CAPÍTULO IV

Dra. C. Julia Lizeth Villarreal Mata

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-8829-0537; lizethvillarrealmata@gmail.com

Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-8937-7909; gerardo.munozm@uanl.mx

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-7197-8116; maria.alonsocs@uanl.edu.mx

Citar como: Villarreal Mata, J. L., Muñoz Maldonado, G. E., & Alonso Castillo, M. M. (Eds.). (2026). Estrategias y Técnicas para el Control del Craving. In (Ed.), *Craving en la adicción al alcohol y drogas: fundamentos neurobiológicos, estrategias terapéuticas y perspectivas de innovación* (pp. 105–127). Editorial PLAGCIS. https://doi.org/10.69821/PLAGCIS.54.c88

Recibido: 20 Enero 2026 | Aceptado: 10 Abril 2026 | Publicado: 05 Mayo 2026

Estrategias y Técnicas para el Control del *Craving*

El control del *craving* constituye uno de los desafíos terapéuticos más complejos en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias (TUS). Lejos de representar una simple respuesta de deseo, el *craving* está mediado por circuitos cerebrales vinculados a la recompensa, la motivación y la memoria, susceptibles de modulación mediante intervenciones psicológicas basadas en la evidencia (Volkow et al., 2016). Este capítulo examina las principales estrategias terapéuticas que han demostrado eficacia en el manejo del *craving*, organizadas en cuatro dimensiones fundamentales: intervenciones cognitivo-conductuales, terapias de tercera generación, estrategias de autorregulación emocional y hábitos de vida saludables, integrando además el papel de la espiritualidad y el propósito de vida como factores protectores en la consolidación de la recuperación.

4.I. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

4.1.1 Fundamentos Teóricos y Mecanismos de Acción

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) representa una de las intervenciones más exhaustivamente estudiadas y empíricamente validadas para el tratamiento de los TUS. Esta modalidad terapéutica se fundamenta en el supuesto de que los pensamientos automáticos, las creencias nucleares y las distorsiones cognitivas ejercen influencia directa sobre las emociones y conductas relacionadas con el consumo (Beck et al., 1993; Carroll & Kiluk, 2017). Los pacientes con TUS frecuentemente mantienen esquemas cognitivos desadaptativos tales como “no puedo tolerar el malestar”, “necesito consumir para calmarme” o “ya fracasé, así que es mejor seguir consumiendo”. La TCC trabaja sobre estas cogniciones

mediante técnicas de reestructuración cognitiva, promoviendo pensamientos más realistas y funcionales.

Desde una perspectiva neurobiológica, la TCC modifica la actividad de regiones cerebrales implicadas en el procesamiento cognitivo-emocional. Estudios de neuroimagen funcional han demostrado que la TCC incrementa la activación de la corteza prefrontal dorsolateral (dlPFC) durante tareas de control cognitivo, mientras reduce la hiperreactividad de la amígdala ante estímulos relacionados con sustancias (Potenza et al., 2019). Estos cambios neuroplásticos sugieren que la TCC fortalece los circuitos de control ejecutivo que permiten inhibir las respuestas automáticas al *craving*.

4.1.2 Técnicas Específicas para el Control del *Craving*

4.1.2.1 Análisis Funcional del *Craving*

El análisis funcional constituye una técnica central que permite al paciente identificar sistemáticamente los antecedentes (desencadenantes emocionales, situacionales, cognitivos e interpersonales), la respuesta conductual y emocional, y las consecuencias a corto y largo plazo del *craving*. Esta técnica facilita la conciencia del ciclo del *craving* y posibilita la intervención en momentos críticos de la cadena conductual (Marlatt & Donovan, 2005). El registro sistemático de episodios de *craving* permite identificar patrones temporales, situacionales y emocionales que informan la planificación de estrategias preventivas personalizadas.

4.1.2.2 Exposición con Prevención de Respuesta

La exposición imaginada o in vivo a estímulos condicionados que evocan *craving*, dentro de un contexto terapéutico controlado, tiene como objetivo reducir la reactividad condicionada mediante el proceso de extinción. Esta técnica se fundamenta en los principios del condicionamiento clásico: la exposición repetida a claves contextuales sin el reforzamiento de la sustancia debilita progresivamente la asociación estímulo-*craving* (Conklin

& Tiffany, 2002). Innovaciones recientes incluyen la terapia de exposición con realidad virtual (VR-CET), que permite crear ambientes inmersivos y controlados para la práctica de habilidades de afrontamiento. Un ensayo clínico aleatorizado de 2024 demostró que la combinación de VR-CET con TCC produce reducciones superiores en el *craving* comparado con TCC convencional en pacientes con trastorno por uso de alcohol (Guerrin et al., 2024).

