

# **Evidencia científica. De lo macro a lo micro**

**Evidencias halladas en los  
tratamientos para la adicción y el  
consumo de riesgo**

# **Evidencia científica en el tratamiento de la dependencia de alcohol**

## Desintoxicación

### Grado de Recomendación: A

Debe realizarse la desintoxicación hospitalaria cuando existan los siguientes factores: comorbilidad orgánica o psiquiátrica que requieran hospitalización, consumo de larga evolución e intenso, episodios previos de síndrome de privación alcohólica grave, fracasos terapéuticos previos, ausencia de apoyo familiar y social necesario para monitorizar ambulatoriamente al paciente.

Conclusiones (nivel de evidencia)	Grado de recomendación
No hay criterios de evidencia sobre la superioridad en la eficacia del tratamiento de prevención del síndrome de privación a alcohol en contexto hospitalario sobre el ambulatorio en el paciente con dependencia de alcohol. <b>(1)</b>	<b>A1</b>
El tratamiento en pacientes con dependencia severa es más efectivo en contexto hospitalario. <b>(2)</b>	<b>A2</b>

Conclusiones (nivel de evidencia)	Grado de recomendación
Aunque el dometiazol tiene mayor eficacia que el placebo en el tratamiento de la privación de alcohol, tiene mayor riesgo que las benzodiazepinas por menor tolerabilidad y mayor gravedad de las interacciones si se consume alcohol. <b>(1)</b>	
No existen suficientes evidencias sobre el efecto de los fármacos anticonvulsivantes en el síndrome de privación a alcohol. Tampoco sobre la incidencia de convulsiones secundarias a la privación. <b>(1A)</b>	
Los neurolépticos pueden utilizarse de forma complementaria a las benzodiazepinas para el tratamiento de agitación y alucinaciones, pero disminuyen el umbral convulsivo. No deben utilizarse en monoterapia. <b>(1)</b>	<b>A</b>

Conclusiones (nivel de evidencia)	Grado de recomendación
Las benzodiazepinas son el tratamiento de elección en el delirium tremens. <b>(1)</b>	<b>A</b>

### Tratamiento de deshabituación alcohólica

Conclusiones (nivel de evidencia)	Grado de recomendación
El tratamiento con disulfiram debería administrarse de forma supervisada e integrado en un programa de tratamiento <b>(2A)</b>	B
Disulfiram obtuvo mejores resultados que naltrexona y acamprosato en el número de días de abstinencia <b>(2B)</b>	B
Cianamida cálcica consiguió un porcentaje mayor de días de abstinencia que placebo <b>(1B)</b>	A
Acamprosato consigue mayor número de días de abstinencia que placebo en Europa <b>(1A)</b>	A
La naltrexona reduce el riesgo de recaídas <b>(1A)</b>	A
Nalmefene ha demostrado ser eficaz en reducir el número de días de consumo excesivo <b>(1B)</b>	A
Oxibato sódico es eficaz en el tratamiento de la dependencia al alcohol <b>(1B)</b>	A
Topiramato mostró ser eficaz para reducir el craving en consumidores de alcohol <b>(1A)</b>	A
Otros anticonvulsivantes como oxcarbamacepina, gabapentina o pregabalina demostraron ser eficaces <b>(1B)</b>	A
El tratamiento con baclofeno resulta prometedor aunque de momento la evidencia es escasa <b>(3B)</b>	B

