

FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

PSYCHOLOGICAL BASES OF THE TREATMENT OF DRUG-DEPENDENCE

**Roberto Secades-Villa, Olaya García-Rodríguez, José Ramón Fernández-Hermida y
José Luis Carballo**

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

Existe un amplio soporte científico que avala la eficacia de las técnicas psicológicas en el tratamiento de la drogadicción. Dicha eficacia se fundamenta en la evidencia empírica que ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas son conductas operantes y que las contingencias juegan un papel determinante en la explicación de las mismas. La terapia de conducta cuenta con tratamientos empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción. Las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición), las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y las distintas combinaciones entre ellas se muestran como los componentes críticos de estos programas. No obstante, a pesar de esta relativa eficacia, las tasas de recaídas a largo plazo (más de un año de seguimiento) siguen siendo altas en todos los tipos de conductas adictivas. Por tanto, las futuras líneas de investigación han de ir dirigidas a resolver algunas deficiencias que mejoren los resultados a largo plazo de estos programas.

Palabras clave: Adicción a drogas, Reforzamiento, Tratamientos Psicológicos

There is substantial scientific support for the effectiveness of psychological techniques in the treatment of drug addiction, based on empirical evidence demonstrating that drug use and abuse behaviours are operant behaviours, and that contingencies play a determinant role in their explanation. Behaviour therapy offers empirically validated approaches that are considered essential strategies for the effective treatment of drug addiction. Operant (contingency management), classical conditioning (exposure) and cognitive-behavioural (skill training) techniques –as well as their different combinations– have emerged as critical components of such programmes. Nevertheless, despite this relative effectiveness, relapse rates in the long term (more than one year of follow-up) remain high in all types of addictive behaviours. Therefore, future research lines should aim to remedy some of the deficiencies with a view to improving the long-term results of these programmes.

Key words: Drug Addiction, Reinforcement, Psychological Treatments

EL MODELO BIOCONDUCTUAL DEL CONSUMO DE DROGAS

La evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional. Así, el denominado modelo bio-psico-social (o bio-conductual) es el marco contextual aceptado por la gran mayoría de los autores, que tiene la capacidad de poder analizar las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos implicados en las conductas de consumo de drogas, con independencia de la sustancia de referencia. Desde este punto de vista, el consumo o rechazo de drogas vendría explicado por los efectos de las sustancias, los factores contextuales y la vulnerabilidad del propio sujeto.

Correspondencia: Roberto Secades-Villa. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n 33003 Oviedo. Spain. E-mail: secades@uniovi.es

Así pues, no puede establecerse un modelo explicativo válido para toda conducta adictiva más allá de estos principios generales. A partir de ellos, las casuísticas (combinaciones específicas de sus elementos) que explican la adquisición o no de uno u otro tipo de conducta adictiva y las variables que la controlan han de ser examinadas en cada caso y momento particular. Se trata de utilizar el análisis de la conducta para determinar, en cada caso particular, las variables implicadas y las condiciones de las que dependen. En este sentido, resulta de interés el “modelo de la formulación bio-conductual” (si se quiere, *bio-psico-social*) descrito por Pomerleau y Pomerleau (1987) para explicar cómo se inicia y se mantiene la conducta de fumar. Como apuntan los mismos autores, aunque las otras sustancias puedan diferir en la especificidad de su acción farmacológica, todas ellas pueden estar sujetas a la misma línea general de análisis. Este marco contextual tiene la capacidad de poder analizar las conductas de consumo, en función de las in-

teracciones con el contexto, la vulnerabilidad individual y las consecuencias. Las variables incluidas bajo la denominación de *contexto* (estímulos esteroceptivos e interoceptivos) vendrían dadas desde los modelos de aprendizaje clásico y operante, y se combinarían con las variables reforzadoras identificadas bajo *consecuencias*. La *conducta* incluiría tanto los comportamientos relacionados con el consumo de drogas, como el rechazo de las sustancias y la resistencia a consumir. La *vulnerabilidad* o susceptibilidad incluye factores genéticos, las influencias socioculturales y la historia de aprendizaje (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Un conocimiento completo de la conducta adictiva requerirá también un análisis funcional que explique las relaciones entre estos elementos. Así, existirían asociaciones críticas que denotarían relaciones muy cerradas, como las que se dan entre las conductas y las contingencias reforzadoras y los efectos de estas consecuencias sobre la conducta que la precede. Mientras que entre otros elementos existiría una asociación de tipo correlacional o moduladora. Por ejemplo, las consecuencias de una conducta pueden cambiar el contexto instigando una conducta motora que modifique el ambiente o el estado interoceptivo, mientras que los factores de susceptibilidad pueden influir, no sólo en cómo afecta el contexto, sino también en la intensidad y el tipo de conducta que ocurrirá en unas circunstancias particulares o en qué sentido serán las consecuencias que siguen a esa conducta.

El papel del reforzamiento en las conductas de uso de drogas

En el modelo bioconductual, las contingencias asociadas a las conductas de uso o abstinencia a las drogas juegan un papel determinante en la explicación de las mismas. Existe una amplia evidencia empírica de que las drogas pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos de las conductas de búsquedas y auto-administración y de que los principios que gobiernan otras conductas controladas por reforzamiento positivo son aplicables a la auto-administración de drogas. Es decir, la conducta de auto-administración de drogas obedece a las mismas leyes que gobiernan la conducta "normal" de todos los animales en situaciones similares (McKim, 2000). Una conclusión fundamental que se extrae de los resultados de estos estudios es que sitúa a los trastornos por abuso de sustancias dentro del cuerpo de los principios psicológicos existentes, que permiten analizar dichas conductas como una variable dimensional dentro de un continuo que iría desde un patrón de uso esporádico no problemático o con escasos problemas, hasta un patrón de uso severo con muchas consecuencias aversivas.

Esta evidencia comenzó a ponerse de manifiesto en los estudios de laboratorio sobre auto-administración de drogas en animales y estudios de laboratorio y clínicos con drogodependientes realizados durante las décadas de 1960 y 1970 (véase Bigelow y Silverman, 1999). Estos estudios han demostrado cómo la auto-administración de drogas, al igual que otras conductas operantes, eran altamente moldeables y que podían ser incrementadas o reducidas manipulando el mismo tipo de variables (por ejemplo, programa y magnitud de reforzamiento, uso de castigos, reforzamiento de conductas alternativas incompatibles, etc.) que habían demostrado ser efectivas en la manipulación de otras conductas operantes (Silverman, 2004).