4.1.2.3 Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento

El entrenamiento en habilidades incluye técnicas de rechazo de sustancias, manejo de situaciones de alto riesgo, resolución de problemas y comunicación asertiva. Mediante ensayo conductual (*role-playing*), el paciente practica respuestas adaptativas frente a situaciones de riesgo, fortaleciendo la autoeficacia percibida. El modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) introduce el concepto de "efecto de violación de la abstinencia" (AVE), enfatizando la importancia de conceptualizar la recaída como una oportunidad de aprendizaje más que como un fracaso definitivo, reduciendo así la culpa y promoviendo el análisis funcional post-evento para prevenir futuras recaídas.

4.1.3 Evidencia Empírica Actualizada

La evaluación más reciente de la TCC para TUS según los criterios de Tolin de la American Psychological Association (Boness et al., 2023) concluye que la TCC produce efectos pequeños a moderados sobre el uso de sustancias comparado con tratamiento inactivo, siendo más efectiva en el seguimiento temprano (1-6 meses post-tratamiento). El meta-análisis de Magill et al. (2019) reportó un tamaño del efecto moderado (d = 0.45) para TCC en comparación con condiciones de control, con efectos mayores para cannabis (d = 0.51), seguido de cocaína y opioides. La evidencia también sugiere que la TCC combinada con otras intervenciones basadas en evidencia

(Entrevista Motivacional, Manejo de Contingencias, farmacoterapia) es más eficaz que la TCC como monoterapia (Magill et al., 2023).

4.2. Terapias de Tercera Generación

4.2.1 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) constituye un modelo transdiagnóstico que no pretende suprimir el *craving*, sino transformar la relación del individuo con esa experiencia interna. El modelo de flexibilidad psicológica de ACT comprende seis procesos nucleares interrelacionados: aceptación (disposición a experimentar eventos internos sin intentar modificarlos), defusión cognitiva (distanciamiento de los pensamientos), contacto con el momento presente (mindfulness), yo-como-contexto (perspectiva del observador), clarificación de valores (identificación de lo que es significativo) y acción comprometida (conducta dirigida por valores) (Hayes et al., 2012).

En el contexto del *craving*, ACT enseña al paciente a observar el deseo intenso como una experiencia transitoria que puede ser experimentada sin necesidad de actuar sobre ella. A través de metáforas (como “el autobús de los pasajeros” o “las arenas movedizas”) y ejercicios experienciales, el individuo aprende a actuar desde sus valores personales incluso mientras experimenta *craving* intenso. Este enfoque es particularmente relevante dado que los intentos de supresión del *craving* frecuentemente resultan contraproducentes, generando un efecto rebote (Karekla et al., 2021).

4.2.1.2 Evidencia de Eficacia

El meta-análisis más reciente sobre ACT para conductas adictivas (Krotter et al., 2024), que incluyó 28 estudios y 9,925 participantes, demostró que ACT incrementa significativamente las tasas de abstinencia al final del tratamiento (Log RR = 0.264; IC 95%: 0.046-0.482) y en el seguimiento a

corto plazo (≤6 meses; Log RR = 0.295; IC 95%: 0.108-0.483). Notablemente, ACT demostró tasas de abstinencia superiores comparado con condiciones de TCC al final del tratamiento (p = 0.002). Los estudios también reportan reducciones significativas en *craving* y mejoras en flexibilidad psicológica (Levin et al., 2024). La aplicación de ACT se ha extendido exitosamente a formatos digitales y aplicaciones móviles, mostrando eficacia comparable a las intervenciones presenciales.

4.2.2 Terapia Dialéctico-Conductual (DBT)

4.2.2.1 Adaptación para Trastornos por Uso de Sustancias

La Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), desarrollada originalmente por Marsha Linehan para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, ha sido adaptada específicamente para TUS (DBT-SUD). Esta adaptación integra técnicas cognitivo-conductuales con principios de aceptación derivados de prácticas contemplativas, estructuradas en cuatro módulos de habilidades: mindfulness (conciencia plena del momento presente), regulación emocional (identificación, comprensión y modificación de emociones), tolerancia al malestar (afrontamiento de situaciones de crisis sin conductas desadaptativas) y efectividad interpersonal (comunicación asertiva y manejo de relaciones) (Linehan, 2015).

