

EL RETO DE LAS NUEVAS ADICCIONES: OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y VÍAS DE INTERVENCIÓN

Enrique Echeburúa¹, Paz de Corral¹ y Pedro J. Amor²

¹ *Universidad del País Vasco, San Sebastián;* ² *UNED (España)*

Resumen

En este artículo se señalan los principales retos de futuro en el tratamiento de las adicciones sin drogas. Es urgente el desarrollo de estrategias de motivación para el tratamiento. Excepto en el caso del juego patológico, el objetivo terapéutico es el control responsable de la conducta adictiva. La terapia de elección parece ser el control de estímulos y la exposición, seguida por una intervención cognitivo-conductual en prevención de recaídas. Se comentan las implicaciones de esta revisión para la práctica clínica y para las investigaciones futuras en este campo.

PALABRAS CLAVE: *Adicciones sin drogas, motivación para el tratamiento, objetivo terapéutico, terapia cognitivo-conductual.*

Abstract

This paper deals with the new developments in the treatment for non-chemical addictions. Motivational enhancement strategies are necessary in these disorders. Except in the case of pathological gambling, responsible control of addictive behavior is the therapeutic aim. The choice treatment appears to be stimulus control and *in vivo* exposure with response prevention, followed by a cognitive-behavioral intervention in relapse prevention. The relevance of this review for clinical practice and future research in this field are commented upon.

KEY WORDS: *Behavioral (non-chemical) addictions, motivational enhancement strategies, therapeutic aim, cognitive-behavioral therapy.*

Introducción

Durante muchos años la noción de *adicción* ha sido sinónima de *adicción a las drogas*. Sin embargo, si los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la falta de control y la dependencia, las adicciones no pueden limitarse a

¹ *Correspondencia:* Enrique Echeburúa, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Avda. de Tolosa, 70, 20018 San Sebastián (España). E-mail: enrique.echeburua@ehu.es

las conductas generadas por sustancias químicas, como los opiáceos, la cocaína, la nicotina o el alcohol. De hecho, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas (Echeburúa y Corral, 1994; Mellody, 1997).

En realidad, cualquier actividad normal percibida como placentera es susceptible de convertirse en una conducta adictiva. Lo que define a esta última es que el paciente pierde el control cuando desarrolla una actividad determinada y que continúa con ella a pesar de las consecuencias negativas de todo tipo, así como que adquiere una dependencia cada vez mayor de esa conducta. De este modo, el comportamiento está desencadenado por una emoción que puede oscilar desde un deseo intenso hasta una auténtica obsesión y que es capaz de generar síndrome de abstinencia si se deja de practicarlo. Por ello, el sujeto, ofuscado por el objeto de su adicción, llega a perder interés por otro tipo de conductas que anteriormente le resultaban gratificantes (De la Gándara, 1996).

Asimismo todas las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos —el aspecto placentero de la conducta en sí—, pero terminan por ser controladas por reforzadores negativos —el alivio de la tensión emocional, especialmente— (Echeburúa, 1999; Marks, 1990). En otras palabras, una persona normal consume alcohol, juega a las máquinas tragaperras, habla por el móvil o va de compras por el placer de la conducta en sí misma; una persona adicta, por el contrario, lo hace buscando el alivio del malestar emocional (aburrimiento, soledad, ira, nerviosismo, etc.).

En suma, de conductas *normales* —incluso saludables— se pueden hacer usos *anormales* en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero o de tiempo invertida. Es decir, una adicción sin droga es toda aquella conducta repetitiva que resulta placentera, al menos en las primeras fases, y que genera una pérdida de control en el sujeto (más por el tipo de relación establecida por la persona que por la conducta en sí misma), con una interferencia grave en su vida cotidiana, a nivel familiar, laboral o social (Fairburn, 1998).

No obstante, las adicciones psicológicas se diferencian en algunos aspectos de las adicciones químicas. Desde una perspectiva psicopatológica, las adicciones químicas múltiples al tabaco, al alcohol, a los ansiolíticos, a la cocaína, etc., es decir, las politoxicomanías, son relativamente habituales. No es frecuente, por el contrario, encontrarse con pacientes aquejados de adicciones psicológicas múltiples, como, por ejemplo, juego patológico, hipersexualidad y adicción a los móviles. Lo que sí es más habitual es la combinación de una adicción psicológica con otra u otras químicas. Así, por ejemplo, el juego patológico se asocia principalmente con el tabaquismo y el consumo abusivo de alcohol. Y la adicción al trabajo, por poner otro ejemplo, aparece íntimamente ligada con el abuso de drogas dirigidas a neutralizar el agotamiento ocupacional (cocaína y estimulantes, principalmente).