## Intervenciones psicosociales:

Conclusiones (nivel de evidencia)	Grado de recomendación
No hay estudios que evalúen la homogeneidad de las intervenciones que se aplican en los distintos equipos de Tratamiento. Así como los programas de formación de los profesionales que los apliquen.	<b>A</b>
La alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de resultados psicoterapéuticos y se relaciona con la aceptación de la farmacología y la disminución de las ausencias a las consultas. <b>(2B)</b>	<b>B</b>
Una competencia del terapeuta con altos niveles de experiencia y formación, son convenientes para los terapeutas que tratan cuadros graves y/o crónicos. <b>(2B)</b>	<b>B</b>
Las IB son efectivas en reducir el consumo de alcohol en personas con un consumo de riesgo y en facilitar la realización de un tratamiento especializado <b>(1A)</b>	<b>A</b>
La técnica de la entrevista motivacional ha demostrado su eficacia para mejorar la disposición al cambio y reducir del consumo de alcohol, en pacientes abusadores y dependientes del alcohol. <b>(2A)</b>	<b>B</b>
La Terapia de grupo en el tratamiento del alcoholismo mejora los resultados respecto la terapia individual y es más coste/efectiva. Adolece de falta de estudios y de confusión al mezclar técnicas grupales distintas. <b>(2B)</b>	<b>B</b>
El Tratamiento Cognitivo Conductual es efectivo (en comparación con otras intervenciones psicológicas) <b>(1A)</b>	<b>A</b>
La Prevención de Recaídas es eficaz <b>(2A)</b>	<b>B</b>



### Resumen de la evidencia y recomendaciones de los tratamientos psicosociales

Tratamientos Psicosociales	Grado de Recomendación	Nivel de evidencia
Terapia Cognitivo Conductual	<b>A</b>	<b>1A</b>
Prevención de Recaída	<b>B</b>	<b>2A</b>
Entrenamiento en HHSS	<b>B</b>	<b>2A</b>
Técnicas de Autocontrol	<b>B</b>	<b>2B</b>
Terapia Cognitiva	<b>B</b>	<b>2B</b>
Terapia Conductual	<b>B</b>	<b>2B</b>
Exposición a Estímulos	<b>B</b>	<b>2B</b>
Manejo de Contingencias	<b>B</b>	<b>2B</b>
Abordaje de Refuerzo Comunitario	<b>B</b>	<b>2A</b>

### Coste efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol

Niveles de evidencia y grados de recomendación.		
Actuación	Evidencia	Recomendación
Tratamiento farmacológico	<b>I</b>	<b>A</b>
Tratamientos psicosociales	<b>I</b>	<b>A</b>
Políticas de prevención	<b>I</b>	<b>A</b>

El hecho de efectuar un tratamiento combinado farmacológico y psicosocial es siempre coste efectivo e implica un ahorro importante frente a la no actuación.

# **Evidencia científica en el tratamiento de la dependencia de opiáceos**

# Desintoxicación

<b>Nivel 1</b>	<b>Grado A</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Hay clara evidencia de recaídas si no se realiza un abordaje psicosocial.</li><li>- Las desintoxicaciones son realizadas con éxito tanto en dispositivos hospitalarios como ambulatorios.</li><li>- Se han realizado satisfactoriamente desintoxicaciones progresivas de opiáceos con metadona, buprenorfina y alfaadrenérgicos.</li><li>- La metadona y la buprenorfina han sido estudiadas y comparadas con otros opiáceos, placebo y fármacos agonistas alfa adrenérgicos en ensayos clínicos.</li><li>- La utilidad de los fármacos agonistas alfa adrenérgicos, es similar; sin embargo, la clonidina esta asociada con más efectos adversos que lofexidina.</li><li>- Hay riesgo de abuso o dependencia de benzodiazepinas cuando se utilizan de manera mantenida.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Se debe realizar la desintoxicación junto con un abordaje psicosocial.</li><li>- Se puede realizar la desintoxicación de opiáceos tanto a nivel ambulatorio como hospitalario y puede hacerse utilizando agonistas opiáceos, agonistas alfa adrenérgicos o una combinación de ambos</li><li>- La desintoxicación de metadona se debe realizar en pacientes abstinentes de drogas y estabilizados.</li><li>- La desintoxicación se puede realizar con metadona, dextropropoxifeno o buprenorfina.</li><li>- No se debe realizar la desintoxicación únicamente con benzodiazepinas o placebo.</li><li>- Se debe estabilizar al paciente con metadona y realizar una disminución progresiva, se recomienda fraccionar las dosis.</li><li>- En las desintoxicaciones se debe evitar las bzd de vida media corta y potentes.</li></ul>