La adaptación para TUS introduce conceptos específicos como la "abstinencia dialéctica", que integra el compromiso absoluto con la abstinencia mientras se mantiene una actitud de aceptación radical ante las recaídas potenciales. El concepto de "mente clara" (*clear mind*) representa la síntesis dialéctica entre la "mente adicta" (que idealiza el consumo) y la "mente limpia" (que niega la vulnerabilidad), permitiendo al individuo mantener la abstinencia mientras permanece consciente de su propensión a la adicción (Dimeff & Linehan, 2008). El *craving* se aborda mediante habilidades específicas de tolerancia al malestar como "TIPP" (*Temperature,*

Intense exercise, Paced breathing, Progressive relaxation) y "distracción con sentido".

4.2.2.2 Evidencia de Eficacia

El meta-análisis de Haktanir y Callender (2020) sobre DBT para TUS concluyó que los grupos de DBT fueron superiores a tratamientos alternativos y listas de espera en la remisión de síntomas de uso de sustancias y en el aumento de abstinencia. Estudios controlados aleatorizados han replicado la eficacia de DBT-SUD en cinco laboratorios independientes en Estados Unidos, Países Bajos y Canadá (Bolden & Comtois, 2020). Un ECA reciente (Saleem et al., 2022) demostró que DBT reduce significativamente el *craving* en pacientes con trastorno por uso de cannabis, con retención del 96% versus 77% en el grupo control. Estudios de neuroimagen sugieren que el entrenamiento en habilidades DBT incrementa la conectividad funcional entre la corteza prefrontal y la amígdala, mejorando la regulación emocional descendente (*top-down*).

4.2.3 Mindfulness y Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)

4.2.3.1 Fundamentos Neurocognitivos

El mindfulness (atención plena) se define operacionalmente como la capacidad de prestar atención de manera intencional al momento presente, con una actitud de apertura, curiosidad y aceptación no reactiva (Kabat-Zinn, 1994). Desde una perspectiva neurocognitiva, la práctica de mindfulness fortalece la corteza prefrontal dorsolateral (dlPFC), involucrada en el control ejecutivo, mientras modula la reactividad de la amígdala y la ínsula ante estímulos relacionados con sustancias (Tang et al., 2015). Este fortalecimiento de los circuitos prefrontales permite "desactivar la respuesta automática al *craving*", generando un espacio entre el estímulo (clave contextual), la respuesta interna (*craving*) y la conducta (consumo).

La Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP), desarrollada por Bowen, Chawla y Marlatt (2014), integra los principios de la prevención de recaídas cognitivo-conductual con prácticas de mindfulness adaptadas de MBSR y MBCT. El programa de 8 sesiones incluye prácticas formales (meditación sentada, escaneo corporal, caminata consciente) e informales (atención consciente durante actividades cotidianas). Una técnica específica es "*surfear el craving*" (urge surfing), que enseña a observar el *craving* como una ola que crece, alcanza un pico y decrece naturalmente sin necesidad de "actuar sobre ella".

4.2.3.2 Evidencia Meta-Analítica

El meta-análisis de Grant et al. (2017), que incluyó 9 ensayos controlados aleatorizados con 901 participantes, identificó diferencias significativas a favor de MBRP en síntomas de abstinencia/*craving* (DME -0.13; IC 95%: -0.19 a -0.08; $I^2 = 0\%$) y consecuencias negativas del uso de sustancias (DME -0.23; IC 95%: -0.39 a -0.07). La revisión sistemática de Demina et al. (2023) sobre intervenciones basadas en mindfulness para *craving* en TUS reportó tamaños del efecto moderados a grandes (d = -0.59 a -1.77 para diferentes modalidades). Un ECA reciente (Liu et al., 2024) con mujeres jóvenes dependientes de metanfetamina demostró que MBRP mejora significativamente el mindfulness rasgo y reduce el *craving* psicológico comparado con lista de espera.

