

El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias

Antonio Cano-Vindel*, Juan J. Miguel-Tobal, Héctor González e Iciar Iruarrizaga

*Dpto. Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)
Universidad Complutense de Madrid*

Resumen: En este trabajo se defiende una concepción cognitiva (valoración y afrontamiento), interactiva (persona por situación) y multidimensional (triple sistema de respuesta) de la ansiedad, el estrés y las emociones, según la cual, la ansiedad se entiende como una emoción negativa o desagradable, caracterizada por malestar subjetivo, alta activación fisiológica, e inquietud motora; a su vez, la ansiedad está ligada a diferencias individuales en ciertas áreas situacionales (rasgos específicos), y surge porque el sujeto percibe que una determinada situación representa una amenaza para él (valoración de la situación), sin que pueda remediarlo por escasez de recursos (afrontamiento). En algunas personas, determinadas conductas consumatorias tales como comer, beber bebidas alcohólicas, fumar, tomar tranquilizantes u otras sustancias, etc., pueden disminuir el malestar y reducir la activación fisiológica, producidos por la ansiedad. Sin embargo, estos consumos pueden hacerse cada vez más necesarios para aliviar los síntomas de ansiedad, o incluso para evitar el síndrome de abstinencia, un cuadro clínico con intensas respuestas de ansiedad. La posibilidad de no poder seguir consumiendo se interpretaría como una amenaza que produce más ansiedad afrontada mediante el consumo. En relación al tratamiento de los problemas de adicción se han encontrado interacciones significativas entre el tipo de tratamiento y de paciente. Una de las variables a evaluar para poder diseñar tratamientos más eficaces concordantes con las características del paciente es la ansiedad.

Palabras Clave: emociones, ansiedad, estrés, afrontamiento, alcoholismo, tabaquismo, drogodependencias, tratamiento concordante.

Title: Coping of anxiety in addictions.

Abstract: In this paper, a cognitive (appraisal and coping), interactive (person x situation interaction) and multidimensional (three response systems) perspective of anxiety, stress and emotions is presented. According to it, anxiety is conceptualized as a negative or unpleasant emotion characterized by subjective distress, high physiological activation, unadapted motor responses; at the same time, anxiety is linked to individual differences in certain situational areas (specific traits). Anxiety reactions appear due to subject perceives that a certain situation seems threatening (situation's appraisal), with no apparent solution due to a lack of resources (coping abilities). For somebody, certain consummatory behaviors such as eating, alcohol consumption, smoking, or drug abuse could relieve distress symptoms or reduce physiological activation producing by anxiety. However, such consumption behaviors could become more and more necessary in order to alleviate anxiety symptoms or avoiding the withdrawal, which is a clinical syndrome including intense anxiety manifestations. The possibility to stop the consumption is interpreted as a threatening situation which provokes more anxiety; the only coping response available is to maintain consumption. Regarding addiction treatments, there are significant interactions between type of treatment x type of patient. Anxiety is on of the variables evaluated in order to design more effective treatments matched with the characteristics of the patient.

Key words: emotions, anxiety, stress, coping, alcoholism, tobacco addiction, drug addictions, client-treatment matching

Introducción

Hablamos de "emociones" para referirnos a ciertas reacciones que se vivencian como una fuerte conmoción del estado de ánimo o estado afectivo.

Esta vivencia suele tener un marcado acento placentero o displacentero y va acompañada por la percepción de cambios orgánicos, a veces intensos. Dichos cambios orgánicos se caracterizan, por lo general, por una elevada activación fisiológica, especialmente del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático. Al mismo tiempo, esta reacción puede reflejarse en expresiones faciales características (de alegría, tristeza,

* **Dirección para correspondencia:** Antonio Cano-Vindel. Dpto. de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense. 28223 Madrid. Correo electrónico: psicog05@sis.ucm.es

© Copyright 1994: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Artículo recibido: 4-11-94, aceptado: 18-11-94.

miedo, etc.), así como en otras conductas motoras observables (movimiento, posturas, voz, etc.). Se dice, por lo tanto, que las emociones se manifiestan a través de un triple canal de respuesta: subjetivo o experiencial, fisiológico o somático y motor o expresivo. Muchas veces a la experiencia emocional se le llama también estado afectivo, estado emocional o estado de ánimo. Aunque, por lo general, las emociones surgen como reacción a una situación estimular concreta, también puede provocarlas información interna del propio individuo (recuerdos, información propioceptiva, etc.). Existen multitud de modelos teóricos que intentan explicar las emociones (Cano-Vindel, 1989), pero la investigación básica no se ha desarrollado en la misma proporción. Se han estudiado mucho más las emociones negativas, o desagradables, que las positivas; dentro de las primeras, una de las reacciones emocionales que más se ha estudiado es sin duda la ansiedad.

1. Las reacciones de ansiedad

La ansiedad es una *emoción* poco grata, similar al miedo, que todos experimentamos en mayor o menor medida ante determinadas *situaciones*, tales como 'hablar en público', 'hacer exámenes', etc. Se caracteriza por la aparición de sensaciones *desagradables* (temor, preocupación, tensión, inseguridad, etc.), que van acompañadas de sentimientos y pensamientos negativos sobre uno mismo. Además, esta experiencia suele ir unida a una *alta activación* fisiológica (especialmente del sistema nervioso autónomo y del sistema somático), así como a una *actividad poco ajustada* y desorganizada en nuestro comportamiento. La intensidad de estas manifestaciones de ansiedad depende de factores *situacionales* (intensidad de la situación, novedad, etc.), de factores *personales* (rasgo de ansiedad, tendencias personales, etc.), así como la interacción de ambos tipos de factores (lo que hoy se conoce como rasgos específicos).

