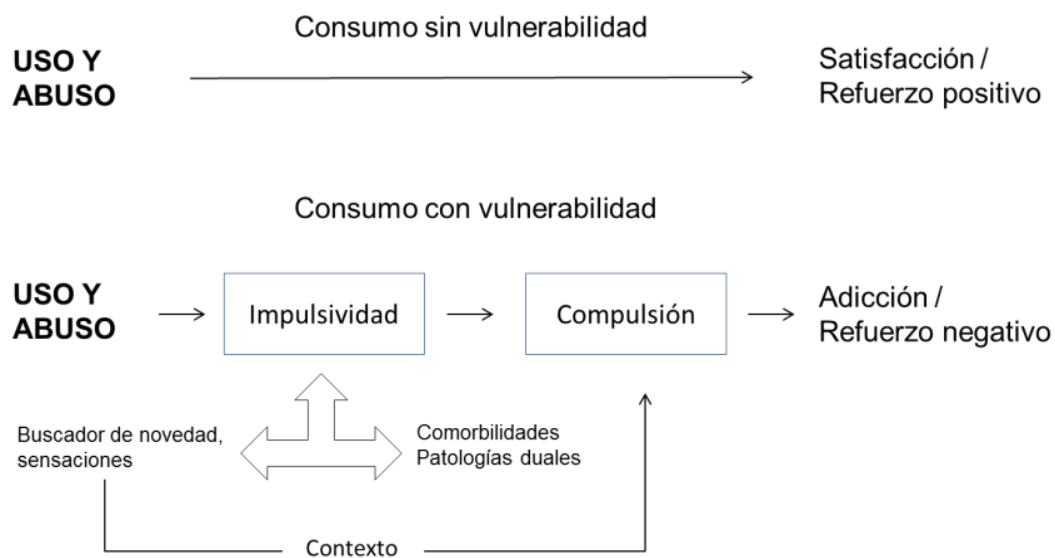


Figura 4. Uso, abuso y adicción

Este mecanismo, que arriba representamos, detalla cómo desde el consumo puede llegarse a la adicción. Explica porque no todo aquel que entra en conductas gratificantes se hace adicto teniendo en cuenta variables tanto personales como contextuales. Desde aquí, y desde la identificación temprana de estos factores de vulnerabilidad, puede llevarse a cabo una cierta prevención así como tratamiento terapéutico. De hecho, algunos autores (Moeller *et al.*, 2001) proponen el tratamiento de la impulsividad como parte de la terapéutica de la adicción. Si todavía no hay adicción, podemos pensar a nivel preventivo que nos encontramos con segmentos a proteger, especialmente colectivos adolescentes. Si ya hay adicción, el tratamiento entre otros aspectos conllevaría la disminución de la impulsividad, la comorbilidad psiquiátrica, un control estimular del contexto así como factores personales, familiares y sociales, tal y como se indica más adelante.

ADICCIONES SIN SUSTANCIAS: LA LUDOPATÍA.

¿Qué podemos decir de las adicciones sociales o comportamentales?. El modelo de adicción social proviene esencialmente del campo de las sustancias. Como hemos comentado, sólo la ludopatía responde a un esquema demostrado de adicción como el de las sustancias, de hecho convive con ellas. En el resto de los casos es todavía difícil delimitar hasta donde llega el entusiasmo y alta capacidad de búsqueda de refuerzos positivos, de nuevos entornos, como en el caso de Internet, el móvil o las Nuevas Tecnologías.

Con toda seguridad, las adicciones sociales o comportamentales existen, aunque todavía se adolezca de una suficiente delimitación. Queda en este sentido como tarea definir y diferenciar conceptos tales como entusiasmo y apego a nuevas tendencias sociales (como en el caso de las Nuevas Tecnologías), de las compulsiones resultado de patologías pre-existentes. En este sentido, no todo lo que gusta y se repite constantemente tiene que ser una adicción. Así, comportamientos tales como la hipersexualidad, ‘ir de compras’ o los trastornos de la alimentación son frecuentemente comportamientos y sintomatologías resultantes de patologías bipolares, ansiosa, depresiva u obsesivo-compulsiva

Hace falta más investigación en este nuevo entorno dado que, en efecto, algunos comportamientos responden a criterios de adicción; en otras ocasiones nos encontramos con dificultades para extender dichos criterios de las sustancias a los comportamientos. Teniendo en cuenta que el circuito del refuerzo está activado constantemente en la medida en que nuestra vida necesita de gratificaciones o refuerzos positivos, cualquier conducta podría potencialmente llegar a convertirse en adictiva (Beck, Wright, Newmann y Liese, 2010). Echeburúa (Echeburúa *et al.*, 2009) defiende el concepto de adicción social o comportamental en su sentido más amplio, indicando los elementos que definen a una conducta como adictiva:

- La pérdida de control.
- El establecimiento de una relación de dependencia.
- La tolerancia entendida como la necesidad progresiva de mayor tiempo y dedicación.
- Interferencia grave en la vida cotidiana.

Desde este planteamiento, lo que define a una conducta como adictiva no es tanto la frecuencia con que se realiza, sino el tipo de relación que se establece con ella (Echeburúa *et al.*, 2009). Por tanto, la dependencia como la necesidad subjetiva de realizar una conducta y la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito, conforman el núcleo que definiría a una adicción comportamental. Pero es el síndrome de abstinencia el eje de una adicción que, según se indica, se encuentra también en las adicciones sociales también definidas por:

- Impulso intenso para realizar la conducta.
- Tensión creciente, hasta lograr llevar a cabo la conducta con desaparición de la tensión cuando se realiza.
- Regreso con fuerza creciente del impulso, normalmente asociado a la presencia de estímulos internos o externos.
- Condicionamiento secundario a dichos estímulos internos y externos.

