CAPÍTULO VIII

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). Innovación en el Control del Craving: Poblaciones y Terapias Emergentes. In (Ed.), *Craving en la adicción al alcohol y drogas: fundamentos neurobiológicos, estrategias terapéuticas y perspectivas de innovación* (pp. 221–248). Editorial PLAGCIS. https://doi.org/10.69821/PLAGCIS.54.c92

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

Innovación en el Control del *Craving*: Poblaciones y Terapias Emergentes

El reconocimiento de que los trastornos por uso de sustancias (TUS) no afectan de manera uniforme a todos los grupos poblacionales ha impulsado un movimiento hacia la comprensión diferenciada y la personalización del tratamiento. Las diferencias en la prevalencia, la fenomenología, los factores de riesgo, las barreras de acceso al tratamiento y la respuesta a las intervenciones entre diferentes grupos demográficos exigen abordajes que trasciendan el modelo tradicional de "un tratamiento para todos" (*one-size-fits-all*). Este reconocimiento se alinea con los principios de equidad en salud que demandan que las intervenciones sean culturalmente sensibles, contextualmente apropiadas y capaces de abordar las determinantes sociales que subyacen a las disparidades en salud (Alegría et al., 2015).

Simultáneamente, el campo de la psicoterapia para adicciones ha experimentado una expansión significativa más allá de los modelos cognitivo-conductuales tradicionales, incorporando abordajes que enfatizan la compasión, el procesamiento del trauma, la conciencia corporal, la relación terapéutica, y más recientemente, el uso de sustancias psicodélicas como catalizadores de la psicoterapia. Estas terapias emergentes responden a la comprensión de que la adicción frecuentemente está enraizada en experiencias de trauma, desconexión relacional, vergüenza y sufrimiento existencial que los enfoques puramente cognitivos o conductuales pueden no abordar adecuadamente.

El presente capítulo examina estas dos dimensiones de innovación: (1) las consideraciones específicas para el tratamiento del *craving* en poblaciones diversas, incluyendo mujeres, jóvenes, comunidades LGBTIQ+, y personas en situación de exclusión social; y (2) las terapias emergentes que están expandiendo el arsenal terapéutico disponible, incluyendo enfoques

basados en compasión, trauma, cuerpo y vínculo, la psicoterapia asistida con psicodélicos, y la integración de saberes ancestrales con la ciencia contemporánea. Para cada área, se presentan los fundamentos teóricos, la evidencia empírica disponible, y las consideraciones para la implementación clínica.

8.1. *Craving* en Poblaciones Específicas: Género, Juventud y Diversidad

8.1.1 Mujeres y Trastornos por Uso de Sustancias

8.1.1.1 Epidemiología y Patrones de Uso

Históricamente, los TUS han sido conceptualizados como trastornos predominantemente masculinos, lo que resultó en una investigación y servicios de tratamiento diseñados principalmente para hombres. Sin embargo, la brecha de género en el consumo de sustancias se ha reducido significativamente en las últimas décadas, particularmente entre las generaciones más jóvenes. Las mujeres muestran patrones distintivos: aunque inician el consumo más tarde que los hombres, progresan más rápidamente de uso inicial a dependencia ("*telescoping*"), experimentan consecuencias adversas más severas a niveles equivalentes de consumo, y enfrentan barreras de acceso al tratamiento adicionales relacionadas con el estigma, las responsabilidades de cuidado, y la falta de servicios adaptados (Greenfield et al., 2010).

Las mujeres con TUS presentan tasas elevadas de comorbilidades psiquiátricas, particularmente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, y trastorno de estrés postraumático (TEPT). La coocurrencia de trauma y adicción es especialmente notable: estudios han documentado que el 55-99% de las mujeres en tratamiento por adicciones reportan historia de trauma, y las tasas de TEPT son 2-3 veces mayores que en hombres con TUS. Esta intersección trauma-adicción tiene implicaciones profundas para el tratamiento, sugiriendo que los abordajes que no incorporan el

procesamiento del trauma pueden ser insuficientes para esta población (Najavits, 2002).

8.1.1.2 Influencias Hormonales en el *Craving*

Las hormonas ováricas (estrógeno y progesterona) ejercen efectos moduladores sobre los sistemas de neurotransmisores implicados en la adicción y el *craving*. La investigación preclínica y clínica ha documentado que las fluctuaciones hormonales a lo largo del ciclo menstrual influyen en múltiples aspectos de la adicción: la sensibilidad a los efectos reforzantes de las sustancias, la intensidad del *craving*, y la vulnerabilidad a la recaída. Generalmente, la fase folicular (cuando el estrógeno está elevado y la progesterona baja) se asocia con mayor sensibilidad a los efectos reforzantes y mayor *craving*, mientras que la fase lútea (cuando la progesterona está elevada) puede tener efectos protectores (Moran-Santa Maria et al., 2014).

Estas influencias hormonales tienen implicaciones clínicas. El monitoreo del ciclo menstrual puede ayudar a identificar períodos de mayor vulnerabilidad que requieren intervención intensificada. Los tratamientos hormonales (por ejemplo, progesterona exógena) han sido explorados como intervenciones para reducir el *craving*, con resultados preliminares prometedores para cocaína y tabaco. El embarazo y el posparto representan períodos de cambios hormonales dramáticos con implicaciones particulares: aunque muchas mujeres reducen o cesan el consumo durante el embarazo, el posparto se asocia con tasas elevadas de recaída, posiblemente relacionadas con la caída de progesterona, el estrés del nuevo rol, y la reducción de la supervisión prenatal.