Tipos de adicciones sin drogas

La definición de adicción sin droga presentada en el apartado anterior impide, en sentido estricto, establecer una clasificación cerrada de este tipo de adicciones. Sin embargo, a un nivel clínico, ciertas conductas como el juego patológico, la hipersexualidad, la comida descontrolada, la dependencia de las compras, el ejercicio físico irracional, el abuso de Internet, la dependencia del móvil, el trabajo excesivo, etc., pueden considerarse como adicciones. Los síntomas observados en estas conductas son básicamente similares a los generados por las drogodependencias. Estar enganchado a la red, por ejemplo, puede actuar como un estimulante que produce cambios fisiológicos en el cerebro. Para algunas personas el abuso de Internet es tal que su privación puede causarles síntomas de abstinencia, como, por ejemplo, un humor depresivo, irritabilidad, inquietud psicomotriz, deterioro en la concentración y trastornos del sueño. En la tabla 1 se presenta, a modo tentativo, una posible clasificación de este tipo de adicciones (Alonso-Fernández, 1996; Echeburúa, 1999).

Tabla 1
Clasificación de las adicciones

TIPOS	VARIANTES MÁS COMUNES
<i>Psicológicas</i>	Juego patológico Adicción al sexo Adicción a las compras Adicción a la comida Adicción al trabajo Adicción al ejercicio físico Adicción al móvil Adicción a Internet
<i>Químicas</i>	Opiáceos Alcoholismo Cocaína/anfetaminas Alucinógenos Otras drogas (cannabis, drogas de síntesis) Tabaquismo

En todas ellas el aspecto definitorio fundamental no es tanto la frecuencia con que se realizan —que, por otra parte, es habitualmente alta—, sino la pérdida de control por parte del sujeto y el establecimiento de una relación de dependencia. Estas dos características son fundamentales ya que, por una parte, permiten discriminar la presencia de una adicción sin drogas de la mera frecuencia elevada de un comportamiento determinado y, por otra, impiden caer en el error de psicopatologizar la vida cotidiana. Ello permite distinguir, por ejemplo, la adicción a las compras del consumismo típico de la sociedad actual (Rodríguez, Otero y Rodríguez, 2001),

el juego patológico de la mera afición a jugar (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) o la adicción al trabajo del entusiasmo y satisfacción por el desempeño profesional (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998; Sender, 1997).

Vulnerabilidad psicológica a las adicciones sin drogas

El ser humano necesita alcanzar un nivel de satisfacción global en la vida. Normalmente, éste se obtiene repartido en diversas actividades: la familia, el trabajo, la pareja, la comida, las aficiones, el deporte, etc. Según señala Bertrand Russell en *La conquista de la felicidad*, un mayor número de aficiones e intereses de una persona está en relación directa con una mayor probabilidad de ser feliz. De este modo, las carencias en una dimensión pueden compensarse, en cierto modo, con las satisfacciones obtenidas en otras (Echeburúa, 1999).

Por el contrario, si una persona es incapaz de diversificar sus intereses o se siente especialmente frustrada en una o varias de estas facetas, puede entonces centrar su atención en una sola. El riesgo de adicción en estas circunstancias es alto. De este modo, la adicción constituye una afición patológica que, al causar dependencia, restringe la libertad del ser humano (Alonso-Fernández, 1996).

En algunos casos hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones: la impulsividad; la disforia (estado anormal del ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable y que se caracteriza por oscilaciones frecuentes del humor); la intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga, etc.) como psíquicos (disgustos, preocupaciones, responsabilidades, etc.); y la búsqueda exagerada de sensaciones nuevas. Hay veces, sin embargo, en que en la adicción subyace un problema de personalidad —de baja autoestima, por ejemplo— o un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas.

Otras veces se trata de personas que carecen de un afecto consistente y que intentan llenar esa carencia con sustancias químicas (drogas, alcohol o tabaco) o con conductas sin sustancias (compras, juego, Internet o trabajo). Lo que falta a

Tabla 2
Factores psicológicos de predisposición

<i>Variables de personalidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Impulsividad — Búsqueda de sensaciones — Autoestima baja — Intolerancia a los estímulos displacenteros — Estilo de afrontamiento inadecuado de las dificultades
<i>Vulnerabilidad emocional</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Estado de ánimo disfórico — Carencia de afecto — Cohesión familiar débil — Pobreza de relaciones sociales

estas personas es el cariño, que llena de sentido nuestra vida y contribuye de forma decisiva a nuestro equilibrio psicológico (véase tabla 2).

En resumen, un sujeto con una personalidad vulnerable, con unos recursos psicológicos defectuosos, con una cohesión familiar débil y con unas relaciones sociales pobres corre un gran riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas inmediatas, tiene el objeto de la adicción a mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a circunstancias de estrés (fracaso escolar, frustraciones afectivas, competitividad, etc.) o de vacío existencial (inactividad, aislamiento social, falta de objetivos, etc.). El esquema del inicio y mantenimiento de las adicciones psicológicas se describe en la figura 1.