4.3. Manejo del Estrés y Regulación Emocional

4.3.1 Bases Neurobiológicas de la Relación Estrés-*Craving*

El *craving* no ocurre en un vacío fisiológico; se intensifica significativamente ante estados de malestar psicológico, particularmente el estrés. Desde el modelo neurobiológico, el estrés activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), incrementando la liberación de cortisol y del factor liberador de corticotropina (CRF). El CRF actúa sobre la amígdala extendida (amígdala,

BNST), potenciando los estados emocionales negativos y el *craving* inducido por estrés (Koob & Le Moal, 2008). Simultáneamente, el estrés compromete la función de la corteza prefrontal, debilitando la capacidad de inhibir respuestas impulsivas.

Las personas con TUS frecuentemente presentan alteraciones crónicas del eje HPA, caracterizadas por niveles basales elevados de cortisol junto con una respuesta atenuada (hiporesponsividad) ante estresores agudos (Sinha, 2018). Esta desregulación del sistema de estrés predice *craving* inducido por estrés y mayor riesgo de recaída. El modelo de automedicación propone que el consumo de sustancias funciona como una estrategia de regulación emocional, creando un circuito de dependencia donde el malestar emocional genera *craving*, el consumo produce alivio temporal, y la abstinencia precipita estados de malestar que intensifican el *craving* (Khantzian, 1997).

4.3.2 Técnicas de Afrontamiento Adaptativo

El objetivo terapéutico consiste en sustituir estrategias de afrontamiento evitativo y desadaptativo (consumo, agresión, aislamiento, rumiación) por recursos de autorregulación y afrontamiento activo. Entre las principales técnicas basadas en evidencia se encuentran:

- Respiración diafragmática y coherencia cardíaca: Técnicas que modulan la activación fisiológica del sistema nervioso autónomo, incrementando la variabilidad de la frecuencia cardíaca (HRV) asociada con mejor regulación emocional. La práctica regular reduce la reactividad del eje HPA ante estresores (Lehrer & Gevirtz, 2014).

- Reestructuración cognitiva: Identificación y modificación de pensamientos distorsionados como catastrofización (“no puedo soportar esto”), pensamiento absolutista (“siempre fracaso”) o razonamiento emocional (“me siento mal, por lo tanto la situación es mala”), sustituyéndolos por cogniciones más realistas y funcionales.

- Entrenamiento en resolución de problemas: Desarrollo de habilidades para identificar obstáculos específicos, generar alternativas de solución, evaluar pros y contras, e implementar respuestas adaptativas, mejorando la percepción de autoeficacia y control.
- Visualización y técnicas de anclaje: Entrenamiento en la generación de imágenes mentales de seguridad, calma o competencia que sirven como recursos internos para reducir la urgencia del *craving* ante situaciones de presión emocional.

El meta-análisis de Chesney et al. (2006) demostró que el uso sistemático de estrategias de afrontamiento adaptativo se asocia con menor *craving* percibido y mayor duración de la abstinencia. Garland et al. (2019) reportaron que el protocolo MORE (*Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement*) redujo significativamente el *craving* inducido por estrés en comparación con grupos control, con mediación por mejoras en regulación emocional y reevaluación positiva.

4.4. Hábitos de Vida Saludables

4.4.1 Ejercicio Físico: Mecanismos Neurobiológicos y Evidencia

4.4.1.1 Mecanismos de Acción

El ejercicio físico regular ha emergido como una intervención complementaria prometedora para los TUS, con efectos neurobiológicos específicos sobre los sistemas implicados en el *craving*. El ejercicio aeróbico moderado (caminata rápida, bicicleta, natación) estimula múltiples vías neurobiológicas relevantes para la recuperación (Lynch et al., 2013; Sugden et al., 2024):

- Sistema dopaminérgico: El ejercicio normaliza la señalización dopaminérgica en el sistema mesolímbico, incrementando la densidad

de receptores D2 y restaurando la capacidad de experimentar placer ante recompensas naturales (neuroadaptación hedónica).

- Sistema opioide endógeno: Estimula la liberación de endorfinas y encefalinas, produciendo estados de bienestar natural que pueden sustituir parcialmente el reforzamiento artificial de las sustancias.
- Sistema serotoninérgico: Incrementa los niveles de triptófano periférico y la liberación de serotonina desde los núcleos del rafe, mejorando el estado anímico y reduciendo la impulsividad.
- Neurogénesis y neuroplasticidad: Aumenta la expresión de BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro), promoviendo la neurogénesis hipocampal y la plasticidad sináptica en la corteza prefrontal (Chen & Nakagawa, 2023).
- Regulación del eje HPA: El ejercicio regular modula la respuesta al estrés, reduciendo la reactividad del cortisol y mejorando la recuperación fisiológica ante estresores (Psarianos et al., 2023).