8.1.1.3 Violencia de Género y Adicción

La violencia de género (incluyendo violencia de pareja íntima (VPI), violencia sexual, y otras formas de violencia basada en género) está íntimamente entrelazada con los TUS en mujeres. La relación es bidireccional y compleja:

la experiencia de violencia incrementa el riesgo de desarrollar TUS (como forma de afrontamiento del trauma), mientras que el uso de sustancias incrementa la vulnerabilidad a la victimización. Estudios epidemiológicos han documentado que las mujeres con TUS tienen tasas de VPI 2-4 veces mayores que las mujeres sin TUS, y que la VPI se asocia con mayor severidad del trastorno, peor adherencia al tratamiento, y mayor riesgo de recaída (El-Bassel et al., 2005).

El tratamiento de mujeres con TUS debe incorporar evaluación rutinaria de violencia actual e histórica, planificación de seguridad cuando la violencia está activa, y abordaje integrado del trauma. Los programas de tratamiento "solo para mujeres" (*women-only*) han demostrado beneficios, proporcionando un espacio seguro donde las mujeres pueden abordar experiencias que podrían no sentirse cómodas compartiendo en grupos mixtos. El modelo de tratamiento informado en trauma (*trauma-informed care*) proporciona un marco para crear ambientes de tratamiento que reconocen la prevalencia del trauma, evitan la retraumatización, y promueven el empoderamiento y la elección (SAMHSA, 2014).

8.1.1.4 Consideraciones de Tratamiento para Mujeres

Los servicios de tratamiento sensibles al género para mujeres incorporan múltiples adaptaciones: evaluación comprehensiva de comorbilidades psiquiátricas, trauma y violencia; servicios integrados que aborden simultáneamente adicción, salud mental y trauma; atención a las necesidades de las mujeres embarazadas y madres, incluyendo servicios de cuidado infantil y programas que permitan que los hijos permanezcan con sus madres durante el tratamiento; abordaje de las barreras prácticas como transporte y cuidado de dependientes; y atención a las dinámicas relacionales, dado que las mujeres frecuentemente inician el consumo y recaen en el contexto de relaciones íntimas con parejas que consumen.

La evidencia sobre la efectividad de los tratamientos específicos para mujeres es creciente. El meta-análisis de Greenfield et al. (2007) encontró que los tratamientos solo para mujeres producen resultados comparables o superiores a los tratamientos mixtos, con ventajas particulares en retención y satisfacción. Intervenciones específicas como *Seeking Safety* (un tratamiento manualizado para TEPT y TUS coocurrentes) han demostrado eficacia en esta población. La integración de terapias centradas en el trauma, descritas más adelante en este capítulo, es particularmente relevante para el tratamiento de mujeres con TUS.

8.1.2 Jóvenes y Adolescentes

8.1.2.1 Neurobiología del Desarrollo y Vulnerabilidad

La adolescencia y la juventud temprana representan un período de particular vulnerabilidad para el desarrollo de TUS, con la mayoría de los trastornos iniciándose antes de los 25 años. Esta vulnerabilidad tiene fundamentos neurobiológicos: el cerebro adolescente se caracteriza por una maduración asincrónica donde los sistemas límbicos de recompensa y emoción maduran antes que los sistemas prefrontales de control ejecutivo. Este desequilibrio resulta en una mayor sensibilidad a las recompensas, incluidas las sustancias, combinada con menor capacidad de inhibición de impulsos y evaluación de consecuencias a largo plazo (Casey et al., 2008).

La neuroplasticidad incrementada del cerebro adolescente es también un arma de doble filo: mientras hace al cerebro más vulnerable a los efectos neurotóxicos y adictógenos de las sustancias, también ofrece mayor potencial de recuperación si la intervención ocurre tempranamente. El uso de sustancias durante la adolescencia puede interferir con procesos normales de desarrollo cerebral, incluyendo la poda sináptica y la mielinización, con consecuencias potencialmente duraderas para la cognición y la regulación emocional. Estos hallazgos subrayan la importancia crítica de la prevención y la intervención temprana.

8.1.2.2 Impulsividad, Búsqueda de Sensaciones e Identidad

La impulsividad (la tendencia a actuar sin consideración adecuada de las consecuencias) es un factor de riesgo robusto para el inicio del uso de sustancias y la progresión a TUS. La impulsividad adolescente tiene componentes neurobiológicos (inmadurez prefrontal), pero también refleja tareas de desarrollo normativas como la exploración de la identidad, la individuación de la familia, y la afiliación con pares. La búsqueda de sensaciones, un rasgo relacionado que implica la búsqueda de experiencias novedosas e intensas, también predice el uso de sustancias y puede ser particularmente elevada durante la adolescencia (Gullo et al., 2014).

La formación de la identidad es una tarea central de la adolescencia, y el uso de sustancias puede entrelazarse con este proceso de múltiples maneras. Para algunos jóvenes, el consumo representa una forma de experimentación y exploración; para otros, se convierte en un componente de la identidad social (pertenencia a subculturas donde el consumo es normativo); y para otros, funciona como estrategia de afrontamiento ante los desafíos de esta etapa. La intervención efectiva con adolescentes debe ser sensible a estos significados y evitar abordajes moralizantes que pueden generar reactancia y fortalecer la identificación con el consumo.

8.1.2.3 Influencia de Pares y Contexto Social

La influencia de los pares es un determinante particularmente potente del uso de sustancias en la adolescencia. Los procesos de selección (los jóvenes eligen amigos similares a ellos) y socialización (los amigos influyen en las conductas de los jóvenes) resultan en homofilia: los grupos de amigos tienden a tener niveles similares de uso de sustancias. La presión de pares puede ser directa (ofrecimiento, insistencia) o indirecta (normas percibidas, modelado), y los jóvenes frecuentemente sobreestiman la prevalencia del uso entre sus pares, una percepción errónea que puede normalizar promover el consumo.