Los *sentimientos* desagradables de miedo, preocupación, tensión, aprensión, etc., así como los *pensamientos* negativos sobre sí mismo y sobre la propia actuación, van acompañados también de una cierta impresión de falta de control sobre el ambiente, sobre los pensamientos, o sobre

el movimiento de las manos o piernas. Al mismo tiempo se pueden experimentar *reacciones fisiológicas* intensas (elevación de la tasa cardíaca, respiratoria, sudoración, etc.) que pueden derivar en dolores de cabeza, molestias en el estómago, o insomnio. A nivel *motor* se observa inquietud (movimientos repetitivos, respuestas de evitación, conductas consumatorias, etc.) En definitiva, todos estos síntomas pueden clasificarse en tres grupos, los sentimientos y pensamientos, los cambios fisiológicos, y la conducta observable. Así, diremos que la ansiedad se manifiesta a tres niveles diferentes: experiencial o subjetivo, fisiológico y motor-observable. Estos tres tipos de manifestaciones no siempre se dan al mismo tiempo, o en la misma medida, por lo que se considera que pueden deberse a tres sistemas conductuales diferentes, a los que se denomina: cognitivo, fisiológico y motor (Miguel-Tobal, 1990).

En una línea similar, se habla de **estrés** para referirse, bien a situaciones o elementos externos que exigen una fuerte demanda al individuo (estrés como estímulo), o bien a las reacciones, biológicas o psicológicas, que el individuo desarrolla ante dichas situaciones (estrés como respuesta). Uno de los tipos de situaciones estresantes que más se han estudiado son los acontecimientos vitales (muerte de un ser querido, enfermedad terminal, matrimonio, pérdida de empleo, etc.) La reacción de estrés, desde un punto de vista psicológico, es en muchos puntos similar a la de ansiedad (aunque también puede incluir reacciones de hostilidad, ira y depresión). Por ello, los términos 'ansiedad' y 'estrés' se utilizan a veces como sinónimos, aunque existen líneas de investigación diferentes dentro de cada campo. Hoy en día, el acercamiento entre las teorías sobre el estrés y la ansiedad es aún mayor ya que en ambos casos se hace especial hincapié en el estudio de las variables cognitivas (*valoración y afrontamiento*) que están implicadas en la interpretación de la situación (ansiógena o estresante) y que dan lugar a una reacción del organismo que puede ser observada en los tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor (Lazarus y Folkman, 1986).

Recientemente, el propio Lazarus (1993) ha propuesto integrar los modelos de estrés dentro de

un campo más amplio: el de la psicología de las emociones. De hecho su modelo cognitivo inicial del estrés puede hoy ser considerado como un modelo más general sobre la emoción y, en especial, un modelo cognitivo sobre la ansiedad. En función de cómo el sujeto interprete la situación surgirá un tipo de reacción u otra (estrés, ansiedad, u otro tipo de emoción).

La psicología de las emociones había padecido una serie de problemas crónicos que hicieron que la ansiedad y el estrés se hayan estudiado muchas veces fuera de este campo. El *modelo de los tres sistemas* de respuesta emocional de Lang (1968) vino a poner orden en la recogida de datos, vino a señalar qué y cómo había que evaluar, y qué relaciones cabía esperar entre distintos tipos de datos. Los datos se organizan según tres tipos distintos de fuentes: los datos de autoinforme sobre la experiencia subjetiva, los cambios fisiológicos que podemos registrar mediante técnicas de registro psicofisiológico y, por último, las observaciones acerca de la conducta abierta, manifiesta o conductual-motora. Los datos procedentes de distintas fuentes pueden no correlacionar entre sí (fraccionamiento o desincronía de respuesta); en cambio, los datos de una misma fuente suelen guardar una mayor relación, aunque no perfecta. Esto hace pensar en tres sistemas de respuesta parcialmente independientes (o parcialmente discordantes).

A su vez, los estudios sobre la ansiedad llevados a cabo dentro de la psicología de la personalidad han ido desarrollándose, desde los antiguos modelos del rasgo general hasta posiciones más interactivas. El *modelo interactivo de la ansiedad* (Endler, 1981) insiste en la necesidad de tener en cuenta la interacción persona por situación. La evaluación del rasgo de personalidad, independientemente de las situaciones, es demasiado general como para poder hacer buenas predicciones sobre la conducta, pues sólo explica una pequeña parte de la varianza. Existen diferencias individuales en el rasgo de ansiedad asociadas a distintos tipos de situaciones, a distintas áreas situacionales. Por lo tanto, el rasgo debe ser considerado multidimensional y deben evaluarse también rasgos específicos de ansiedad (ansiedad en situaciones sociales, por ejemplo).

Tanto el modelo de Endler (Endler y Edwards, 1988) como el modelo interactivo dinámico del estrés y la emoción (Lazarus y Folkman, 1986) resaltan la importancia que sobre la conducta tiene la interacción entre el organismo activo y la situación en la que se encuentra, es decir, entre las características del individuo y el significado que éste le otorga a la situación.

Además de evaluar los tres sistemas de respuesta por separado, es necesario evaluar en qué situaciones se producen estas respuestas de ansiedad. La ansiedad está estrechamente relacionada con algunas situaciones o estímulos, como han puesto de manifiesto los modelos del aprendizaje. Pero, por otro lado, existen diferencias individuales ligadas a áreas situacionales (o tipos de situaciones), que están relacionadas con características del individuo. Así, por ejemplo, las situaciones sociales suelen generar ansiedad en casi todos los individuos, pero más en unas personas que en otras (Cano Vindel, 1989). Por lo tanto, es necesario evaluar los distintos tipos de respuesta de ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor) en las situaciones potencialmente ansiógenas, para determinar qué situaciones perturban más al sujeto, así como para determinar cual es el perfil de reactividad cognitivo-fisiológico-motor que presenta el individuo.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A., Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988, 1994) permite la evaluación de los tres sistemas de respuesta de ansiedad por separado (C, F y M), posibilitando así la obtención de perfiles individuales de respuesta y determinar por lo tanto el tipo de reactividad en cada caso, a partir del cual puede determinarse cual será el tipo de técnica de tratamiento más adecuada (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1990). Por otro lado, también permite la evaluación de la ansiedad asociada a cuatro áreas situacionales o rasgos específicos: ansiedad de evaluación (F1), interpersonal (F2), fóbica (F3) y ansiedad en la vida cotidiana (F4). Estos rasgos específicos de ansiedad son bastante similares a los obtenidos por Endler (1981) en el marco del modelo interactivo de ansiedad. Se refieren a diferencias individuales ligadas a áreas situacionales o tendencias de los individuos a manifestar diferente grado de ansiedad en estos tipos

de situaciones, y se les llama también rasgos específicos de ansiedad.