En el caso de los opiáceos, muchas de las demostraciones realizadas para demostrar la eficacia del reforzamiento se han complicado por la presencia de la dependencia física en los sujetos con los que se realizaron los experimentos. No obstante, bastantes estudios han proporcionado demostraciones experimentales de los efectos reforzantes positivos de estas sustancias sin la necesidad de dependencia física (Schuster y Johanson, 1981; Yanagita, 1973).

En el ámbito clínico, existen estudios que han comprobado la eficacia de los opiáceos como reforzadores. Por ejemplo, cuando se administra la metadona de forma contingente con la asistencia a terapia, se ha registrado un incremento en la frecuencia de las sesiones (Brooner, Kidorf, King y Bigelow, 1997). Parece estar claro, por tanto, que el efecto reforzante positivo de la auto-administración de opiáceos es fundamental en el mantenimiento de la conducta, por lo que la dependencia física no es un antecedente necesario para explicar la conducta de auto-administración.

De la misma manera, varios trabajos han demostrado también la ocurrencia de la conducta de auto-administración de cocaína y otros estimulantes sin la presencia de síntomas de abstinencia (Pickens y Thompson, 1968).

Por tanto, la dependencia física puede ser importante a la hora de explicar el consumo de drogas, pero no es un factor necesario para las conductas de auto-administración y tampoco es suficiente por sí misma para explicar el uso y abuso de drogas. Es decir, se puede asumir que las drogas son reforzadores positivos, independientemente del síndrome de abstinencia y de la dependencia física.

Una evidencia aún más definitiva es el hecho de la auto-administración de una gran variedad de sustancias psicoactivas, en los que no se han observado señales de abstinencia o éstas son muy tenues. La auto-administración de drogas sin la presencia de síntomas de abstinencia se ha demostrado en una amplia variedad de

sustancias, como el etanol, la nicotina, los barbitúricos, las benzodiazepinas, los opiáceos o los estimulantes. Además, los estudios que han comparado las conductas de auto-administración en humanos y no humanos han encontrado una gran similitud entre especies (Yanagita, 1973).

En el ámbito de los tratamientos, los éxitos de los ensayos clínicos realizados durante la década de los años setenta con alcohólicos y adictos a otras sustancias demostraron la eficacia de las intervenciones basadas explícitamente en los principios del reforzamiento y que el uso de drogas por sujetos con dependencia severa podía ser modificado a través del empleo sistemático del manejo de contingencias (reforzamiento y castigo) (por ejemplo, Hunt y Azrin, 1973; Miller, 1975).

Desde estos primeros años, este marco de análisis científico ha tenido un papel central en la investigación sobre la drogodependencia, especialmente en los estudios de laboratorio con animales. Estas investigaciones han abarcado los campos de la neurociencia, la genética o la farmacología. Sin embargo, el camino que ha seguido la investigación clínica fue sensiblemente diferente y el interés por el estudio de los principios de reforzamiento decayó a partir de la década de los ochenta, especialmente en el ámbito del alcoholismo. Las causas que explican este hecho son varias, destacando, sobre todo, dos: la influencia de la psicología cognitiva que proporcionó un marco de análisis alternativo (especialmente, el modelo de prevención de recaídas) o el desarrollo de terapias farmacológicas efectivas para la adicción a determinadas sustancias (como la metadona) (Higgins, Heil y Plebani, 2004).

Sin embargo, en los años noventa comenzó un resurgimiento vigoroso de la investigación clínica sobre los principios del reforzamiento en el abuso de drogas, que continúa hasta hoy. En cierta medida, la naturaleza recalcitrante de la dependencia a la cocaína y el fracaso de los tratamientos farmacológicos y psicológicos para esta adicción propiciaron la ocasión para la consideración de un punto de vista alternativo que diera respuesta a este problema.

La teoría de la elección conductual y el uso de drogas

Como acabamos de ver, las investigaciones sobre los principios del reforzamiento en adictos a sustancias, especialmente a la cocaína, realizados desde principios de los años noventa hasta la actualidad, han sido tanto estudios de laboratorio, como estudios en contextos clínicos y naturales. Una línea de investigación importante se centró en la aplicación de los principios de la *Economía Conductual* al análisis de las conductas del uso de dro-

gas. La Teoría de la Elección Conductual (Vuchinich y Tucker, 1988) surge de la aplicación de las leyes empíricas (conductuales) de la elección de reforzadores al problema de las drogas y aporta un análisis muy pertinente de las conductas de consumo de drogas dentro del contexto social (de los factores socio-culturales).

La Economía Conductual ha sido empleada en todos los campos relacionados con el abuso de sustancias, desde los estudios de laboratorio, hasta la elaboración de políticas gubernamentales (Bickel, DeGrandpre y Higgins, 1993). Para entender los principios de la Economía Conductual debemos referirnos a tres conceptos: *Demanda*, *Precio* y *Coste de Oportunidad*. La *demanda* se refiere aquí a la búsqueda y consumo de drogas. El concepto de *precio* hace referencia a la cantidad de recursos empleados para consumir drogas (no solo su valor económico, sino también los esfuerzos que se requieren para obtenerlas), así como a las propias consecuencias negativas del consumo. El *coste de oportunidad* se refiere a los reforzadores alternativos perdidos debido al uso de sustancias. Así, la demanda (búsqueda y consumo de sustancias) variaría en función del precio y del coste de oportunidad, por lo que la manipulación de estas dos variables resultaría fundamental para el desarrollo de estrategias para reducir el consumo de drogas. En concreto, el aumento del precio y del coste de oportunidad haría que el consumo decreciese de forma directamente proporcional.

Varios estudios con animales y humanos han demostrado cómo, efectivamente, la administración de drogas (demanda) variaba en función del precio (Nader y Woloverton, 1992) y del coste de oportunidad (Higgins, Bickel y Hughes, 1994).