## **Nivel 2**

- El tramadol, la codeína y la morfina son útiles en la desintoxicación, ya que se ha estudiado mediante ECAs y series de casos.
- La retirada de dosis altas de metadona desde el primer día, utilizándose fármacos alfa adrenérgicos y sedantes no presenta complicaciones.
- La metadona y la buprenorfina son eficaces en la desintoxicación de embarazadas dependientes de opiáceos.
- La clonidina y el dextropropoxifeno están contraindicados en el embarazo.
- Con las distintas pautas de desintoxicaciones rápidas o ultrarrápidas se reduce el tiempo de desintoxicación y se logra la toma de fármaco antagonista en la mayoría de los casos.
- Las evidencias de efectividad de las desintoxicaciones ultrarrápidas a largo plazo son limitadas.
- Las desintoxicaciones ultrarrápidas presentan riesgos superiores a los convencionales.

## **Grado B**

- La desintoxicación con opiáceos se también se puede realizar utilizando, morfina, codeína o el tramadol.
- Se pueden realizar suspensiones abruptas de opiáceos, con tratamiento farmacológico adecuado.
- Las desintoxicaciones se deben intentar realizar en médico extrahospitalario, salvo que exista comorbilidad con patologías médicas, o el paciente necesite ser desintoxicado rápidamente.
- No se aconseja la desintoxicación de la mujer embarazada. Si se realiza, no se debe realizar ni antes de la semana 12-14 ni después de la 32, la disminución debe ser de 2'5 –10 mg cada 1-2 semanas.
- Se desaconseja la desintoxicación de opiáceos en embarazadas con clonidina o dextropropoxifeno.
- Ha de tenerse precaución en las desintoxicaciones ultrarrápidas, valorando los riesgos y la presencia de ef. secundarios. No se pueden recomendar las desintoxicaciones rápidas o ultrarrápidas como tratamientos de primera elección.
- Es recomendable utilizar medicación coadyuvante sintomáticas para el manejo del insomnio, mialgías..

# Tto. con antagonistas: naltrexona

## **Nivel 1**

- Entre los antagonistas opiáceos, la naltrexona es la única con un adecuado perfil para su uso clínico en el tratamiento de mantenimiento de la dependencia de opiáceos.
- El mantenimiento con naltrexona sola o asociada a terapia psicosocial es más eficaz que el placebo sólo o asociado a psicoterapia para limitar el consumo de heroína.
- La retención es importante para el efecto de la naltrexona en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. El manejo de contingencias en estos tratamientos es un método prometedor para incrementar la retención en los mismos.

## **Grado A**

- Si el paciente estaba consumiendo un opiáceo de vida media prolongada como la metadona será preferible un período de 8-10 días antes de instaurar el tratamiento con naltrexona. Si por el contrario se trata de un opiáceo de vida media corta como la heroína, 3-5 días de abstinencia son suficientes.
- Previo a la primera toma de la naltrexona se debe de realizar el test de naloxona.
- Se recomienda el uso de medidas que mejoren el cumplimiento del tratamiento con naltrexona: implicación familiar en el tratamiento, supervisión de la toma de medicación en el centro sanitario y en casa y uso de técnicas conductuales para mejorar la adherencia al tratamiento.
- El tratamiento con naltrexona habrá de prolongarse por un mínimo de 6 meses, aunque la duración del mismo suele extenderse durante 1 ó 2 años.
- Si existen 2-3 recaídas durante el primer año con el tratamiento con naltrexona deberían plantearse la derivación a programas con agonistas opioides.
- El uso de naltrexona debe ir asociado a otras medidas psicoterapéuticas, dada la escasa evidencia de su eficacia como única intervención.

## ***Nivel 2***

- Se han sugerido como candidatos especialmente favorables para el tratamiento con antagonistas a aquellos sujetos altamente motivados para la abstinencia total, con buena situación profesional, con escasa gravedad de la adicción, consumidores ocasionales, con contraindicación para programas con agonistas opiáceos o con recaída reciente en el consumo tras un largo periodo de abstinencia.
- La naltrexona presenta bajo riesgo de hepatotoxicidad.
- La naltrexona tiene escasas repercusiones psicológicas, por lo que el manejo terapéutico de la patología psiquiátrica presente en el adicto no va a estar condicionada por esta.
- La formulación depot de naltrexona es más eficaz que el placebo en la dependencia de opiáceos.