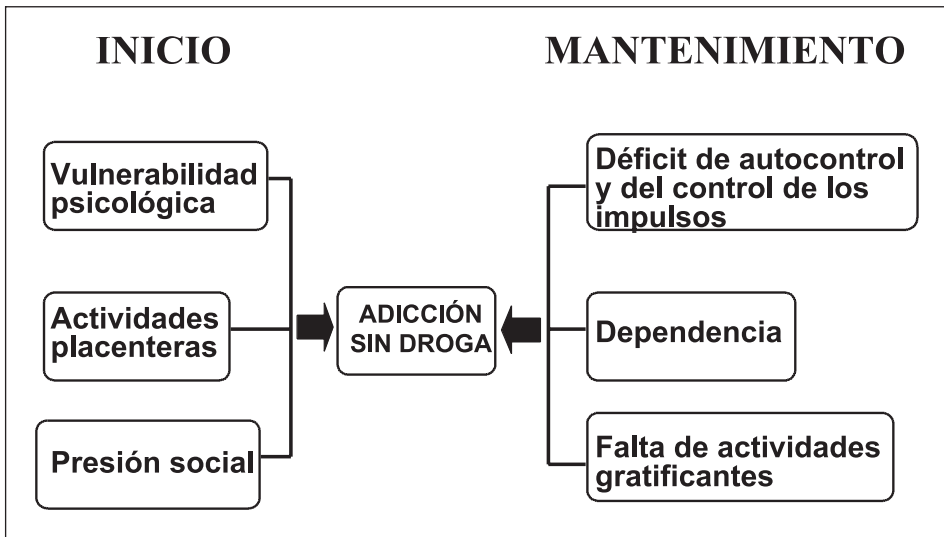


Figura 1
Inicio y mantenimiento de las adicciones sin drogas

Líneas generales de intervención

Ni todas las adicciones sin drogas son similares ni tampoco lo son las personas que están *enganchadas* a ellas. No obstante, hay ciertos aspectos comunes en la motivación para el tratamiento, en la elección del objetivo terapéutico y en la selección de las técnicas de intervención.

Motivación para el tratamiento

Una característica presente en los trastornos adictivos es la *negación de la enfermedad*. Los pacientes tienden a negar (o, cuando menos, a minimizar) la dependencia de la conducta adictiva, a atribuirla a exageraciones o intenciones aviesas de los

demás (echarle del trabajo, quitarle la custodia de los hijos, etc.) o a adoptar una actitud soberbia de autosuficiencia, con un aparente dominio de la situación.

La conducta adictiva se mantiene porque el *beneficio* obtenido es mayor que el *coste* sufrido. El paciente sólo va a estar realmente motivado para el tratamiento cuando llegue a percatarse, en primer lugar, de que los *inconvenientes* de seguir como hasta ahora se pliegan ante las *ventajas* de dar un cambio a su vida y, en segundo lugar, de que por sí solo no puede lograrlo. El terapeuta debe ayudar al paciente a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance (Echeburúa, 2001; Miller y Rollnick, 1999).

La *rueda del cambio* es una buena herramienta para evaluar la disposición a un nuevo estilo de vida y para elegir la estrategia de aproximación al paciente. Según Prochaska y Di Clemente (1983), la motivación para el cambio consta de diversas fases (véase figura 2):