Un número importante de los estudios de laboratorio han tenido como objetivo examinar la influencia de reforzadores alternativos (diferentes a las drogas) sobre la preferencia y la elección del uso de cocaína. Los resultados de estos estudios demostraron una cierta maleabilidad del efecto reforzante de la cocaína, la cual podía debilitarse en función del reforzador alternativo.

En esta misma línea, un área de investigación emergente sugiere que los adictos a sustancias tienden a rebajar el valor de los reforzamientos demorados y la importancia de los reforzadores perdidos, en mayor medida que los no consumidores; de tal manera que los adictos muestran mayor preferencia por: a) los reforzadores más inmediatos y de menor magnitud que por los más demorados y de mayor magnitud y b) las pérdidas (castigos) más demoradas y de mayor magnitud que por los castigos más inmediatos y de menor magnitud (Bickel y Marsch, 2001).

Otro factor fundamental para entender las conductas de uso de drogas es el papel de la demora temporal. En el contexto natural, los individuos con frecuencia eligen entre consumir drogas en el presente frente a abstenerse y experimentar las consecuencias positivas en el futuro. Los estudios de laboratorio demuestran como la demora temporal disminuye la potencia del reforzador alternativo para competir con las consecuencias reforzantes inmediatas del uso de drogas.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DE LA DROGADICCIÓN

Una clara implicación de esta formulación bio-psicosocial y multifactorial (en donde el consumo de sustancias se inicia y se mantiene por unas complejas interacciones entre la susceptibilidad, el contexto, la conducta y sus consecuencias) es que los trastornos por abuso de sustancias pueden afectar a muchas áreas del funcionamiento del individuo y que, por tanto, requieren con frecuencia un abordaje de igual modo multimodal, que incluya aspectos biológicos, conductuales y sociales.

Algunos componentes del tratamiento pueden ir orientados directamente a los efectos del uso de la sustancia, mientras que otros se deben centrar en las condiciones que han contribuido o que han sido el resultado del consumo de drogas. Las investigaciones sobre los resultados de los tratamientos psicológicos (en particular, de los programas de manejo de contingencias) muestran cómo los principios del reforzamiento pueden incrementar significativamente las tasas de abstinencia a las drogas. En este sentido, las técnicas de manejo de contingencias (incluyendo aquí, las estrategias de entrenamiento en habilidades, que pretenden fundamentalmente incrementar la disponibilidad de reforzadores alternativos al consumo de drogas) se proponen como los procedimientos más eficaces para el tratamiento de los problemas de abuso de drogas.

Así, una descripción de los tratamientos psicológicos de la drogadicción debería incluir tres tipos de estrategias de intervención, a saber: las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición) y las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades).

Manejo de contingencias

El Manejo de Contingencias (MC) implica la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma.

Las intervenciones basadas en el MC pueden entenderse como intervenciones que de forma directa y sistemáti-

ca incrementan el *coste de oportunidad* (*reforzadores alternativos*) del uso de drogas. Este tipo de programas establecen ciertas condiciones bajo las cuales, el paciente pierde reforzadores potenciales si consume una o varias sustancias. Cuando un paciente usa drogas durante el tratamiento, además del precio asociado a su consumo, éste perdería determinados reforzadores que estarían a su disposición si se hubiese mantenido abstinentes (Higgins, 1996). Los programas de MC han empleado una amplia variedad de reforzadores tales como privilegios clínicos, acceso a empleo o alojamiento, dinero en metálico o vales y descuentos canjeables por bienes o servicios en la comunidad (Petry, 2000).

La intervención de MC que ha recibido mayor atención en las investigaciones es aquella en la que los pacientes ganan *vouchers* (vales) canjeables por bienes o servicios, contingentes a la ausencia de consumo de drogas. Además de reforzar la abstinencia, los programas de MC basados en el uso de *vouchers* han sido empleados para reforzar otros objetivos terapéuticos, como por ejemplo, el incremento de la adherencia a la medicación (naltrexona, terapia antiretroviral, etc) o la retención y la asistencia a las sesiones de tratamiento.

A lo largo de la década de los noventa se publicaron varias decenas de artículos en donde se empleaban los *vouchers* como estrategia de reforzamiento y la gran mayoría de estos estudios (en torno al 85%) informaron de mejoras significativas en el uso de drogas y en otras conductas asociadas (Higgins, Heil y Plebani, 2004). Un número importante de estas investigaciones fueron llevadas a cabo por el equipo del Profesor S. Higgins en la Universidad de Vermont, con adictos a la cocaína, mientras que varios estudios llevados a cabo por Silverman y colaboradores replicaron y extendieron estos procedimientos a adictos a la heroína en programas de tratamiento con metadona, y que también consumían cocaína (Silverman, 2004). Los resultados del meta-análisis realizado por Griffith, Rowan-Szal, Roark y Simpson (2000), en el que se incluían 30 estudios que utilizaron diferentes tipos de reforzadores (incremento de dosis de metadona, dosis de metadona para llevar a casa e incentivos contingentes a la abstinencia) confirmaron que el manejo de contingencias era una estrategia eficaz para reducir el uso de drogas en programas externos de mantenimiento con metadona.

Por tanto, los resultados de los estudios demuestran que los programas de incentivos basados en el manejo de contingencias son tratamientos eficaces para el tratamiento de la adicción a diferentes sustancias y con poblaciones diferentes (Higgins, Heil y Plebani, 2004; Roozen et al. 2004; Secades Villa y Fernández Hermida,

2003). En realidad, la terapia de incentivo basada en los *vouchers* representa solo una de las formas en la que los métodos operantes pueden ser incorporados para la reducción del uso y la dependencia de la cocaína (Higgins et al., 2000). En ocasiones, esta estrategia se ha aplicado mediante protocolos de tratamiento con una estructura y unos componentes muy bien definidos, como los que se exponen a continuación.

Aproximación de Reforzamiento Comunitario

La Aproximación de Reforzamiento Comunitario (*Community Reinforcement Approach, CRA*) (Hunt y Azrin, 1973) es un programa pionero en el tratamiento de alcohólicos severos mediante métodos operantes, que tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional.