Pero hay una diferencia entre el síndrome de abstinencia por sustancia vs. el comportamental (Echeburúa *et al.*, 2010). En el primero el síndrome desaparece de inmediato con el consumo de la sustancia. Por el contrario, en el caso de las dependencias comportamentales, la disminución del desasosiego y ansiedad clásicos del síndrome, requieren de más tiempo, de más conductas.

Desde esta revisión, parece existir evidencia de que podríamos hablar de un comportamiento adictivo social o comportamental, aunque todavía no ha quedado claramente demostrado. Para algunos autores, la línea entre ambos comportamientos es difícil de delimitar: el hecho de que las drogas tengan diferentes efectos físicos sobre el organismo, pero con un mismo resultado adictivo hace pensar que el cerebro acaba igualmente afectado, tanto con un comportamiento como con una sustancia. En ambos casos existiría una neuroadaptación de los circuitos que llevaría al mantenimiento de la conducta (Holden, 2001).

No obstante, ¿cuáles son estos comportamientos?, ¿todo lo que se está llamando adicción responde a los criterios de adicción, o nos encontramos conductas de abuso, simplemente impulsivas?, ¿qué perfil diferencial existe entre las distintas adicciones sociales?. Aunque en este ámbito nos encontramos también con los denominados ‘buenos comportamientos’, es decir, aquellos que no perjudican directamente, como el ‘footing’, los gimnasios, el trabajo o la obsesión por la alimentación sana y equilibrada (Echeburúa *et al.*, 2010), no obstante no vamos a entrar en ellos en la medida en que falta el criterio claro de ‘daño personal o físico’ que caracteriza a una adicción, y por tanto requieren de un análisis más detallado que escapa a los objetivos de este trabajo.

El juego patológico o ludopatía afecta a un 2-3 % de la población, mayoritariamente masculina. Es mucho más fácil fijar un objetivo terapéutico cuando hay sustancias que cuando tratamos con emociones propias del ser humano. Estas emociones, o su necesidad de ellas, es lo que en principio se asocia al comportamiento adictivo. En la base del comportamiento adictivo sin sustancia, se encuentran emociones básicas. Y precisamente son estas emociones las que se ligan a la adicción y hacen difícil un tratamiento (Echeburúa *et al.*, 2010). El ludópata no busca el beneficio económico. En la base de su comportamiento se encuentra la necesidad de la propia emoción vivida. Y es la dependencia a estas emociones lo que le convierte en esclavo, en adicto. La búsqueda de la emoción es esencial, de ahí la necesidad de jugar desde niños, algo que aleja de la rutina, de la disforia.

La ludopatía es más frecuente en hombres que en mujeres y se centra esencialmente en máquinas tragaperras, aunque progresivamente ha ido tomando mayor relevancia el juego on-line, especialmente entre jóvenes. El valor de refuerzo se encuentra en estos casos muy asociado al bajo esfuerzo económico de cada apuesta con la posibilidad de premios o beneficios proporcionalmente importantes.

La APA, a través del DSM-5 como hemos indicado, ha reconocido recientemente el juego o ludopatía dentro de la categoría de adicción, dejando fuera al resto de comportamientos sobre los que todavía se especula, tales como Internet, teléfonos móviles, sexo, la comida o las compras, a los que se hasta el momento se considera ‘Trastornos de los impulsos’. Concretamente, el DSM-5 define a la ludopatía como una conducta persistente y problemática en relación al juego que se caracteriza por una gran incapacidad y ansiedad ante el intento de controlarla. Son necesarias un mínimo de cuatro de las siguientes conductas durante un periodo de al menos 12 meses para el diagnóstico de ludopatía y no parecen asociadas a episodios maníacos:

- Necesidad creciente de jugar con un progresivo incremento de dinero con el fin de lograr bienestar.
- Inquietud e irritabilidad cuando se intenta evitar o detener dicha conducta.
- Repetidos esfuerzos sin éxito en evitar dicha conducta.
- Excesiva preocupación por el juego (pensamientos persistentes, recuerdos de experiencias anteriores, búsqueda de nuevas oportunidades para jugar, medios para lograr dinero y seguir jugando).
- Búsqueda del juego ante sentimientos de desasosiego, tales como la ansiedad, culpabilidad, depresión, indefensión, etc.
- Aun perdiendo dinero, se sigue jugando.
- Se niega la dependencia del juego.
- Se ponen en peligro o se pierden relaciones personales y sociales, trabajos, estudios o carreras profesionales.
- Tener que recurrir a préstamos ante la desesperada situación económica personal producida por el juego.

Básicamente, por tanto, la ludopatía queda definida en términos de:

- Incapacidad de controlar la conducta de juego.
- Preocupación constante por el juego.
- La intolerancia ante la pérdida.
- La despreocupación por las consecuencias personales y sociales.

Hay que indicar que el consumo de alcohol y otras sustancias de abuso tales como marihuana, heroína, etc., corren paralelas frecuentemente a la ludopatía. Al mismo tiempo, comorbilidades como depresión o trastornos afectivos (distimias, manías, hipomanías, ansiedad o hiperactividad) son más frecuentes en mujeres, tal y como se ha indicado. Igualmente parece relevante la existencia de déficits en el control de los impulsos, tales como cleptomanías, piromanías, tricotilomanías. Aunque también se ha encontrado en el juego patologías duales (Gómez García, en Echeburúa *et al.*, 2010).