Las intervenciones basadas en la escuela, incluyendo programas de prevención universal y selectiva, han demostrado eficacia en reducir el inicio y la progresión del uso de sustancias. Programas como *Life Skills Training* enseñan habilidades de resistencia a la presión de pares, habilidades sociales, y habilidades de toma de decisiones. Las intervenciones de normas sociales buscan corregir las percepciones erróneas sobre la prevalencia del uso, reduciendo la presión normativa percibida. La Entrevista Motivacional ha sido adaptada para adolescentes (MI-A), con énfasis en la autonomía, la exploración de la ambivalencia, y la evitación de confrontación que puede generar reactancia.

8.1.2.4 Tratamiento de Adolescentes con TUS

El tratamiento de adolescentes requiere adaptaciones significativas respecto a los modelos para adultos. Los enfoques familiares son particularmente importantes dado que los adolescentes viven en el contexto de sus familias, y las dinámicas familiares frecuentemente contribuyen al mantenimiento del problema y son esenciales para su solución. La Terapia Familiar Multidimensional (MDFT), la Terapia Familiar Funcional (FFT), y la Terapia Breve Estratégica Familiar (BSFT) han demostrado eficacia superior a los tratamientos individuales para adolescentes con TUS (Hogue et al., 2018).

Las intervenciones deben ser desarrolladas de forma apropiada, considerando: el nivel cognitivo del adolescente (pensamiento concreto vs. abstracto), la importancia de los pares (incorporación de intervenciones grupales de pares prosociales), las tareas de desarrollo de la etapa (autonomía, identidad, relaciones), y el contexto ecológico (escuela, familia, comunidad). El Manejo de Contingencias ha demostrado particular eficacia con adolescentes, posiblemente porque proporciona reforzamiento inmediato que compite con las recompensas del consumo durante un período de desarrollo donde la sensibilidad a la recompensa inmediata es elevada.

8.1.3 Comunidad LGBTIQ+

8.1.3.1 Disparidades en Salud y Uso de Sustancias

Las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales, queer y otras minorías sexuales y de género (LGBTIQ+) experimentan disparidades significativas en tasas de uso de sustancias y TUS. Los estudios epidemiológicos consistentemente documentan que las personas LGBTIQ+ tienen tasas 1.5-3 veces mayores de uso de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias comparado con sus contrapartes heterosexuales y cisgénero. Estas disparidades son particularmente pronunciadas para ciertos subgrupos: las mujeres bisexuales tienen las tasas más elevadas de TUS entre las mujeres, y las personas transgénero experimentan tasas muy elevadas de uso de sustancias y problemas relacionados (McCabe et al., 2020).

El modelo de estrés de minorías (*minority stress model*), desarrollado por Ilan Meyer, proporciona el marco teórico dominante para comprender estas disparidades. El modelo postula que las minorías sexuales y de género experimentan estresores crónicos adicionales derivados de su posición estigmatizada en la sociedad, incluyendo: experiencias de discriminación y violencia, expectativas de rechazo, ocultamiento de la identidad, y homofobia-transfobia internalizada. Estos estresores incrementan el riesgo de problemas de salud mental, incluyendo TUS, que pueden funcionar como estrategias de afrontamiento mal adaptativas ante el estrés crónico (Meyer, 2003).

8.1.3.2 Discriminación, Trauma y Vulnerabilidad

Las experiencias de discriminación, rechazo y violencia son altamente prevalentes en las vidas de las personas LGBTIQ+. El rechazo familiar, particularmente en la adolescencia cuando muchos jóvenes revelan su orientación sexual o identidad de género, se asocia con resultados adversos

incluyendo mayor riesgo de TUS, falta de vivienda, y conducta suicida. Las tasas de bullying y acoso escolar son significativamente mayores para los jóvenes LGBTIQ+. Y los crímenes de odio basados en orientación sexual e identidad de género continúan siendo prevalentes, con las personas transgénero, particularmente las mujeres trans de color, experimentando tasas extremadamente elevadas de violencia.

El trauma es altamente prevalente en la comunidad LGBTIQ+, incluyendo tanto experiencias de trauma "general" (abuso infantil, violencia de pareja, agresión sexual) como experiencias de trauma relacionadas específicamente con la identidad (ataques motivados por odio, "terapias de conversión", rechazo familiar severo). Esta carga traumática contribuye a las elevadas tasas de TEPT en esta población y a la coocurrencia de trauma y adicción. Los tratamientos para TUS en personas LGBTIQ+ deben ser informados en trauma y capaces de abordar las experiencias traumáticas específicas de esta comunidad.

8.1.3.3 Consideraciones de Tratamiento para Personas LGBTIQ+

Los servicios de tratamiento culturalmente competentes para personas LGBTIQ+ incorporan múltiples elementos: ambiente de tratamiento afirmativo donde la diversidad sexual y de género es visiblemente reconocida y valorada; proveedores capacitados en competencia cultural LGBTIQ+ que comprenden las experiencias y desafíos específicos de esta comunidad; abordaje de los estresores de minoría como parte del tratamiento; conexión con recursos y comunidades LGBTIQ+ de apoyo; y atención a las intersecciones con otras identidades (raza, etnicidad, estatus socioeconómico, discapacidad) que pueden componer la marginación.

Las barreras de acceso al tratamiento para personas LGBTIQ+ incluyen: temor a la discriminación en los servicios de salud (basado frecuentemente en experiencias previas negativas), falta de proveedores competentes, servicios que no reconocen las necesidades específicas de esta población, y

programas basados en supuestos heteronormativos o cisnormativos. La investigación sobre tratamientos específicos para personas LGBTIQ+ con TUS es aún limitada, aunque estudios preliminares sugieren que las intervenciones que abordan específicamente el estrés de minoría pueden ser beneficiosas. El desarrollo de una base de evidencia para intervenciones culturalmente adaptadas es una prioridad de investigación.