A partir del modelo de los tres sistemas de respuesta de ansiedad se han hecho predicciones en la línea de defender siempre una alta especificidad individual en el *tipo de reactividad*. Los tres sistemas de respuesta no correlacionan perfectamente entre sí, por lo tanto, se hace necesario evaluarlos por separado; pero, además, puede suceder que para un individuo, predomine una alta reactividad en uno de los tres sistemas. En este caso se hablaría de reactividad individual de tipo cognitivo, fisiológico o motor, según la que predomine. Esta alta especificidad individual (reactividad) estaría relacionada con una eficacia diferente de las *técnicas de tratamiento*, siendo significativa la interacción entre el tipo de reactividad individual y tipo de técnica de tratamiento. Las técnicas reducen más un sistema que otro, por lo que también pueden clasificarse en cognitivas, fisiológicas y motoras. Los individuos con reactividad cognitiva encontrarían más alivio con técnicas de tipo cognitivo; mientras que, los individuos con reactividad fisiológica reducirían más su ansiedad con relajación, desensibilización sistemática o biofeedback; en cambio, las personas con un predominio de reactividad motora (evitación, por ejemplo) obtendrían más beneficio con técnicas basadas en la exposición, el ensayo conductual y el refuerzo. Esta hipótesis sobre relaciones entre reactividad y tratamiento ha sido estudiada experimentalmente en más de una docena de trabajos con conclusiones favorables casi siempre (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1990). Por lo tanto, sólo cabe decir que si un sujeto presenta un tipo de reactividad marcada (ya sea cognitiva, fisiológica o motora) se debería comenzar el tratamiento con una técnica de tipo *concordante* con su reactividad, pues obtendrá mayores beneficios terapéuticos; obtendría mayores reducciones en sus respuestas de ansiedad más elevadas y, con ello, unos niveles más homogéneos en los tres sistemas (menor fraccionamiento o desincronía de respuesta en los nuevos niveles alcanzados).

2. Relaciones entre valoración, afrontamiento y ansiedad

Según el modelo cognitivo de la valoración y el afrontamiento, la ansiedad surge porque el sujeto valora la situación que está viviendo como una amenaza para él, y no percibe que su capacidad o sus estrategias de afrontamiento para enfrentarse con dicha situación sean suficientes para neutralizar tal amenaza (Lazarus y Folkman, 1986).

En un principio, la valoración de la situación como amenazante guardará relación directa con la intensidad de la respuesta de ansiedad; mientras que a mayor habilidad para afrontar la situación cabe esperar menores niveles de ansiedad. Estas relaciones esperadas se suelen cumplir en el caso de la valoración y la ansiedad, estando menos claras en el caso de la relación negativa entre afrontamiento y ansiedad (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1992a).

Hasta ahora en la investigación de estas relaciones los mejores resultados los hemos obtenido después de haber desarrollado el Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA, Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1992b), que permite la evaluación de tres tipos valoración (valoración de la situación como amenazante, como desafío y como irrelevante), así como de los cuatro tipos básicos de afrontamiento (cognitivo dirigido a modificar la situación, cognitivo dirigido a reducir la emoción, conductual-motor dirigido a modificar la situación y conductual motor dirigido a reducir la emoción), además del afrontamiento pasivo y evitativo. Usando el ISRA y el IVA, para la situación "si tengo que hablar en público", hemos obtenido una correlación positiva de 0.57 entre valoración de la situación como amenazante y ansiedad. Entre afrontamiento y ansiedad hemos obtenido correlaciones negativas que oscilan entre -0.24 y -0.44 (todas ellas significativas, $n=160$), siendo las más altas las correspondientes al afrontamiento cognitivo (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1992a).

3. Relaciones entre ansiedad estrés y necesidad de consumir

La ansiedad provoca un mayor o menor grado de malestar, fruto de esa amenaza que el sujeto no puede afrontar con éxito. La percepción que tenemos de este malestar se traduce en pensamientos y sentimientos negativos, percepción de alta activación fisiológica, etc. Algunas respuestas consumatorias (comer, fumar, beber) pueden reducir este malestar, de hecho, una de las siete respuestas motoras de ansiedad que evalúa el ISRA es "*fumo, como o bebo demasiado*", siendo ésta una de las respuestas motoras que mejor discriminan entre personas con alta y baja ansiedad.

En general, existen grandes diferencias individuales en las manifestaciones de ansiedad, pero son especialmente curiosas las diferencias en la especialización fisiológica que hacen algunos individuos, así como en la especialización que hacen otros con respecto a las respuestas consumatorias. Según esta especialización fisiológica, algunos individuos tenderán a desarrollar fuertes reacciones autonómicas en el estómago, mientras que otros apenas perciben molestias en el estómago; algunos sujetos se especializan en una alta respuesta cardiovascular, pero a otros les afectará más al sistema respiratorio o a la garganta, etc. Así mismo, parece que algunos sujetos van a 'adoptar' un determinado tipo de respuesta consumatoria ante una situación ansiógena, mientras que otros sujetos van a responder de otro modo. Por ejemplo, algunas personas en época de exámenes engordan porque comen más, otras en cambio no pueden comer porque "se les cierra el estómago".

Los *trastornos de la alimentación* (anorexia, bulimia y obesidad) están muchas veces fuertemente relacionados con la forma de afrontar las situaciones de ansiedad o estrés. Por ejemplo, la anorexia se suele dar en chicas jóvenes (18-22 años), con problemas de autoestima y de valoración de su imagen corporal (siempre se ven gordas, aún con 39 kg.); presentan también dificultades en las relaciones sociales y especialmente con los chicos. Pero, junto a todo esto, suelen presentar altos niveles de ansiedad, definidos por un perfil de respuestas ansiedad, con los tres sistemas altos y un pico en el sistema motor (el más alto);

además, el perfil de tipos de situaciones o rasgos específicos se caracteriza por altas puntuaciones también y un pico en el rasgo específico de ansiedad en situaciones interpersonales. Este cuadro se puede complicar también con otros trastornos de ansiedad más severos como la agorafobia. Por todo ello, el tratamiento de estos problemas de alimentación incluye técnicas de reducción de ansiedad.