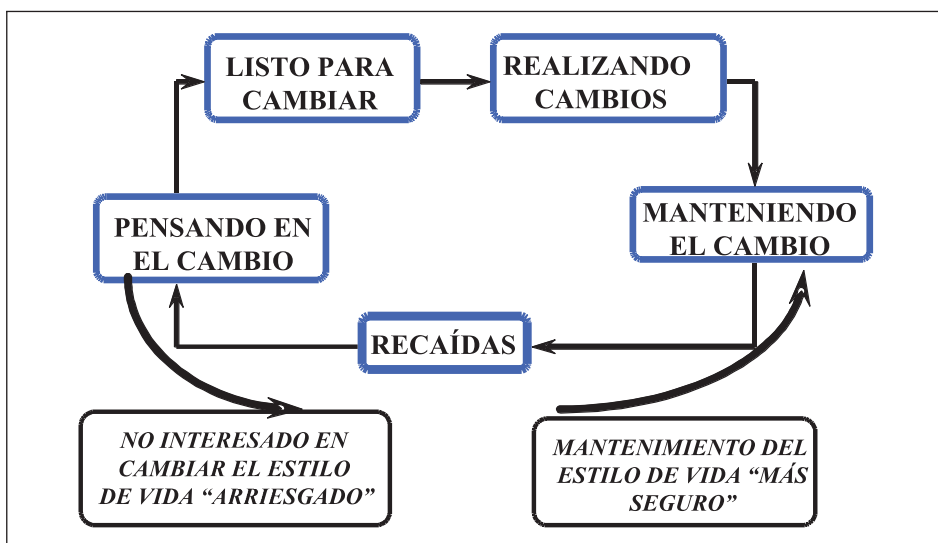


Figura 2
Fases de cambio

- Falta de conciencia del problema*: el paciente se encuentra en una *fase amotivacional* en que no se percatada del alcance del problema porque no lo vive como tal. Las ventajas de la conducta adictiva superan con creces a los posibles inconvenientes que pueden aparecer de vez en cuando.
- Valoración del problema*: el paciente está pensando en el cambio (*fase de reflexión*), al menos en ocasiones, pero no está dispuesto a hacerlo de momento. En este caso no se está interesado en modificar el estilo de vida *arriesgado* porque los inconvenientes de la situación actual no los percibe tan fuertes como para justificar el esfuerzo del cambio y de la búsqueda de un camino mejor.

- c) *Decisión de cambiar*: el paciente está listo para cambiar (*fase de determinación*) porque los inconvenientes de la vida actual son claramente superiores a los beneficios obtenidos. Es el momento adecuado para iniciar el tratamiento propiamente dicho.
- d) *Inicio del cambio*: el paciente está realizando cambios (*fase de acción*) con arreglo a las prescripciones terapéuticas.
- e) *Mantenimiento del cambio*: el paciente incorpora a su repertorio de conductas (*fase de mantenimiento*) los cambios aprendidos. Estas nuevas conductas pueden estabilizarse, lo cual lleva un cierto período de tiempo (de 3 a 12 meses), o verse afectadas por recaídas.

Cuando el paciente está en la *fase de reflexión* (es decir, no dispuesto a cambiar), no tiene sentido intentar la terapia en sentido estricto, al menos de momento. Sin embargo, lograr motivar al paciente para que, al menos, acuda a entrevistas periódicas con el terapeuta y retenerlo en el tratamiento constituyen un objetivo prioritario. La estrategia adecuada en este caso es establecer una buena relación terapéutica ganándose la confianza del paciente e informarle de los riesgos de continuar con el estilo de vida actual, así como de señalarle las posibilidades de cambio. En suma, la disposición para el cambio no es un rasgo del paciente, sino un resultado fluctuante de la interacción terapéutica (Hodgins, Currie, El-Guebaly y Peden, 2004; Milton, Crino, Hunt y Proser, 2002).

De este modo, la *resistencia al cambio* ya no es vista como una dificultad y un problema, sino como un fenómeno que forma parte de la historia natural del cambio. Por desgracia, la transición de la *fase de reflexión* a la *fase de determinación* puede demorarse en el tiempo, incluso de forma indefinida, bien por ambivalencia y autoengaño, bien por temor al esfuerzo que todo cambio entraña. Asimismo el proceso de recuperación en una persona en concreto no es rectilíneo, sino que está cuajado de avances y retrocesos (caídas y recaídas).

Objetivos terapéuticos

En el ámbito de las adicciones químicas (tabaquismo, alcoholismo, dependencia a opiáceos, etc.) la meta terapéutica utilizada suele ser la abstinencia total respecto a la sustancia a la que se es adicto. Hay muchas pruebas acumuladas acerca de la viabilidad de este objetivo y de los beneficios obtenidos con el mismo (*cfr.* Echeburúa, 2001).

Sin embargo, en el tratamiento de las adicciones sin drogas resulta implanteable, con la excepción del juego patológico, la meta de la abstinencia. Se trata de conductas descontroladas, pero que resultan necesarias en la vida cotidiana, como ocurre en el caso de trabajar, de comer, de comprar, de practicar el sexo, de hablar por el móvil, de conectarse a la red, etc. El objetivo terapéutico debe centrarse, por tanto, en el reaprendizaje del control de la conducta.

Incluso en el ámbito del juego patológico hay un interés actual por analizar la viabilidad del juego controlado como objetivo terapéutico en el tratamiento de la

ludopatía (Ladouceur et al., 2003). Al margen de las propuestas demasiado optimistas de estos autores, quizá sea éste un objetivo válido para ciertos pacientes (los jugadores problemáticos), pero no para otros (los ludópatas propiamente dichos).

En síntesis, la abstinencia total respecto a la sustancia química (el alcohol, el tabaco o las drogas) o a la conducta (el juego) de la que se ha llegado a ser dependiente es el objetivo terapéutico más indicado, al menos en el caso de los propiamente adictos. Cuando ello no es posible, como ocurre en el ámbito de muchas adicciones sin drogas, el objetivo debe ser el reaprendizaje del control de la conducta.