8.1.4 Exclusión Social y Pobreza Estructural

8.1.4.1 Determinantes Sociales de la Adicción

Los trastornos por uso de sustancias no se distribuyen aleatoriamente en la población; están fuertemente estratificados por clase social, raza/etnicidad, y otros marcadores de posición social. Las personas que experimentan pobreza, desempleo, falta de vivienda, encarcelamiento, y otras formas de marginación social tienen tasas significativamente elevadas de TUS. Esta asociación refleja múltiples mecanismos: la adversidad temprana asociada con la pobreza (estrés crónico, trauma, negligencia) altera el desarrollo cerebral de maneras que incrementan la vulnerabilidad a la adicción; la falta de oportunidades educativas y laborales limita el acceso a fuentes de reforzamiento alternativas a las sustancias; y los ambientes de pobreza frecuentemente tienen mayor disponibilidad y normalización del uso de sustancias.

El concepto de "*craving* reactivo" o "*craving* inducido por adversidad" reconoce que el *craving* no es únicamente una respuesta condicionada a claves asociadas con drogas, sino que también puede ser precipitado por experiencias de estrés, discriminación, y privación. Para personas en situación de marginación social, el *craving* puede ser una respuesta constante a las condiciones adversas de vida más que un episodio discreto ante un disparador específico. Esta comprensión tiene implicaciones para el tratamiento: abordar únicamente los disparadores "tradicionales" del

craving sin abordar las condiciones de vida que generan estrés crónico puede ser insuficiente.

8.1.4.2 Personas en Situación de Calle y Sin Hogar

La falta de vivienda y los TUS están íntimamente relacionados en una dinámica bidireccional y reforzante. El uso de sustancias es un factor de riesgo significativo para perder la vivienda, y la falta de vivienda intensifica el uso de sustancias y dificulta dramáticamente la recuperación. Las personas sin hogar con TUS enfrentan barreras de acceso al tratamiento casi insuperables: falta de documentación de identidad, falta de seguro médico, dificultad para mantener citas y cumplir con requisitos de los programas, y priorización de necesidades básicas de supervivencia sobre el tratamiento.

El modelo "*Housing First*" (Vivienda Primero) representa un cambio paradigmático en el abordaje de la falta de vivienda entre personas con TUS y enfermedad mental. A diferencia de los modelos tradicionales que requieren abstinencia o tratamiento como precondición para acceder a vivienda, *Housing First* proporciona vivienda permanente sin prerrequisitos, combinada con servicios de apoyo opcionales. La investigación ha demostrado que *Housing First* es efectivo en mantener a las personas alojadas y, aunque no reduce significativamente el uso de sustancias directamente, proporciona la estabilidad necesaria para que el tratamiento de adicciones sea posible (Tsemberis et al., 2004).

8.1.4.3 Reducción de Daños como Paradigma

La reducción de daños (*harm reduction*) es una filosofía y un conjunto de prácticas que buscan minimizar las consecuencias negativas del uso de sustancias sin requerir necesariamente la abstinencia. Las estrategias de reducción de daños incluyen: programas de intercambio de jeringas (que reducen la transmisión de VIH y hepatitis), sitios de consumo supervisado

(que previenen muertes por sobredosis y proporcionan puerta de entrada a servicios), distribución de naloxona (el antídoto de sobredosis de opioides), y terapia de sustitución de opioides con metadona o buprenorfina sin requisito de abstinencia de otras sustancias.

La reducción de daños es particularmente relevante para poblaciones marginadas donde la abstinencia puede no ser una meta realista o deseada en el corto plazo, y donde el enfoque exclusivo en la abstinencia puede alejar a las personas de cualquier contacto con servicios. La filosofía de reducción de daños enfatiza el respeto por la autonomía y la dignidad de las personas que usan sustancias, el pragmatismo sobre el moralismo, y el encuentro de las personas "donde están" en lugar de donde los profesionales desearían que estuvieran. La evidencia científica respalda firmemente la efectividad de las intervenciones de reducción de daños en reducir la mortalidad, la morbilidad, y los costos sociales del uso de sustancias (Marlatt & Witkiewitz, 2010).

8.2. Psicoterapia Basada en Evidencia y Nuevas Corrientes Emergentes

8.2.1 Terapias Centradas en la Compasión

8.2.1.1 Fundamentos de la Compasión en Psicoterapia

Las terapias basadas en la compasión han emergido como un abordaje prometedor para múltiples condiciones de salud mental, incluyendo los TUS. La compasión se define como la sensibilidad al sufrimiento propio y ajeno, combinada con la motivación y el compromiso de aliviarlo. Las terapias compasivas reconocen que muchas personas con problemas de salud mental, incluyendo adicciones, experimentan niveles elevados de vergüenza, autocrítica, y autodesprecio que pueden mantener el trastorno y obstaculizar la recuperación. El cultivo de la autocompasión (tratarse a uno mismo con la misma bondad y comprensión que se ofrecería a un amigo

querido que sufre) puede contrarrestar estos patrones destructivos (Gilbert, 2010).

La Terapia Enfocada en la Compasión (CFT, *Compassion-Focused Therapy*), desarrollada por Paul Gilbert, se fundamenta en una comprensión evolutiva de la mente humana que distingue tres sistemas de regulación emocional: el sistema de amenaza (que genera emociones como miedo, ansiedad, ira), el sistema de impulso o logro (que genera emociones como excitación, motivación, deseo), y el sistema de calma/afiliación (que genera emociones como seguridad, conexión, contentamiento). Gilbert propone que muchos problemas psicológicos, incluyendo las adicciones, reflejan un desequilibrio entre estos sistemas, con sobreactivación de los sistemas de amenaza e impulso y subactivación del sistema de calma-afiliación.