Se aprecia, por tanto, que el paciente ludópata refleja un paralelismo y comorbilidades con otras sustancias de abuso y trastornos afectivos. O lo que es lo mismo, la ludopatía y, en general, la conducta adictiva no camina sola. Existe una base que seguramente ayuda a explicar el por qué este comportamiento afecta a unos individuos sobre otros.

Un caso especialmente curioso lo encontramos en la ludopatía como efecto secundario de tratamientos basados en agonistas dopaminérgicos, tales como la L-Dopa en el tratamiento del Parkinson. Este hecho, ya mencionado por diversos autores (Voon *et al.*, 2011), pone de manifiesto el papel excitatorio y de fomento de la impulsividad derivado de tratamientos anti-parkinsonianos, o directamente la implicación de dichos agonistas dopaminérgicos en la aparición de la conducta ludópata (Calandrella, Antonini, 2011). En algunos casos se deduce el papel de la dopamina en el desarrollo de conductas adictivas (Dagher, Robbins, 2011) lo que refuerza la teoría de que en la base de la conducta adictiva el sistema dopaminérgico tiene un papel esencial, bien sea como promotor de conductas impulsivas, o como núcleo del circuito del refuerzo positivo. Esto lleva necesariamente a advertir de los riesgos asociados a este tipo de tratamientos y su abuso en determinados pacientes: el control de una disfunción puede inducir una conducta de descontrol impulsivo que antes no existía, tal y como advierten Claassen, Wery, Wildenberg y Ridderinkhof (2011).

Por lo tanto, vemos que la adicción en general, y la ludopatía en particular, van acompañadas de un sustrato o base psicopatológica que propician la aparición de este tipo de conductas. Y en ellas la dopamina, como modulador y determinante bioquímico, juega un papel primordial. En el resto de adicciones sociales o comportamentales, sólo podemos especular sobre la existencia de adicción, y aunque algunos de ellos se encuentran muy próximos a las categorías establecidas, su asociación con otras patologías hace todavía difícil su diferenciación.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Dado que, hasta el momento, sólo tenemos certeza objetiva de adicciones en la campo de las sustancias, y de la ludopatía en el ámbito de los comportamientos, puede ser útil circunscribir el término de adicción sólo a estos casos considerando al resto conductas ‘comportamientos de abuso o impulsivos’ resultado o asociados a otras patologías.

En cuanto a terapéutica, se sabe que la terapia de tipo psicológico es la más efectiva. No sólo produce más adherencia, sino que también ofrece un mejor margen de resultados a medio y largo plazo. Sin embargo, tampoco puede ser el único tratamiento, lo que nos lleva necesariamente a un planteamiento multimodal en el tratamiento de las adicciones.

Tenemos certeza de que en el comportamiento de adicción existe:

- **Una gran activación psicofisiológica**, reflejada en altos niveles de dopamina asociados a la impulsividad que caracteriza el comportamiento adictivo, del *craving* y de la propia ansiedad, excitación o descontrol conductual, especialmente cuando aparecen los estímulos asociados al contexto y a los que ha quedado condicionada la conducta de forma automática (Labrador y Rubio, en Echeburúa *et al.*, 2010).
- **Distorsiones cognitivas y atencionales**, (Martínez-Gras *et al.*, 2012) o patrones distorsionados de pensamiento esencialmente en lo que se refiere la ilusión de control, encubrimiento de las consecuencias, etc. No obstante, no está claro el valor terapéuticamente aislado de este abordaje, lo que lleva, como veremos en adelante, a ser considerado dentro de un plan global de tratamiento.
- **Entornos sociales y familiares afectados**. Aunque todavía no se conoce con certeza en que medida el deterioro social y familiar es causa o consecuencia, sí parece tomar fuerza la idea que de en el comportamiento adictivo existe en entorno sistémico que no podemos ignorar y que puede orientar una parte muy importante del abordaje (Garrido, Jaen Domínguez, 2004). Sea como sea, el adicto necesita de un soporte social, de alternativas de distracción, de ocio así como de apoyo y entendimiento del problema desde lo sistémico social y familiar.
- **Patologías asociadas**. Se ha mencionado que es raro que la adicción constituya un comportamiento aislado dentro del repertorio de conductas. Nos encontramos frecuentemente con problemática afectiva. Aquí tiene sentido el tratamiento farmacológico que, como veremos más adelante, es una ayuda dentro de un contexto terapéutico amplio.

Todo ello debemos necesariamente tenerlo en cuenta en el momento de una planificación terapéutica, que como ya hemos indicado, debe incluir varios abordajes.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

En general, hay que tener en cuenta todos estos factores tanto en una evaluación previa, en donde se consideren las variables personales y sociales, como en una programación terapéutica posterior. Al mismo tiempo, y si existe un consumo paralelo de sustancias, la evaluación debe conllevar un análisis de la posible afectación de la memoria, de la atención o del propio comportamiento ejecutivo. Por lo tanto, inicialmente es esencial delimitar los siguientes aspectos:

Si estamos ante una adicción o ante una conducta de abuso: ya hemos visto que los objetivos terapéuticos son distintos. En la conducta de abuso puede llegar a alcanzarse un consumo razonable, mientras que si existe adicción, apenas tenemos otro camino que la detención definitiva del consumo así como la aceptación permanente de la propia vulnerabilidad de por vida a la recaída. Aquí puede existir alguna excepción aislada, como en el caso de la ludopatía, en donde el juego forma parte de nuestra vida cotidiana y no siempre se podrá evitar (ej., lotería, concursos, juegos de cartas, etc.).