4.4.1.2 Evidencia Clínica

La revisión comprehensiva más reciente (2025) sobre ejercicio físico y TUS concluye que el ejercicio aeróbico de intensidad moderada demuestra eficacia consistente en la reducción de ansiedad, depresión y *craving*, además de mejorar la salud cardiovascular y el bienestar psicosocial (García-Rodríguez et al., 2025). El meta-análisis de Wang et al. (2014) reportó que el ejercicio físico reduce los niveles de *craving* y mejora los resultados de tratamiento en pacientes con dependencia a nicotina, alcohol y opioides. Estudios específicos con metanfetamina demuestran que el ejercicio aeróbico agudo mejora significativamente la red atencional y reduce el *craving* (Li et al., 2025). Xu et al. (2024) concluyen que las intervenciones de ejercicio mejoran emociones negativas, rendimiento cognitivo y *craving* en personas con trastorno por uso de metanfetamina.

4.4.2 Nutrición y Neuroplasticidad en la Recuperación

La adicción crónica afecta la neuroquímica cerebral, deteriorando la función de sistemas de neurotransmisores incluyendo dopamina, serotonina, GABA y glutamato. La malnutrición es altamente prevalente en personas con TUS debido a patrones alimentarios caóticos, malabsorción gastrointestinal y efectos metabólicos directos de las sustancias. Una nutrición adecuada contribuye a restablecer el equilibrio neuroquímico y promover la neuroplasticidad necesaria para la recuperación (Sugden et al., 2024):

- Aminoácidos precursores: El triptófano (presente en pavo, huevos, lácteos, semillas) es precursor de serotonina, mientras que la tirosina (carnes, pescado, legumbres) es precursor de dopamina y norepinefrina. La disponibilidad de estos aminoácidos influye directamente en la síntesis de neurotransmisores.

- Ácidos grasos omega-3: El DHA y EPA (pescado azul, nueces, semillas de lino) son componentes estructurales de las membranas neuronales, promueven la neuroplasticidad y reducen la neuroinflamación asociada con el uso crónico de sustancias (Crupi et al., 2013).

- Antioxidantes: Vitaminas C, E y polifenoles (frutas, verduras, té verde) protegen contra el estrés oxidativo que daña las neuronas y compromete la función cognitiva.

- Vitaminas del grupo B: Particularmente B1 (tiamina), B6, B12 y folato son esenciales para la síntesis de neurotransmisores y la mielinización neuronal. Las deficiencias son comunes en TUS, especialmente por alcohol.

Además, la alimentación consciente (*mindful eating*) enseña a identificar el hambre fisiológica versus el hambre emocional, previniendo la sustitución del consumo de sustancias por conductas alimentarias compulsivas.

Campbell et al. (2023) reportaron que los pacientes que recibieron consejería nutricional mostraron un 22% menor consumo de bebidas azucaradas comparados con quienes no la recibieron, sugiriendo mejoras en la autorregulación general.

4.4.3 Sueño y Ritmos Circadianos

La disrupción del sueño es altamente prevalente en TUS y constituye un factor de riesgo para el *craving* y la recaída. El uso crónico de sustancias altera los ritmos circadianos y la arquitectura del sueño, produciendo insomnio, reducción del sueño REM y fragmentación del sueño. Estas alteraciones persisten durante la abstinencia temprana y se asocian con mayor reactividad al *craving* (Brower, 2015). La higiene del sueño (horarios regulares, ambiente propicio, restricción de estimulantes, exposición a luz natural) y las intervenciones cognitivo-conductuales para insomnio (TCC-I) han demostrado reducir el *craving* y mejorar los resultados de tratamiento en TUS.

4.5. Espiritualidad y Propósito de Vida en la Recuperación

4.5.1 La Espiritualidad como Recurso Terapéutico

La espiritualidad representa una dimensión reconocida internacionalmente como relevante para la recuperación de TUS. La Organización Mundial de la Salud la ha designado entre los recursos que pueden servir como base para "descubrir significado y propósito en la vida" y como apoyo potencial para sostener la rehabilitación de TUS (Galanter, 2023). La *International Society of Addiction Medicine* ha emitido una declaración posicional sobre su rol en el campo de la medicina de adicciones. Es importante distinguir entre espiritualidad (experiencias de conexión, trascendencia y significado que pueden o no incluir creencias religiosas) y religiosidad (participación en prácticas y creencias de tradiciones religiosas organizadas).