8.2.1.2 Autocompasión y Adicciones

La relación entre autocompasión y adicciones ha sido objeto de creciente investigación. Los estudios transversales consistentemente encuentran que mayores niveles de autocompasión se asocian con menor uso de sustancias, menor *craving*, y menor severidad de los síntomas de TUS. Conversamente, la autocrítica y la vergüenza (los opuestos de la autocompasión) se asocian con mayor riesgo de recaída. La vergüenza, en particular, ha sido identificada como una emoción central en la adicción: la vergüenza por el consumo puede paradójicamente precipitar más consumo como forma de escape del estado emocional aversivo, creando un ciclo viciosos (Brooks et al., 2018).

El programa *Mindful Self-Compassion* (MSC), desarrollado por Kristin Neff y Christopher Germer, ha sido adaptado para poblaciones con TUS. El programa enseña habilidades específicas de autocompasión incluyendo: reconocer cuando se está sufriendo (mindfulness), recordar que el sufrimiento es parte de la experiencia humana compartida (humanidad común), y responder con bondad hacia uno mismo (amabilidad hacia uno

mismo). Estudios piloto han mostrado que las intervenciones de autocompasión pueden reducir el *craving*, incrementar la autoeficacia para la abstinencia, y mejorar la regulación emocional en personas con TUS, aunque la base de evidencia aún es preliminar.

8.2.2 Terapias Centradas en el Trauma

8.2.2.1 La Conexión Trauma-Adicción

La coocurrencia de trauma y adicción es la regla más que la excepción. Los estudios epidemiológicos documentan que las personas con TUS tienen tasas de trauma y TEPT significativamente elevadas comparado con la población general, y las personas con TEPT tienen tasas elevadas de TUS. Esta coocurrencia refleja múltiples vías: el trauma puede preceder y contribuir al desarrollo de TUS (el uso de sustancias como "automedicación" del malestar postraumático), el uso de sustancias puede incrementar el riesgo de exposición traumática (victimización bajo intoxicación, participación en actividades de alto riesgo), y ambos trastornos pueden compartir factores de vulnerabilidad comunes (Jacobsen et al., 2001).

El modelo de automedicación del trauma propone que las sustancias son utilizadas para manejar síntomas específicos del TEPT: la hiperactivación (utilizando depresores como alcohol y opioides para "calmar" el sistema nervioso), la re-experimentación (utilizando sustancias para "adormecer" memorias intrusivas y emociones intensas), y la evitación (utilizando sustancias para evitar situaciones, personas o emociones que recuerdan el trauma). Este modelo tiene implicaciones para el tratamiento: abordar la adicción sin abordar el trauma subyacente puede dejar al paciente sin estrategias para manejar el malestar postraumático, precipitando la recaída.

8.2.2.2 Modelos de Tratamiento Integrado

Durante décadas, el tratamiento del TEPT y los TUS coocurrentes siguió un modelo "secuencial" donde se trataba primero la adicción y luego el trauma

(o viceversa). Este modelo ha sido abandonado a favor de modelos de tratamiento "integrado" que abordan ambas condiciones simultáneamente. La evidencia indica que el tratamiento integrado es seguro (contrariamente al temor de que abordar el trauma exacerbe el uso de sustancias) y más efectivo que el tratamiento secuencial o paralelo no coordinado (Roberts et al., 2015).

Seeking Safety, desarrollado por Lisa Najavits, es el tratamiento más ampliamente investigado para TEPT y TUS coocurrentes. Es un tratamiento de primera fase (estabilización) que no requiere exposición a memorias traumáticas, enfocándose en habilidades de afrontamiento seguras para ambas condiciones. Los 25 temas del tratamiento abordan: seguridad, TEPT (reconocer disparadores, fundamentación), uso de sustancias (detachment de *craving*, pensamiento), interpersonal (límites saludables, honestidad) e integración. Múltiples ensayos controlados han demostrado su eficacia, y está recomendado en las guías de práctica clínica (Najavits, 2002).

Para pacientes estabilizados, los tratamientos de procesamiento de trauma como la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT), la Exposición Prolongada (PE), y el EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) pueden ser incorporados. La evidencia emergente sugiere que estos tratamientos pueden implementarse de manera segura y efectiva en personas con TUS coocurrentes, particularmente cuando están en tratamiento activo de adicciones y relativamente estabilizados. La integración cuidadosa de tratamientos de procesamiento de trauma puede abordar las raíces traumáticas de la adicción de maneras que los tratamientos de adicciones estándar no logran.

8.2.3 Terapias Centradas en el Cuerpo

8.2.3.1 El Cuerpo en la Adicción y el Trauma

Las terapias somáticas o centradas en el cuerpo reconocen que el trauma y la adicción no son únicamente experiencias cognitivas o emocionales, sino que se inscriben profundamente en el cuerpo. El trabajo pionero de Bessel Van Der Kolk sobre "el cuerpo lleva la cuenta" ("*the body keeps the score*") ha documentado cómo el trauma altera la conciencia corporal, la regulación autonómica, y la relación con las sensaciones físicas. Las personas traumatizadas frecuentemente experimentan desconexión del cuerpo (disociación), percepción del cuerpo como peligroso o traidor, y dificultad para utilizar señales corporales para la autorregulación (Van Der Kolk, 2014).

En el contexto de la adicción, la relación perturbada con el cuerpo se manifiesta de múltiples maneras: dificultad para reconocer y tolerar estados corporales de *craving* sin actuar sobre ellos, uso de sustancias para modificar o escapar de estados corporales desagradables, y desatención a las necesidades corporales básicas (nutrición, sueño, movimiento). Las terapias centradas en el cuerpo buscan restaurar una relación saludable con las sensaciones corporales, desarrollar la capacidad de autorregulación somática, y procesar memorias traumáticas almacenadas en el cuerpo.