Dada la natural tendencia del paciente a negar la realidad, suele ser difícil determinar si nos encontramos con abuso y cuando existe una conducta adictiva. No toda conducta de abuso es una adicción. Por ello es necesario determinar si existe abstinencia, pérdida de control en una escala de consumo progresivo, grave interferencia en la vida cotidiana, y si el consumo o conducta se llevan a cabo para obtener una gratificación o, por el contrario, para evitar sentimientos o estados de ánimo disfóricos.

- **Valorar si nos encontramos con un paciente con altos rasgos de impulsividad, de búsqueda de sensaciones o novedades.** Ya hemos indicado que estos, entre otros, son indicadores de vulnerabilidad a la adicción y pueden igualmente encontrarse entre pacientes con adicciones. Son útiles en la evaluación de la impulsividad y búsqueda de sensaciones las escalas de Zuckerman, o Barrat (véase Patton, Stanford y Barrat, 1995; Cándido, Orduña, Perales, Verdejo-García y Billieux, 2012; Pérez y Torrubia, 1986; Aluja y Blanch, 2007).
- **Existencia de patologías asociadas.** Es fundamental de cara al tratamiento valorar la existencia de patologías asociadas en donde encontraremos rasgos de impulsividad y descontrol conductual. La existencia de dichos rasgos puede estar asociada (Patologías duales) o ser resultado de otras patologías tales como el Trastorno de Personalidad Antisocial, el Trastorno Límite de Personalidad, Trastornos Bipolares, TDHA, o con conductas específicas como la cleptomanía o piromanía, como ya se ha indicado. En este último caso, la adicción convive o está inmersa dentro de estados patológicos más amplios. En el caso de patologías duales, es habitual que la conducta adictiva se asocie con cuadros depresivos o de ansiedad, entre otros. Sin embargo, en el caso del Trastorno de Personalidad Antisocial, el Trastorno Límite de Personalidad, Trastornos Bipolares o del TDHA, el marco terapéutico es distinto en la medida en que el comportamiento adictivo es un síntoma entre otros de un cuadro patológico más amplio, lo cual afecta al abordaje terapéutico.
- **Valoración de tratamientos farmacológicos.** Ya hemos visto que algunos tratamientos anti-parkinsonianos basados en agonistas dopaminérgicos, tales como la L-Dopa en el tratamiento del Parkinson y su estimulación de dopamina, o anti-depresivos en donde existe inhibición de la recaptación de serotonina, pueden fomentar conductas de impulsividad y descontrol que favorecen el abuso de ciertas conductas tales como la ludopatía o el alcohol. En este caso, la

conducta de abuso sería resultado o efecto secundario del tratamiento farmacológico. Aquí no podríamos hablar de adicción *sensu stricto*, dado que con la regulación de la medicación suelen desaparecer dichas conductas.

- **Antecedentes y entorno familiar.** Es útil y necesario evaluar el historial y actual dinámica familiar. Cuando estamos ante una adicción suele ser frecuente encontrar antecedentes familiares en una o dos generaciones. Esto habla en favor del sentido sistémico que las adicciones habitualmente conllevan en los entornos familiares, lo que permite una mejor planificación terapéutica posterior. Igualmente, el análisis de la actual dinámica y estructura familiar resulta esencial y suele dar sentido y oportunidades de cambio. Por ello, como veremos más adelante, la familia siempre debe estar involucrada en el proceso terapéutico.

Por todo ello, a la hora de establecer objetivos terapéuticos, resulta esencial la consideración de los datos derivados de esta entrevista y evaluación clínica, en donde podemos valorar personalidad, familia, entorno social, patologías asociadas, existencia de otras conductas adictivas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Esencialmente, y a través de técnicas de neuroimagen, se ha podido observar una gran parte del sustrato biológico en el que se apoya la conducta de adicción. Ya hemos hablado del papel de la dopamina, pero tal y como indica Bombín Mínguez (en Echeburúa *et al.*, 2010) existen una serie de hipótesis que reafirman la idea de que el tratamiento farmacológico pudiera ser útil en algún momento, teniendo en cuenta distintos mecanismos intervinientes:

- Hipótesis dopaminérgica, ya explicada.
- Hipótesis serotoninérgica, en donde se enfatiza igualmente el papel de la serotonina tanto como activador como regulador de la conducta adictiva.
- Hipótesis noradrenérgica, de la misma forma referido al papel de la noradrenalina en la ludopatía.

Sobre esta base cabe la necesidad de plantearse objetivos terapéuticos desde la perspectiva farmacológica, tales como el control del impulso patológico o *craving*, las patologías asociadas o duales, y comorbilidades. Así, en el control del impulso patológico o *craving* pueden utilizarse neurolépticos y antidepresivos con acción dopaminérgica, serotoninérgica, noradrenérgica, opioide (naltrexona) y/o moduladores del afecto (tales como antiepilépticos, estabilizadores o benzodiacepinas). En el caso de la patología asociada o comorbilidad, el tratamiento se encuentra en función del tipo y perfil de dicha sintomatología. La terapéutica en este caso es la convencional y transcurre desde los antidepresivos, neurolépticos, hipnóticos, ansiolíticos o estabilizadores.