Vías de intervención

Las vías de intervención postuladas son muy similares en todos los casos. A corto plazo, el tratamiento inicial de *choque* se centra, en una primera fase, en el aprendizaje de respuestas de afrontamiento adecuadas ante las situaciones de riesgo (técnicas de *control de estímulos*); y en una segunda fase, en la exposición programada a las situaciones de riesgo (técnica de *exposición en vivo con prevención de respuesta* a los estímulos y situaciones relacionadas con la conducta adictiva) (Echeburúa, 1999).

a) Control de estímulos

El control de estímulos -un primer paso siempre necesario en el tratamiento- se refiere a la evitación, en la primera fase de la terapia, de los estímulos asociados a la conducta descontrolada. En el caso de la ludopatía, por ejemplo, se trata de ejercer un control sobre el dinero, eludir los circuitos de riesgo (por la tendencia de los sujetos a jugar en los mismos lugares), evitar la relación con amigos jugadores y, en los casos necesarios, recurrir a la autoprohibición de la entrada en bingos y casinos, así como de hacer una planificación adecuada para devolver las deudas contraídas. A medida que avanza el tratamiento, el control de estímulos tiende a hacerse menos estricto, excepto por lo que se refiere al contacto con otros jugadores, que siempre van a constituir un factor de riesgo para el sujeto.

Por citar otro ejemplo, lo que implica el control de estímulos en los adictos a la comida es limitar la compra a los alimentos necesarios señalados de antemano en una lista, de modo que no se tengan alimentos prohibidos en casa, comer sentado y exclusivamente a unas determinadas horas, en compañía (lo cual es una válvula de protección al mitigar la soledad y facilitar el autocontrol), en los mismos lugares (cocina o comedor), sin otras actividades simultáneas (ver televisión, leer, etc.) y sin exceder de un número prefijado de calorías, excepto en los extras permitidos. En cuanto a los hábitos alimenticios, es útil dejar un período de tiempo mínimo entre las ganas de comer y la comida, así como modificar la forma de comer (servir la comida en platos pequeños, aprender a comer despacio, poner poca cantidad en el cubierto, no comer nunca dos cosas a la vez y dejar algo de comida en el plato).

En la adicción al sexo el control de estímulos incluye una supresión total temporal de la conducta sexual (incluida la masturbación). De este modo, el adicto se convence de la posibilidad de vivir sin sexo y puede llegar a ejercer un control sobre los impulsos. De forma progresiva se puede reinstaurar la conducta sexual limitada a unos objetivos concretos, una frecuencia determinada y unas fantasías específicas, todo ello en consonancia con unas conductas adaptativas y con el encuadre de la sexualidad en el marco de una relación afectiva.

Por último, en el control de estímulos referido a la adicción a Internet se trata, tras un período de abstinencia total, de limitar el tiempo de conexión a la red (al margen de las obligaciones laborales) a no más de 120 minutos/día, de atender los mensajes del correo electrónico sólo una vez al día y a una hora concreta, de estar conectado en compañía, de no hacerlo nunca quitando horas al sueño y de eliminar los pensamientos referidos a la red cuando no se está conectado a ella. La planificación del tiempo libre —tanto más estricta cuanto más se está en los comienzos del tratamiento— resulta asimismo fundamental.

b) Exposición a los estímulos

El control de estímulos es un paso necesario, pero no suficiente, para reasumir el control sobre las conductas adictivas. Esta técnica, basada en la evitación, ayuda al sujeto a mantenerlo alejado de los estímulos peligrosos y contribuye a producir en el paciente una mejoría *objetiva*.

Sin embargo, muchas de las conductas potencialmente adictivas —comer, comprar, jugar, hablar por el móvil, conectarse a la red, tener relaciones sexuales,