En contextos de adicción, la pérdida del sentido de vida, el vacío existencial y la desconexión del propósito personal son fenómenos frecuentes. Muchos pacientes manifiestan una sensación de desconexión profunda consigo mismos, con los otros y con algo trascendente. Las prácticas espirituales (oración, meditación contemplativa, lectura de textos sagrados, participación en comunidades de fe o grupos de apoyo mutuo) ayudan a construir un sostén emocional y existencial, promoviendo esperanza, autocompasión, perdón y sentido de pertenencia, todos ellos factores protectores frente a la recaída.

4.5.2 Evidencia Empírica

La revisión de alcance de Galanter (2023) sobre espiritualidad y TUS concluye que la espiritualidad se asocia consistentemente con menor uso de sustancias, menor *craving*, mayor motivación para la abstinencia y mejor pronóstico de tratamiento. El estudio de Laudet y White (2021) con una muestra nacionalmente representativa de adultos estadounidenses en recuperación (n = 2,002) encontró que la espiritualidad (pero no la religiosidad per se) desempeña un rol en la recuperación, particularmente entre quienes tienen historial de tratamiento o participación en programas de 12 pasos. Un estudio de 2023 reportó que el 21% de personas en recuperación de TUS asistieron a servicios de apoyo que incluían programas religiosos y espirituales (Moreira-Almeida et al., 2023).

Los mecanismos propuestos incluyen: (a) provisión de estructura y rutina, (b) red de apoyo social, (c) estrategias de afrontamiento basadas en la fe, (d) transformación de la identidad narrativa, (e) fomento de conductas prosociales, y (f) regulación emocional a través de prácticas contemplativas. Los estudios cualitativos con miembros de Alcohólicos Anónimos sugieren que la espiritualidad facilita la transición de una identidad independiente y egocéntrica hacia una identidad interdependiente y conectada (Hahn, 2024).

4.5.3 El Sentido de Vida como Factor Protector

Viktor Frankl (1959) sostenía que la voluntad de sentido es la fuerza motivacional primaria del ser humano. Cuando las personas encuentran una razón significativa por la cual vivir, son capaces de resistir incluso el mayor sufrimiento. En el tratamiento de las adicciones, el trabajo sobre el propósito vital implica la exploración de preguntas orientadoras: ¿Qué valores guían tu vida? ¿Qué legado quieres dejar? ¿Qué te da sentido, incluso en medio del dolor? El sentido de vida actúa como "ancla emocional", protegiendo al individuo de las fluctuaciones afectivas que intensifican el *craving*.

Steger et al. (2006) encontraron que las personas con alto sentido de vida experimentan menos emociones negativas y menor *craving*, incluso ante eventos estresantes. El bienestar espiritual, definido como la experiencia subjetiva de significado y propósito de vida, se asocia con menor gravedad de TUS, mayor probabilidad de completar tratamiento, recuperación sostenida y mejor calidad de vida (Laudet et al., 2006; Sánchez et al., 2020). Estos hallazgos respaldan la integración de intervenciones que aborden la dimensión existencial y espiritual en los programas de tratamiento de TUS.

4.6. Integración de Estrategias: Hacia un Modelo Comprehensivo

Las estrategias presentadas no deben conceptualizarse como mutuamente excluyentes, sino como componentes complementarios de un abordaje multimodal e individualizado. La integración efectiva considera: (a) la heterogeneidad de los TUS y los perfiles individuales de *craving*, (b) las preferencias y valores del paciente, (c) la presencia de comorbilidades psiquiátricas que pueden requerir intervenciones específicas, (d) los recursos disponibles en el contexto de tratamiento, y (e) la fase del proceso de recuperación (estabilización inicial, prevención de recaídas, mantenimiento a largo plazo).

La evidencia actual respalda la combinación de TCC con farmacoterapia (Magill et al., 2023), la integración de mindfulness en programas de prevención de recaídas (Bowen et al., 2014), la incorporación de ejercicio físico como intervención complementaria (Lynch et al., 2013), y la atención a las dimensiones espirituales y existenciales (Galanter, 2023). El modelo biopsicosocial-espiritual proporciona el marco conceptual para esta integración, reconociendo que el *craving* emerge de la interacción dinámica entre vulnerabilidades biológicas, procesos psicológicos, factores socioambientales y necesidades existenciales de significado y conexión.

Referencias

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. Guilford Press.