No obstante, dentro un enfoque multimodal terapéutico, el tratamiento farmacológico tiene utilidad esporádica en la *contención del impulso* o *craving*, siendo los antagonistas opioides una alternativa sólida en este sentido. Fuera de esta indicación, nos encontramos con patologías que necesitan de un tratamiento estándar no diferenciado.

Por lo tanto, si en algo puede tener utilidad el abordaje farmacológico, es en el control del *craving* o del impulso incontenible, dado que el control y el autocontrol son básicos en el tratamiento de comportamientos adictivos.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Es inevitable que el tratamiento de la adicción sea múltiple o tenga abordajes diversos. Ya hemos visto la multiplicidad de factores que indican y rodean el trastorno, lo que necesariamente implica un punto de vista amplio heterogéneo en función de los objetivos que se plantean, las comorbilidades asociadas, vulnerabilidad o entornos sociales y familiares.

También se ha comentado en el apartado anterior que el abordaje farmacológico debería ser de apoyo y centrado en el control de la impulsividad derivada del *craving*. Por lo tanto, y precedido por una entrevista motivacional a fin de involucrar al paciente en la motivación de cambio, el programa de intervención se basa en los siguientes objetivos terapéuticos: Motivación para el cambio, y colaboración mediante la entrevista motivacional de Prochaska y DiClemente (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992), también compilada y descrita por Miller y Rollnick (1999).

Dada la habitual conducta de negación del adicto de su problema y, por tanto, su escasa motivación inicial al cambio, es adecuado iniciar el tratamiento con esta 'entrevista motivacional'. Como es bien sabido, es un tipo de entrevista que busca explorar y resolver contradicciones sobre conductas o hábitos perjudiciales, al tiempo que trata de aumentar la conciencia de los riesgos de salud y la propia capacidad para hacer algo al respecto. Ayuda a que el paciente sea más consciente de su situación y deseos, facilita el cambio en el contexto del resto de tratamientos terapéuticos. La idea es lograr que el paciente sea consciente, que acepte que existe una situación problemática y colabore en un programa de intervención. Es cierto que en las adicciones la información, objetivación de la situación al paciente, forman parte de su proceso motivacional y de cambio.

La técnica motivacional se basa principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores. Intenta estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando sus puntos de vista y su libertad de escoger. No es posible motivar si no ve el beneficio. No se empieza un cambio si no tiene claro que se podrá con él, siendo muy subjetiva la percepción de la magnitud de esta tarea. La entrevista motivacional implica:

- a) **Expresión de empatía**, un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones. La empatía es la espina dorsal de la Entrevista Motivacional ante el dolor que prevé el paciente por el cambio.
- b) **El desarrollo de la discrepancia**, o lograr que el paciente reconozca donde se encuentra y donde querría estar. Interesa aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual adictiva y los valores importantes de su vida. Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda o conflicto es el motor del cambio. Es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.
- c) **Evitar argumentar y discutir con el paciente** sobre la conveniencia o utilidad de un cambio dado que genera resistencias. Los argumentos directos y los intentos de convencer tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes. Dicha oposición se llama ‘reactancia psicológica’ y surge con frecuencia cuando se tiene la percepción de que su sensación de libertad se ve coartada.
- d) **Trabajar las resistencias**, evitando actitudes que pueden facilitarlas al tratar de imponer cambios.
- e) **Fomentar el sentido de autoeficacia**, creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla.

Abajo se representan las etapas o pasos dentro de este modelo de entrevista:



Figura 5. Motivación y cambio. (Prochaska, J.O, y Velicer, W.F, 1997)

En suma, este es el punto de partida, el inicio del programa de intervención posterior. No podemos iniciar ningún abordaje si el paciente no siente que tiene algo que cambiar, que tiene un problema y que se encuentra motivado para el cambio. Desde aquí logramos un nivel de motivación y, por lo tanto, de compromiso donde es fundamental la creación de un sólido vínculo con el terapeuta, dentro de un clima de aceptación incondicional.

- **Control del *craving*.** En este sentido, proponemos la utilización de técnicas de hipnosis y autohipnosis (García García, 2001), realmente útiles como medios de condicionamiento en la relajación, desensibilización y control estimular. El EMDR y estimulación bilateral son otra alternativa sólida, concretamente mediante el protocolo específico DeTUR, en la desensibilización tanto de los factores desencadenantes como contextuales (Popky, 2005). Adicionalmente, en esta fase también puede pensarse en la utilización y apoyo de la farmacología.
- **Control estimular.** Desde aquí, al paciente se le motiva a la evitación de los estímulos asociados a las conductas adictivas. En una segunda fase puede haber una progresiva exposición a dichos estímulos con el debido control como en el caso de la ludopatía.
Bien sea con la ayuda de técnicas de sugestión hipnótica, EMDR o de otro tipo, en este apartado nos encontramos con dos fases de exposición estimular:

- a) **Tratamiento de choque,** con un aprendizaje en respuestas de afrontamiento ante situaciones o estímulos de riesgo. En el caso de la ludopatía, según indica Echeburúa (Echeburúa *et al.*, 2010), a medida que avanza el tratamiento, el control de estímulos tiene que ser menos estricto, a fin de pasar a la siguiente etapa que se apoya en la convivencia progresiva y exposición a los estímulos inicialmente evitados. En el caso de las sustancias, podríamos mantenernos en una evitación constante del contexto o entorno estimular, siempre que fuese posible.
- b) **Exposición a estímulos.** Realmente, en el primer paso indicado lo que logramos es una evitación permanente del riesgo. Pero, sin embargo, el sujeto puede tener que convivir con estimulaciones relacionadas con sustancias o comportamientos. Por ello, tiene sentido esta segunda fase del proceso de exposición una progresiva exposición programada estimular vigilando siempre las respuestas de ansiedad o impulsos.