Si en la anorexia hay relación entre problemas de ansiedad y dejar de comer, otras personas, en cambio, intentan reducir su ansiedad comiendo, como ya se ha señalado, aunque una vez que han comido sientan también malestar por temor a engordar; los sentimientos de culpa pueden generar más ansiedad y desarrollar una bulimia (necesidad de provocarse el vómito), que a su vez puede generar más culpa, más ansiedad, y un deterioro de la propia imagen.

Para los problemas de obesidad, los programas de reducción de peso incluyen a veces técnicas de reducción de ansiedad. En el Master en Intervención en la Ansiedad y el Stress hemos desarrollado un "Programa de Control de Obesidad" que se ha implantado en un Centro de Salud del sur de Madrid, bajo convenio suscrito entre el Master y el Área 9 del INSALUD. Este programa incluye un módulo de técnicas de relajación que se desarrolla en paralelo a las sesiones informativas, los autoregistros, el entrenamiento en nutrición y el ejercicio físico. La eficacia del programa en reducción de peso es muy alta y la satisfacción de los participantes también. Sin duda la relajación juega un papel importante en la reducción de los niveles de ansiedad que consiguen, que a su vez les ayuda a afrontar mejor las exigencias del programa y les ofrece una alternativa a la respuesta consumatoria como reducción de ansiedad (M.I.A.S., 1994).

Uno de los tipos de situaciones que más ansiedad provocan son las situaciones en las que uno se siente evaluado por los demás, como hacer exámenes o hablar en público. Merece también la pena destacar, las *situaciones sociales* e interpersonales, en las que existe un mayor contacto cara a cara, una relación más personal con personas poco conocidas; estas situaciones pueden ser más ansiógenas todavía si se trata de una relación inter-

personal con una persona del otro sexo. Parece que estas situaciones nos jugamos mucho de nuestra imagen, por lo que la amenaza puede llegar a ser intensa para algunas personas. Si bien en la mayor parte de las ocasiones las mujeres muestran más ansiedad que los varones en los autoinformes, en cambio en situaciones sociales la ansiedad de los varones se suele igualar con la de las mujeres.

Salvando las diferencias individuales, determinadas situaciones, especialmente de carácter social, están asociadas con el consumo de algunas sustancias que cumplen la función de reducir el nivel de ansiedad, mejorar el estado de ánimo, etc. Así, por ejemplo, una fiesta o reunión social, salir de copas, estar con una persona del otro sexo, etc., conlleva muchas veces un consumo alto de alcohol y tabaco, o de otras sustancias, como derivados del cannabis y cocaína (Heimberg, Dodge y Becker, 1987). Sobre este punto son fácilmente observables diferencias transnacionales, relacionadas especialmente con el consumo de alcohol. Las normas y pautas sociales sobre situaciones sociales y consumo de alcohol cambian, por ejemplo, entre los países mediterráneos y los países nórdicos. La mayor disponibilidad del alcohol, las costumbres sociales, etc. tienen una alta incidencia sobre el consumo. Además de estas variables sociales existen otras variables individuales relacionadas con el consumo de alcohol, una de ellas parece ser la ansiedad, como luego veremos.

A veces, en otras situaciones incluso todavía más cotidianas, como por ejemplo, cuando una persona intenta dormir, trabajar, o estudiar, surge también la ansiedad. Algunas personas experimentan fuertes reacciones de ansiedad en su vida cotidiana e intentan reducir su malestar tomando algún tranquilizante o ansiolítico. Muchas personas llegan a convertirse en grandes adictos de estas drogas legales. Según datos del Plan Nacional de Drogas, citando datos de la Dirección General de Farmacia, en 1991 se vendieron cerca de veinte millones de unidades, sólo en la categoría de tranquilizantes, en las farmacias; si incluimos otros tipos de drogas psicoactivas, estos dispensarios oficiales vendieron en dicho año más de cuarenta millones de unidades.

Aunque, inicialmente, el alcohol, los ansiolíticos, o el tabaco puedan reducir el nivel de ansie-

dad, aumenten la seguridad personal, o cambien el estado de ánimo hacia unas sensaciones más agradables, a la larga, el consumo de estas sustancias puede hacerse más necesario, para conseguir los mismos efectos, o puede generalizarse a otras situaciones y los síntomas de ansiedad pueden llegar a ser más intensos; especialmente, cuando no es posible seguir consumiendo, por las razones que sean, dichas sustancias. Se produce así un incremento en espiral, tanto de la necesidad de consumir, como de la ansiedad que se intenta eludir. Si se produce 'dependencia' con respecto a esa sustancia, la ansiedad será especialmente intensa en las fases de abstinencia. De esta manera, el consumo persigue conseguir tanto los efectos de la sustancia como la evitación de los síntomas de ansiedad. En el tratamiento de algunas adicciones, la ansiedad es por lo tanto un fenómeno importante a tratar. El objetivo será reducir las manifestaciones de ansiedad sin consumir las drogas. A lo largo del tratamiento van a ser varias las técnicas que se emplearán para reducir el nivel de ansiedad.

Por otro lado, cualquiera de las situaciones de estrés a las que está sometido el individuo pueden ser de por sí lo suficientemente intensas como para provocar un desajuste personal y social importante. En algunas ocasiones, esta intensidad del estrés (como estímulo) no puede ser afrontada por el sujeto, produciéndose una fuerte reacción de estrés (como respuesta). Esta reacción puede generar más necesidad de consumo de sustancias que ayuden a superarla. En este tipo de casos, además de reducir el nivel de ansiedad, parte del tratamiento se centrará en enseñar a afrontar el estrés situacional o ambiental que sufren estas personas.

Estas observaciones de carácter general sobre las relaciones entre ansiedad o estrés y necesidad de consumo no se pueden generalizar a todos los individuos, sino sólo a aquéllos que realizan tales conductas (generalmente consumatorias) como reacción a su estado de ansiedad o malestar, probablemente con el fin de acabar con dicho estado, aunque a la larga se produzca un incremento en el nivel de ansiedad, en lugar de una disminución. Para estos individuos el mejor tratamiento para eliminar el consumo deberá incluir tratamiento específico en reducción de ansiedad.

En cambio, otros individuos sin duda llegan a

la misma necesidad de consumo por otras vías diferentes de la de intentar reducir su ansiedad o mejorar su estado de ánimo. Téngase en cuenta que incluso un mismo sujeto puede consumir una misma sustancia (alcohol o tabaco, por ejemplo) en diferentes ocasiones, con diferentes propósitos, unas veces para relajarse, otras para activarse, etc. El efecto de estas sustancias no es siempre el mismo, estando relacionado con variables psicológicas o situacionales, tales como las expectativas del sujeto, o el tipo de situación.