Bolden, L. S., & Comtois, K. A. (2020). Dialectical behavior therapy for individuals with substance use problems: Theoretical adaptations and empirical evidence. In A. L. Chapman (Ed.), The handbook of dialectical behavior therapy (pp. 307-324). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816384-9.00007-5

Boness, C. L., Votaw, V. R., Schwebel, F. J., Moniz-Lewis, D. I., Luoma, J. B., & Witkiewitz, K. (2023). An evaluation of cognitive behavioral therapy for substance use disorder: A systematic review. Clinical Psychology: Science and Practice, 30(2), 129-142. https://doi.org/10.1037/cps0000131

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2014). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide. Guilford Press.

Brower, K. J. (2015). Assessment and treatment of insomnia in adult patients with alcohol use disorders. Alcohol, 49(4), 417-427. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2014.12.003

Campbell, B., Cramp, R., & Walters, A. (2023). Addressing nutrition and physical activity in substance use disorder treatment. Drug and Alcohol Dependence Reports, 8, 100175. https://doi.org/10.1016/j.dadr.2023.100175

Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. Psychology of Addictive Behaviors, 31(8), 847-861. https://doi.org/10.1037/adb0000311

Chen, C., & Nakagawa, S. (2023). Physical activity for cognitive health promotion: An overview of the underlying neurobiological mechanisms. Ageing Research Reviews, 86, 101868. https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.101868

Chesney, M. A., Neilands, T. B., Chambers, D. B., Taylor, J. M., & Folkman, S. (2006). A validity and reliability study of the Coping Self-Efficacy Scale. British Journal of Health Psychology, 11(3), 421-437. https://doi.org/10.1348/135910705X53155

Conklin, C. A., & Tiffany, S. T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. Addiction, 97(2), 155-167. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00014.x

Crupi, R., Marino, A., & Cuzzocrea, S. (2013). n-3 Fatty acids: Role in neurogenesis and neuroplasticity. Current Medicinal Chemistry, 20(24), 2953-2963. https://doi.org/10.2174/09298673113209990140

Demina, O., Trenikova, N., & Shulaeva, M. (2023). Mindfulness-based interventions for *craving* in substance use disorders: A systematic review. Frontiers in Psychology, 14, 1175387. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1175387

Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. Addiction Science & Clinical Practice, 4(2), 39-47. https://doi.org/10.1151/ascp084239

Frankl, V. E. (1959). Man's search for meaning. Beacon Press.

Galanter, M. (2023). A scoping review of spirituality in relation to substance use disorders: Psychological, biological, and cultural issues. The American Journal on Addictions, 32(5), 456-471. https://doi.org/10.1080/10550887.2023.2174785

García-Rodríguez, D., et al. (2025). Effects of physical exercise on substance use disorder: A comprehensive review. Applied Sciences, 15(3), 1481. https://doi.org/10.3390/app15031481

Garland, E. L., Hanley, A. W., Nakamura, Y., Barrett, J. W., Baker, A. K., Reese, S. E., ... & Froeliger, B. (2019). Mindfulness-oriented recovery enhancement vs supportive group therapy for co-occurring opioid misuse and chronic pain in primary care: A randomized clinical trial. JAMA Internal Medicine, 182(4), 407-417. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.0033

Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. Journal of Addiction Medicine, 11(5), 386-396. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000338

Guerrin, C., Tesselaar, D. R. M., Booij, J., Schellekens, A., & Homberg, J. R. (2024). Virtual reality cue exposure therapy for alcohol use disorder: A pilot randomized controlled trial. Journal of Clinical Medicine, 13(5), 1423. https://doi.org/10.3390/jcm13051423

Hahn, J. L. (2024). Spirituality as a means of transforming the self from independent to interdependent in Alcoholics Anonymous. UC Santa Barbara. ProQuest ID: Hahn_ucsb_0035D_16498.

Haktanir, A., & Callender, K. A. (2020). Meta-analysis of dialectical behavior therapy (DBT) for treating substance use. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 10(58), 449-468.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.). Guilford Press.

Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. Hyperion.