- **Reestructuración cognitiva,** con la idea, de junto a los éxitos logrados en el apartado anterior en el autocontrol a nivel conductual en evitación y convivencia estimular, generar un estilo de pensamiento basado en la confianza y fortaleza personal (Beck *et al.*, 2010).

La terapia cognitivo conductual permite adecuar y armonizar creencias, pensamientos y acciones. En general, se trata de un programa de mantenimiento que una vez identificadas las situaciones y establecido un control y progresiva exposición estimular, proporciona seguridad, control personal y capacidades de afrontamiento mediante la corrección de creencias o distorsiones cognitivas sobre la propia capacidad de control de la conducta. Concretamente, si seguimos las instrucciones de Beck (Beck *et al.*, 2010), el objetivo de esta estrategia se basaría en estimular al paciente a identificar

la relación entre sus necesidades, pensamientos, conductas y emociones. Este ‘insight’ cognitivo puede ayudarle de forma importante en la consecución de habilidades de afrontamiento, seguridad de control y confianza.

Una parte complementaria de la TCC, como ya hemos indicado antes, responde a la necesidad de proporcionar información al paciente sobre su proceso adictivo, de los mecanismos que lo gobiernan. Es decir, información completa y objetiva de la conducta de adicción. Se sabe que la exposición a la realidad objetiva ayuda en la modificación de los pensamientos, de las creencias y, por lo tanto, en el fortalecimiento de una actitud más motivada hacia el cambio. En este sentido, son útiles los grupos de adictos que, al tiempo que reciben información, encuentran satisfacción en el propio apoyo grupal. Es lo que se llaman ‘grupos informativos’, distintos a los que nos encontramos como propiamente psicoterapéuticos. Habitualmente existen en las unidades de desintoxicación de los hospitales, en los CAID, asociaciones de alcohólicos o de otro tipo de adicción o en las clínicas de desintoxicación.

- **Desarrollo de estrategias de afrontamiento.** No sólo hay que liberar al paciente del yugo de la adicción, sino que también hay que proveerle de una serie de habilidades y estrategias de afrontamiento adecuados a las situaciones estresantes, difíciles en relación a lo que tiene que ver con su conducta.
- **Psicoterapia personal, social y familiar.** Ya hemos visto que la adicción no camina sola, los entornos sociales y familiares están afectados, siendo la perspectiva sistémica muy relevante en este sentido (Garrido *et al.*, 2004). Aquí es importante la consideración de los factores de vulnerabilidad antes indicados, en donde aspectos como lo afectivo, las experiencias pasadas, el entorno global, juegan un papel sumamente relevante.

Además del programa control estimular, desensibilización a situaciones o estímulos, control del *craving* y reestructuración cognitiva de cara a la evitación de las recaídas, así como al fortalecimiento de la capacidad percibida de autocontrol, también conviene trabajar:

- **Características e históricos personales.** En donde podemos buscar los patrones en donde, o bien subyace la conducta adictiva, o bien su relación o paralelismo con otros estados de tipo afectivo. Generalmente, es importante la consideración en este tipo de terapia de lo afectivo (carencias vividas, inseguridades personales, sociales o familiares).
- **Características familiares y del entorno.** La consideración del entorno en general, y de la familia en particular, es fundamental desde una perspectiva sistémica. Especialmente la familia tiene una relevancia fundamental en la medida en que ayuda a entender y explicar muchos comportamientos integrados en un entorno global sistémico (Garrido *et al.*, 2004).

Por todo ello, conviene una aproximación psicoterapéutica con diversas posibilidades, según el caso:

- **Terapia individual**, ya indicada.
- **Terapia grupal informativa** con colectivos de adictos con el fin de ayudar en el proceso de apoyo, entendimiento e integración social. Aquí, el objetivo es la información y apoyo en la contención de las recaídas.
- **Terapia familiar o de pareja**. En la medida en que las conductas no aparecen aisladas de un sistema. Este planteamiento resulta de utilidad en la medida en que además permite el abordaje conjunto de patologías duales o comorbilidades asociadas permeables a los tratamientos psicoterapéuticos.

Es importante señalar que una psicoterapia individual aislada del resto de los componentes indicados no suele ser efectiva. El contacto y toma de conciencia con el origen de la conducta adictiva no suele conllevar siempre una remisión de la misma. Ya hemos visto las implicaciones neurobiológicas de conformación fenotípica, contextuales, de descontrol impulsivo, etc., además de las personales y sociales asociadas a la adicción. El comportamiento adictivo, como se ha explicado, es un tipo de respuesta condicionada incontrolada que trasciende su propio origen y que necesita de un abordaje multimodal.

No hay que olvidar, dentro del contexto de intervención social, el lado o función asistencial. Aunque no es labor puramente de intervención psicológica, es habitual que el adicto haya roto o producido graves deterioros en sus relaciones sociales, familiares, económicas o profesionales. La adicción se extiende habitualmente a todas las áreas de la vida del paciente dado el frecuente deterioro personal, social, económico y familiar resultante. El seguimiento periódico es importante por la habitual caída y recaída. La adicción no se resuelve sólo con el tratamiento, sino que requiere de un seguimiento periódico constante. En principio, podría hacer falta un seguimiento semanal, o de incluso menos días, a fin de comprobar la consolidación de las conductas, seguir trabajando en el control estimular, así como en la desensibilización y *craving*. También será necesario retomar el tratamiento con las caídas y recaídas, sumamente frecuentes, hasta lograr en el tiempo una progresiva estabilización de la conducta.