8.2.3.2 Modalidades Terapéuticas Somáticas

El yoga ha emergido como una intervención complementaria prometedora para trauma y adicciones. El yoga informado en trauma (trauma-sensitive yoga) adapta las prácticas de yoga tradicionales para personas con historia de trauma, enfatizando la elección, la agencia sobre el propio cuerpo, y la exposición gradual a sensaciones interoceptivas. Estudios controlados han demostrado que el yoga puede reducir síntomas de TEPT, mejorar la regulación emocional, y complementar el tratamiento de adicciones. Una

revisión sistemática de Posadzki et al. (2016) encontró efectos positivos del yoga sobre el *craving* y el uso de sustancias, aunque con limitaciones metodológicas.

Somatic Experiencing (SE), desarrollado por Peter Levine, es una modalidad terapéutica que aborda el trauma a través del seguimiento de las sensaciones corporales y la facilitación de la descarga de la energía traumática "congelada" en el sistema nervioso. Se fundamenta en la observación de que los animales en la naturaleza raramente desarrollan síntomas postraumáticos porque completan respuestas defensivas instintivas (lucha, huida, inmovilización) que los humanos frecuentemente interrumpen. El trabajo terapéutico facilita la completación de estas respuestas truncadas a nivel somático. Aunque la investigación específica sobre SE para adicciones es limitada, su aplicación a esta población es teóricamente congruente y clínicamente utilizada.

8.2.4 Terapias Centradas en el Vínculo

8.2.4.1 Apego, Mentalización y Adicción

La teoría del apego, originada en el trabajo de John Bowlby, proporciona un marco para comprender la adicción como un trastorno de la regulación relacional. Los patrones de apego inseguro (ansioso, evitativo, o desorganizado) se asocian con mayor riesgo de TUS. Las personas con apego inseguro pueden tener dificultad para utilizar las relaciones como fuente de regulación emocional (la función normativa de las relaciones de apego), recurriendo en su lugar a sustancias que proporcionan una forma de "regulación química" de estados emocionales difíciles. La metáfora de la sustancia como "objeto de apego sustituto" captura esta dinámica (Flores, 2004).

La mentalización o capacidad de comprender la conducta propia y ajena en términos de estados mentales subyacentes (pensamientos, sentimientos,

deseos, intenciones), está frecuentemente comprometida en personas con TUS. Los déficits en mentalización contribuyen a la adicción de múltiples maneras: dificultad para comprender y regular los propios estados emocionales, dificultad para anticipar las consecuencias de las propias acciones, y dificultad para navegar relaciones interpersonales de maneras satisfactorias. La Terapia Basada en la Mentalización (MBT), desarrollada por Bateman y Fonagy para el trastorno límite de personalidad, ha sido adaptada para adicciones con resultados prometedores.

8.2.4.2 La Relación Terapéutica como Agente de Cambio

Las terapias relacionales enfatizan la relación terapéutica no meramente como el contexto donde ocurren las intervenciones técnicas, sino como el agente primario de cambio terapéutico. Para personas con TUS cuyas dificultades frecuentemente tienen raíces en experiencias relacionales tempranas adversas, la relación con un terapeuta consistente, confiable, empático y no abandonador puede proporcionar una "experiencia emocional correctiva" que desafía expectativas relacionales negativas y modela nuevas formas de estar en relación. Esta perspectiva es central en los enfoques psicodinámicos y humanistas del tratamiento de adicciones.

La alianza terapéutica o el vínculo colaborativo entre terapeuta y paciente, es un predictor consistente de resultados en el tratamiento de TUS, transversal a las modalidades de tratamiento. Los componentes de la alianza (acuerdo sobre metas, acuerdo sobre tareas, vínculo afectivo) pueden ser particularmente desafiantes de establecer con pacientes con TUS, quienes frecuentemente tienen historias de relaciones caóticas, desconfianza de las figuras de autoridad, y ambivalencia sobre el cambio. La capacidad del terapeuta de establecer y reparar la alianza, especialmente ante rupturas, puede ser más predictiva de resultados que las técnicas específicas utilizadas.

8.2.5 Psicoterapia Asistida con Psicodélicos

8.2.5.1 Renacimiento de la Investigación Psicodélica

Tras décadas de restricción regulatoria, la investigación sobre sustancias psicodélicas clásicas (psilocibina, LSD, DMT, mescalina) para aplicaciones terapéuticas ha experimentado un renacimiento significativo. Esta investigación contemporánea se caracteriza por diseños metodológicos rigurosos (ensayos controlados aleatorizados, doble ciego cuando es posible), protocolos de seguridad estrictos, y un énfasis en la integración de la experiencia psicodélica en un marco psicoterapéutico estructurado. Las sustancias psicodélicas no son conceptualizadas como tratamientos per se, sino como catalizadores que, en el contexto apropiado, pueden facilitar procesos terapéuticos profundos (Carhart-Harris & Goodwin, 2017).

Los mecanismos propuestos para los efectos terapéuticos de los psicodélicos incluyen: (a) incremento de la neuroplasticidad (expresión de BDNF, sinaptogénesis, neurogénesis); (b) reducción de la actividad en la red de modo por defecto (*default mode network*, DMN) asociada con la disolución temporal del ego y la reducción de patrones de pensamiento rígidos; (c) experiencias místicas o de tipo pico que pueden producir cambios duraderos en valores, actitudes y conductas; y (d) procesamiento emocional profundo facilitado por el estado alterado de conciencia. Estos mecanismos son particularmente relevantes para las adicciones, donde la rigidez cognitiva, la desconexión de valores, y el procesamiento emocional evitativo son características centrales.

8.2.5.2 Evidencia en Trastornos por Uso de Sustancias

Los ensayos clínicos de psilocibina asistida con psicoterapia para trastornos por uso de alcohol y tabaco han producido resultados notables. El estudio de Bogenschutz et al. (2022) aleatorizó a 95 adultos con trastorno por uso de alcohol a psilocibina más psicoterapia o placebo más psicoterapia. Los

participantes en el grupo de psilocibina mostraron una reducción significativamente mayor en los días de consumo excesivo de alcohol durante el seguimiento de 32 semanas (porcentaje de días de consumo excesivo: 9.7% vs. 23.6%, p = 0.01). Los efectos fueron duraderos, con beneficios mantenidos en el seguimiento de 8 meses.