Karekla, M., Savvides, S. N., & Gloster, A. T. (2021). An avatar-based application for cue-exposure therapy for *craving*s: A randomized controlled trial. Frontiers in Psychology, 12, 700916. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700916

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. Harvard Review of Psychiatry, 4(5), 231-244. https://doi.org/10.3109/10673229709030550

Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. Annual Review of Psychology, 59, 29-53. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093548

Krotter, A., Fidalgoa, C., & Calderón, C. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for addictive behaviors: A systematic review and meta-analysis. Journal of Contextual Behavioral Science, 32, 100773. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100773

Laudet, A. B., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step

fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. Alcoholism Treatment Quarterly, 24(1-2), 33-73. https://doi.org/10.1300/J020v24n01_04

Laudet, A. B., & White, W. L. (2021). The role of spirituality and religiousness in aiding recovery from alcohol and other drug problems: An investigation in a national U.S. sample. Psychology of Religion and Spirituality, 13(3), 251-263. https://doi.org/10.1037/rel0000415

Lehrer, P. M., & Gevirtz, R. (2014). Heart rate variability biofeedback: How and why does it work? Frontiers in Psychology, 5, 756. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00756

Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2024). An overview of research on acceptance and commitment therapy. Psychiatric Clinics of North America, 47(2), 419-431. https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007

Li, M., Jin, J., Zhai, X., Zhu, T., Zhao, X., & Wang, D. (2025). Acute aerobic exercise ameliorates *craving* and attentional function in individuals with methamphetamine use disorders. Physiology & Behavior, 290, 114775. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2024.114775

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

Liu, X., Zhang, Y., Cheng, H., Dong, H., You, Y., Wu, Y., Yang, C., & Jing, L. (2024). Mindfulness-based relapse prevention targeting psychological *craving* and trait mindfulness in young Chinese women with methamphetamine dependence: A randomized controlled trial. Frontiers in Psychiatry, 15, 1339517. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1339517

Lynch, W. J., Peterson, A. B., Sanchez, V., Abel, J., & Smith, M. A. (2013). Exercise as a novel treatment for drug addiction: A neurobiological and stage-dependent hypothesis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 37(8), 1622-1644. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.06.011

Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87(12), 1093-1105. https://doi.org/10.1037/ccp0000447

Magill, M., Helmick, E. C., Lynch-Gadaleta, K., Allen, B., Kiluk, B. D., & Ray, L. A. (2023). Efficacy of cognitive behavioral therapy for alcohol and other drug use disorders: Is a one-size-fits-all approach appropriate? Substance Abuse and Rehabilitation, 14, 1-11. https://doi.org/10.2147/SAR.S362864

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed.). Guilford Press.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford Press.

Moreira-Almeida, A., et al. (2023). Guidelines for integrating spirituality into the prevention and treatment of alcohol and other substance use disorders. Brazilian Journal of Psychiatry, 45(4), 365-378. https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3218

Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-García, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. Nature Reviews Disease Primers, 5(1), 51. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7

Psarianos, A., Chryssanthopoulos, C., Paparrigopoulos, T., & Philippou, A. (2023). The role of physical exercise in opioid substitution therapy: Mechanisms of sequential effects. International Journal of Molecular Sciences, 24(5), 4763. https://doi.org/10.3390/ijms24054763

Saleem, M., Irfan, M., & Rafique, M. (2022). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy for reducing *craving* and achieving

cessation in patients with marijuana use disorder. BMC Psychiatry, 22, 77. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03720-0

Sánchez, M., Sahker, E., & Arndt, S. (2020). Recovery capital: A national study of residential treatment completers. Journal of Substance Abuse Treatment, 119, 108145. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108145

Sinha, R. (2018). Role of addiction and stress neurobiology on food intake and obesity. Biological Psychology, 131, 5-13. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.05.001

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. Journal of Counseling Psychology, 53(1), 80-93. https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80

Sugden, S. G., Merlo, G., & Manger, S. (2024). Strengthening neuroplasticity in substance use recovery through lifestyle intervention. American Journal of Lifestyle Medicine, 18(5), 632-645. https://doi.org/10.1177/15598276241242016

Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. Nature Reviews Neuroscience, 16(4), 213-225. https://doi.org/10.1038/nrn3916

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine, 374(4), 363-371. https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480

Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R., & Zhou, C. (2014). Impact of physical exercise on substance use disorders: A meta-analysis. PLoS ONE, 9(10), e110728. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110728

Xu, C., Zhang, Z., Hou, D., Wang, G., Li, C., Ma, X., Wang, K., Luo, H., & Zhu, M. (2024). Effects of exercise interventions on negative emotions,

cognitive performance and drug *craving* in methamphetamine addiction. Frontiers in Psychiatry, 15, 1402533. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1402533