Es importante señalar lo necesario, dentro de lo social, del apoyo asistencial, mediante asistencia social y de ayuda, en donde el gasto económico condiciona un alto trastorno en todas sus esferas de vida. Hay que tener en cuenta que el adicto también puede estar afectado a nivel neurocognitivo por lesiones derivadas del simultáneo abuso de sustancias, lo que hace más relevante este tipo de ayuda.

CONCLUSIONES

Podemos concluir el presente trabajo indicando que una adicción es un tipo de comportamiento complejo que no todos los pacientes desarrollan, aunque encontremos conductas de abuso frecuente, especialmente tras acontecimientos vitales estresantes, entre otros motivos. Parece evidente que en la base de la adicción existen factores de vulnerabilidad, tales como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones o de emociones fuertes, tipos de personalidad, patologías asociadas o entornos específicos. También se ha observado que determinados tratamientos farmacológicos, tales como algunos antidepresivos o anti-parkinsonianos, pueden fomentar temporalmente un comportamiento adictivo en la medida en que impiden la recaptación de serotonina o estimulan la dopamina.

A la adicción se tarda en llegar, pero una vez que se instaura resulta irreversible, aunque haya desaparecido la conducta específica de consumo. Por lo tanto, a nivel terapéutico solo podemos esperar la contención definitiva de dicha conducta, no existiendo ya la posibilidad de un consumo razonable. Algo que no sucede con la conducta de abuso, en donde no existe sintomatología propia de la abstinencia. Sin embargo, es evidente que a una conducta adictiva se llega mediante una prolongada conducta de abuso. Y aquí entran en juego factores de vulnerabilidad, tales como la personalidad impulsiva, buscadora insaciable de nuevas sensaciones, la propia existencia de otras patologías en donde la impulsividad es uno de sus ejes, factores de personalidad, familiares y sociales. Igualmente el conocimiento de los factores de vulnerabilidad resultan de importancia esencial como medio preventivo, especialmente en la adolescencia en donde todavía existe una menor maduración córtico-frontal.

Si algo tenemos que tener claro a la hora de valorar y diferenciar una conducta de abuso de una conducta adictiva, es la existencia o no de gratificación o refuerzo tras el consumo. El paciente que abusa, siente gratificación, satisfacción, refuerzo positivo. Por el contrario, un paciente adicto busca el consumo como medio de disminuir la disforia resultado de la ausencia de consumo. Por lo tanto, esto tiene importantes implicaciones terapéuticas, no sólo en cuanto a abordaje, sino también en relación a los objetivos terapéuticos planteados.

¿Qué podemos decir de las adicciones comportamentales?. Aunque se sospecha con cierta solidez que existen y son variadas, hasta el momento sólo se ha reconocido la ludopatía. Hay evidencias de que la telefonía móvil, Internet o las Nuevas Tecnologías podrían cumplir también los criterios de adicción, pero, hasta el momento, no han sido reconocidas como tales. En este sentido, se sabe la que ludopatía responde a los mismos criterios sintomatológicos, neurobiológicos y conductuales que las adicciones con sustancias. Aquí no existe daño físico, pero si personal, psicológico y familiar.

En cuanto a la terapéutica, como aquí se indica, debería ser multimodal. No suele funcionar exclusivamente una psicoterapia individual que busque el origen de la conducta adictiva. Aunque este aspecto resulta esencial, la adicción acaba siendo un círculo cerrado de condicionamientos que va más allá de sus orígenes, en donde el contexto y los estímulos tienen en sí mismos una potente fuerza elicitoria de la conducta. Esto hace necesario, además del trabajo de motivación inicial básico para el cambio, que trabajemos el control del *craving* y la capacidad de autocontrol estimular mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento, sin olvidar los entornos familiares y sociales. Por tanto, además de los diversos abordajes en terapia individual, se necesita igualmente la terapia grupal con otros pacientes, así como familiar. El seguimiento es básico en la medida en que son habituales, y no han de desanimar al terapeuta ni a familiares, las recaídas iniciales. El paciente y terapeuta deben saber que las recaídas forman parte del proceso terapéutico y son una excelente oportunidad de reforzar la motivación para el cambio.