Existe alguna evidencia empírica en favor de todas estas observaciones que coinciden en señalar fuertes diferencias individuales en la necesidad de llevar a cabo conductas consumatorias por motivos diferentes (unas veces reducir la ansiedad, otras aumentar la activación, etc.) Así, por ejemplo, se están alcanzando resultados prometedores en el tratamiento de la eliminación del hábito de fumar en base a diferenciar varios tipos de fumadores y dar tratamiento diferencial a cada uno de ellos (O'Connor y Stravynski, 1982; Eysenck, 1994). Para unos sujetos fumar está relacionado funcionalmente con niveles altos de ansiedad y, por lo tanto, el programa para dejar de fumar para ellos es más eficaz si se incluyen técnicas de reducción de ansiedad; sin embargo, para otros sujetos, fumar satisface otra necesidad diferente (superar el aburrimiento, buscar placer, o cualquier otra) y su programa para dejar de fumar debe atender esta otra necesidad, para que resulte igualmente eficaz.

También se han encontrado resultados muy positivos en el tratamiento del alcoholismo cuando se hace un tratamiento concordante, entre las características del sujeto y las características del tratamiento (Annis y Davis, 1989; Lindström, 1992). Buscar la concordancia entre el perfil de bebida del sujeto (características del comportamiento de consumo del sujeto a través de las situaciones) para asignar un tratamiento a la medida del sujeto ha mostrado unos resultados excelentes, siendo una estrategia muy recomendada, especialmente cuando se diseñan programas de prevención de recaídas, como señalan Marlatt y Gordon (1985) o Lindström (1992). Como veremos a continuación, para algunos sujetos alcohólicos, especialmente varones, la ansiedad social ser una

variable a tener en cuenta a la hora de buscar su tratamiento concordante.

Como ya hemos señalado, algunas personas que padecen altos niveles de ansiedad, especialmente en situaciones sociales, pueden llegar a desarrollar una dependencia de aquellas sustancias que le ayudan inicialmente a relajarse o mejorar su estado de ánimo (Heimberg, Dodge y Becker, 1987). Esto puede ser observado frecuentemente en muchos casos de alcoholismo. En algunos estudios, como el de Mullaney y Trippett (1979), se informa que un tercio de la población alcohólica estudiada había padecido trastornos de agorafobia o fobia social, señalando que esta ansiedad social había precedido a los problemas con el alcohol en la mayoría de los casos. A su vez, Smail, Stockwell, Canter y Hodgson (1984) intentaron replicar esta investigación, encontrando que el 39% de 60 alcohólicos habían sufrido fuerte ansiedad social durante su último período de bebida. Estos sujetos informaron que pensaban que el alcohol reducía su tensión, o al menos así lo percibían.

En un estudio descriptivo, Amies y cols. (1983), encontraron que las personas con alta ansiedad social consumían cantidades excesivas de alcohol. Estos datos no indican relación causal entre ansiedad social y abuso de alcohol, pero los autores señalan la necesidad de evaluar ambos problemas, pues las personas con problemas de ansiedad social, especialmente los varones, tienden a usar el alcohol u otras drogas para afrontar este tipo de situaciones que les generan ansiedad.

Otros estudios han encontrado también una alta incidencia de trastornos de ansiedad (especialmente agorafobia y fobia social) en pacientes alcohólicos. Véase el trabajo Marks (1991) donde se revisan un buen número de estudios sobre este tema. Los porcentajes encontrados en la revisión de Marks (1991) sobre incidencia de trastornos de ansiedad en alcohólicos se sitúan alrededor de un 30%, dependiendo del criterio usado en la definición de fobia. Se observa una cierta tendencia a que aparezca fobia social antes que el alcoholismo, tendencia que es mayor aún en el caso de los varones.

Como es lógico en los pacientes que son tratados por trastornos de ansiedad (antes que por el de alcoholismo) se da una tasa de alcoholismo

más baja, en torno a un 15%. Como ya se ha señalado, la incidencia de la variable sexo es desigual, dándose un mayor porcentaje de varones con "fobia social y alcoholismo" que en el caso de las mujeres. Es decir, los trastornos de ansiedad suelen ser más frecuentes en mujeres que en varones, a veces la proporción es de dos a uno, sin embargo en el caso de fobia social se igualan ambos sexos, y en el caso de "fobia social más alcoholismo" dicha proporción se invierte, alcanzando una proporción de dos a uno favorable a los varones (Marks, 1991).

Estos resultados pueden estar sesgados por el método de obtención de los mismos. En concreto existen dos problemas: en primer lugar, el método retrospectivo, cuando se pregunta a los sujetos qué problema tuvo primero, puede distorsionar los datos por un problema de memoria selectiva; en segundo lugar, la incidencia de fobias encontrada se ha obtenido en pacientes tratados de alcoholismo y que han sido internados, por lo que las cifras pueden ser diferentes en el caso de alcohólicos no tratados, o tratados en régimen ambulatorio. Por otro lado, habrá que tener en cuenta que lo más probable es que ambos problemas interactúen entre sí, de manera que no sólo la persona con ansiedad social puede usar la bebida para reducir su ansiedad, sino que también la persona que bebe se aísla socialmente y aumenta su nivel de ansiedad (Lindström, 1992). Por todo ello, quizás lo más importante no es si la ansiedad social genera algunos casos de alcoholismo, sino que en algunos casos de alcoholismo, independientemente de cómo se hayan generado, se deben tratar algunos problemas de ansiedad, reduciendo la ansiedad social y dotando al sujeto de habilidades de afrontamiento alternativas al consumo de alcohol.