La CRA busca el cambio terapéutico manipulando las contingencias naturales. En términos de economía conductual, el tratamiento estaría incrementando el *coste de oportunidad*, ya que mejoraría la calidad de aquellos reforzadores que el paciente pierde cuando consume drogas.

Este programa se aplica en grupo o individualmente y tanto con pacientes externos como hospitalizados. Sus componentes varían dependiendo de la población clínica y de las necesidades individuales de los pacientes, pero habitualmente tienen los siguientes componentes fundamentales: a) estrategias para reducir las barreras del tratamiento, b) asesoramiento vocacional para pacientes desempleados, c) identificación de antecedentes y consecuentes del uso de drogas y conductas alternativas saludables, d) terapia conductual de pareja, e) entrenamiento en habilidades para reducir el riesgo de recaídas (por ejemplo, habilidades de rechazo, habilidades sociales, manejo de los estados de ánimo) y f) terapia con disulfiram para individuos con problemas con el alcohol.

La CRA posee un fuerte soporte empírico obtenido a través de investigaciones bien controladas, que permite que se pueda considerar como un programa bien establecido. Además, un punto importante a favor de la superioridad de la CRA sobre otros procedimientos es que hasta el momento todos los estudios encaminados a comprobar su eficacia han obtenido resultados positivos. En el artículo de Miller, Meyers y Hiller-Sturmhöfel (1999) se ofrece una buena revisión de los estudios sobre la eficacia de la CRA.

Aproximación de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo

Este protocolo fue inicialmente desarrollado para el tratamiento de adictos a la cocaína en contextos ambulatorios

(Buchey y Higgins, 1998; Higgins et al., 1991). La CRA + Incentivo integra la Aproximación del Reforzamiento Comunitario, originalmente desarrollada como un tratamiento efectivo para el alcoholismo (Hunt y Azrin, 1973) con un programa de manejo de contingencias, en donde los pacientes pueden ganar puntos canjeables por determinados reforzadores que contribuyen a alcanzar los objetivos del programa, a cambio de mantenerse en el tratamiento sin consumir cocaína.

Los componentes de la terapia son seis: terapia de incentivo, habilidades de afrontamiento de consumo de drogas, cambios en el estilo de vida, asesoramiento en las relaciones de pareja, consumo de otras drogas y tratamiento de otros trastornos. El orden o el número de sesiones dedicado a cada uno de ellos varía dependiendo de las necesidades del paciente.

El sub-componente de la terapia de incentivo es un procedimiento de manejo de contingencias mediante el que se refuerza sistemáticamente la retención y la abstinencia. Los puntos o vales son ganados a cambio de resultados negativos en los análisis de orina y el número de puntos se incrementa por cada análisis negativo consecutivo. El procedimiento no sólo incluye recompensa por cada muestra negativa, sino que se contemplan incentivos mayores por largos periodos de abstinencia continuada. Los *vouchers* son cambiados por determinados incentivos (bienes o servicios) que ayudan a los pacientes a alcanzar los objetivos terapéuticos y a mejorar el estilo de vida. En ningún caso se utiliza dinero como método de reforzamiento de la abstinencia.

Este tratamiento multi-componente ha demostrado ser eficaz en varios estudios bien controlados con sujetos co-cainómanos adultos en programas externos. Por este motivo, en la actualidad es un programa avalado por el NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) de Estados Unidos. El grupo de Higgins de la Universidad de Vermont ha llevado a cabo varios ensayos clínicos examinando la eficacia de este programa. En dos de estos trabajos (Higgins et al., 1991, 1993), la CRA + terapia de incentivo se mostró superior a un programa de consejo psicológico tradicional varios meses después del tratamiento. En ensayos posteriores (Higgins et al., 2003; Higgins et al., 1994), se comprobó que los sujetos que recibían el programa completo alcanzaban tasas de abstinencia significativamente superiores a los sujetos que recibían solo uno de ambos módulos del programa (CRA o incentivos). Los resultados muestran también que la eficacia del programa se mantiene en periodos largos de seguimiento (Higgins et al., 1995).

Por último, la eficacia de este programa para el trata-

miento de la adicción a la cocaína también se ha comprobado en estudios de efectividad llevados a cabo en contextos comunitarios en nuestro país (Secades Villa, García-Rodríguez, Álvarez Rodríguez, Río Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, en prensa; García-Rodríguez et al., 2006).

En definitiva, la Aproximación del Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo se puede considerar como un tratamiento de primera elección, al menos para el tratamiento de la cocaína. Los autores sugieren que la eficacia del programa a largo plazo reside, al menos en parte, en su capacidad para lograr periodos iniciales de abstinencia en la mayoría de los pacientes (Higgins, Badger y Budney, 2000). Por otra parte, esta estrategia tiene la virtud de combinar la manipulación de contingencias "artificiales" y "naturales" (Higgins, 1996). Las contingencias naturales se trabajarían con los módulos terapéuticos que forman la CRA: habilidades para el rechazo de drogas, cambios en el estilo de vida, asesoramiento en relaciones sociales, abuso de otras sustancias y manejo de otros trastornos asociados. La Terapia de Incentivo, por su parte, se situaría en el polo de las contingencias artificiales, al tratarse de un programa de MC en el que los pacientes ganan vales que cambian por diferentes bienes y servicios, si se mantienen abstinentes de cocaína.

Los tratamientos que se sitúan más cerca del polo natural deberían tener más ventajas que los situados en el polo contrario, al menos en lo que se refiere a la abstinencia a largo plazo, ya que las contingencias "naturales" son las que, al final, deben mantener cualquier cambio terapéutico. Por otra parte, la conducta operante es altamente sensible a la precisión de las contingencias que la controlan, y una ventaja de los tratamientos más cercanos al polo "artificial" es que estas contingencias pueden ser manipuladas de forma más precisa que las "naturales".

Todas estas observaciones sugieren que quizás la mejor aproximación sería una combinación de contingencias naturales y artificiales durante las primeras etapas del tratamiento, para después tratar de mantener los cambios terapéuticos bajo contingencias naturales, una vez que se ha conseguido un primer periodo de abstinencia.

Therapeutic Workplace

Una versión particular del empleo de manejo de contingencias con politoxicómanos en programas de metadona es el programa denominado *Therapeutic Workplace*. En este programa se utiliza el salario como reforzador contingente a la abstinencia (de cocaína y heroína) y a

otras conductas ligadas a la participación en un módulo de empleo (puntualidad, aprendizaje, productividad y otras "conductas profesionales"). El equipo de Kennet Silverman del *Johns Hopkins University School of Medicine* de Baltimore llevó a cabo un primer estudio en donde aplicó esta estrategia a un grupo de mujeres desempleadas (madres recientes y mujeres embarazadas) en un programa de metadona. A los seis meses, las tasas de abstinencia en ambas sustancias del grupo experimental doblaba a las alcanzadas por el grupo control (Silverman, Svikis, Robles, Stitzer y Bigelow, 2001). Estos buenos resultados se mantuvieron también a los tres años de seguimiento (Silverman, Svikis, Wong, Hampton, Stitzer y Bigelow, 2002). Los autores concluyen que el *Therapeutic Workplace* puede ser efectivo a largo plazo para el tratamiento de la adicción a la cocaína y heroína con este tipo de pacientes. Sin embargo, algunos autores ponen en duda la aplicabilidad en contextos reales de este procedimiento (debido a la complejidad del programa de reforzamiento) y la eficacia real del mismo (ya que es difícil discernir en qué medida el descenso del consumo de drogas se debe al programa de contingencias o al mero hecho de que los sujetos se impliquen en una actividad que puede competir con dicha conducta) (Marlatt, 2001; McLellan, 2001; Petry, 2001). Es decir, el reforzamiento directo de la abstinencia se apoya con el reforzamiento de conductas que pueden competir con el uso de drogas y, por tanto, facilitar el no consumo.

Otros tratamientos con base en el Manejo de Contingencias

Además de estos programas basados explícitamente en el MC, otros tratamientos muy populares también utilizan estrategias dirigidas a manipular el *coste de oportunidad* del uso de drogas (Higgins, 1996). Por ejemplo, las intervenciones breves, como la reconocida Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991). La Entrevista Motivacional es un tipo de abordaje que se ha mostrado muy eficaz sobre todo para reducir el consumo de alcohol y los daños asociados a la bebida en bebedores excesivos (con niveles de dependencia bajos o moderados) (Saunders, Wilkinson y Phillips, 1995; Stotts, Schmitz, Rhoades y Grabowski, 2001), pero también para reducir el consumo de otras drogas (Bien, Millar y Boroughs, 1993; Handmaker, Millar y Manicke, 1999) o incrementar la retención a los tratamientos (Secades-Villa, Fernández-Hermida y Arnáez Montaraz, 2004). La Entrevista Motivacional es una técnica particularmente útil con personas que son resistentes al cambio. Tiene como objetivo romper esa negación y ambivalencia, y acti-

var al consumidor hacia el cambio. Las estrategias de la Entrevista motivacional son más persuasivas que coercitivas. De acuerdo con los autores, las estrategias cognitivo-conductuales clásicas, basadas en el Entrenamiento en Habilidades, asumen que el sujeto está ya en el estadio de "acción" (y, por tanto, motivado para el cambio), por lo que el énfasis se pone en entrenar a las personas en cómo cambiar; mientras que la Entrevista Motivacional se propone construir el compromiso (el *por qué*) del cambio. Así, este procedimiento se fundamenta en cinco principios generales: expresar empatía, desarrollar discrepancia, evitar la discusión, salvar la resistencia al cambio e incrementar la autoeficacia. En particular, el desarrollo de la discrepancia implica que el terapeuta debe ayudar al paciente a identificar discrepancias entre la conducta actual y las aspiraciones y los objetivos personales. Este ejercicio implica explorar las consecuencias potenciales de la conducta actual de consumo de drogas, es decir, hacer conscientes a los pacientes del *coste* de la conducta de consumo de drogas.

El programa de Alcohólicos Anónimos (AA) también se fundamenta, en gran parte, en los principios del reforzamiento (Secades-Villa y Pérez Álvarez, 1998). Existen al menos tres prácticas comunes en AA y otros programas similares de 12 pasos que pueden ser reconceptualizados desde la Economía Conductual. El compañerismo y camaradería característicos de estos grupos de autoayuda podrían entenderse como esfuerzos para mejorar la vida social de los miembros del grupo al igual que lo hace la CRA. También el hecho de que los miembros del grupo no pueden participar en el mismo si están bajo la influencia de alguna sustancia aumenta el *coste de oportunidad* tras un consumo, privando al miembro del grupo del compañerismo y ayuda que tendría si estuviese sobrio. Las medallas y otros métodos de reconocimiento para premiar la abstinencia continuada estarían en relación con el incremento del *precio* si el paciente vuelve a consumir, ya que el reconocimiento entre sus compañeros no se vuelve a hacer efectivo hasta que el paciente demuestra un mantenimiento de la abstinencia prolongado.

Tratamientos cognitivo-conductuales

Los programas cognitivo-conductuales (*Cognitive-Behavioral Treatment, CBT*) se centran en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que mantienen la conducta de consumir drogas. Los déficit en habilidades de afrontamiento y determinadas cogniciones desadaptadas son considerados como el mayor factor de riesgo

para el uso de drogas. Dentro de este paradigma, se ha optado por distinguir tres modelos de intervención: el Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento, la Prevención de Recaídas (PR) y la terapia conductual familiar y de pareja.

Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento

El Entrenamiento en Habilidades Sociales es un procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo, sobre todo en el tratamiento del alcoholismo. En la literatura anglosajona se ha acuñado el término de *Coping/social skills training (CSST)* para referirse a este procedimiento. El planteamiento que subyace a esta estrategia terapéutica es que el paciente carece de habilidades adecuadas para enfrentarse con situaciones sociales e interpersonales de la vida cotidiana. Estas deficiencias pueden conllevar la aparición de condiciones de estrés que dificulten un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para beber alcohol o usar otro tipo de drogas. El objetivo principal de este tipo de intervenciones es dotar al paciente de las suficientes habilidades de afrontamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadenan el deseo intenso de beber.

Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, asertividad y expresión de emociones, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995).