Para el tabaquismo, el estudio piloto de Johnson et al. (2014) reportó tasas de abstinencia notablemente elevadas: 80% de los participantes estaban abstinentes de fumar a los 6 meses, verificado por biomarcadores. Estos resultados superan ampliamente los de cualquier otro tratamiento disponible para la dependencia de tabaco. Un ensayo aleatorizado más grande está actualmente en curso. Estudios piloto también han explorado la psilocibina para la dependencia de cocaína y otros estimulantes, con resultados preliminares prometedores.

8.2.5.3 Consideraciones de Seguridad y Éticas

La psicoterapia asistida con psicodélicos requiere consideraciones de seguridad específicas. Los riesgos físicos de los psicodélicos clásicos son mínimos en poblaciones seleccionadas (no son fisiológicamente tóxicos ni adictivos), pero los riesgos psicológicos incluyen: experiencias desafiantes o aterradoras durante la sesión ("mal viaje"), exacerbación de síntomas psicóticos en personas con vulnerabilidad, y potencial de descompensación en personas con estructura del ego frágil. Los protocolos de investigación actual excluyen a personas con historia personal o familiar de trastornos psicóticos o bipolares, y proporcionan extenso apoyo antes, durante y después de las sesiones.

El contexto ("*set and setting*") es crítico para la seguridad y eficacia. El "*set*" refiere a la preparación del participante: sus expectativas, intenciones, y estado mental previo a la sesión. El "*setting*" refiere al ambiente físico y relacional de la sesión: un espacio seguro, cómodo y estéticamente cuidado, con terapeutas entrenados presentes durante toda la experiencia. Las

sesiones de integración posteriores son esenciales para procesar y dar significado a la experiencia, y para trasladar los *insights* a cambios conductuales sostenidos. La psicoterapia asistida con psicodélicos no es meramente la administración de una sustancia, sino un proceso terapéutico complejo donde la sustancia es un catalizador.

8.2.6 Integración de Saberes Ancestrales y Ciencia Contemporánea

8.2.6.1 Medicinas Tradicionales y Adicciones

Diversas tradiciones culturales y espirituales han desarrollado abordajes para problemas que hoy conceptualizamos como adicciones, frecuentemente utilizando plantas psicoactivas en contextos ceremoniales. La ayahuasca, una bebida psicodélica utilizada ancestralmente por pueblos indígenas de la Amazonía, es el ejemplo más investigado. Las ceremonias de ayahuasca, conducidas por chamanes o curanderos entrenados, combinan la ingestión de la sustancia con cantos (ícaros), rituales, y orientación espiritual. Estudios observacionales han documentado que personas con TUS que participan en ceremonias de ayahuasca reportan reducciones en el consumo, mayor bienestar, y cambios en valores y conductas (Thomas et al., 2013).

La iglesia del *Native American Church* utiliza ceremonialmente el peyote (que contiene mescalina) desde hace más de un siglo, y datos epidemiológicos sugieren que los miembros de esta iglesia tienen tasas de alcoholismo inferiores a las de otros nativos americanos. La ibogaína, derivada de la planta africana *Tabernanthe iboga*, ha sido utilizada en contextos ceremoniales y, más recientemente, en clínicas de tratamiento de adicciones en varios países (aunque no está aprobada en la mayoría de las jurisdicciones). Los reportes clínicos sugieren que la ibogaína puede reducir los síntomas de abstinencia de opioides y el *craving*, aunque con riesgos cardíacos significativos que requieren monitoreo médico.

8.2.6.2 Hacia una Integración Respetuosa

La creciente investigación científica sobre sustancias psicoactivas de uso tradicional plantea cuestiones importantes sobre la apropiación cultural, la sostenibilidad, y el respeto por los conocimientos indígenas. El "renacimiento psicodélico" occidental frecuentemente descontextualiza estas sustancias de sus marcos tradicionales, reduciéndolas a herramientas farmacológicas separadas de las cosmologías, rituales y relaciones comunitarias en las que están embebidas. Críticos han señalado que este enfoque puede perder elementos terapéuticamente activos del contexto tradicional y puede perpetuar patrones coloniales de extracción de conocimiento sin reciprocidad.

Un modelo de integración respetuosa buscaría: reconocer y compensar a las comunidades indígenas por sus conocimientos; aprender del contexto ritual y relacional en el que estas sustancias se utilizan tradicionalmente; evitar la comercialización y trivialización de prácticas sagradas; abordar cuestiones de sostenibilidad cuando la demanda occidental amenaza ecosistemas o prácticas culturales; y mantener un diálogo genuino entre las tradiciones de conocimiento científico occidental y las tradiciones de conocimiento indígena, reconociendo que cada una tiene fortalezas y limitaciones.

8.2.6.3 Espiritualidad y Ciencia en el Tratamiento

Más ampliamente, el campo del tratamiento de adicciones ha comenzado a reconocer que la exclusión de las dimensiones espirituales y existenciales representa un empobrecimiento innecesario. Los programas de 12 pasos han incorporado la espiritualidad desde sus inicios, y la investigación ha validado que la espiritualidad (aunque no necesariamente la religiosidad formal) se asocia con mejores resultados de recuperación. Las terapias emergentes descritas en este capítulo (basadas en compasión, mindfulness, cuerpo, vínculo, y psicodélicos) frecuentemente incorporan elementos que

podrían describirse como espirituales: la conexión con algo mayor que el yo individual, el cultivo de cualidades como la compasión y la aceptación, y la búsqueda de significado y propósito.