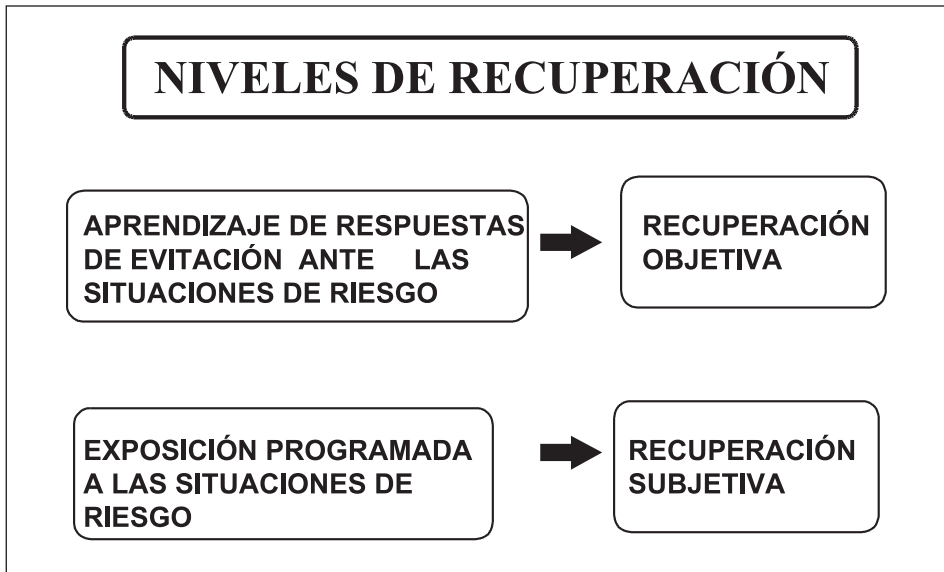


Figura 3

Exposición a los estímulos para la recuperación del sujeto

etc.— están presentes continuamente en la vida cotidiana. Cuando el sujeto evita los estímulos relacionados con la adicción (no entrar en los bares con máquinas tragaperras, no acudir a unos grandes almacenes a comprar, no asistir a fiestas por el riesgo de comer en exceso, etc.), consigue una *recuperación objetiva* (no implicarse en la conducta adictiva), pero puede manifestar una *intranquilidad subjetiva* (pensar con ansia en *lo prohibido*, no estar seguro de si va a ser capaz de controlarse en el futuro, etc.). De ahí cabe concluir que esta estrategia de evitación de riesgos —adecuada en las primeras etapas del tratamiento— se muestra, sin embargo, insuficiente en una fase ulterior (véase figura 3).

La recuperación total (objetiva y subjetiva) —es decir, la desaparición del ansia por la conducta inadecuada— sólo se produce cuando el sujeto se expone, en una segunda fase del tratamiento, a los indicios de riesgo de forma progresiva y regular y es capaz de resistirse a ellos sin adoptar conductas de escape (véase figura 4).

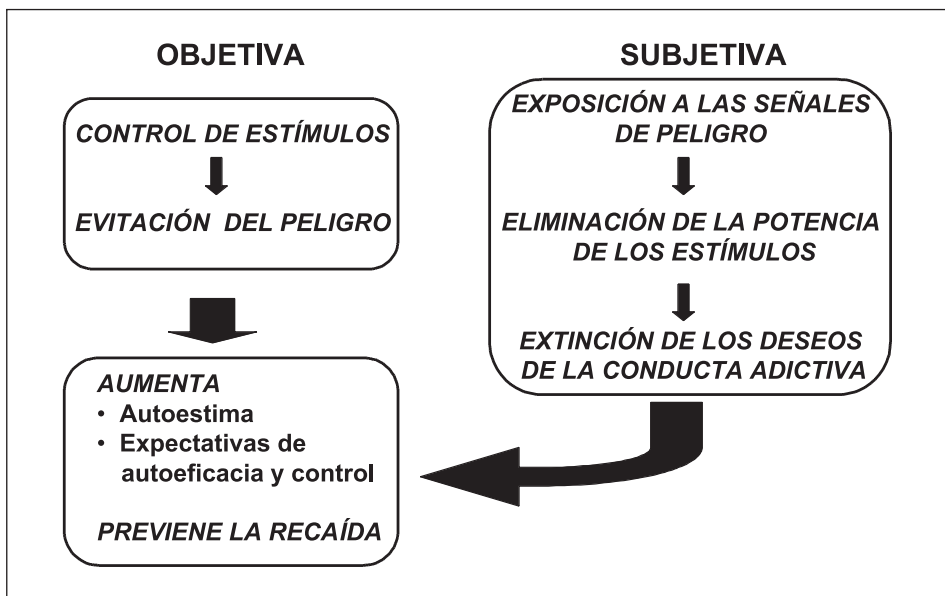


Figura 4

Recuperación en los trastornos adictivos

Por ejemplo, un ex adicto a la comida puede acudir a una fiesta en compañía de un amigo, comer tres canapés y consumir un refresco, rechazar los dulces y tomar en su lugar un zumo, etc., resistiendo a las tentaciones presentadas. Un ex jugador puede entrar en un bar con un amigo, pedir un café, estar en presencia de una máquina tragaperras y aguantar el desasosiego interno sin jugar y sin marcharse del bar hasta que haya decrecido considerablemente el malestar. La exposición a los indicios de riesgo debe hacerse inicialmente en compañía de alguna persona de confianza (familiar, amigo, etc.). Hacerlo a solas es algo que debe intentarse sólo

cuando ya se ha ensayado esta situación repetidas veces con otras personas y el paciente se encuentra seguro de sí mismo (Edwards, 1986; Hodgson, 1993).

Sólo cuando se ha llegado a esta fase decrece la intranquilidad subjetiva y el paciente adquiere confianza en su capacidad de autocontrol ante las diversas situaciones cotidianas. De este modo, el riesgo de recaída es menor.

Prevención de recaídas

A medio plazo, el tratamiento de mantenimiento, una vez reasumido el control de la conducta, requiere actuar sobre la prevención de recaídas. Así, se trata, fundamentalmente, de identificar situaciones de riesgo para la recaída, de aprender respuestas adecuadas para el afrontamiento de las mismas y de modificar las distorsiones cognitivas sobre su capacidad de control de las conductas adictivas. Asimismo es conveniente cambiar las expectativas sobre las consecuencias de la conducta adictiva y actuar sobre los mecanismos de autoengaño (por ejemplo, en el caso de la ludopatía, *«por una vez que juegue, no me va a pasar nada malo»*) (Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2000; Marlatt y Gordon, 1985).