La evidencia científica de la eficacia de los componentes terapéuticos esenciales del CSST es extensa, sobre todo en el caso del alcohol. Varias revisiones y meta-análisis muestran que el Entrenamiento en Habilidades es superior a otros tratamientos o al no tratamiento, y que incrementa la eficacia de las intervenciones cuando forma parte de programas más amplios (Miller et al., 1995).

En los últimos años también han proliferado los trabajos en los que se emplea alguna variante de la terapia cognitivo-conductual junto con terapia farmacológica (naltrexona o acamprosato). En la mayoría de los casos se encontró que la terapia combinada era superior a la utilización aislada de uno de los componentes.

Prevención de Recaídas (PR)

El modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt y

Gordon (1985) se puede considerar como una especie de ramificación particular de los programas cognitivo-conductuales que cuenta hoy en día con una eficacia demostrada, por lo que puede ser catalogado como un tratamiento de primera elección.

La PR contiene tres elementos fundamentales: (1) Estrategias de entrenamiento en habilidades, que incluyen tanto estrategias cognitivas como conductuales para afrontar situaciones de riesgo: identificación de situaciones de alto riesgo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el *craving* y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (*lapses*), asertividad, control de estrés, habilidades de comunicación, habilidades sociales generales y entrenamiento en solución de problemas, (2) procedimientos de reestructuración cognitiva diseñados para proporcionar al paciente pensamientos alternativos a los que le empujan a consumir, estrategias de imaginación para detectar situaciones de riesgo y estrategias para afrontar el EVA (efecto de violación de la abstinencia) y (3) estrategias de reequilibrio del estilo de vida (como la relajación o el ejercicio físico) para incrementar las actividades alternativas al consumo de drogas.

No obstante, aunque se trate de un procedimiento de intervención originariamente bien estructurado, con fases y componentes bien diferenciados, en la mayoría de los estudios no se ha aplicado de forma sistemática, sino que se ha utilizado como un método general de afrontamiento de las recaídas en el consumo de drogas. Además, en muchos casos es difícil apreciar las diferencias entre los componentes de un programa de entrenamiento en habilidades de los de un programa de PR.

Salvando estos inconvenientes, en la actualidad, se dispone de suficiente evidencia empírica que certifica la eficacia de la PR en el tratamiento del alcoholismo, en comparación con el no tratamiento, con el control placebo, con el consejo médico tradicional o con estrategias de autocontrol. Asimismo, varios estudios meta-analíticos sitúan a la PR como tratamiento de elección para el alcoholismo y algunos muestran que la PR es más eficaz en el tratamiento de la adicción al alcohol en comparación con otras sustancias (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2006).

En el caso de la heroína, existe una evidente escasez de trabajos bien controlados y una dispersión y heterogeneidad de los componentes empleados. Sin embargo, por lo que se refiere a la cocaína, la Terapia Cognitivo-Conductual de Habilidades de Afrontamiento (CBT), basada en la PR, cuenta con un fuerte apoyo empírico,

destacando los trabajos llevados a cabo en la *Substance Abuse Treatment Unit* de la Universidad de Yale. Se trata de un programa de corta duración que tiene dos componentes fundamentales: el análisis funcional y el entrenamiento en habilidades.

Los parámetros de la CBT están perfectamente delimitados y de acuerdo con los autores, los ingredientes activos característicos de la CBT son los siguientes (Carroll, 1998): análisis funcional del abuso de la droga, entrenamiento en el reconocimiento y afrontamiento del *craving*, solución de problemas, afrontamiento de emergencias, habilidades de afrontamiento, examen de los procesos cognitivos relacionados con el consumo, identificación y afrontamiento de las situaciones de riesgo y empleo de sesiones extras para el entrenamiento en habilidades.

Terapia conductual familiar y de pareja

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. En realidad se trata de programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan la bebida, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas.

Este procedimiento se ha empleado sobre todo en el tratamiento del alcoholismo y la mayoría de los estudios han encontrado resultados positivos, mostrando que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes pueden ser un componente crítico de los programas de tratamiento para el alcoholismo. Las distintas investigaciones de los equipos de McCrady y de O'Farrell han marcado la pauta en este sentido. En tres de estos estudios (McCrady, Longabaugh et al., 1986; McCrady, Noel, et al., 1986; McCrady et al., 1991), los sujetos del grupo de terapia familiar conductual obtuvieron mejores resultados a los seis, doce y dieciocho meses de seguimiento respectivamente que los otros dos grupos de tratamiento. Resultados similares fueron encontrados por Bowers y Al-Redha (1990), en donde los alcohólicos del grupo de tratamiento en el que se había incluido a las esposas, consumían menos alcohol al año de seguimiento que los que habían recibido un tratamiento individual estándar.

En diferentes estudios del equipo de O'Farrell, se comprobó que la terapia conductual familiar (*Behavioral Marital Therapy, BMT*) era eficaz para reducir el consumo de alcohol, mantener la abstinencia a largo plazo y

reducir los problemas legales, familiares y sociales (O'Farrell, Cutter y Floyd, 1985; O'Farrell et al., 1996; Fals-Stewart, O'Farrell y Birchler, 1997; O'Farrell, Van Hutton y Murphy, 1999).

En un reciente desarrollo de la terapia de pareja que los autores denominan *Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)*, Miller, Meyers y Tonigan (1999) incluían los siguientes componentes: entrevista motivacional, entrenamiento en manejo de contingencias para reforzar la abstinencia, entrenamiento en habilidades de comunicación, identificación de actividades que podían competir con la bebida, identificación de situaciones de riesgo e identificación de actividades reforzantes para la pareja. Los resultados mostraron que el CRAFT obtenía mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar (Al-Anon y la intervención de confrontación del *Johnson Institute*).

En el mismo sentido, Meyers, Miller, Hill y Tonigan (1999) encontraron que esta modalidad de terapia de pareja incrementaba la abstinencia y la adhesión al tratamiento, y reducía las conductas depresivas, la ansiedad, la ira y la sintomatología física aversiva de las personas allegadas a los pacientes.

En definitiva, se puede deducir de los resultados de la mayoría de estos estudios que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes puede ser un componente crítico de los programas de tratamiento. De hecho, las técnicas de manejo familiar son una parte importante de la CRA, uno de los programas de tratamiento del alcoholismo con mejor soporte empírico en estos momentos (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Técnicas de exposición

La terapia de exposición a pistas o señales (*Cue Exposure Treatment, CET*) invoca el condicionamiento respondiente para explicar el uso de drogas. Esto es, estímulos originalmente neutrales que preceden dicha conducta pueden, después de repetidos apareamientos, llegar a ser capaces de provocar respuestas condicionadas de consumo de drogas. Estas técnicas están orientadas a reducir la reactividad a las señales (*cue reactivity*) mediante procedimientos de control estimular y de exposición. La intervención consiste en la exposición repetida a señales de pre-ingestión de la droga en ausencia de consumo de ésta (prevención de respuesta), con la consiguiente extinción de las respuestas condicionadas.

Los estudios sobre los tratamientos que incorporan la metodología de la exposición a señales en alcoholismo presentan resultados prometedores, pero aun son muy escasos. Los trabajos de Childress, McLellan y O'Brien

(1986), Kasvikis, Bradley, Powell, Marks y Gray (1991) o Powell, Gray y Bradley (1993) son buenos ejemplos de aplicación de la exposición. No obstante, en varios trabajos, la exposición no se ha mostrado tan eficaz (por ejemplo, Dawe et al., 1993).

Sin embargo, esta estrategia ha tenido mayor implantación en los problemas de adicción a los opiáceos y, aunque estos estudios muestran resultados esperanzadores, aún existen bastantes dudas sobre los parámetros de la exposición, que deberían ser solventadas en futuras, por ejemplo: el tiempo de exposición con relación a la abstinencia y al uso de la droga, la duración y la frecuencia de las sesiones de exposición para asegurar la habituación y la extinción, la selección de las señales estímulares o el método de presentación de las mismas.

Además, en muchos de estos trabajos se hace referencia a la dificultad que supone un obstáculo importante: la generalización de los estímulos fuera del marco del tratamiento. En este sentido, algunos autores proponen que la utilidad fundamental de la extinción pasiva es la de permitir una realización más efectiva de las habilidades de afrontamiento, minadas en ocasiones por la intensa reactividad (ansiedad) ante los estímulos relacionados con la droga. Así, la exposición pasiva constituiría la primera fase de la intervención, la cual debería ser complementada por estrategias activas de intervención (*exposición activa*), por ejemplo, entrenamiento en habilidades sociales o en habilidades de afrontamiento (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

CONCLUSIÓN: LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

A pesar del auge que en los últimos años han tenido los tratamientos farmacológicos, se hace necesario reclamar justamente el protagonismo de los tratamientos psicológicos de la drogadicción. Este hecho queda de manifiesto si nos atenemos a los informes y a las guías de tratamiento promovidas en los últimos años por entidades tan importantes como las Asociaciones de Psicología y Psiquiatría Americanas o el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) de este mismo país. Así por ejemplo, entre los denominados 'principios sobre el tratamiento efectivo', el NIDA destaca que las terapias psicológicas son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la adicción, mientras que el tratamiento farmacológico es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con terapias conductuales (NIDA, 1999). Es necesario prestar atención al hecho de que mientras los tratamientos farmacológicos son beneficiosos con determinados pacientes, las terapias psicológi-

cas son esenciales en cualquier programa de tratamiento integral, con lo que se está reconociendo el papel central de dichos tratamientos en la intervención terapéutica.

Así, existe un importante soporte científico que avala la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. La terapia de conducta cuenta con tratamientos empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción (NIDA, 1999). Las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición) y las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y las distintas combinaciones entre ellas se muestran como los componentes críticos de estos programas (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2006).

Como se ha comentado, los factores relacionados con el desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas son múltiples y de diferente índole. De aquí se deduce, en gran medida, la utilidad de emplear las estrategias conductuales dentro de programas multicomponentes, incluyendo, dentro de estos programas, la posible utilización de terapias farmacológicas (mediante sustancias agonistas o interdictoras). Se asume que ambos enfoques funcionan a través de mecanismos diferentes y que afectan también a aspectos distintos (aunque muy relacionados entre sí) del problema (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003). Es decir, las terapias farmacológicas y las psicológicas no han de entenderse como estrategias competitivas, sino complementarias. Programas como el CRA resumen perfectamente este punto de vista.

No obstante, a pesar de esta relativa eficacia, las tasas de recaídas a largo plazo (más de un año de seguimiento) siguen siendo altas en todos los tipos de conductas adictivas. Por tanto, las futuras líneas de investigación han de ir dirigidas a resolver algunas deficiencias que mejoren los resultados a largo plazo de estos programas.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo ha podido realizarse gracias al proyecto financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (Ref. MINT-03-01) así como por una beca predoctoral de la Universidad de Oviedo (Ref. UNIOVI-04-BECD-05) y una beca predoctoral de la Fundación para el Fomento de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT) de Asturias (Ref. BP05-002).

REFERENCIAS

Bickel, W. K., DeGrandpre, R. J. y Higgins, S. T. (1993). Behavioral economics: a novel experimental approach

to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33(2), 173-192.

- Bickel, W.K. y Marsch, L.A. (2001). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction*, 96, 73-86.
- Bien, T.H., Miller, W.R. y Boroughs, J.M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356.
- Bigelow, G.E. y Silverman, K. (1999). Theoretical and empirical foundations of contingency management treatments for drug abuse. En S.T. Higgins y K. Silverman (Eds.), *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research and contingency management interventions* (pp. 15-31). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bowers, T.G. y Al-Redha, M.R. (1990). A comparison of outcome with group/marital and standard/individual therapies with alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 301-309.
- Broner, R.K., Kidorf, M., King, V.L. y Bigelow, G.E. (1997). Using behaviorally contingent pharmacotherapy in opioid abusers enhances treatment outcome. En L.S. Harris (Ed.), *Problems of drug dependence 1996* (NIDA Research Monograph, 174). Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Budney, A. J. y Higgins, S. T. (1998). *A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K.M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
- Childress, A.R., McLellan, A.T. y O'Brien, C.P. (1986). Conditioned responses in methadone population: A comparison of laboratory, clinic and natural setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3, 173-179.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J. y Birchler, G.R. (1997). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcomes analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 789-802.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez Rodríguez, O., Río Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L., Errasti Pérez, J.M. y Al-Halabi Díaz, S. (2006). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19, 134-139.
- Griffith, J.D., Rowan-Szal, G.A., Roark, R.R. y Simpson, D.D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 55-66.
- Handmaker, N.S., Miller, W.R. y Manicke, M. (1999).

- Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 285-287.
- Higgins, S. T. (1996). Some potential contributions of reinforcement and consumer-demand theory to reducing cocaine use. *Addictive Behaviors*, 21(6), 803-816.
- Higgins, S.T., Badger, G.J. y Budney, A.J. (2000). Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 377-386.
- Higgins, S. T., Bickel, W. K. y Hughes, J. R. (1994). Influence of an alternative reinforcer on human cocaine self-administration. *Life Sciences*, 55(3), 179-187.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F. y Badger, G.J. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763-769.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Badger, G.J., Foerg, F.E. y Ogden, A.D. (1995). Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: one-year outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3, 205-212.
- Higgins, S.T., Delaney, D.D., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F. y Fenwick, J.W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Higgins, S.T., Heil, S.H. y Plebani, J. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431-452.
- Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J., Heil, S. H., Badger, G. J., Donham, R., Dantona, R. L., y Anthony, S. (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1043-1052.
- Hunt, G.M. y Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Kasvikis, Y., Bradley, B., Powell, J., Marks, I. y Gray, J.A. (1991). Postwithdrawal exposure treatment to prevent relapse in opiate addicts: A pilot study. *International Journal of the Addictions*, 26, 1187-1195.
- Marlatt, G.A. (2001). Integrating contingency management with relapse prevention skills. Comment on Silverman et al. (2001). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 33-34.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- McCrary, B.S., Longabaugh, R., Fink, E., Stout, R., Beattie, M. y Ruggieri-Authelet, A. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 708-713.
- McCrary, B.S., Noel, N.E., Abrams, D.B., Stout, R.L., Nelson, H.F. y Hay W.M. (1986). Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 459-467.
- McCrary, B.S., Stout, R., Noel, N.E., Abrams, D.B. y Nelson, H.F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *British Journal of Addictions*, 86, 1415-1424.
- McKim, W.A. (2000). *Drugs and behavior. An introduction to behavioral pharmacology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- McLellan, A.T. (2001). Moving toward a "third generation" of contingency management studies in the drug abuse treatment field. Comment on Silverman et al. (2001). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 29-32.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E. y Tonigan, J.S. (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10, 291-308.
- Miller, P.M. (1975). A behavioural intervention program for chronic public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry*, 32, 915-918.
- Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K. y Tonigan, J.S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, MS.: Allyn & Bacon.
- Miller, W.R., Meyers, R.J. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The Community-Reinforcement Approach. *Alcohol Research and Health*, 23, 116-119.
- Miller, W.R., Meyers, R.J. y Tonigan, J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688-697.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.R., Colby, S.M. y Abrams, D.B. (1995). Coping and social skills training. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham

- Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Nader, M. A. y Woolverton, W. L. (1992). Effects of increasing response requirement on choice between cocaine and food in rhesus monkeys. *Psychopharmacology (Berl)*, 108(3), 295-300.
- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of drug addiction treatment*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.
- O'Farrell, T.J., Cutter, H.S. y Floyd, F.J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy*, 16, 147-167.
- O'Farrell, T.J., Choquette, K.A. y Cutter, H.S., Floyd, F.J., Bayog, R., Brown, E.D., Lowe, J., Chan, A. y Deaneault, P. (1996). Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8, 145-166.
- O'Farrell, T.J., Van Hutton, V. y Murphy, C.M. (1999). Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 317-321.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1-2), 9-25.
- Petry, N.M. (2001). Challenges in the transfer of contingency management techniques. Comment on Silverman et al. (2001). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 29-32.
- Pickens, R. y Thompson, T. (1968). Cocaine-reinforced behavior in rats: Effects of reinforcement magnitude and fixed-ratio size. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 161, 122-129.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Powell, J., Gray, J. y Bradley, B. (1993). Subjective craving for opiates: evaluation of a cue exposure protocol for use with detoxified opiate addicts. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 39-53.
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A. y Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 1-13.
- Saunders, B., Wilkinson, C. y Phillips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415-424.
- Schuster, C.R. y Johanson, C.E. (1981). An analysis of dug-seeking behavior in animals. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 5, 315-323.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, R. (2003). Guía de los tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína (pp.107-139). En M. Pérez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo, *Guía de Tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual. En G. Cervera, J.C. Valderrama, J.C. Pérez ce los Cobos, G. Rubio y L. Sanz, *Manual SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Secades Villa, R., Fernández Hermida, J.R. y Arnáez Montaraz, C. y (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug abuse patients: a pilot study. *Substance Use & Misuse*, 39, 9, 1369-1378.
- Secades Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (en prensa). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el Tratamiento de la Adicción a la Cocaína. *Adicciones*.
- Secades Villa, R. y Pérez Álvarez, M. (1998). Análisis conductual de los procesos de cambio en Alcohólicos Anónimos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 98, 883-904.
- Silverman, K. (2004). Exploring the limits and utility of operant conditioning in the treatment of drug addiction. *The Behavior Analyst*, 27, 209-230.
- Silverman, K., Svikis, D., Robles, E., Stitzer, M.L. y Bigelow, G.E. (2001). A reinforcement-based Therapeutic Workplace for the treatment of drug abuse: Six-month abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 14-23.
- Silverman, K., Svikis, D., Wong, C.J., Hampton, J., Stitzer, M.L. y Bigelow, G.E. (2002). A reinforcement-based Therapeutic Workplace for the treatment of drug abuse: three-year abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 228-240.
- Stotts, A.L., Schmitz, J.M., Rhoades, H.M. y Grabowski, J. (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 858-862.
- Vuchinich, R.E. y Tucker, J.A. (1988) Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 181-195.
- Yanagita, T. (1973). An experimental framework for evaluation of dependence liability of various types of drugs in monkeys. *Bulletin of Narcotics*, 25, 57-64.