La integración de estas dimensiones en un marco científico riguroso representa uno de los desafíos y oportunidades más interesantes del campo. Esto requiere: operacionalización y medición de constructos espirituales (como "experiencia mística", "sentido de significado", "conexión"); investigación sobre los mecanismos a través de los cuales las experiencias espirituales producen cambios terapéuticos; y el desarrollo de intervenciones que sean inclusivas de la diversidad de marcos espirituales y seculares de los pacientes. La ciencia y la espiritualidad no necesitan ser antagónicas; su integración puede enriquecer tanto la comprensión científica como la práctica clínica.

8.3 Conclusiones

Este capítulo ha examinado dos dimensiones de innovación en el tratamiento del *craving* y los TUS: las consideraciones para poblaciones específicas y las terapias emergentes. Ambas dimensiones convergen en un reconocimiento de que los abordajes uniformes y puramente técnicos son insuficientes para la complejidad de la adicción humana. El tratamiento efectivo debe ser sensible al contexto: las experiencias particulares de mujeres, jóvenes, personas LGBTIQ+, y personas en marginación social requieren adaptaciones específicas. Y debe ir más allá de lo cognitivo-conductual para abordar las dimensiones somáticas, relacionales, existenciales y, para algunos, espirituales del sufrimiento.

Las terapias emergentes descritas (basadas en compasión, trauma, cuerpo, vínculo, y psicodélicos) no pretenden reemplazar los tratamientos establecidos sino expandir el arsenal terapéutico disponible. Para diferentes pacientes, en diferentes momentos de su proceso, diferentes abordajes pueden ser más relevantes. La integración inteligente de estas modalidades,

guiada por la evidencia disponible y por la comprensión individualizada del paciente, representa el camino hacia un tratamiento verdaderamente personalizado. Y la incorporación respetuosa de saberes ancestrales recuerda que la sabiduría sobre el sufrimiento humano y su alivio no es monopolio de ninguna tradición o disciplina.

Referencias

Alegría, M., Carson, N. J., Goncalves, M., & Keefe, K. (2015). Disparities in treatment for substance use disorders and co-occurring disorders for ethnic/racial minority youth. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50(1), 22-31. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.10.005

Bogenschutz, M. P., Ross, S., Bhatt, S., Baron, T., Forcehimes, A. A., Laska, E., ... & Worth, L. (2022). Percentage of heavy drinking days following psilocybin-assisted psychotherapy vs placebo in the treatment of adult patients with alcohol use disorder: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 79(10), 953-962. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2096

Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2018). Self-compassion and substance use disorders: A systematic review. Clinical Psychology Review, 60, 101-115. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.01.002

Carhart-Harris, R. L., & Goodwin, G. M. (2017). The therapeutic potential of psychedelic drugs: Past, present, and future. Neuropsychopharmacology, 42(11), 2105-2113. https://doi.org/10.1038/npp.2017.84

Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. Developmental Review, 28(1), 62-77. https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.003

El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Go, H., & Hill, J. (2005). Relationship between drug abuse and intimate partner violence: A longitudinal study among women receiving methadone. American Journal of Public Health, 95(3), 465-470. https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.023200

Flores, P. J. (2004). Addiction as an attachment disorder. Jason Aronson.

Gilbert, P. (2010). Compassion focused therapy: Distinctive features. Routledge.

Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., ... & Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. Drug and Alcohol Dependence, 86(1), 1-21. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012

Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. Psychiatric Clinics of North America, 33(2), 339-355. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.004

Gullo, M. J., Loxton, N. J., & Dawe, S. (2014). Impulsivity: Four ways five factors are not basic to addiction. Addictive Behaviors, 39(11), 1547-1556. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.002

Hogue, A., Henderson, C. E., Becker, S. J., & Knight, D. K. (2018). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use: Updates and recommendations 2007-2013. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47(5), 635-659. https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1466311

Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. American Journal of Psychiatry, 158(8), 1184-1190. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1184

Johnson, M. W., Garcia-Romeu, A., Cosimano, M. P., & Griffiths, R. R. (2014). Pilot study of the 5-HT2AR agonist psilocybin in the treatment of tobacco addiction. Journal of Psychopharmacology, 28(11), 983-992. https://doi.org/10.1177/0269881114548296

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2010). Update on harm-reduction policy and intervention research. Annual Review of Clinical Psychology, 6, 591-606. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131438

McCabe, S. E., Hughes, T. L., Matthews, A. K., Lee, J. G., West, B. T., Boyd, C. J., & Arslanian-Engoren, C. (2020). Sexual orientation discrimination and tobacco use disparities in the United States. Nicotine & Tobacco Research, 21(4), 523-531. https://doi.org/10.1093/ntr/ntx283

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 129(5), 674-697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Moran-Santa Maria, M. M., Hartwell, K. J., Gray, K. M., Maguire-Jack, K., & Brady, K. T. (2014). Sex differences in the relationship between psychiatric comorbidity, substance use, and cocaine *craving* in cocaine-dependent individuals. Journal of Psychiatric Research, 48(1), 157-163. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.10.009

Najavits, L. M. (2002). Seeking Safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. Guilford Press.

Posadzki, P., Choi, J., Lee, M. S., & Ernst, E. (2016). Yoga for addictions: A systematic review of randomized clinical trials. Focus on Alternative and Complementary Therapies, 19(1), 1-8. https://doi.org/10.1111/fct.12142

Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance

use disorder: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 38, 25-38. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007

SAMHSA. (2014). Trauma-informed care in behavioral health services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Thomas, G., Lucas, P., Capler, N. R., Tupper, K. W., & Martin, G. (2013). Ayahuasca-assisted therapy for addiction: Results from a preliminary observational study in Canada. Current Drug Abuse Reviews, 6(1), 30-42. https://doi.org/10.2174/15733998113099990003

Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. American Journal of Public Health, 94(4), 651-656. https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.651

van der Kolk, B. A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking.