CAPÍTULO X

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). Recursos y Conclusiones. In (Ed.), *Craving en la adicción al alcohol y drogas: fundamentos neurobiológicos, estrategias terapéuticas y perspectivas de innovación* (pp. 274–293). Editorial PLAGCIS. https://doi.org/10.69821/PLAGCIS.54.c94

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

Recursos y Conclusiones

A lo largo de los capítulos precedentes, hemos emprendido un recorrido exhaustivo por el fenómeno del *craving*: desde sus fundamentos neurobiológicos hasta sus manifestaciones clínicas más severas, desde las intervenciones terapéuticas establecidas hasta las innovaciones emergentes que prometen transformar el campo. Este capítulo final cumple una doble función: proporcionar recursos prácticos que faciliten el acceso a tratamiento y apoyo tanto para personas con trastornos por uso de sustancias (TUS) como para sus familiares, y ofrecer una síntesis reflexiva de los principales mensajes de esta obra junto con una mirada hacia las perspectivas futuras en investigación y tratamiento.

Los recursos aquí compilados representan una selección de organizaciones, programas, aplicaciones y herramientas que han demostrado utilidad clínica o cuentan con respaldo institucional significativo. Es importante señalar que el panorama de recursos cambia constantemente, y se alienta a los lectores a verificar la información actualizada y a adaptar las recomendaciones a su contexto geográfico y cultural específico. Ningún listado de recursos puede ser exhaustivo ni sustituir la orientación profesional individualizada; estos recursos deben entenderse como puntos de partida para la búsqueda de ayuda, no como prescripciones definitivas.

10.1. Recursos y Organizaciones de Apoyo

10.1.1 Organizaciones Internacionales y Científicas

10.1.1.1 Organizaciones de Referencia Global

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona directrices internacionales, publicaciones técnicas y marcos de política sobre trastornos por uso de sustancias. Sus recursos incluyen la Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE-11) con criterios diagnósticos actualizados, guías de tratamiento para diferentes niveles de atención, y el programa mhGAP (*Mental Health Gap Action Programme*) que facilita la integración del tratamiento de adicciones en atención primaria. Los materiales están disponibles en múltiples idiomas a través de www.who.int.

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) de Estados Unidos es la principal agencia de investigación sobre adicciones a nivel mundial. Su sitio web (www.drugabuse.gov) ofrece información científica actualizada sobre diferentes sustancias, principios de tratamiento efectivo, recursos educativos para profesionales y público general, y acceso a publicaciones de investigación. NIDA también mantiene la Red de Ensayos Clínicos (*Clinical Trials Network*) que evalúa rigurosamente intervenciones prometedoras.

El *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA, ahora *European Union Drugs Agency* - EUDA) proporciona datos epidemiológicos, análisis de políticas, y mejores prácticas sobre drogas y adicciones en Europa. Sus informes anuales sobre el problema de las drogas en Europa son referencias fundamentales para comprender tendencias y respuestas. Disponible en www.emcdda.europa.eu.

La International *Society of Addiction Medicine* (ISAM) y la *American Society of Addiction Medicine* (ASAM) son organizaciones profesionales que establecen estándares de práctica, publican guías clínicas, y ofrecen formación y certificación para profesionales. Los Criterios ASAM para ubicación de pacientes según nivel de cuidado son referencia internacional para la toma de decisiones sobre intensidad de tratamiento.

10.1.1.2 Sociedades Científicas en Español

La Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) se especializa en la coocurrencia de trastornos mentales y adicciones, área de particular relevancia clínica. Ofrece formación continuada, publicaciones científicas, y

recursos para profesionales. La Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (Socidrogalcohol) es la sociedad científica de referencia en España para profesionales del campo de las adicciones, con congresos anuales, publicaciones, y guías clínicas.

En Latinoamérica, la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo Conductual (ALAMOC) y las sociedades nacionales de psiquiatría y psicología ofrecen recursos y formación en tratamiento de adicciones. La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA proporciona marcos regionales de política y cooperación técnica para los países de las Américas.

10.1.2 Programas de Tratamiento y Rehabilitación

10.1.2.1 Modalidades de Tratamiento Disponibles

El sistema de tratamiento para TUS comprende múltiples niveles de cuidado que deben estar disponibles como un continuum: intervención breve en atención primaria para casos de uso de riesgo o uso nocivo; tratamiento ambulatorio regular con sesiones semanales o quincenales; tratamiento ambulatorio intensivo con múltiples sesiones semanales; hospitalización parcial o programas de día; tratamiento residencial de corta duración (28-30 días); tratamiento residencial de larga duración (90 días a un año o más, incluyendo comunidades terapéuticas); y desintoxicación médica supervisada para sustancias con abstinencia potencialmente peligrosa.

La selección del nivel de cuidado apropiado debe basarse en una evaluación comprehensiva utilizando criterios estandarizados como los Criterios ASAM, que consideran seis dimensiones: intoxicación/potencial de abstinencia, condiciones biomédicas, condiciones emocionales/conductuales, disposición al tratamiento, potencial de recaída, y ambiente de recuperación. El principio general es utilizar el nivel menos restrictivo que

pueda proporcionar tratamiento seguro y efectivo, reservando los niveles más intensivos para quienes los requieren.

10.1.2.2 Cómo Encontrar Tratamiento

En Estados Unidos, la línea de ayuda nacional de SAMHSA (1-800-662-4357) proporciona información gratuita y confidencial sobre tratamiento de adicciones y salud mental las 24 horas, los 365 días del año, en inglés y español. El localizador de tratamientos en línea (findtreatment.gov) permite buscar programas por ubicación, tipo de servicio, y sustancia de uso.

En España, el Plan Nacional sobre Drogas (www.pnsd.mscbs.gob.es) coordina las políticas de drogas y ofrece información sobre recursos de tratamiento. Cada Comunidad Autónoma tiene su propia red de atención a las drogodependencias, accesible a través de los servicios de salud autonómicos. El Teléfono de la Esperanza (717 003 717) y el Teléfono de Información sobre Drogas de la FAD (900 16 15 15) ofrecen orientación.

En México, los Centros de Integración Juvenil (CIJ, www.cij.gob.mx) ofrecen una red nacional de servicios de prevención y tratamiento. El Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) proporciona información y coordina la política nacional. La línea SAPTEL (55 5259-8121) ofrece apoyo emocional. En Argentina, la SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas) coordina servicios y ofrece la línea 141 de atención gratuita. Cada país latinoamericano tiene sus propias instituciones rectoras y redes de tratamiento.

10.1.3 Grupos de Apoyo Mutuo

10.1.3.1 Programas de 12 Pasos

Alcohólicos Anónimos (AA, www.aa.org) es el programa de 12 pasos más extendido, con presencia en más de 180 países y reuniones disponibles prácticamente en cualquier ciudad importante. Las reuniones son gratuitas

y anónimas, y no requieren afiliación ni compromiso previo. AA publica el "Libro Grande" y otros materiales en múltiples idiomas. Las reuniones en español son ampliamente disponibles en países hispanohablantes y en comunidades hispanohablantes de otros países.

Narcóticos Anónimos (NA, www.na.org) adapta el programa de 12 pasos para usuarios de drogas distintas del alcohol, aunque la membresía está abierta a cualquier persona que desee dejar de usar. Cocainómanos Anónimos (CA), Marihuana Anónimos (MA), y otros programas específicos de sustancia también están disponibles en muchas áreas. Para familiares, Al-Anon (www.al-anon.org) y Nar-Anon ofrecen grupos de apoyo basados en principios similares.

Las reuniones de 12 pasos en línea se han expandido significativamente, especialmente tras la pandemia de COVID-19. Plataformas como AA *Online Intergroup* (aa-intergroup.org) y NA *World Services* (na.org/meetingsearch) facilitan la búsqueda de reuniones virtuales. Esto ha mejorado el acceso para personas en áreas remotas, con limitaciones de movilidad, o que prefieren el anonimato adicional del formato virtual.

10.1.3.2 Alternativas Seculares y Otros Programas

SMART Recovery (*Self-Management and Recovery Training*, www.smartrecovery.org) ofrece un programa basado en principios científicos (TCC, terapia racional-emotiva) sin componente espiritual. Los cuatro puntos del programa son: construir motivación, afrontar urgencias, manejar pensamientos-sentimientos-conductas, y vivir una vida equilibrada. Reuniones presenciales y en línea están disponibles, con materiales traducidos al español.

LifeRing Secular Recovery (www.lifering.org) enfatiza la sobriedad como elección personal, el apoyo entre pares, y la abstinencia. *Secular Organizations for Sobriety* (SOS, www.sossobriety.org) es otra alternativa

secular. Recovery Dharma (www.recoverydharma.org) ofrece un programa basado en principios budistas, utilizando la meditación y el marco de las Cuatro Nobles Verdades para abordar la adicción como sufrimiento causado por el apego.

Moderation Management (www.moderation.org) es un programa para personas que buscan moderar su consumo de alcohol más que abstenerse completamente. Es apropiado para bebedores problemáticos que no cumplen criterios de dependencia severa; personas con dependencia severa generalmente requieren abstinencia. La elección entre moderación y abstinencia debe ser informada por evaluación profesional y preferencias individuales.

10.1.4 Aplicaciones y Herramientas Digitales

10.1.4.1 Aplicaciones para el Manejo del *Craving* y la Recuperación

Las aplicaciones móviles ofrecen herramientas de apoyo accesibles que pueden complementar el tratamiento formal. Es importante seleccionar aplicaciones que tengan alguna base de evidencia o respaldo institucional, ya que la calidad en este espacio es muy variable. Las siguientes representan opciones con credenciales razonables, aunque la investigación sobre su efectividad continúa evolucionando:

A-CHESS (*Addiction-Comprehensive Health Enhancement Support System*) es una de las aplicaciones con mayor evidencia científica, desarrollada por la Universidad de Wisconsin. Proporciona monitoreo del *craving*, contenido psicoeducativo, foros de apoyo, herramientas de relajación, y localización de recursos. El ensayo clínico de Gustafson et al. (2014) demostró su efectividad como complemento del tratamiento residencial.

reSET y reSET-O son terapéuticas digitales aprobadas por la FDA que proporcionan TCC computarizada como complemento del tratamiento ambulatorio para TUS general y trastorno por uso de opioides

respectivamente. Están disponibles mediante prescripción en Estados Unidos. Los ensayos pivotales demostraron mejoras en las tasas de abstinencia comparado con tratamiento habitual solo.

Otras aplicaciones incluyen: *I Am Sober* (contador de días de sobriedad con comunidad de apoyo), *Sober Grid* (red social para personas en recuperación con función de emergencia), *Quit Genius* (programa basado en TCC para tabaco, alcohol y opioides), *Pear reSET* (plataforma de terapéutica digital), y aplicaciones de mindfulness como *Headspace, Calm e Insight Timer* que, aunque no son específicas para adicciones, ofrecen herramientas de regulación emocional útiles para el manejo del *craving*.

10.1.4.2 Recursos en Línea y Telesalud

La telesalud ha expandido dramáticamente el acceso a tratamiento de adicciones, particularmente desde la pandemia de COVID-19 que aceleró la adopción de modalidades virtuales. Las sesiones de terapia individual y grupal por videoconferencia han demostrado efectividad comparable a las presenciales para muchas intervenciones, y las regulaciones se han flexibilizado para facilitar la prescripción de medicamentos como buprenorfina por telemedicina.

Plataformas como *Workit Health, Bicycle Health*, y *Ophelia* ofrecen tratamiento de trastorno por uso de opioides (incluyendo prescripción de buprenorfina) enteramente por telemedicina. En el ámbito de la psicoterapia, plataformas como *BetterHelp* y *Talkspace* conectan usuarios con terapeutas licenciados, aunque la especialización en adicciones varía. Es importante verificar las credenciales y la especialización del profesional en adicciones antes de iniciar tratamiento.

Recursos educativos en línea de calidad incluyen: los cursos gratuitos de NIDA (drugabuse.gov), los materiales del *Treatment Improvement Protocol* (TIP) de SAMHSA, los webinars y cursos de sociedades profesionales como

ASAM, y plataformas como Coursera que ofrecen cursos universitarios sobre adicciones. Para familiares, la Fundación *Hazelden Betty Ford* ofrece recursos educativos extensos, y el libro "*Beyond Addiction*" del *Center for Motivation and Change* tiene recursos complementarios en línea.

10.1.5 Recursos para Poblaciones Específicas

10.1.5.1 Jóvenes y Adolescentes

Los servicios especializados para adolescentes son fundamentales dado que los enfoques para adultos frecuentemente no son apropiados para esta población. En Estados Unidos, el *Partnership to End Addiction* (drugfree.org) ofrece recursos para padres preocupados por el uso de sustancias de sus hijos, incluyendo una línea de ayuda especializada. Los programas de tratamiento para adolescentes deben involucrar a la familia e incorporar consideraciones del desarrollo.

10.1.5.2 Comunidad LGBTIQ+

La *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) ha publicado guías específicas para el tratamiento de personas LGBTIQ+ con TUS. Organizaciones como el *National LGBTQ Task Force* y GLMA (*Health Professionals Advancing LGBTQ Equality*) ofrecen recursos y directorios de proveedores competentes. En el contexto hispanohablante, organizaciones LGBTIQ+ locales pueden proporcionar información sobre servicios afirmativos disponibles.

10.1.5.3 Mujeres

Los programas de tratamiento diseñados específicamente para mujeres abordan las necesidades únicas de esta población, incluyendo trauma, violencia de género, embarazo, y cuidado de hijos. En Estados Unidos, muchos programas residenciales ofrecen la posibilidad de que las mujeres permanezcan con sus hijos durante el tratamiento. Las líneas de ayuda

contra la violencia doméstica pueden proporcionar recursos para mujeres en situaciones donde la violencia de pareja está entrelazada con el uso de sustancias.

10.1.5.4 Personas en Situación de Calle

Los servicios de reducción de daños, incluyendo programas de intercambio de jeringas y distribución de naloxona, frecuentemente son puntos de entrada accesibles para personas en marginación extrema. Las organizaciones de *Housing First* como *Pathways to Housing* ofrecen modelos donde la vivienda se proporciona sin requisito de abstinencia. Los equipos de *outreach* de organizaciones locales de servicios a personas sin hogar pueden conectar con recursos de tratamiento.

10.2. Reflexiones Finales

10.2.1 Síntesis: El *Craving* en Perspectiva

10.2.1.1 La Complejidad del *Craving*

A lo largo de esta obra hemos examinado el *craving* desde múltiples perspectivas que revelan su extraordinaria complejidad. Neurobiológicamente, el *craving* involucra la interacción dinámica de sistemas de recompensa, estrés, memoria y control ejecutivo, mediada por cambios moleculares, celulares y circuitales que se desarrollan con la exposición repetida a sustancias y persisten durante la abstinencia. Psicológicamente, el *craving* comprende componentes cognitivos (pensamientos, expectativas, memorias), afectivos (estados emocionales, urgencia), fisiológicos (activación autonómica, sensaciones corporales), y conductuales (impulsos de búsqueda, acercamiento). Socialmente, el *craving* está moldeado por claves contextuales, relaciones interpersonales, normas culturales, y condiciones estructurales de vida.

Esta complejidad multidimensional tiene una implicación fundamental: no existe una intervención única que "cure" el *craving*, porque el *craving* no es una entidad unitaria susceptible de solución simple. Más bien, el manejo efectivo del *craving* requiere un abordaje comprehensivo e individualizado que: reconozca la neurobiología subyacente y utilice farmacoterapia cuando esté indicada; desarrolle habilidades cognitivas y conductuales de afrontamiento; aborde los estados emocionales que precipitan y son precipitados por el *craving*; modifique los ambientes para reducir la exposición a claves condicionadas; fortalezca las relaciones de apoyo; y cuando sea relevante, aborde las dimensiones existenciales y espirituales del sufrimiento.

10.2.1.2 El *Craving* como Síntoma y como Proceso

Un mensaje central de esta obra es que el *craving* debe entenderse no solo como un síntoma discreto a eliminar, sino como un proceso dinámico a navegar. El *craving* es, en cierto sentido, la expresión de un sistema nervioso que ha sido alterado por la exposición a sustancias y que ahora "espera" y "busca" esa estimulación. Esta expectativa está codificada en circuitos neuronales y patrones de respuesta que no desaparecen simplemente porque la persona decide abstenerse. La recuperación implica aprender a vivir con un cerebro que ha sido modificado, desarrollando la capacidad de experimentar el *craving* sin actuar sobre él, y gradualmente construyendo nuevas vías neurales que sostengan conductas alternativas.

La conceptualización del *craving* como proceso tiene implicaciones para las expectativas de tratamiento. La desaparición completa del *craving* puede no ser una meta realista, especialmente en el corto plazo; en cambio, el objetivo puede ser la reducción de la intensidad y frecuencia del *craving*, el incremento de la tolerancia al *craving* sin consumo, y la disminución del poder del *craving* para determinar la conducta. Este reencuadre puede ser liberador para pacientes que se sienten fracasados porque continúan

experimentando *craving*: experimentar *craving* no es lo mismo que recaer, y aprender a navegar el *craving* es parte del proceso de recuperación, no evidencia de su fracaso.

10.2.2 Importancia del Enfoque Integral

10.2.2.1 Integración de Modalidades de Tratamiento

La evidencia acumulada sostiene firmemente que los mejores resultados de tratamiento se obtienen mediante la combinación de múltiples modalidades que abordan diferentes aspectos del trastorno. La combinación de farmacoterapia con psicoterapia produce resultados superiores a cualquiera por separado para la mayoría de las sustancias donde hay medicamentos efectivos disponibles. La incorporación de intervenciones de estilo de vida (ejercicio, nutrición, sueño) potencia los efectos del tratamiento central. La participación en grupos de apoyo mutuo predice mejores resultados a largo plazo, independientemente de la modalidad de tratamiento formal recibida.

La integración debe extenderse más allá del tratamiento de la adicción para abordar las comorbilidades que frecuentemente acompañan a los TUS. El tratamiento simultáneo de trastornos mentales coocurrentes (patología dual) produce mejores resultados que el tratamiento secuencial o paralelo no coordinado. La atención a condiciones médicas frecuentemente desatendidas en personas con TUS, es tanto una cuestión de salud como de dignidad. Y el abordaje de necesidades sociales básicas (vivienda, empleo, relaciones) proporciona la plataforma desde la cual la recuperación puede sostenerse.

10.2.2.2 Integración de Perspectivas: Del Modelo Médico al Modelo Biopsicosocial-Espiritual

El modelo médico tradicional de la adicción, que la conceptualiza primariamente como una “enfermedad del cerebro”, ha sido invaluable para reducir el estigma moral y justificar el tratamiento. Sin embargo, tomado de

manera reduccionista, puede oscurecer las dimensiones psicológicas, sociales y existenciales del trastorno. El modelo biopsicosocial, y su extensión biopsicosocial-espiritual, proporciona un marco más comprehensivo que reconoce la interacción de factores en todos estos niveles.

La integración de la dimensión espiritual, entendida ampliamente como la búsqueda de significado, conexión y trascendencia, representa una expansión particularmente importante para el campo. Los programas de 12 pasos han incorporado esta dimensión desde sus orígenes, 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 capítulos anteriores (basadas en compasión, mindfulness, y psicodélicos) frecuentemente incorporan elementos que podrían describirse como espirituales: la conexión con algo mayor que el yo, el cultivo de la presencia y la aceptación, y la búsqueda de significado.

10.2.2.3 Integración del Cuidado a lo Largo del Tiempo

El reconocimiento de la adicción como condición crónica requiere un cambio paradigmático desde el modelo de "tratamiento episódico" hacia el "manejo de la recuperación" a largo plazo. El tratamiento no termina con el alta de un programa; más bien, el alta marca una transición hacia una fase diferente de cuidado continuo. Los modelos de cuidado adaptativo continuo, donde la intensidad de los servicios se ajusta dinámicamente según el estado clínico del paciente, representan el futuro del campo.

La construcción de "capital de recuperación" o el conjunto de recursos internos y externos que sostienen la recuperación, es tan importante como la reducción de síntomas. Esto incluye: capital social (relaciones de apoyo, pertenencia a comunidades de recuperación), capital humano (educación, empleo, habilidades), capital físico (vivienda estable, recursos financieros), y capital cultural (valores, prácticas y tradiciones que apoyan la

recuperación). El tratamiento efectivo no solo aborda el uso de sustancias, sino que ayuda a construir estos recursos que permitirán sostener la recuperación cuando el tratamiento formal haya concluido.

10.2.3 Perspectivas Futuras en Investigación y Tratamiento

10.2.3.1 Medicina de Precisión y Personalización

El futuro del tratamiento de adicciones se orienta hacia la personalización basada en características individuales del paciente. La farmacogenética promete identificar qué medicamentos funcionarán mejor para qué pacientes basándose en su perfil genético. Los biomarcadores de neuroimagen pueden eventualmente permitir caracterizar subtipos de adicción con diferentes sustratos neurales y diferentes respuestas al tratamiento. Y los algoritmos de *machine learning*, alimentados por datos clínicos y de sensores, pueden predecir riesgo de recaída y personalizar intervenciones en tiempo real.

La realización de esta visión de "medicina de precisión" para las adicciones enfrenta desafíos significativos: la heterogeneidad fenotípica del trastorno, la complejidad poligénica del riesgo, las limitaciones de los biomarcadores actuales, y la necesidad de validación rigurosa antes de la implementación clínica. Sin embargo, los avances son prometedores, y es probable que en las próximas décadas veamos una transición progresiva desde el modelo actual de "prueba y error" hacia abordajes más precisamente emparejados con las características del paciente.

10.2.3.2 Tecnologías Digitales e Inteligencia Artificial

Las tecnologías digitales continuarán transformando el campo, expandiendo el acceso al tratamiento, proporcionando apoyo entre sesiones, y habilitando intervenciones adaptativas en tiempo real. Las aplicaciones móviles, los dispositivos portátiles, y los sistemas de inteligencia artificial que monitorean el estado del paciente e intervienen cuando se detecta riesgo

representan una dirección de desarrollo activa. La realidad virtual para exposición terapéutica, el *neurofeedback*, y las intervenciones basadas en chatbots y agentes conversacionales son áreas de investigación prometedoras.

Los desafíos incluyen: asegurar la privacidad y seguridad de los datos sensibles, demostrar la eficacia mediante evaluación rigurosa, evitar que las tecnologías exacerben las disparidades de acceso, y mantener la centralidad de la relación humana en el tratamiento. Las tecnologías más efectivas serán aquellas que potencien, más que reemplacen, la conexión entre pacientes, profesionales y comunidades de apoyo.

10.2.3.3 Neuromodulación y Terapias Biológicas

Las técnicas de neuromodulación no invasiva (estimulación magnética transcraneal (TMS), estimulación transcraneal con corriente directa (tDCS) ofrecen la posibilidad de modular directamente la actividad de circuitos cerebrales implicados en el *craving*. Los ensayos clínicos han mostrado resultados prometedores, particularmente para la estimulación de la corteza prefrontal dorsolateral, aunque la base de evidencia aún es limitada y los parámetros óptimos de estimulación están siendo investigados.

La psicoterapia asistida con psicodélicos representa una de las áreas de investigación más emocionantes y controvertidas del campo. Los ensayos clínicos de psilocibina para trastornos por uso de alcohol y tabaco han mostrado resultados notables, y la ketamina está siendo investigada para múltiples TUS. Estos tratamientos operan potenciando la neuroplasticidad y facilitando experiencias transformadoras en el contexto de la psicoterapia. Su integración en la práctica clínica requerirá marcos regulatorios apropiados, capacitación especializada de profesionales, y atención a las cuestiones éticas que plantean.

10.2.3.4 Políticas de Salud Pública

El futuro del campo depende no solo de avances científicos y clínicos sino de decisiones de política pública. El movimiento hacia la despenalización del uso personal de sustancias, ejemplificado por Portugal y expandiéndose a otras jurisdicciones, representa un cambio fundamental desde el enfoque criminal hacia el enfoque de salud pública. La expansión de intervenciones de reducción de daños (sitios de consumo supervisado, suministro seguro, distribución de naloxona) puede prevenir muertes mientras se trabaja hacia la recuperación.

La inversión en prevención, particularmente en abordar los determinantes sociales que generan vulnerabilidad (pobreza, trauma, adversidad infantil, falta de oportunidades), es esencial, aunque sus frutos son menos inmediatamente visibles que los del tratamiento. Y la lucha contra el estigma, a nivel individual, institucional y estructural, es prerrequisito para que las personas busquen y reciban la ayuda que necesitan. Las políticas que adopten nuestras sociedades en las próximas décadas determinarán si los avances científicos se traducen en beneficios reales para las personas y familias afectadas por la adicción.

10.2.4 Una Nota sobre la Esperanza

Concluir una obra sobre el *craving* y la adicción con una nota sobre la esperanza podría parecer inapropiado dado el sufrimiento documentado en estas páginas. Sin embargo, la esperanza fundamentada en la evidencia, no en la negación es tanto clínicamente necesaria como científicamente justificada. La investigación demuestra que la recuperación es posible: la mayoría de las personas que alguna vez cumplieron criterios para un trastorno por uso de sustancias eventualmente se recuperan, muchas sin tratamiento formal. Para quienes el trastorno es más severo y persistente, los tratamientos disponibles producen mejoras significativas, y las innovaciones en desarrollo prometen opciones adicionales.

La esperanza en el contexto de la adicción no es la expectativa de una "cura" mágica ni la negación de las recaídas. Es la confianza de que el cambio es posible, de que el cerebro que se adaptó a las sustancias puede readaptarse a la vida sin ellas, de que las relaciones dañadas pueden repararse, de que el significado y el propósito pueden reconstruirse. Es también la esperanza de que como sociedad podemos responder mejor: con menos estigma y más compasión, con menos castigo y más tratamiento, con menos invisibilización y más solidaridad.

Esta esperanza fundamentada es uno de los recursos más valiosos que los profesionales pueden ofrecer a sus pacientes y que las familias pueden sostener en los momentos más oscuros. No minimiza el sufrimiento ni garantiza resultados positivos, pero proporciona el horizonte hacia el cual orientar los esfuerzos. En última instancia, el *craving* nos confronta con algunas de las preguntas más profundas sobre la naturaleza humana: la vulnerabilidad, el deseo, el control, el significado. Abordar el *craving* con la seriedad científica y la compasión humana que merece es contribuir no solo a la salud de individuos y familias, sino a una comprensión más rica de quiénes somos como seres humanos.

10.3. Palabras de Cierre

Al concluir esta obra, deseo expresar mi profundo agradecimiento a todos aquellos cuyo trabajo ha hecho posible el conocimiento aquí sintetizado: a mis maestros, a los investigadores cuya dedicación ha iluminado los misterios del *craving*, los clínicos cuya práctica diaria alivia el sufrimiento, los pacientes cuya valentía en compartir sus experiencias informa nuestra comprensión, y los familiares cuyo amor persevera a través de la adversidad. Este libro es un humilde intento de honrar ese trabajo colectivo y ponerlo al servicio de quienes lo necesitan.

Al lector que ha llegado hasta aquí, ya sea profesional de salud, estudiante, persona en recuperación, familiar, o ciudadano interesado, le agradezco su atención y su interés en comprender un fenómeno que afecta a millones de vidas. El conocimiento, como la recuperación, es un viaje más que un destino. Que este libro haya aportado algo a ese viaje, y que el camino continúe hacia mayor comprensión, mayor compasión, y mayor capacidad de aliviar el sufrimiento humano.

Referencias

American Society of Addiction Medicine. (2023). The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions (4th ed.). ASAM.

Gustafson, D. H., McTavish, F. M., Chih, M. Y., Atwood, A. K., Johnson, R. A., Boyle, M. G., ... & Shah, D. (2014). A smartphone application to support recovery from alcoholism: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 71(5), 566-572. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4642

Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD012880. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. The Lancet Psychiatry, 3(8), 760-773. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8

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

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA, 284(13), 1689-1695. https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689

National Institute on Drug Abuse. (2018). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3rd ed.). National Institutes of Health.

SAMHSA. (2023). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2022 National Survey on Drug Use and Health. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

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

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. Journal of Substance Abuse Treatment, 33(3), 229-241. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015

White, W. L., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. Counselor, 9(5), 22-27.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. American Psychologist, 59(4), 224-235. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224