GRUPO EDITORIAL DE PSICOFUNDACIÓN

Papeles del Psicólogo (2025) 46(2) 86-96

Papeles del Psicólogo
Psychologist Papers

https://www.papelesdelpsicologo.es/ • ISSN 0214–7823 • eISSN 1886–1415

PAPELES DEL PSICÓLOGO
PSYCHOLOGIST PAPERS

Revista del Consejo General de la Psicología de España

Artículo (Monográfico)

El Tratamiento Psicológico de las Conductas Adictivas: un Enfoque Contextual Basado en Procesos

Roberto Secades-Villa, Andrea Krotter y Sara Weidberg

Universidad de Oviedo, España

INFORMACIÓN

Recibido: Enero 13, 2025
Aceptado: Febrero 19, 2025

Palabras clave
Conductas adictivas
Procesos de cambio
Transdiagnóstico
Tratamiento psicológico

RESUMEN

Las conductas adictivas, con y sin sustancia, comparten muchas características clínicas, incluyendo la etiología, el curso y los determinantes de las recaídas. Esta concurrencia señala que, en realidad, se trata de expresiones diferentes de un mismo trastorno subyacente común. En este trabajo se presenta una propuesta transdiagnóstica de clasificación de las variables de mantenimiento y de los posibles mecanismos o procesos de cambio específicos que operan en los tratamientos psicológicos de las conductas adictivas, que han mostrado cierta evidencia de efectividad. El modelo incluye diez variables de mantenimiento, así como los procesos de cambio de dichas variables que son moldeables y a través de los cuales las intervenciones psicológicas funcionan. Esta propuesta encaja con el enfoque contextual cognitivo-conductual, el cual persigue objetivos mucho más amplios que la eliminación de los síntomas, propios del modelo médico, y contiene procedimientos que abordan conjuntamente y de forma integral no solo las conductas de uso de drogas u otras conductas adictivas, sino también un amplio rango de problemas psicológicos que a menudo concurren con los trastornos adictivos.

Psychological Treatment of Addictive Behaviors: A Contextual, Process-Based Approach

Keywords
Addictive behaviors
Change processes
Transdiagnostic
Psychological treatment

ABSTRACT

Addictive behaviors, both substance and non-substance-related, share many clinical characteristics, including etiology, course, and relapse determinants. This co-occurrence suggests that they are, in fact, different expressions of the same underlying disorder. This paper presents a transdiagnostic proposal for classifying the maintenance variables and the possible specific change mechanisms or processes that operate in psychological treatments for addictive behaviors, which have shown some evidence of effectiveness. The model includes ten maintenance variables, as well as the change processes of these variables that are modifiable, and through which psychological interventions work. This proposal aligns with the cognitive-behavioral contextual approach, which aims for much broader goals than symptom elimination, typical of the medical model. It includes procedures that comprehensively address not only drug use or other addictive behaviors but also a wide range of psychological problems that often co-occur with addictive disorders.

Cómo citar: Secades-Villa, R., Krotter, A., y Weidberg, S. (2025). El tratamiento psicológico de las conductas adictivas: un enfoque contextual basado en procesos. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers, 46*(2), 86-96. https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.12
Autor de correspondencia: Roberto Secades-Villa secades@uniovi.es
Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

El modelo contextual de la terapia cognitivo-conductual (TCC) abarca una serie de intervenciones centradas en procesos que examinan los eventos psicológicos en términos de la interacción de la persona con el contexto. La perspectiva contextual que se adopta aquí está alejada de una visión tradicional de la TCC que ha seguido de manera acrítica el modelo médico (y los sistemas de clasificación diagnósticos) y que supone ignorar la importancia de los factores situacionales y contextuales para entender las conductas adictivas y los problemas psicológicos. En el campo contrario, autores del modelo contextual reclaman la primacía de los factores comunes (en particular, la alianza terapéutica) como los responsables del cambio terapéutico, en oposición a los ingredientes activos. Sin embargo, esta perspectiva cae en el mismo tipo de sesgo al despreciar las técnicas psicológicas y su influencia en los cambios de los trastornos mentales (Hofmann y Hayes, 2018). Analizar este importante asunto desde una perspectiva dicotómica es un error. Las vías por las que los tratamientos psicológicos ejercen su influencia son varias y complementarias, y son tanto no específicas, como la alianza terapéutica o las expectativas del paciente, como específicas (las técnicas psicológicas), e inducen a las personas a implicarse en cambios de comportamiento. El impacto de los factores comunes, incluyendo la relación terapéutica, no son suficientes para producir el máximo efecto potencial sobre los resultados del tratamiento (Hofmann y Hayes, 2018).

En el ámbito de los tratamientos psicológicos, un mecanismo de cambio de conducta hace referencia a los procesos a través de los cuales un tratamiento (o una variable independiente) produce un cambio (Kazdin, 2007). El término "mecanismo" supone una especificidad mayor que el término "mediador", ya que explica cómo la intervención se traduce en eventos que conducen al resultado (las razones por las que se produjo el cambio o cómo se produjo), mientras que el mediador no explica específicamente cómo se produjo el cambio. La cuestión de cómo identificar un mecanismo de cambio de conducta es muy compleja y requiere la consideración de muchas variables que interactúan para poder establecer la inferencia causal de los datos observacionales. Desde un enfoque de inferencia causal, los requisitos clave para establecer un mecanismo de cambio de conducta son la existencia de una asociación robusta, la especificidad, el gradiente, la experimentación, la relación temporal, la consistencia y la coherencia (Kazdin, 2007; Witkiewitz et al., 2022). A diferencia de este, el enfoque conductual molar (véase el primer artículo de este monográfico) (Secades-Villa, 2025) adopta una perspectiva temporal más amplia y busca identificar asociaciones entre el ambiente y el comportamiento a lo largo del tiempo, al servicio de un análisis de causa final. Los actos conductuales discretos forman parte de un patrón más amplio de comportamiento que ocurre a lo largo del tiempo en el contexto ambiental. Además, los contextos también cambian, por lo que no se requiere que un estímulo ambiental dado preceda a un acto conductual discreto en una relación temporalmente contigua, como se pretende en el enfoque de inferencia causal, sino que el análisis molar se centra en establecer correlaciones a lo largo del tiempo entre las condiciones ambientales y los patrones de comportamiento (Witkiewitz et al., 2022).

Este trabajo se presenta una propuesta de clasificación de los posibles mecanismos o procesos de cambio específicos que operan en los tratamientos psicológicos de las conductas adictivas, que han mostrado cierta evidencia de efectividad (ver Tabla 1). Se trata de una propuesta de carácter transdiagnóstico en el sentido de que abarca el tratamiento tanto de los trastornos por uso de sustancias (TUS) como las adicciones conductuales. Se parte de la idea esencial de que los trastornos adictivos comparten las mismas variables de mantenimiento y mecanismos de cambio, más allá de que pueda haber diferentes expresiones en su presentación (Kim y Hodgins, 2018). Además, los factores de mantenimiento que explican las conductas adictivas y, por tanto, los procesos de cambio, están muy interrelacionados entre sí, por lo que muchos de esos procesos son comunes a varias terapias con apoyo empírico. Como es obvio y teniendo en cuenta el enfoque ideográfico del modelo contextual, no se trata de una propuesta de intervención que deba aplicarse de manera uniforme a todas las personas con problemas de adicción, sino que ha de adaptarse a las características del problema de cada caso particular.

La perspectiva contextual cognitivo-conductual, incluyendo la TCC tradicional, para el tratamiento de las conductas adictivas persigue objetivos mucho más amplios que la eliminación de los síntomas, propios del modelo médico, y contiene procedimientos que abordan conjuntamente y de forma integral, no solo las conductas de uso de drogas u otras conductas adictivas, si no también un amplio rango de problemas psicológicos que a menudo concurren con los trastornos adictivos y que tienen una alta relevancia clínica y social (Tiffany et al., 2012). Los objetivos del modelo contextual de la TCC incluyen cambios en los ámbitos de la salud, el funcionamiento psicológico, la calidad de vida, las relaciones sociales, la conducta delictiva, la inserción laboral o los valores vitales. Estas variables de resultado distintas de la conducta adictiva pueden proporcionar información crucial sobre los mecanismos responsables de la eficacia y la efectividad de los tratamientos psicológicos.

En las páginas que siguen se describen estos factores de mantenimiento (véase también el segundo artículo de este monográfico) (González-Roz, Iza-Fernández y Alemán-Moussa, 2025) así como los mecanismos de cambio y las intervenciones psicológicas que de una u otra manera operan sobre esos mecanismos.

Déficit de Motivación Para el Cambio o Ambivalencia

La falta de motivación para el cambio es una de las particularidades más reconocibles de las conductas adictivas y aunque es un fenómeno muy habitual en el inicio de una intervención (Miller y Moyers, 2015), la falta de motivación puede ocurrir en cualquier fase del proceso de tratamiento. Prochaska y DiClemente (1982, 1983) establecieron cinco estadios en función del nivel de motivación (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento). La ambivalencia (i.e., expresar simultáneamente motivos a favor y en contra de cambiar) es un proceso normal en el camino hacia el cambio y, de hecho, es un paso adelante con respecto a la etapa de precontemplación, en la que ni siquiera se considera la intención de cambiar (Miller y Rollnick, 2015; Shaffer y Simoneau, 2001).

Son varios los procesos implicados y las intervenciones que tratan de fomentar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio, destacando entre ellas, la entrevista motivacional (EM) (Miller y Rollnick, 2015). La EM es un tipo de intervención breve (Carballo y Coloma-Carmona, 2025) que consiste en una forma

Tabla 1
Procesos de Cambio e Intervenciones Psicológicas en las Conductas Adictivas

Variable	Proceso de cambio	Intervención
Déficit de motivación para el cambio o ambivalencia	• Toma de conciencia de los costes y consecuencias negativas de la conducta adictiva • Evocación de cambios en el lenguaje • Clarificación de valores vitales • Modificación de las creencias normativas • Creación de dudas y preocupación • Reducción de barreras percibidas para el abandono • Incremento del coste de oportunidad de la conducta adictiva • Reforzamiento de la abstinencia y de conductas alternativas al consumo • Concienciación sobre la ineficacia de los intentos de control de los estados internos desagradables	• Psicoeducación • Monitorización del uso de drogas y *feedback* personalizado • Crear discrepancia • Preguntas abiertas evocadoras • Confrontación entre valores y comportamiento • Balance decisional • Uso de incentivos y reforzadores sociales/naturales • Contratos de contingencias • Ejercicios experienciales, metáforas y paradojas que abordan la desesperanza creativa
Falta de clarificación de valores vitales	• Identificación de valores vitales • Emparejamiento de objetivos conductuales vinculados a valores vitales	• Crear discrepancia • Establecimiento de metas y de compromiso conductual • Confrontación entre valores y comportamiento • Ejercicios experienciales, metáforas y paradojas • Programación de actividades reforzantes congruentes con los valores
Reactividad a señales	• Toma de conciencia de los estímulos discriminativos que preceden a la conducta adictiva • Modificación de las condiciones ambientales que facilitan la conducta adictiva • Extinción de la respuesta condicionada a los estímulos discriminativos asociados a la conducta adictiva • Incremento de la autoeficacia para el manejo de las situaciones de riesgo • Mejora de las habilidades sociales y de afrontamiento	• Análisis funcional • Monitorización de situaciones de riesgo • Control estimular (evitación) • Entrenamiento en toma de decisiones • Entrenamiento en relajación/respiración • Exposición a estímulos con prevención de respuesta • Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento (modelado, *role-playing*, *feedback* correctivo y reforzamiento) • Reforzamiento de conductas alternativas
Craving	• Contracondicionamiento • Apertura hacia el malestar (aceptación, defusión cognitiva y yo-como-contexto) • Contacto con el momento presente y desarrollo del yo-observador • Incremento de la flexibilidad psicológica ante emociones y sensaciones desagradables asociadas al *craving*	• Entrenamiento en relajación/respiración • Exposición a estímulos • Actividades alternativas • Ejercicios experienciales, metáforas y paradojas • *Mindfulness*
Déficits en habilidades sociales y falta de apoyo social	• Incremento de habilidades sociales • Incremento de apoyo social	• Entrenamiento en habilidades de solución de problemas • Entrenamiento en habilidades sociales/búsqueda de empleo • Entrenamiento en habilidades para mejorar las relaciones familiares y/o de pareja • Intercambio de reforzadores en contextos familiares
Dificultades en la regulación emocional	• Mejora en las habilidades de regulación emocional • Aumento de toma de conciencia, comprensión y aceptación de emociones • Aumento de la flexibilidad cognitiva • Aceptación de emociones • Reducción de la vulnerabilidad a los estados emocionales intensos • Desarrollo de habilidades de atención plena (participación y presencia en el momento presente)	• Psicoeducación • Reestructuración cognitiva • Entrenamiento en relajación/respiración • Entrenamiento en habilidades • Exposición a estímulos • Programación de actividades • Entrenamiento de habilidades de tolerancia al malestar y regulación emocional • Exposición a eventos privados • *Mindfulness*
Impulsividad	• Disminución del automatismo de la conducta adictiva • Adopción de un marco de referencia de toma de decisiones orientado hacia el futuro y hacia la magnitud de la recompensa • Mejora de los procesos deliberativos • Incremento del coste de oportunidad de la conducta adictiva • Reforzamiento de la abstinencia y de conductas alternativas y/o incompatibles con el consumo • Incremento de la flexibilidad psicológica • Desarrollo de habilidades de atención plena • Reducción de la vulnerabilidad hacia los estados emocionales intensos que preceden a la conducta adictiva	• Entrenamiento en habilidades interpersonales y de solución de problemas • Entrenamiento en visualización vívida de eventos futuros • Uso de incentivos • Programación de actividades alternativas reforzantes • Ejercicios experienciales, metáforas y paradojas • Prácticas de *Mindfulness* • Entrenamiento en habilidades de regulación emocional y de tolerancia al malestar
Elevado valor reforzante de la conducta adictiva	• Reforzamiento de la abstinencia • Incremento del precio y las restricciones a la disponibilidad de la conducta adictiva • Incremento del coste de oportunidad de la conducta adictiva • Incremento del valor y el acceso a reforzadores alternativos	• Uso de incentivos • Control estimular • Entrenamiento en habilidades • Programación de actividades alternativas reforzantes
Baja sensibilidad y/o disponibilidad de reforzadores alternativos	• Reducción de limitaciones y costes de las actividades libres de drogas • Incremento de actividades alternativas reforzantes • Mejora de la capacidad (interés) para atender a reforzadores alternativos	• Uso de incentivos • Programación de actividades reforzantes • Entrenamiento en habilidades sociales • Entrenamiento en memoria de trabajo • Entrenamiento en la modificación de sesgos atencionales
Expectativas y pensamientos irracionales	• Cambio de sesgos cognitivos, creencias y expectativas erróneas	• Psicoeducación • Reestructuración cognitiva • Exposición *in vivo* o en imaginación

particular de mantener una conversación sobre el cambio, de modo que es el cliente, y no el terapeuta, quien expresa los argumentos a favor del cambio, utilizando técnicas como la evocación de cambios en el lenguaje mediante pregunta abiertas, el balance decisional (pros/contras de dejar de consumir), la creación de la discrepancia (por ejemplo. entre la conducta actual y los valores vitales) o el *feedback* personalizado (presentar información clínica objetiva sobre la conducta problemática). El profesional adopta una postura empática y refuerza la autoeficacia de la persona (Coloma-Carmona y Carballo, 2022), lo que reduce la ambivalencia e incrementa la motivación para el cambio, inclinando la balanza a favor de abandonar la conducta adictiva.

El manejo de contingencias (MC) se emplea principalmente en las primeras fases del tratamiento en personas con un apoyo ambiental limitado para lograr la abstinencia o el compromiso con el tratamiento (Secades-Villa, García-Rodríguez y Fernández-Hermida, 2015). Es un procedimiento con base en el condicionamiento operante en el que se refuerzan los objetivos del tratamiento (como la abstinencia o la adherencia) verificados mediante evidencias objetivas, como las pruebas bioquímicas (Petry, 2011). Suele emplearse junto con contratos de contingencias en los que, entre otras condiciones, se especifican las características del protocolo de MC. Uno de los procedimientos más extendidos se basa en la entrega de incentivos, reforzadores tangibles (vales o *vouchers*) canjeables por diversos bienes o servicios como actividades deportivas o de autocuidado personal, ya que permite a las personas elegir entre varios reforzadores que compiten con el consumo de sustancias (Weidberg et al., 2022). El MC aumenta la motivación para el cambio en tanto que incrementa el coste de oportunidad (i.e., los reforzadores alternativos perdidos), puesto que el acceso al reforzador es incompatible con la realización de la conducta adictiva.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una terapia destinada a incrementar la flexibilidad psicológica (Wilson et al., 2012). En sus fases iniciales incrementa la motivación para el cambio mediante la desesperanza creativa. Su objetivo es que la persona renuncie a todo aquello que no le ha funcionado para intentar controlar su malestar físico o emocional, ya que tratar de controlar las experiencias internas desagradables (e. g., *craving*, tristeza) mediante el consumo de sustancias es lo que le ha introducido en el bucle de la adicción (González-Menéndez et al., 2022). Distintos ejercicios experienciales, paradojas y metáforas (e. g., trampa china de dedos, metáfora de la persona en el hoyo, metáfora de tirar de la cuerda con un monstruo), que configuran el esqueleto de la terapia, permiten a la persona diferenciar entre lo que importa, lo que hace y lo que consigue (Luciano et al., 2010), abriéndose la posibilidad de afrontar el malestar sin consumir (aceptación) mientras que clarifica sus valores y toma decisiones en dirección a ellos (compromiso).

Falta de Clarificación de Valores Vitales

Para el enfoque contextual de la TCC es importante clarificar qué valores son importantes para la persona y lograr que actúe en los diversos dominios de la vida (laboral/educativo, relaciones personales, salud física, etc.) en consonancia con éstos. No se trata tanto de luchar contra lo que la persona siente o piensa en relación con el objeto adictivo, como de avanzar conductualmente hacia metas valiosas alternativas (Hayes, 2004).

El trabajo en valores es un objetivo fundamental tanto de la EM como de la activación conductual (AC) y sobre todo de la ACT. La EM busca abordar la ambivalencia e incrementar (evocar) la motivación intrínseca mediante la creación de una discrepancia y el establecimiento de un compromiso conductual de acuerdo con los valores vitales significativos de la persona.

La planificación de actividades placenteras al servicio de metas vitales valiosas para la persona también es un proceso central en la AC. En particular el protocolo LETS ACT (Daughters et al., 2016) se centra en el vínculo entre el estado de ánimo y el consumo de sustancias y trata de identificar formas de reforzamiento positivo libres de sustancias y orientadas a objetivos. La monitorización de la actividad diaria trata de identificar las actividades que tienen baja relevancia (discordantes con los valores vitales) y bajo disfrute (poco reforzantes), con el fin de seleccionar otras nuevas, más reforzantes y orientadas a valores significativos de la persona. La AC comulga con la noción de que la persona ha de actuar e implicarse en actividades con sentido para ella, aun cuando carezca de una motivación inicial. Esto se hace con el fin de romper el ciclo de inactivación conductual e implicación en conductas con baja tasa de reforzamiento o incompatibles con valores vitales significativos, que se encuentran en la base tanto la depresión como la conducta adictiva, con miras al horizonte de valores significativos para la persona (Martell et al., 2010).

La ACT propone cambiar la relación de la persona con su propia experiencia de malestar (derivado de la abstinencia), mediante la implicación en actividades congruentes con valores que realmente importan, a pesar de esas experiencias molestas (Luciano et al., 2010; Pérez-Álvarez, 2014). Inicialmente se trabaja con ejercicios conductuales y/o metáforas que se estructuran por tiempo o por actividad, y no por la gravedad de los síntomas (*craving*, síntomas de abstinencia) (González-Menéndez et al., 2022). En las fases iniciales, tanto los valores como las tareas o ejercicios de compromiso con los mismos son más concretos y cortos, mientras que a medida que se avanza en la intervención y la persona se torna más flexible psicológicamente, el "tamaño" de los valores y de los ejercicios de compromiso es mayor e incluso transcienden la propia duración de la terapia (acciones comprometidas a futuro), incorporándose en este punto los dominios generales de la vida (educación, relaciones, etc.) (González-Menéndez et al., 2022). Metáforas como la del "viaje" o la del "los huertos" (Wilson y Luciano, 2002) permiten que la persona entienda que el proceso de tomar una dirección valiosa no significa que en cada momento se evidencien los resultados que uno desea, sino que incluye circunstancias de todo tipo, más o menos placenteras, en las que se revaloriza la elección de la meta vital escogida. Los ejercicios experienciales pretenden que la persona entienda la importancia de aceptar eventos privados desagradables, mientras uno actúa en la dirección de valores que le importan, como el ejercicio de "fiscalizar barreras" (Wilson y Luciano, 2002).

Reactividad a Señales

Los estímulos ambientales presentes antes de que se produzca la respuesta juegan un papel decisivo en el mantenimiento y en la recaída de las conductas adictivas (Bickel y Kelly, 1988), por lo que el control estimular es fundamental a lo largo de todo el proceso terapéutico y, especialmente, en el inicio del mismo. El control

estimular es un procedimiento que normalmente consiste en restringir la exposición al estímulo discriminativo (e.g., lugares, personas) que controla la conducta (Bickel y Kelly, 1988). El análisis funcional de la conducta ayuda a la persona a tomar conciencia de los estímulos discriminativos que preceden la conducta adictiva (a identificar situaciones de alto riesgo), mientras que el entrenamiento en toma de decisiones y en habilidades de afrontamiento proporcionan estrategias para evitar la implicación en las conductas adictivas en este tipo de situaciones. En contraposición, la exposición con prevención de respuestas tiene como finalidad de extinguir la conducta adictiva reduciendo el valor de los estímulos asociados a ella (e. g., bar) mediante la exposición gradual sin ejecutar esa conducta (beber alcohol, apostar en la máquina tragaperras), lo que incrementa el autocontrol de la persona (Bergeron et al., 2022). Se persigue que el estímulo condicionado no evoque la respuesta condicionada (deseo de beber o apostar), o que dicho estímulo se despoje de la función de estímulo discriminativo que incrementa la posibilidad de beber o apostar (Ferrer García et al., 2022). El entrenamiento en habilidades ayuda a ampliar el repertorio conductual de los individuos ante la presencia del estímulo adictivo.