Finalmente el seguimiento es esencial. Resultan muy útiles en esta fase los grupos informativos que proporcionan muchas unidades hospitalarias, asociaciones o CAID's. Existe evidencia que la información, el recuerdo constante que proporcionan dichos grupos, son un importante freno a la recaída.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aluja A. y Blanch A. (2007). Comparison of impulsiveness, venturesomeness and empathy (I7) structure in English and Spanish samples: Analysis of different structural equation models. *Personality and Individual Differences*. (43). 2294-2305.
- Bech A., Wright F., Newmann C.F. y Liese B. (2010). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Belin D., Mar A.C., Dalley J.W., Robbins TW. y Everitt B.J. (2008). High Impulsivity Predicts the Switch to Compulsive Cocaine-Taking. *Science*. (320). 1352-1354.
- Calandrella A. y Antonini A. (2011) Pathological gambling in Parkinson's disease: disease-related or drug related. *Ed. Expert Reviews Ltd ISSN*. 1473-7175.
- Candido A., Orduña E., Perales J.C., Verdejo-García A. y Billieux J. (2012). Validation of a short Spanish versión of the UPPS-P Impulsive behaviour scale. *Trastornos Adictivos*. (14). 73-78.
- Classen D., Wery P.M., Wildenberg V. y Ridderinkhof F. (2011). The Risky Business of Dopamine Agonists in Parkinson Disease and Impulse Control Disorders. *Behavioral Neuroscience, American Psychological Association*, Vol. 125, No. 4. 492-500.
- Daughter A. y Robbins T. (2011). Personality, Addiction, Dopamine: Insights from Parkinson's Disease. *Neuron Review* (61). 502-510.
- De Sola J., Rubio G. y Rodríguez de Fonseca F. (2013). La impulsividad: Antesala de las adicciones comportamentales?. *Health and Addictions*. Vol. 13, No.2, 145-155.
- Dingemans N.J. y Reale D. (2005). Natural selection and animal personality. *Behaviour*. 142. 1165-1190
- Echeburúa E., Labrador F.J. y Becoña E. (2009). Adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes. *Pirámide. Madrid*.
- Echeburúa E., Becoña E. y Labrador F.J. (2010). El juego patológico. *Ed. Pirámide. Madrid*.
- Evenden, J.L. (1999). Varieties of Impulsivity. *Psychopharmacology*. (146). 348-361.
- García García, L. (2001). *Hipnosis. Fundamentos Científicos y Aplicaciones* (Tomo III). Asociación Española de Hipnosis. Madrid.
- Garrido M., Jaen P. y Domínguez A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Hogart L. (2011). The role of impulsivity in the aetiology of drug dependence: reward sensitivity versus automaticity. *Psychopharmacology*. (215). 567-580.
- Holden C. (2001). Behavioral Addictions: Do they exist?. *Science*. Vol. 294 no. 5544 980-982.
- Koob G.F. (2011). Neurobiology of Addiction. *Focus*. (9). 55-65.
- Koob G.F. y Le Moal M. (2001). Drug Addiction, Dysregulation of Reward and Allostasis. *Neuropsychopharmacology*. (24). 97-129.
- Koob G.F. y Volkow N.D. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*. (35). 217-238.

- Martínez-Gras I., Jurado R., Iribarren M., Marin M., Ponce G. y Rubio G. (2012). *Adicciones sociales: ¿son distintas de las adicciones a drogas?*. Presentación interna 12 de Octubre. Instituto de Investigación. Hospital 12 de Octubre. Madrid.
- Michalczuk R., Bowden-Jones H., Verdejo-García A. y Clarck L. (2011). Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: A preliminary report. *Psychological Medicine*. (41). 2625-2635.
- Miller W.R. y Rollnick S. (1999). *La entrevista motivacional*. Paidós. Barcelona.
- Moeller F., Barrat E., Dougherty D.M., Schmitz J.M. y Swann A.C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*. (158). 1783-1793.
- Myrseth H., Tverá R., Hagatun S. y Lindgren C. (2012). A comparison of impulsivity and sensation seeking in pathological gamblers and skydivers. *Scandinavian Journal of Psychology*. (53). 340-346.
- Papachristou H., Nederkoorn C., Havermans R., Van Der Horst M. y Hansen A. (2012). Can't stop the craving: The effect of impulsivity on cue-elicited craving for alcohol in heavy and light social drinkers. *Psychopharmacology*. (219). 511-518.
- Patton J.H., Stanford M.S. y Barrat ES. (1995). Factor structure of the Barrat impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*. (51). 768-774.
- Pérez J. y Torrubia R. (1986). Fiabilidad y Validez de la versión española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V). *Revista Latinoamericana de Psicología*. (18). 7-22.
- Popky, A.J. (2005). DeTUR, an Urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors. En Shapiro (Ed.) *EMDR Solutions: Pathways to healing*. (167-188). New York. W.W. Norton.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 47. 1102-1114.
- Prochaska, J.O. y Velicer, WF. (1997). The transtheoretical model of health Behavior change. *American Journal Health Promotion*. 12 (1). 38-48.
- Robinson A.J. y Nestler E.J. (2012). Transcriptional and Epigenetic Mechanisms of Addiction. *Nature Reviews Neuroscience*. (12). 623-637.
- Sussman S. y Sussman A.N. (2011). Considering the definition of Addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. (8). 4025-4038.
- Verdejo-García A., Lawrence A.J. y Clarck L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. (32). 777-810.
- Verdura E.J., Ponce G. y Rubio G. (2011). Adicciones sin sustancia: juego patológico, adicción a nuevas tecnologías, adicción al sexo. *Medicine*. (10). 2-8.
- West R. (2011). Models of Addiction. *Report for EMCDDA*. University College of London. London.
- Volkow N.D., Wang G.J., Fowler J.S., Tomasi D. y Telang F. (2011). Addiccion: Beyond dopamine reward circuitry. *P Proc Natl Acad Sci U S A*. (37):15037-42.

- Voon V., Gao G., Brezing C., Symmonds M., Ekenayake V., Fernández H., Dolan R.J. y Hallet M. (2011). Dopamine agonists and risk: impulse control disorders in Parkinson's disease. *Brain*.134; 1438–1446 | 1438.
- Zuckerman M., Bone R., Neary R., Mangelsdorff D. y Brustman B. (1972). What is the sensation seeker? Personality trait and experience correlates of the sensation seeking scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (39). 308-321.
- Zuckerman M., Kuhlman D., Joireman J., Teta P. y Kraft M (1993). A comparison of the three structural models for personality: the big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology*. (65). 747-768.