Por último, más a largo plazo, conviene hacer frente al ansia por la conducta adictiva, así como solucionar los problemas específicos (ansiedad, depresión, problemas de pareja, etc.) e introducir cambios en el estilo de vida, de modo que el paciente sea capaz de obtener otras fuentes de gratificación (Echeburúa, 1999; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) (véase tabla 3).

Tabla 3
Prevención de recaídas en las adicciones

TRATAMIENTO INICIAL
Control de estímulos Exposición con prevención de respuesta
TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO
<i>A medio plazo</i> Identificación de situación de riesgo Aprendizaje de respuestas de afrontamiento adecuadas Modificación de las distorsiones cognitivas sobre su capacidad de control Cambio de expectativas sobre las consecuencias de la conducta adictiva
<i>A largo plazo</i> Control del ansia por la conducta adictiva Solución de problemas específicos Cambio en el estilo de vida

a) *Control del ansia por implicarse de nuevo en la conducta adictiva*

El paciente puede experimentar en ocasiones un fuerte deseo de comenzar de nuevo con las pautas adictivas, que puede aparecer de repente en una situación determinada (al pasar delante de un bingo o de una pastelería, por ejemplo) o ante ciertos estímulos internos (cuando se encuentra aburrido o enfadado o cuando le viene a la mente alguno de los recuerdos agradables experimentados con la conducta adictiva). En la tabla 4 figuran algunas acciones que se pueden realizar en estas circunstancias.

Tabla 4

¿Qué hacer ante un deseo impulsivo de realizar la conducta adictiva?

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Piense</i> que se le ha pasado por la cabeza una idea tonta. Usted no <i>necesita</i> llevar a cabo esa conducta; simplemente <i>le apetece</i> hacerlo. Las necesidades son ineludibles pero las apetencias pueden rechazarse. Por un mero deseo no puede tirar por la borda todo el progreso que ha hecho en estas últimas semanas. En todo caso, aplace esta decisión hasta mañana, en que se encontrará más tranquilo y lo verá todo más claro. • <i>Distráigase</i> con alguna actividad o compañía agradable.

Más en concreto, las técnicas de distracción cognitiva tienen por objetivo *desconectar* este tipo de imágenes (deseos o pensamientos de reanudar las pautas adictivas) de las conductas que lleva a cabo la persona. La forma de conseguir este objetivo está resumida en la tabla 5.

Tabla 5

Técnicas de distracción cognitiva

TÉCNICA	CONTENIDO
<i>Orientación atencional a sucesos externos no amenazantes</i>	Lo que debe captar la atención del sujeto puede ser la concentración en algún estímulo ambiental neutro —por ejemplo, la adivinación del lugar de origen de las personas que pasan por la calle— o, en otros casos, el recuerdo de una situación agradable vivida recientemente.
<i>Ocupación de la mente en una actividad absorbente</i>	Contar hacia atrás de tres en tres, hacer un trabajo manual absorbente, jugar una partida de ajedrez, aprender a hacer algo nuevo o resolver un crucigrama pueden ser ejemplos de este tipo de actividad.
<i>Ejercicio físico</i>	Mantenerse físicamente ocupado ayuda a uno a distraerle de sus pensamientos problemáticos. Ejemplos: practicar deporte de forma habitual, lavar el coche, andar sistemáticamente, etc.

b) Solución de problemas específicos

Los problemas específicos pueden ser variables de unos casos a otros, pero hay algunos que son prácticamente constantes en todos los adictos: el exceso de ansiedad, el control de la ira, el estado de ánimo deprimido, las discusiones familiares y de pareja, los problemas laborales, el abuso de alcohol, etc. Es difícil mantener el control de las conductas adictivas si no se interviene también en todos estos aspectos, ya que aumentan la probabilidad de que se produzca una recaída a medio y largo plazo. Por ello, es necesario incluir durante el tratamiento la intervención en los problemas más específicos de los pacientes. Las posibles áreas de actuación incluyen autoafirmación, control del estrés, relajación, control de la ira, habilidades de comunicación y habilidades de solución de los problemas cotidianos.

c) Cambio en el estilo de vida

Un proceso profundo de cambio implica el establecimiento de nuevas metas de vida. La apatía facilita la añoranza de la conducta adictiva, los sentimientos de culpa y el estado de ánimo deprimido. Sólo un cambio de vida estable garantiza el control de la conducta adictiva a largo plazo. Sugerir al paciente la realización de un balance del *antes* y del *después* del tratamiento contribuye a mantenerlo motivado en el largo proceso de la recuperación. De hecho, al tenerlo escrito, le permite releerlo en las situaciones de desánimo, cuando mayor es el riesgo de recaída, y remotivarse en estos momentos bajos.