El conjunto de técnicas de tipo cognitivo-conductual englobadas bajo el término "prevención de recaídas" abordan el fenómeno de la recaída reforzando las estrategias de afrontamiento para mantener la abstinencia (Sánchez Hervás et al., 2022). En primer lugar, se identifican las situaciones de riesgo y se establece un procedimiento para reducir las probabilidades de que ocurra un primer consumo (caída). En caso de que se produzca, se entrena a la persona para prevenir el efecto de violación de la abstinencia (sensación de pérdida de control tras incumplir la norma de no consumo), que podría propiciar un patrón de conductas impulsivas que desencadenen la recaída (regreso al patrón de consumo anterior) (Marlatt et al., 2002).

Craving

A pesar de que el *craving* se considera un componente central de la adicción, no existe una definición común y compartida por todos los clínicos e investigadores (Drummond et al., 2000). Se han sugerido numerosos modelos sobre los mecanismos que subyacen al *craving*, tanto neuroadaptativos, como cognitivos o de aprendizaje. En este caso, el *craving* se concibe como el deseo intenso o urgencia por consumir una sustancia o de implicarse en una conducta adictiva con el fin de evitar estados fisiológicos y/o psicológicos desagradables asociados a la ausencia de la sustancia (síndrome de abstinencia) o por el deseo de buscar el efecto positivo (reforzante) del objeto adictivo (Drummond et al., 2000). Se trata de un patrón de respuestas rígido y repetitivo (compulsivo) que se mantiene en el tiempo, conformando un ciclo de reforzamiento negativo y/o positivo (Koob, 2017). Los individuos con trastornos adictivos muestran pensamientos rumiativos en torno al consumo de la sustancia, centrando su atención en ese estado interno, lo que también se denomina hiperreflexividad (Ingram, 1990).

La TCC emplea técnicas de relajación/respiración dirigidas a reducir la intensa activación fisiológica asociada al *craving* y a romper el automatismo vinculado al deseo de consumo, ofreciendo una alternativa conductual adaptativa que favorece el control de los niveles de estrés asociados (Louvardi et al., 2021). La implicación en actividades alternativas también es importante para romper dicho automatismo.

En lugar de emplear técnicas para reducirlo, la ACT fomenta la apertura hacia la vivencia de ese malestar (Wilson et al., 2012). Con el objetivo de romper el bucle de la adicción, la terapia interviene sobre la flexibilidad psicológica, siendo especialmente importante el abordaje del yo-como-contexto (p.ej., mediante la metáfora del tablero de ajedrez), dirigido a desarrollar la autoconciencia de un yo-observador, que contempla la experiencia presente sin juzgarla (González-Menéndez et al., 2022).

Finalmente, el *mindfulness* empleado en la Prevención de Recaídas basada en Mindfulness (MBRP), la ACT y la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) también puede reducir las conductas compulsivas en presencia del *craving* (Tapper, 2018) proporcionando los medios para manejar los impulsos sin sentirse superado por ellos (Bowen et al., 2013). Focalizar la atención de forma intencionada en la respiración y detectar cuando la mente "divaga" para volver a centrarla en el momento presente produce mejoras en la capacidad de atender a otros elementos no asociados a la sustancia, incrementa la conciencia corporal, facilita la regulación de las emociones, y produce un cambio de perspectiva del yo (Hölzel et al., 2011).

Déficits en Habilidades Sociales/de Afrontamiento y Falta de Apoyo Social

Los déficits en el apoyo social afectan a todo el proceso adictivo, desde su inicio a la potencial recuperación (Carter-Rogers et al., 2024; Wang et al., 2024). Las interacciones con la familia y/o personas significativas del entorno pueden convertirse en una fuente de apoyo que ayude al proceso de recuperación de las conductas adictivas (García-Fernández et al., 2022). Sin embargo, las conductas de apoyo ineficaces, aun siendo bienintencionadas, pueden servir para habilitar mecanismos de afrontamiento disfuncionales en la persona que presenta una conducta adictiva (Calkins y Brock, 2020; Kim y Hodgins, 2018).

En el marco de la terapia conductual familiar se emplean diversas estrategias que incorporan el trabajo con familia, entre las que destacan el entrenamiento en habilidades de comunicación, dirigidas a mejorar las relaciones y el clima familiares, la orientación de padres con hijos que presentan problemas de conducta o el intercambio de reforzadores en contextos familiares (Donohue et al., 2014; García-Fernández et al., 2022).

La terapia conductual familiar tiene su sustento teórico en el enfoque de *Community Reinforcement Approach* (CRA) (Hunt y Azrin, 1973). CRA destaca la importancia de los factores ambientales en la intervención de las conductas adictivas, empleando para ello reforzadores familiares, sociales, vocacionales y/o recreativos. Los enfoques de CRA y de *Community Reinforcement and Family Training* (CRAFT) se fundamentan en la idea de que las personas significativas del entorno pueden jugar un papel elemental o la hora de reforzar o extinguir la conducta adictiva (García-Fernández et al., 2022). CRAFT busca reducir la conducta adictiva de forma indirecta, interviniendo sobre la familia y/o entorno social cercano de la persona, con el objetivo de que estos cuenten con un abanico de técnicas que contribuyan a reducir el consumo e iniciar el tratamiento (Meyers et al., 2005). En la primera fase se dota a las personas significativas de habilidades con el objetivo de reducir la conducta a adictiva, motivar a la persona para que se involucre en el tratamiento y mejorar el clima familiar. La segunda fase se dirige directamente a las personas que presentan

la conducta adictiva, con un enfoque de EM en las primeras sesiones, para posteriormente aplicar la intervención de CRA.

La terapia conductual de pareja tiene como objetivo principal la reestructuración de los patrones de interacción de la pareja con la doble intención de conseguir la abstinencia a largo plazo de la conducta adictiva y de mejorar la dinámica de la relación, abordando ambas cuestiones de forma integrada (Fals-Stewart et al., 2004). Cuenta con los siguientes componentes de corte cognitivo-conductual: contrato de recuperación y abstinencia, reconocimiento de comportamientos positivos en el otro miembro de la pareja, planificación de actividades destinadas a aumentar la presencia de emociones agradables en el otro miembro de la pareja, planificación de actividades compartidas y entrenamiento en habilidades de comunicación constructiva, así como en prevención de recaídas (Fals-Stewart et al., 2009).

Dificultades en la Regulación Emocional

La dificultad para identificar las emociones propias y/o aplicar estrategias adecuadas en aras de regular las respuestas emocionales juegan un papel fundamental en los procesos de deshabituación de las conductas adictivas (McRae y Gross, 2020; Roos y Witkiewitz, 2017). Las intervenciones dirigidas a desarrollar las habilidades de regulación emocional pueden buscar tanto la modificación de las respuestas conductuales hacia experiencias emocionales tanto internas (e.g., estrés, ansiedad) como externas (e.g., discusión con la pareja) (Roos y Witkiewitz, 2017).

Desde la óptica de la TCC tradicional, las técnicas empleadas (psicoeducación, relajación, exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva) buscan reducir o extinguir tales eventos privados aversivos. Por ejemplo, la exposición con prevención de respuesta promueve la habituación a las claves condicionadas previamente asociadas con la conducta adictiva, lo que a su vez pasa por la reducción paulatina de los estados emocionales aversivos que supone la exposición a tales claves condicionales sin que se dé la conducta adictiva (i.e., prevención de respuesta). Otro ejemplo lo constituye la reestructuración cognitiva, cuyo objetivo es la detección y cuestionamiento de la base fáctica de las cogniciones erróneas, lo que se entiende que a su vez redundará en una disminución de los estados emocionales aversivos.