El fóbico social presenta sus metacogniciones demasiado centradas en sí mismo; su actividad cognitiva está continuamente monitorizada (auto-observada); se siente objeto social público, que es observado por todos y pretende dar una buena imagen, pero teme que la está dando mala; su auto-eficacia percibida en situaciones sociales es muy baja, de manera que se ve a sí mismo como muy vulnerable. Los estudios que se han realizado con técnicas cognitivas arrojan resultados favorables, pero son escasos y casi todos se han llevado

a cabo con poblaciones no clínicas. Parece aconsejable la utilización de este tipo de técnicas dentro de paquetes más amplios que incluyan entrenamiento en habilidades sociales, relajación, exposición, etc. Este tipo de trastorno se presta especialmente para la intervención a nivel grupal, con 6 u 8 miembros, e igual porcentaje de varones y mujeres, así como con dos coterapeutas, uno masculino y otro femenino. También están especialmente indicados los trabajos para casa.

4. Ansiedad y depresión en politoxicómanos en rehabilitación

Pero, no sólo la ansiedad genera consumo de drogas, sino que el consumo y la abstinencia generan ansiedad. La relación entre ansiedad y consumo es bidireccional. Lipschitz (1988) llega a afirmar que las causas más frecuentes de ansiedad son la intoxicación por drogas y los síndromes de abstinencia. Este autor revisa un gran número de estudios sobre relaciones entre diversas drogas (cafeína, marihuana, nicotina, neurolépticos, alcohol, tranquilizantes, heroína y metadona) con la ansiedad. Las conclusiones más importantes a las que llega son las siguientes:

1. La cafeína generalmente causa o exacerba la ansiedad. La abstinencia suele producir dolores de cabeza y adormecimiento. En personas que padecen trastornos de ansiedad puede aumentar considerablemente su sintomatología.

2. La marihuana generalmente produce ansiedad. La intoxicación aumenta los síntomas de personas con trastornos previos de ansiedad. Su efecto no se limita a personas novatas en el consumo de esta droga, sino que se han observado ataques de pánico repentinos en consumidores habituales. Estos ataques de pánico son más frecuentes en personas que padecen este tipo de trastorno, o si la marihuana se ingiere.

3. Las reacciones de ansiedad también pueden surgir por intoxicación de fenoclidina y otros alucinógenos.

4. La ansiedad puede también producirse por intoxicación con nicotina de tabaco o de otras fuentes. Esta ansiedad es usualmente de duración breve, ya que la nicotina es eliminada rápidamente

en la corriente sanguínea.

5. Los policíclicos antidepresivos, los inhibidores de la monoamina oxidasa, las drogas parasimpaticomiméticas, las drogas antihipertensivas y, en general, todas las sustancias con acción directa sobre el sistema nervioso central también han sido relacionadas como causas de ansiedad. Aun la aspirina puede producir ansiedad cuando se toma una sobredosis suficiente para producir acidosis.

6. Las drogas neurolépticas rara vez producen ansiedad, pero comúnmente causan una sensación subjetiva de impaciencia que conduce al paciente a andar de un sitio para otro y ejecutar movimientos repetitivos, aunque sin un sentimiento subjetivo de nerviosismo.

7. La abstinencia de diversos tipos de drogas puede producir ansiedad. Quizás el caso más común es el del alcohol, pero también sucede con tranquilizantes menores o el tabaco. En general, el comienzo y la duración del síndrome de abstinencia varía de unos tranquilizantes a otros, dependiendo del tiempo que dura su efecto.

8. La ansiedad es también un síntoma común de la abstinencia de los narcóticos. Aquí, también, la demora de los síntomas depende de la duración de la acción del narcótico. El síndrome de abstinencia de la heroína puede ocurrir después de unas horas desde la última dosis, mientras que los síntomas del síndrome de abstinencia de la metadona pueden retrasarse varios días.

Parece que al menos algunas de estas sustancias no siempre producen ansiedad, ni en todos los individuos, existiendo sobre este punto diferencias individuales (y para un mismo individuo, dependiendo de otras variables). Pero en cualquier caso, nos vamos a encontrar con drogodependientes que muestran elevados niveles de ansiedad, que tenemos que tratar, de acuerdo con las líneas generales que hemos ido desarrollando y que resumiremos al final.

El abuso de sustancias tóxicas susceptibles de adicción a la larga produce tres fenómenos característicos: 1) **tolerancia**, es decir la necesidad de aumentar progresivamente la dosis para producir los mismos efectos; 2) **dependencia psíquica**, o habituación; y 3) **dependencia física**, que se refiere a la aparición de síntomas físicos (síndrome de

abstinencia) cuando deja de consumirse la droga.

El *síndrome de abstinencia* incluye una serie de síntomas físicos característicos de la alta activación fisiológica, propia de los estados de ansiedad. Otros síntomas son igualmente desagradables e incluso dolorosos. Por ello, el toxicómano teme al síndrome de abstinencia. Probablemente, este temor hace aumentar, a su vez, los síntomas de activación fisiológica.

El síndrome de *deprivación alcohólica* varía desde una sintomatología ansiosa (temblores, alteraciones del sueño, etc.) hasta reacciones más severas, tales como convulsiones o el *delirium tremens*. En los alcohólicos la abstinencia del consumo de alcohol suele producir ansiedad, temblores, insomnio, náuseas, vómitos, anorexia, sudoración, etc., es decir, alta activación adrenérgica. Estos síntomas se incrementan cuando hay algún tipo de estrés emocional adicional, o cuando hay un pobre control de la ansiedad y el miedo que producen estos mismos síntomas. Las alucinaciones y el *delirium tremens*, cuando se producen, suponen también trastornos perceptivos e ilusiones, además de una activación autonómica exacerbada.

El síndrome de *abstinencia de las benzodiazepinas* incluye síntomas tales como ansiedad, náuseas, cefalea, alteraciones de la percepción, incapacidad para conciliar el sueño, e incluso convulsiones generalizadas, o delirio. La supresión en el consumo habitual de la *cocaína* suele producir insomnio, aumento de la actividad motora e incluso ideas suicidas, pudiendo aparecer también delirio. Los *opiáceos* presentan un cuadro de abstinencia que puede incluir insomnio, agitación, piloerección, contracturas, calambres, dolor muscular, dolor abdominal, taquicardia, hipertensión, fiebre, hiperventilación, anorexia, náuseas, agitación, diarrea, vómitos, etc.

En cada uno de estos síndromes, los síntomas hacen que el drogodependiente experimente mucha ansiedad, irritabilidad, dolor, temor, etc. La evitación de estos síntomas lleva a seguir consumiendo. El consumo genera una mayor dependencia y, por lo tanto, síntomas más severos en el cuadro del síndrome de abstinencia. El resultado será que cada vez será más necesario el consumo, y cada vez habrá emociones más negativas anticipando esa necesidad de consumir.