En esta misma línea, es necesario fomentar el establecimiento de conductas alternativas gratificantes. Cuando una persona está implicada en una conducta adictiva, la mayor parte de las fuentes de satisfacción en la vida cotidiana proceden de dicha adicción: la ocupación del tiempo libre, la interacción social con los amigos adictos, la excitación habida, etc. No es, por ello, extraño que un ludópata o que un adicto a Internet se sientan *vacíos* cuando dejan de jugar o cuando se autolimitan el acceso a la red, respectivamente. Se trata, por tanto, de enseñar al paciente nuevas pautas de conducta que le generen una gratificación alternativa. De este modo, estas nuevas conductas desempeñan un doble papel: a) ser incompatibles con la adicción; y b) ofrecer al sujeto vías atractivas y diferentes de obtener satisfacciones en la vida diaria.

Conclusiones

Todas las adicciones acaban por minar la vida de quienes las sufren y de todos los que les rodean. Por ello, lo fundamental para determinar si una conducta es adictiva no es la presencia de una droga, sino más bien la de una experiencia que es buscada con ansia y con pérdida de control por el sujeto y que produce una relación de placer/culpa.

Las adicciones sin drogas funcionan, en unos casos, como conductas sobreaprendidas que traen consigo consecuencias negativas y que se adquieren a fuerza de repetir conductas que en un principio resultan agradables; en otros, como estrategias de afrontamiento inadecuadas para hacer frente a los problemas personales (por ejemplo, acudir al bingo o comer en exceso para hacer frente a la ansiedad o al aburrimiento).

En todos los casos los estímulos condicionados desempeñan un papel importante en el mantenimiento de las adicciones. Los estímulos condicionados *externos* pueden variar de una adicción a otra: la presencia de un ordenador, en el caso de un adicto a Internet; el sonido de una máquina tragaperras, en el caso de un jugador patológico; el olor a alimentos, en el caso de un adicto a la comida; la visión de una mujer sola, en el caso de un sexoadicto; los anuncios de rebajas, en el caso de un adicto a las compras, etc. Sin embargo, los estímulos condicionados *internos* son muy similares en todas las adicciones. La *disforia* es, sin duda, el más importante. De hecho, los adictos de todo tipo tienden a recaer cuando se encuentran nerviosos, enfadados o deprimidos (Echeburúa, 1999).

El objetivo terapéutico en las adicciones sin drogas es el reaprendizaje de la conducta de una forma controlada. Concluida la intervención terapéutica inicial, los programas de prevención de recaídas, en los que se prepara al paciente para afrontar las situaciones críticas y para abordar la vida cotidiana de una forma distinta, pueden reducir significativamente el número de recaídas en los primeros meses de seguimiento, que constituyen el momento crítico.

Si una persona se mantiene alejada de la adicción durante un período prolongado (1 ó 2 años), la probabilidad de recaída disminuye considerablemente. A medida que aumenta temporalmente el control de la conducta y que se es capaz de hacer frente con éxito a las diversas situaciones presentadas en la vida cotidiana, el sujeto experimenta una percepción de control, que aumenta la expectativa de éxito en el futuro. Todo ello genera una gran confianza en el logro de los objetivos terapéuticos y una disminución de la probabilidad de recaída (Echeburúa, 1999).

Referencias

- Alonso-Fernández, F. (1996). *Las otras drogas*. Madrid: Temas de Hoy.
- De la Gándara, J. (1996). *Comprar por comprar*. Madrid: Cauce.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol*. Madrid: Síntesis.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5, 251-258.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Las recaídas en el juego patológico: identificación y prevención. En M. Lameiras y J.M. Faílde (dirs.), *La psicología clínica y de la salud en el Siglo XXI. Posibilidades y retos*. Madrid: Dykinson.
- Edwards, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos*. México: Trillas.
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.

- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1998). Laborodependencia: cuando el trabajo se convierte en adicción. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 103-120.
- Hodgins, D.C., Currie, S.R., El-Guebaly, N. y Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: 24 month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 293-296.
- Hodgson, R.J. (1993). Exposición a estímulos y prevención de recaídas. En M. Casas y M. Gossop (dirs.), *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C. y Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.
- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addictions*, 85, 1389-1394.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Dirs.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Mellody, P. (1997). *La adicción al amor*. Barcelona: Obelisco.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós.
- Milton, S., Crino, R., Hunt, C. y Prosser, E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 18, 207-229.
- Prochaska, J.O. y DiClemente (1983). Stages and proceses of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Rodríguez-Villarino, R., Otero-López, J.M. y Rodríguez-Castro, R. (2001). *Adicción a la compra*. Madrid: Pirámide.
- Sender, R. (1997). *El trabajo como adicción*. Barcelona: Citrán.