La DBT se diseñó para intervenir específicamente sobre la desregulación emocional en personas con trastorno límite de la personalidad (Linehan, 2015), pero con el tiempo se ha ido extendiendo al campo de las conductas adictivas. Tanto esta terapia como la ACT y la MBRP entrenan las habilidades de regulación emocional a través de toma de conciencia y aceptación de las experiencias internas negativas o desagradables (*craving*, síntomas de abstinencia, pensamientos angustiantes), con el objetivo de que la conducta emocional interna no necesariamente ejerza control sobre la conducta adictiva (externa) por muy aversiva que sea, por lo que la experiencia emocional no necesita ser modificada (González-Menéndez et al., 2022). Estas intervenciones buscan la aceptación de tales eventos emocionales y el establecimiento de un vínculo entre la conducta abierta y los valores vitales elegidos (i.e., aún a pesar de sentir emociones desagradables, la persona elige mantenerse abstinente porque es congruente con respecto de sus valores vitales).

Impulsividad

Diversas intervenciones tienen como objetivo disminuir el automatismo de la conducta adictiva, fomentando la toma de decisiones orientada hacia el futuro en función de la magnitud da la recompensa y no de su demora en el tiempo (descuento por demora), o enseñando habilidades para no actuar de forma precipitada ante la presencia de emociones positivas o negativas (urgencia positiva o negativa). Las alteraciones en el proceso de toma de decisiones son causa y consecuencia de los trastornos adictivos (Verdejo-García et al., 2018).

El entrenamiento en solución de problemas y en habilidades interpersonales de la TCC son especialmente relevantes para reducir las conductas impulsivas. Se trata de dotar al individuo de estrategias eficaces para rechazar los ofrecimientos de consumo, buscar apoyo social y manejar los problemas de manera alternativa a la realización de la conducta adictiva (McHugh et al., 2010). Todo ello incrementa su repertorio conductual adaptativo, lo que le permitirá procesar tanto las emociones agradables como las desagradables.

Por otro lado, el MC entrena la atención hacia los costes de obtener la recompensa inmediata del consumo de sustancias, dado que el acceso a los reforzadores alternativos se produce solo cuando no se ha consumido (Higgins, 1994). El MC es eficaz porque ofrece una alternativa concreta e inmediata al consumo de drogas, y mejora la capacidad de los procesos deliberativos para atender a opciones no relacionadas con las drogas, compensando los sistemas de selección de acciones más automáticos (Regier y Redish, 2015). El MC crea un contexto de elección en la que la recompensa alternativa (es decir, la abstinencia en lugar del consumo de drogas) es más concreta y cercana temporalmente, compitiendo así con la opción de consumir de drogas.

El "pensamiento episódico futuro" (PEF) es un protocolo que persigue incrementar la capacidad de las personas para auto-proyectarse en el futuro y pre-experimentar un evento particular (Atance y O'Neill, 2001). En el PEF se entrena la visualización vívida y realista de diversos eventos que con una alta probabilidad ocurrirán en distintos periodos temporales futuros (e. g., seis o 12 meses), lo que refuerza la valoración de las recompensas diferidas en el tiempo, frente a los reforzadores inmediatos asociados a la conducta adictiva (Aonso-Diego et al., 2023; Bickel et al., 2016); en otras palabras, reduce el descuento por demora (Ye et al., 2022). Aunque su implementación en contextos clínicos es limitada hasta la fecha (González-Roz et al., 2021), varios estudios muestran que el PEF es eficaz para reducir los niveles de impulsividad en personas con problemas de conductas adictivas.

Por otro lado, los esfuerzos de la ACT para promover la flexibilidad psicológica implican abordar la aceptación, la defusión cognitiva y el yo-como-contexto, lo que se traduce en una reducción de las conductas impulsivas. La terapia se dirige respectivamente a que la persona vivencie activamente los eventos privados que le producen malestar sin evitarlos, a que experimente los pensamientos y sensaciones que desencadenan la conducta adictiva como mera conducta verbal, y no como verdades absolutas, y que el "yo" no se represente en la vivencia del malestar, sino que su función sea la de aportar el contexto para que esa vivencia tenga lugar (González-Menéndez et al., 2022).

El *mindfulness* también puede reducir las conductas impulsivas controladas por el reforzamiento obtenido a corto plazo. Su práctica

es el eje principal de la MBRP, aunque también se utiliza por ejemplo en la ACT y en la DBT mediante meditaciones informales. El *mindfulness* es el acto de focalizar la atención de forma intencionada en el momento presenten con aceptación, es decir, sin juzgar o rechazar lo que está sucediendo (Kabat-Zinn, 1990). La práctica del *mindfulness* promueve la conciencia de los factores desencadenantes de las conductas adictivas, incrementa la tolerancia y la aceptación de las experiencias desagradables y reduce la frecuencia de comportamientos automáticos vinculados a la adicción (González-Menéndez et al., 2022).

Por último, el entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar y el desarrollo de habilidades de regulación emocional de la DBT favorecen la adquisición de estrategias de tolerancia (e.g., habilidades TIPP-temperatura, ejercicio intenso, respiración y relajación muscular) y enseñan a modular los estados emocionales intensos por ejemplo mediante la acción opuesta (García Palacios, 2006). Todo ello ofrece una alternativa de respuesta no impulsiva ante los estados emocionales intensos que ocasionalmente preceden a la conducta adictiva.

Elevado Valor Reforzante de la Conducta Adictiva y Baja Sensibilidad y/o Disponibilidad de Reforzadores Alternativos

Estos dos factores son coherentes con el modelo de la Economía Conductual (EC) descrita en el primer artículo de este monográfico (Secades-Villa, 2025), que sugiere que el consumo de sustancias está una función de la disponibilidad de alternativas de reforzamiento. Se hace hincapié aquí en la importancia de analizar no solo los aspectos propios del objeto adictivo sino también el contexto en el que se da su consumo, esto es, la eficacia relativa de distintos reforzadores para mantener la conducta adictiva (González-Roz et al., 2020). El modelo contextual no solo se centrar en reducir el valor de la conducta adictiva o lograr el autocontrol, sino también en aumentar la disponibilidad y el valor de los reforzadores alternativos.

El MC expuesto antes reduce la conducta adictiva mediante el incremento del coste de oportunidad asociado a la misma, facilitando el acceso e implicación en conductas alternativas y/o incompatibles con la adictiva. Se busca alterar el contexto externo de la persona de tal manera que éste compita con el valor reforzante que la conducta adictiva proporciona (Roll, 2013). Para ello, el MC se sirve del empleo de reforzadores positivos o negativos de forma contingente a la abstinencia de la conducta adictiva (McPherson et al., 2018), tal y como se comentó previamente. De esta manera, se busca aumentar el acceso que la persona tiene a fuentes de reforzamiento alternativos a la conducta adictiva (esto es, incrementar el coste de oportunidad) (Rash et al., 2019; Weidberg et al., 2022). El MC se ha aplicado también para el reforzamiento de otros objetivos terapéuticos, como la asistencia a las sesiones (Khazanov et al., 2022; Pfund et al., 2022) o la adherencia a la medicación (Khazanov et al., 2023, 2024).

La AC es otra de las intervenciones particularmente dirigidas a incrementar el precio de la conducta adictiva y a compensar la pérdida de reforzadores alternativos y/o incompatibles a la misma. La AC busca reorientar a la persona para incrementar su implicación en actividades reforzantes y valiosas para ella (Martell et al., 2010; Ross et al., 2016). La implicación en estas actividades incrementa la tasa de reforzamiento alternativo y reduce la probabilidad de implicación en otras conductas disfuncionales, como la evitación, que son muy habituales tanto en las conductas adictivas como en la depresión (Daughters et al., 2016; Pott et al., 2022).

Desde la TCC, los módulos de intervención diseñados para el entrenamiento de habilidades específicas (e.g., entrenamiento en solución de problemas y en habilidades sociales, búsqueda de empleo, etc.) buscan aumentar el número de alternativas de reforzamiento a la conducta adictiva que existen en el entorno inmediato de la persona, esto es, un incremento del coste de oportunidad y, por ende, una disminución de la demanda del objeto adictivo (Acuff et al., 2023). De la misma manera, el enfoque de CRA se vale de reforzadores familiares, sociales, vocacionales y/o recreativos en un intento de incrementar el coste de oportunidad derivado de la conducta adictiva (Hunt y Azrin, 1973).

Además de éstas, existen algunas intervenciones en fase experimental que buscan que la mejora en las habilidades cognitivas se generalice a los procesos de elección conductual, de tal manera que se produzca un aumento de la capacidad para atender a los reforzadores alternativos a la conducta adictiva. Tal es el caso del entrenamiento en memoria de trabajo (Bickel et al., 2014), cuyo objetivo es mejorar la función ejecutiva mediante el entrenamiento de habilidades cognitivas que permitan mantener el procesamiento de la información a pesar de una potencial interferencia (Zhao et al., 2020). Así mismo, en el entrenamiento en la modificación de sesgos atencionales se incluyen una variedad de tareas computarizadas diseñadas para interferir con los procesos atencionales y de evaluación cognitiva desencadenados por las claves relacionadas con la conducta adictiva, mediante el cambio del foco atencional de dichas claves hacia otras de tipo control (Boffo et al., 2019; Wiers et al., 2013).

Expectativas y Pensamientos Irracionales

Las expectativas (creencias anticipatorias) sobre los efectos de las conductas cognitivas (e.g., "consumir cannabis me hace sentir extrovertido y amigable") y los pensamientos irracionales (creencias permisivas) que proporcionan una justificación para implicase en conductas adictivas (e.g., "creo que voy a tener suerte en el juego") pueden ser factores etiológicos y de mantenimiento tanto en los TUS (Anthenien et al., 2021; Coates et al., 2018) como en las adicciones conductuales, especialmente en el juego de apuestas (Armstrong, Rockloff y Browne, 2020). Por este motivo, la TCC incluye componentes para ayudar a las personas a identificar y desafiar las cogniciones desadaptativas y las expectativas positivas sobre las consecuencias de la conducta adictiva, a través de la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la exposición, mediante el procedimiento *thinking aloud*, utilizado para recoger, grabar y modificar los pensamientos irracionales. Estas intervenciones orientadas a corregir las distorsiones cognitivas obtienen buenos resultados en la reducción de la conducta adictiva, particularmente en los problemas de juego de apuestas (Chrétien et al., 2017).

Conclusiones

La propuesta contextual de un modelo de intervención de carácter transdiagnóstico que se expone aquí se basa en la evidencia de similitud entre los trastornos adictivos con y sin sustancia (y que se extiende también a otros problemas psicológicos), a pesar de la heterogeneidad en su presentación.

El enfoque contextual de la TCC se fundamenta en la idea de que las conductas adictivas están mantenidas por el contexto proximal y distal del entorno de elección, así como por los beneficios y los costes tanto de la conducta adictiva como de las alternativas a esta. Así, las variables de mantenimiento individuales que se incluyen en esta propuesta (motivación, valores, etc.) deben analizarse en términos de su interacción con el contexto (inmediato y más amplio) y dicha interacción debe tenerse en cuenta también en el tratamiento de este tipo de problemas.

Este enfoque tiene implicaciones para orientar las políticas públicas, la práctica clínica y la investigación, incluyendo la identificación de nuevos mecanismos de cambio para mejorar las intervenciones existentes (Acuff et al., 2024). Desde el enfoque contextual-molar se va más allá de la manipulación directa del mecanismo de cambio propuesto, ya que muchos aspectos del contexto ambiental que son importantes para el comportamiento humano no pueden manipularse experimentalmente, por lo que se necesitan diseños de investigación que puedan analizar las asociaciones entre contextos y comportamiento relacionados o no con los hábitos adictivos a lo largo del tiempo (Witkiewitz et al., 2022). La preferencia por la implicación en una conducta adictiva se desarrolla en un contexto ambiental amplio que implica la disponibilidad de reforzadores alternativos libres de sustancias y sus limitaciones ambientales asociadas (Coelho et al., 2024; Correia et al., 2010).

La mejora de los métodos para evaluar los mecanismos individuales de cambio de comportamiento en tiempo casi real, a través de la evaluación ambulatoria mediante la tecnología *mHealth* (p.ej., Litt, Kadden y Kabela-Cormier, 2009) puede ayudar a conocer de forma más precias los efectos de una intervención sobre los supuestos mecanismos de cambio desde un enfoque idiográfico, más propio del modelo contextual. Estos métodos de medición intensiva son especialmente útiles para captar cómo las variables individuales cambian a través de los contextos y a lo largo del tiempo.

Es de esperar que en los próximos años las investigaciones realizadas desde el modelo contextual basadas en procesos de cambio ayuden a mejorar nuestra comprensión de los fenómenos adictivos y a optimizar los tratamientos psicológicos existentes.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses.

Referencias

Acuff, S. F., MacKillop, J. y Murphy, J. G. (2023). A contextualized reinforcer pathology approach to addiction. *Nature Reviews Psychology*, *2*(5), 309-323. https://doi.org/10.1038/s44159-023-00167-y

Acuff, S. F., Strickland, J. C., Smith, K., y Field, M. (2024). Heterogeneity in choice models of addiction: the role of context. *Psychopharmacology*, *241*(9), 1757-1769. https://doi.org/10.1007/s00213-024-06646-1

Anthenien, A. M., Prince, M. A., Wallace, G., Jenzer, T., y Neighbors, C. (2021). Cannabis outcome expectancies, cannabis use motives, and cannabis use among a small sample of frequent using adults. *Cannabis*, *4*(1), 69-84. https://doi.org/10.26828/cannabis/2021.01.005

Aonso-Diego, G., Secades-Villa, R., y González-Roz, A. (2023). Episodic future thinking for the prevention and treatment of health risk behaviors. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, *44*(1), 8-14. https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3005

Armstrong, T., Rockloff, M., y Browne, M. (2020). Gamble with your head and not your heart: A conceptual model for how thinking-style promotes irrational gambling beliefs. *Journal of Gambling Studies*, *36*(1),183-206. https://doi.org/10.1007/s10899-019-09927-z

Atance, C. M., y O'Neill, D. K. (2001). Episodic future thinking. *Trends in Cognitive Sciences*, *5*(12), 533-539. https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01804-0

Bergeron, P.-Y., Giroux, I., Chrétien, M., y Bouchard, S. (2022). Exposure Therapy for Gambling Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Current Addiction Reports*, *9*(3), 179-194. https://doi.org/10.1007/s40429-022-00428-5

Bickel, W. K., y Kelly, T. H. (1988). The relationship of stimulus control to the treatment of substance abuse. *NIDA Research Monograph*, *84*, 122-140.

Bickel, W. K., Mellis, A. M., Snider, S. E., Moody, L., Stein, J. S., y Quisenberry, A. J. (2016). Novel Therapeutics for addiction: behavioral economic and neuroeconomic approaches. *Current Treatment Options in Psychiatry*, *3*(3), 277-292. https://doi.org/10.1007/s40501-016-0088-3

Bickel, W. K., Moody, L., y Quisenberry, A. (2014). Computerized working-memory training as a candidate adjunctive treatment for addiction. *Alcohol Research: Current Reviews*, *36*(1), 123-126.

Boffo, M., Zerhouni, O., Gronau, Q. F., Beek, R. J. J. van, Nikolaou, K., Marsman, M., y Wiers, R. W. (2019). Cognitive bias modification for behavior change in alcohol and smoking addiction: Bayesian meta-analysis of individual participant data. *Neuropsychology Review*, *29*(1), 52-78. https://doi.org/10.1007/S11065-018-9386-4

Bowen, S., Chawla, N., y Marlatt, G. A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness: guía clínica*. Desclée de Brouwer.

Calkins, F. C., y Brock, R. L. (2020). The dark side of helping behaviors: Partner support increases daily alcohol use in outpatients with a history of alcohol dependence. *Journal of Social and Personal Relationships*, *37*(5), 1389-1404. https://doi.org/10.1177/0265407519898257

Carballo, J. L., y Coloma-Carmona, A. (2025). Intervención breve en conductas adictivas: la promoción del cambio. *Papeles del Psicólogo/ Psychologist Papers, 46*(2), 76-85. https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.11

Carter-Rogers, K., Al-Hamdani, M., Kearney, C. P. M., y Smith, S. M. (2024). Risk-taking, social support, and belongingness contribute to the risk for cannabis sse frequency in university students. *Substance Use & Misuse*, *59*(9), 1357-1366. https://doi.org/10.1080/10826084.2024.2341998

Chrétien, M., Giroux, I., Goulet, A., Jacques, C., y Bouchard, S. (2017). Cognitive restructuring of gambling-related thoughts: A systematic review. *Addictive Behaviors*, *75*, 108-121. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.07.001

Coates, J. M., Gullo, M. J., Feeney, G. F. X., Young, R. M., Dingle, G. A., y Connor, J. P. (2018) Alcohol expectancies pre-and post-alcohol use disorder treatment: Clinical implications. *Addictive Behaviors*, *80*, 142-149. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.029

Coelho, S. G., Hendershot, C. S., y Wardell, J. D. (2024). Within-person and between-person associations of access to environmental reward with alcohol and cannabis use and consequences among young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, *263*, Artículo 112417. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.112417

Coloma-Carmona, A., y Carballo, J. L. (2022). Intervenciones breves [Brief interventions]. En R. Secades-Villa, G. García-Fernández y S. Fernández-Artamendi (Eds.), *Manual de Conductas Adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 221-237). Pirámide.

Correia, C. J., Murphy, J. G., Irons, J. G., y Vasi, A. E. (2010). The behavioral economics of substance use: Research on the relationship between substance use and alternative reinforcers. *Journal of Behavioral Health and Medicine*, *1*(3), 216-237. https://doi.org/10.1037/h0100553

Daughters, S. B., Magidson, J. F., Lejuez, C. W., y Chen, Y. (2016). LETS ACT: a behavioral activation treatment for substance use and depression. *Advances in Dual Diagnosis*, *9*(2-3), 74-84. https://doi.org/10.1108/ADD-02-2016-0006

Donohue, B., Azrin, N. H., Bradshaw, K., Hasselt, V. B. van, Cross, C. L., Urgelles, J., Romero, V., Hill, H. H., y Allen, D. N. (2014). A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(4), 706-720. https://doi.org/10.1037/a0036920

Drummond, D. C., Litten, R. Z., Lowman, C., y Hunt, W. A. (2000). Craving research: future directions. *Addiction*, *95*(8), 247-255. https://doi.org/10.1080/09652140050111816

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., y Birchler, G. R. (2004). Behavioral couples therapy for substance abuse: Rationale, methods, and findings. *Science & Practice Perspectives*, *2*(2), 30-41. https://doi.org/10.1151/spp042230

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R., y Lam, W. K. K. (2009). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. En J. H. Bray y M. Stanton (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Family Psychology* (pp. 388-401). Wiley-Blackwell.

Ferrer García, M., Pericot-Valverde, I., y Gutiérrez Maldonado, J. (2022). Técnicas de exposición a estímulos [Stimulus exposure therapies]. En R. Secades-Villa, G. García-Fernández y S. Fernández-Artamendi (Eds.), *Manual de Conductas Adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 286-300). Pirámide.

García-Fernández, G., Sánchez-Hervás, E., y Krotter, A. (2022). Terapia familiar y de pareja [Family and couples therapy]. En R. Secades-Villa, G. García-Fernández y S. Fernández-Artamendi (Eds.), *Manual de Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. (pp. 301-314). Pirámide.

García Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico-conductual: Terapia individual [Dialectical Behavioral Therapy: Individual Therapy]. *Psicología Conductual*, *14*(3), 453-466.

González-Menéndez, A., García-Fernández, G., Krotter, A., y González-Roz, A. (2022). Terapias contextuales [Contextual therapies]. En R. Secades-Villa, G. García-Fernández y S. Fernández-Artamendi (Eds.), *Manual de Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 315-338). Pirámide.

González-Roz, A., Aonso-Diego, G., y Secades-Villa, R. (2021). Pensamiento episódico futuro para el tratamiento de las adicciones a examen: conceptualización y evidencias de su efectividad [Episodic future thinking for the treatment of addictions under review: Conceptualization and evidence of its effectiveness]. *Revista Española de Drogodependencias*, *46*(4), 29-47. https://doi.org/10.54108/red.2021.46.04.002

González-Roz, A., Iza-Fernández, C. y Alemán-Moussa, L. (2025). Evaluación transdiagnóstica y contextual de las conductas adictivas. *Papeles del Psicólogo, 46*(2), 64-75. https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.10

González-Roz, A., Secades-Villa, R., Martínez-Loredo, V., y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Behavioral Economic applications in the assessment, prevention and psychological treatment of addictions. *Papeles del Psicólogo*, *41*(1), 91-98. https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2922

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 869-885. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3

Higgins, S. T. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, *51*(7), 568-576. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950070060011

Hofmann, S. G., y Hayes, S. C. (2018). The history and current status of CBT as an evidence based therapy. En S. C. Hayes y S. G. Hofmann (Eds.), *Process-based CBT. The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy* (pp. 7-21). Context Press.

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., y Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(6), 537-559. https://doi.org/10.1177/1745691611419671

Hunt, G. M., y Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, *11*(1), 91-104. https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90072-7

Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, *107*(2), 156-176. https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.156

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam Dell.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*(1), 1-27. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432

Khazanov, G. K., McKay, J. R., y Rawson, R. (2024). Should contingency management protocols and dissemination practices be modified to accommodate rising stimulant use and harm reduction frameworks? *Addiction (Abingdon, England)*, *119*(9), 1505-1514. https://doi.org/10.1111/add.16497.

Khazanov, G. K., Morris, P. E., Beed, A., Jager-Hyman, S., Myhre, K., McKay, J. R., Feinn, R. S., Boland, E. M., y Thase, M. E. (2022). Do financial incentives increase mental health treatment engagement? A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *90*(6). 538-544. https://doi.org/10.1037/ccp0000737

Khazanov, G. K., Stewart, R., Pieri, M. F., Huang, C., Robertson, C. T., Schaefer, K. A., Ko, H., y Fishman, J. (2023). The effectiveness of financial incentives for COVID-19 vaccination: A systematic review. *Preventive Medicine*, *172*, Artículo 107538. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107538

Kim, H. S., y Hodgins, D. C. (2018). Component model of addiction treatment: A pragmatic transdiagnostic treatment model of behavioral and substance addictions. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, Artículo 406. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00406

Koob, G. F. (2017). Antireward, compulsivity, and addiction: seminal contributions of Dr. Athina Markou to motivational dysregulation in addiction. *Psychopharmacology*, *234*(9-10), 1315-1332. https://doi.org/10.1007/s00213-016-4484-6

Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.

Litt, M. D., Kadden, R. M., y Kabela-Cormier, E. (2009). Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: results of an initial study to train coping skills. *Addiction*, *104*(11), 1837-1838. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02693.x

Louvardi, M., Chrousos, G., y Darviri, C. (2021).The effect of stress management techniques on persons with addictive behaviors: A

systematic review. *Materia Sociomedica*, *33*(3), 213-218. https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.213-218

Luciano, C., Páez-Blarrina, M., y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial [Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in substance use as an experiential avoidance strategy]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *10*(1), 141-165.

Marlatt, G. A., Parks, G. A., y Witkiewitz, K. (2002). *Clinical Guidelines for implementing relapse prevention therapy*. https://www.drugsandalcohol.ie/13620/1/NTA_RPT.pdf

Martell, C. R., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression. A clinicians guide*. Guildford Press.

McHugh, R. K., Hearon, B. A., y Otto, M. W. (2010). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, *33*(3), 511-525. https://doi.org/10.1016/J.PSC.2010.04.012

McPherson, S., Burduli, E., Smith, C., Herron, J., Oluwoye, O., Hirchak, K., Orr, M., McDonell, M., y Roll, J. (2018). A review of contingency management for the treatment of substance-use disorders: adaptation for underserved populations, use of experimental technologies, and personalized optimization strategies. *Substance Abuse and Rehabilitation*, *9*, 43-57. https://doi.org/10.2147/sar.s138439

McRae, K., y Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, *20*(1), 1-9. https://doi.org/10.1037/emo0000703

Meyers, R. J., Smith, J. E., y Lash, D. N. (2005). A program for engaging treatment-refusing substance abusers into treatment: CRAFT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *1*(2), 90-100. https://doi.org/10.1037/h0100737

Miller, W. R., y Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, *110*(3), 401-413. https://doi.org/10.1111/add.12693

Miller, W. R., y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar*. Paidós.

Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales [Third generation therapies as contextual therapies]*. Síntesis.

Petry, N. M. (2011). Contingency management: What it is and why psychiatrists should want touse it. *The Psychiatrist*, *35*(5), 161-163. https://doi.org/10.1192/PB.BP.110.031831

Pfund, R. A., Ginley, M. K., Rash, C. J., y Zajac, K. (2022). Contingency management for treatment attendance: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *133*, 108556. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108556

Pott, S. L., Delgadillo, J., y Kellett, S. (2022). Is behavioral activation an effective and acceptable treatment for co-occurring depression and substance use disorders? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *132*, Artículo 108478. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108478

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *19*(3), 276-288. https://doi.org/10.1037/h0088437

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 390-395. https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390

Rash, C. J., Alessi, S. M., y Zajac, K. (2019). Examining implementation of contingency management in real-world settings. *Psychology of Addictive Behaviors*, *34*(1), 89-98. https://doi.org/10.1037/adb0000496

Regier, P. S., y Redish, A. D. (2015). Contingency management and deliberative decision-making processes. *Frontiers in Psychiatry*, *6*, Artículo 76. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00076

Roll, J. M. (2013). Contextual factors in addiction. En P. M. Miller (Ed.), *Principles of Adicction. Comprehensive Addictive Behaviors and Dirsorders* (pp. 243-248). Elsevier.

Roos, C. R., y Witkiewitz, K. (2017). A contextual model of self-regulation change mechanisms among individuals with addictive disorders. *Clinical Psychology Review*, *57*, 117-128. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.008

Ross, J., Teesson, M., Lejuez, C., Mills, K., Kaye, S., Brady, K., Dore, G., Prior, K., Larkin, X., Cassar, J., Ewer, P., Memedovic, S., Kihas, I., y Masters, S. L. (2016). The efficacy of behavioural activation treatment for co-occurring depression and substance use disorder (the activate study): A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *16*(1), Artículo 221. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0943-1

Sánchez Hervás, E., Llorente del Pozo, J. M., García Fernández, G., y Weidberg, S. (2022). Tratamiento cognitivo-conductual [Cognitive-behavioral treatment]. En R. Secades Villa, G. García Fernández y S. Fernández Artamendi (Eds.), *Manual de conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 251-265). Pirámide.

Secades-Villa, R. (2025). La perspectiva contextual-molar en el análisis de las conductas adictivas [The contextual-molar perspective in the analysis of addictive behaviors]. *Papeles del Psicólogo, 46*(2), 57-63. https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.09

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., y Fernández-Hermida, J. R. (2015). Contingency management for substance use disorders in Spain: Implications for research and practice. *Preventive Medicine, 80*, 82–88. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.07.001

Shaffer, H. J., y Simoneau, G. (2001). Reducing resistance and denial by exercising ambivalence during the treatment of addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *20*(1), 99-105. https://doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00152-5

Tapper, K. (2018). Mindfulness and craving: effects and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, *59*, 101-117. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.003

Tiffany, S. T., Friedman, L., Greenfield, S. F., Hasin, D. S., y Jackson, R. (2012). Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction*, *107*(4), 709-718. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03581.x

Verdejo-García, A., Chong, T. T.-J., Stout, J. C., Yücel, M., y London, E. D. (2018). Stages of dysfunctional decision-making in addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *164*, 99-105. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2017.02.003

Wang, L., Chen, Y., Li, Z., Zhou, Y., Li, J., Lv, X., Yu, Z., y Gao, X. (2024). The influences of adverse childhood experiences and social support on male teenagers' gaming motivation: A moderated network analysis. *Journal of Pediatric Health Care*, *38*(4). https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2024.02.002

Weidberg, S., Aonso-Diego, G., y Secades-Villa, R. (2022). Técnicas de manejo de contingencias. En R. Secades-Villa, G. García-Fernández y S. Fernández-Artamendi (Eds.), *Manual de Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 239-250). Pirámide.

Wiers, R. W., Gladwin, T. E., Hofmann, W., Salemink, E., y Ridderinkhof, K. R. (2013). Cognitive bias modification and cognitive control training in addiction and related psychopathology: Mechanisms, clinical perspectives, and ways forward. *Clinical Psychological Science*, *1*(2), 192-212. https://doi.org/10.1177/2167702612466547

Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Pirámide.

Wilson, K. G., Schnetzer, L. W., Flynn, M. K., y Kurz, A. S. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Addiction. En S. C. Hayes y M. E. Levin (Eds.), *Mindfulness and acceptance for addictive behaviors: Applying Contextual CBT to substance abuse and behavioral addictions* (pp. 27-68). Context Press/New Harbinger Publications.

Witkiewitz, K., Pfund, R. A., y Tucker, J. A. (2022). Mechanisms of behavior change in substance use disorder with and without formal treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *18*(1), 497-525. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-014802

Ye, J., Ding, Q., Cui, J., Liu, Z., Jia, L., Qin, X., Xu, H., y Wang, Y. (2022). A meta-analysis of the effects of episodic future thinking on delay discounting. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *75*(10), 1876-1891. https://doi.org/10.1177/17470218211066282

Zhao, X., Wang, L., y Maes, J. H. R. (2020). Training and transfer effects of working memory training in male abstinent long-term heroin users. *Addictive Behaviors Reports*, *12*, 100310. https://doi.org/10.1016/J.ABREP.2020.100310