En un estudio holandés publicado recientemente en nuestra universidad, vemos que cuando los sujetos politoxicómanos dejan de consumir, su rasgo de ansiedad continúa siendo muy alto (más alto que el del grupo control), también presentan un estado de ansiedad más elevado y más alta preocupación; su autoconcepto presente es más bajo que el de los no adictos (especialmente en mujeres), no habiendo diferencias en el autoconcepto sobre el pasado, ni sobre el futuro; los adictos presentan puntuaciones más bajas en autoeficacia percibida pasada, presente y futura, por lo que los autores (Bauer y Moormann, 1993) concluyen que "los adictos tienen dificultades para afrontar amenazas, tales como emociones negativas", por lo que parece necesario "mejorar sus mecanismos de afrontamiento".

En el marco del Instituto Complutense de Drogodependencias se ha desarrollado un interesante trabajo, especialmente útil dada la escasez de estudios en nuestro país sobre ansiedad en drogodependientes (Miguel-Tobal, Prieto y Gervás, 1994). En este trabajo se compara un grupo de drogodependientes politoxicómanos (N=30), en rehabilitación (media de 5,4 meses de abstinencia), frente a un grupo de población general, o no drogodependientes (N=30), en las variables de ansiedad medidas por el ISRA, así como en el nivel de depresión, medido por el BDI (Beck et al., 1961). Ambos grupos estaban equiparados en edad y sexo (todos los sujetos son varones). Se han encontrado diferencias significativas en los tres sistemas de respuesta de ansiedad, especialmente en el sistema motor, puntuando más los sujetos drogodependientes, que por lo tanto presentan también un mayor nivel general de ansiedad; así mismo puntúan más en los rasgos específicos de ansiedad ante situaciones de evaluación, interpersonal y cotidianas, pero no en situaciones fóbicas. En el nivel de depresión no se encontraron diferencias significativas.

En definitiva, los drogodependientes politoxicómanos que se encuentran en rehabilitación necesitan que se les trate específicamente sus problemas de ansiedad, necesitan mejorar sus habilidades de afrontamiento, así como su autoconcepto y su autoeficacia percibida.

5. Valoración, afrontamiento y ansiedad a la hora de dejar de fumar.

En el Departamento de Psicología Básica hemos comenzado una nueva línea de investigación sobre la valoración, el afrontamiento y la ansiedad que los sujetos presentan cuando se plantean dejar el hábito de fumar (Heras y Cano-Vindel, 1994). Se ha trabajado con una muestra de 99 personas (52 mujeres y 47 varones), con una edad media de 34 años, en su mayoría médicos y enfermeros de profesión. A estos sujetos se les han aplicado dos cuestionarios el ISRA, al que se ha añadido una situación "si intento dejar de fumar", y el IVA, adaptado a la misma situación. Se ha encontrado una fuerte relación entre la ansiedad que los sujetos experimentan si intentan dejar de fumar y el rasgo general de ansiedad (0.63), la relación es más débil, pero negativa entre el rasgo general de ansiedad y las estrategias de afrontamiento (en torno a -0.28). A su vez, la ansiedad que produce el intentar dejar de fumar es explicada en un 21% por las variables de valoración de la situación y afrontamiento del IVA ($R^2=0.45$), aunque en realidad de todas ellas son sólo tres las variables significativas: la valoración de la situación como amenazante ($r_{xy}=0.33$) y los dos tipos de afrontamiento conductual-motor, el dirigido a modificar la situación ($r_{xy}=-0.22$), y el dirigido a reducir la emoción ($r_{xy}=-0.19$).

En definitiva, cabe concluir de todo ello, que los sujetos más ansiosos son los que poseen menos estrategias de afrontamiento para intentar dejar de fumar, son los que esperan sufrir más la ansiedad y, por último, como veremos a continuación, son los muestran menos intención de dejar de fumar.

Posteriormente se ha dividido la muestra en dos subgrupos, los que muestran una mayor intención de dejar de fumar y los que menos, encontrándose diferencias significativas en los tres sistemas de respuesta de ansiedad, en el nivel general o rasgo general de ansiedad, así como en tres de los cuatro rasgos específicos de ansiedad del ISRA: de evaluación, interpersonal y situaciones cotidianas (todos menos el de situaciones fóbicas). En todos los casos, la ansiedad es mayor en el

grupo de sujetos con menos intención en dejar de fumar, alcanzado niveles que podríamos calificar de patológicos si los comparamos con las muestras de baremación de la prueba. Estos sujetos perciben que tendrán una mayor ansiedad fisiológica si intentaran dejar de fumar, que el grupo de sujetos que no se muestra tan herméticamente cerrado a dejar de fumar.

6. El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias: líneas generales para la práctica.

Como resumen de toda la revisión de datos y observaciones que hasta aquí se ha llevado a cabo, nos atrevemos a proponer las siguientes conclusiones:

1. La ansiedad juega un cierto papel en las motivaciones de las personas que realizan conductas consumatorias para mejorar su estado de ánimo o alcanzar su nivel de activación óptimo (por ejemplo, "fumar, comer o beber en exceso"). Estas personas presentan niveles más altos de ansiedad, valoran la posibilidad de dejar de emitir su respuesta consumatoria como una amenaza (se incrementará su ansiedad y malestar) y presentan déficits en su capacidad de afrontamiento (no poseen respuestas alternativas al consumo). Por todo ello, estos sujetos mostrarán una menor intención de dejar de consumir.
2. Cuando tal consumo cesa de repente, se suele producir el síndrome de abstinencia (dependiendo de la sustancia consumida). En los distintos cuadros de síndrome de abstinencia aparece la ansiedad, como emoción negativa, con alta activación fisiológica, elevado malestar subjetivo, e inquietud motora. Una vez pasado el síndrome de abstinencia los ex-drogodependientes politoxicómanos siguen mostrando niveles más altos de ansiedad que los grupos de control. Por ello, en la rehabilitación de toxicómanos es necesario tratar específicamente estos altos niveles de ansiedad, enseñando al sujeto a reducir su malestar, su activación fisiológica y su inquietud motora, dando respuestas de afrontamiento adecuadas que supongan una alternativa a la respuesta de consumo.
3. En el tratamiento de los trastornos de ansiedad se da una interacción significativa entre el tipo de reactividad individual (cognitiva, fisiológica y motora, según el sistema de respuesta que predomine) y el tipo de técnica (cognitiva, fisiológica y motora, según el sistema de respuesta que más reduzca). Son más eficaces los tratamientos concordantes. Las técnicas de tipo cognitivo son: las técnicas de reestructuración cognitiva, las de solución de problemas, las de manejo de ansiedad y las de condicionamiento encubierto. Las técnicas fisiológicas más importantes son: la relajación, la desensibilización sistemática y el bio-feedback. Por último, las técnicas motoras son: la exposición, el ensayo conductual reforzado y el entrenamiento en habilidades sociales.
4. En el tratamiento de algunas adicciones, especialmente tabaco y alcohol, se han encontrado también interacciones significativas entre el tipo de paciente y el tipo de tratamiento. Se han encontrado diferentes variables a tener en cuenta a la hora de seleccionar el tratamiento concordante (tipo de paciente y tipo de tratamiento), una de las encontradas es la ansiedad, como variable relacionada con el consumo (de alcohol o tabaco) para reducir el malestar subjetivo y la activación fisiológica. Los sujetos que consumen con estos fines necesitan en su tratamiento técnicas de reducción de ansiedad. Esto es especialmente indicado a la hora de programar la prevención de recaídas. A la hora de decidir qué técnicas de reducción de ansiedad se deben aplicar, primero hay que hacer una evaluación individual que incluya las manifestaciones de la ansiedad en los tres sistemas de respuesta y ante diferentes situaciones, para después aplicar los principios del punto anterior.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. rev.)*. D.S.M. III-R. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. (Trad. esp. en Masson, 1988).
- Amies, P.L., Gelder, M.G. y Shaw, P.M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Annis, H.M. y Davis, C.S. (1989). Relapse prevention. En: R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.) *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York: Pergamon Press.
- Bauer, H. y Moomann, P. P. (1992). Ansiedad y autopercepción en drogodependientes. *Investigaciones Psicológicas*, 11, 121-135.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Cano-Vindel, A. (1985). Drogodependencias y modificación de conducta. En V. Sancha y J.J. Miguel-Tobal (Eds.): *Tratamiento penitenciario y su práctica*. Madrid: Ministerio de Justicia.
- Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad. Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense.
- Cano-Vindel, A., Garrido, V., Martín, J.C., López-Coira, M. y Miguel-Tobal, J.J. (1993) (Eds.): *Estudio, prevención y tratamiento de la delincuencia. Vol. I: Delincuencia. Análisis, investigación e intervención*. Serv. Publ. del Cabildo Insular de Gran Canaria.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1992a). Appraisal and coping: A critical evaluation of Lazarus' model and its practical applications. *International Congress of Psychology*.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1992b). Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA). No publicado.
- Endler, N.S. (1981): Person-Situation Interaction and Anxiety. En I.L. Kutash, L.B. Schlesinger y cols. (Eds.). *Handbook on Stress and Anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. (1 st. Edit. 1980).
- Endler, N.S. y Edwards, J.M. (1988). Stress and vulnerability. En: C.G. Last y M. Hersen (Ed.) *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press.
- Eysenck, H.J. (1994). *Tabaco, personalidad y estrés*. Barcelona: Herder. (V.O. New York: Springer-Verlag, 1991).
- Gilbert, D.G., Welsler, R. (1989). Emotion, Anxiety and Smoking. En: T. Ney y A. Gale (Eds.). *Smoking and human behavior*. Chichester: John Wiley y Sons.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S. y Becker, R.E. (1987). Social phobia. En L. Michelson y L. M. Ascher (Eds.). *Anxiety and stress disorders. Cognitive-behavioral assessment and treatment*. New York: Guilford P.
- Heras, C. y Cano-Vindel, A. (1994). *Valoración, afrontamiento y ansiedad a la hora de dejar de fumar*. IV Jornadas de Intervención Social del C.O.P. Madrid, 28-30 de Noviembre.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shleien (Ed.). *Research in Psychotherapy, III*. American Psychological Association, Washington.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. (V.O. 1984).
- Lindström, L. (1992). *Managing alcoholism. Matching clients to treatments*. New York: Oxford University Press (Original Swedish edition, 1986).
- Lipschitz, A. (1988). Diagnosis and classification of anxiety disorders. En C.G. Last y M. Hersen (Eds.): *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, Fobias y Rituales. Vol. 1: Los mecanismos de la ansiedad. Vol 2: Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., Donovan, D.M., Kivlahan, D.R. (1988). Addictive Behaviors: Etiology and Treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Master en Intervención en Ansiedad y Stress (1994). *Programa de control de obesidad*. Madrid: Memoria del programa. Centro de Salud "El Arroyo".
- Miguel-Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y J.L. Pinillos (Eds.). *Tratado de Psicología General*. Vol 8: Palafox, S. y Vila, J. (Eds.). *Motivación y Emoción*. Madrid: Alhambra Universidad.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A.-*. Madrid: T.E.A. (2ª ed. ampliada, 1988, 3ª ed. ampliada, 1994).
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1990). Progresos en el tratamiento de la ansiedad. Adecuación de las técnicas terapéuticas a las características individuales. *Libro de Comunicaciones del II Congreso del C.O.P. Area 5*, 270-274.
- Miguel-Tobal, J.J., Prieto, R. y Gervás, B. (1994). *Análisis de la ansiedad y depresión en un grupo de sujetos drogodependientes en tratamiento comparado con otro grupo de sujetos no drogodependientes*. Memoria de Master en Drogodependencias. Instituto Complutense de Drogodependencias.
- Mullaney, J.A. y Trippett, C.J. (1979). Alcohol dependence and phobias: Clinical description and relevance. *British Journal of Psychiatry*, 135, 563-573.
- O'Connor, K. y Stravynski, A. (1982). Evaluation of a smoking typology by use of a specific behavioral substitution method of self-control. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 279-288.
- Regier, D.A., Boyd, J.H. y Burke, J.D. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 41, 971-978.
- Smail, P., Stockwell, T., Canter, S. y Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states. *British Journal of Psychiatry*, 144, 53-57.