## ***Grado B***

- Es importante usar dosis adecuadas de naltrexona para evitar que el sujeto perciba efectos positivos por el consumo que le llevaría a la recaída, ya que es habitual que el adicto realice una prueba para comprobar que el bloqueo opioide es efectivo.
- Los criterios de uso de naltrexona en pacientes adictos a opiáceos con trastornos depresivos o de ansiedad son similares al resto de los adictos. En pacientes psicóticos adictos a opiáceos, el uso de naltrexona es de segunda elección.

# Tto. con agonistas: metadona

## **Nivel 1**

- Globalmente, los efectos adversos de la metadona afectan a menos del 20% de pacientes en metadona.
- Se ha evidenciado que las dosis por encima de 50 mg/día son las que retienen más a los pacientes.
- La dosis de mantenimiento más eficaces en los tratamientos con metadona suelen estar entre los 50 y 120 mg/día.

### - Eficacia:

- ↓ *de consumo de opiáceos ilegales, en todos los estudios, detectada en controles de orina.*
- ↓ *de conductas delictivas.*
- ↓ *de las conductas de riesgo para la infección por el VIH: reducción del consumo endovenoso y del intercambio de jeringuillas usadas.*
- ↓ *de riesgo de muerte por sobredosis: ↓ el RR de muerte en estos pacientes a una cuarta parte respecto a los pacientes que no están en tto.*
- *Elevada retención en tratamiento. Los efectos descritos se consiguen mientras los pacientes permanecen en el tratamiento, siendo este uno de los mejores parámetros para valorar la eficacia.*

## **Grado A**

- Adecuar la dosis de metadona a las necesidades del paciente es un elemento fundamental en la eficacia de este tratamiento
- Priorizar a las adictas gestantes en los tratamientos con metadona mejora el pronóstico del embarazo y reduce las complicaciones perinatales y neonatales. Estos tratamientos no deben ser retirados antes de la semana 12-14 ni después de la semana 32 de gestación
- El diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en pacientes que realizan un tratamiento de mantenimiento con metadona debe ser un objetivo prioritario

## **Nivel 2**

## **Grado B**

- La gestante adicta se considera de alto riesgo debido a las múltiples complicaciones médicas y obstétricas que puede presentar.
- Los síntomas de abstinencia durante los primeros 3 meses de embarazo aumentan el riesgo de aborto.
- Eficacia:
  - *Mejora de la calidad de vida. Los estudios demuestran una mejora en la calidad de vida en pacientes que permanecen en el tto.*

- En general la dosis inicial estará entre los 10 y 30 mg/día
- Después de dispensar la primera dosis, el paciente debería permanecer en observación por espacio de 2-3 hrs.
- Inicialmente el paciente debería acudir cada día al centro a tomar la dosis correspondiente hasta establecer la dosis de estabilización.
- Una vez establecida la dosis inicial es aconsejable realizar los aumentos cada 3 – 5 días cuando sea necesario. No se deberían realizar incrementos de más de 20 mg a la semana.
- Es aconsejable que los PMM contemplen la posibilidad de llevarse dosis a casa.
- Se deben utilizar pautas de reducción lenta en la retirada del tratamiento.
- Se han de evitar los síntomas de abstinencia durante los primeros 3 meses de embarazo a causa del riesgo de aborto.
- Si una embarazada quiere desintoxicarse, no se recomienda hacerlo previamente a la semana 12-14 o después de la 32.
- Cuando sea necesaria la utilización de bzds, se deben indicar las que tengan un bajo potencial de abuso.
- Es aconsejable tratar la patología psiquiátrica y adictiva a la vez en el mismo dispositivo (tto integrado).

# Reducción de daños

## ***Nivel 1***

### ***Grado A***

-Los programas con sustitutivos de baja exigencia están indicados en usuarios de drogas alejados del sistema sanitario, ya que permiten posteriores intervenciones que pueden mejorar su estado de salud.

## ***Nivel 2***

Las intervenciones con programas de reducción de daños han mostrado eficacia en la disminución de los problemas asociados al consumo de drogas

- Los programas de intercambio de jeringuillas inducen cambios conductuales de disminución de riesgos asociados al uso inyectado de drogas. Facilitan la derivación de usuarios a programas de tto de las drogodependencias. La implementación de un programa de intercambio de jeringuillas no aumenta el consumo de drogas en general ni el de heroína y cocaína por vía parenteral en particular.

-Los programas de distribución gratuita de preservativos previenen la transmisión del HIV y otras ETS.

Los espacios "calor y café" permiten establecer contacto con el mayor número de usuarios para ofrecer información y servicios, aumentar la retención en tto y ↓ la morbi-mortalidad, el deterioro social y mejorar su calidad de vida.

### ***Grado B***

-Los programas de vacunación deben ser destinados a la población drogodependiente que utiliza recursos de reducción de daños y a las parejas de los usuarios que sean portadores de VHB.

-Los programas de prescripción de heroína constituyen una alternativa a la difícil situación que muchos drogodependientes atraviesan desde el plano médico, psicológico y social.

-Las salas de consumo higiénico de drogas facilitan el acercamiento de un buen número de personas a quienes se dirige este tipo de servicios, poblaciones en general fuera del circuito asistencial

# Tratamientos psicológicos en tto de la dependencia de opiáceos

## *Nivel 1*

- El porcentaje de usuarios que abandonan el tto es elevado y la mayoría de los abandonos se produce durante las primeras semanas.
- Las terapias basadas en el manejo de contingencias son eficaces cuando se combinan con fármacos agonistas.
- El empleo de incentivos canjeables por bienes y servicios, en combinación con naltrexona, reduce el consumo de heroína, mejora la retención e incrementa la adhesión al tto.
- El empleo de incentivos canjeables por bienes y servicios sin el uso coadyuvante de la medicación, mejora la retención y reduce el consumo de drogas.
- Las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades y prevención de recaídas) son componentes eficaces en el tratamiento de la adicción a la heroína.
- La terapia conductual de pareja ayuda a incrementar las tasas de abstinencia.

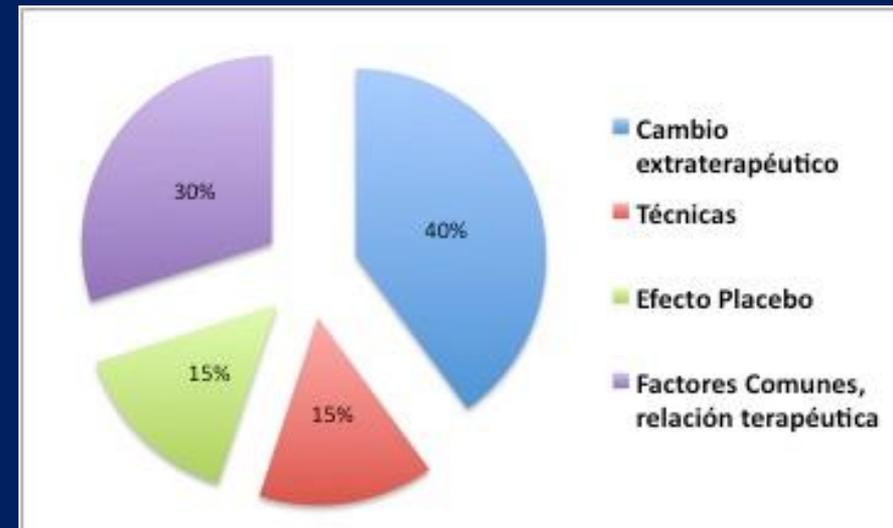
## *Grado A*

- El perfil recomendado para el tratamiento en CT es el de pacientes con dependencia grave, policonsumidores, historial largo de abuso de drogas con múltiples recaídas, con bajo apoyo social y orientados a la abstinencia.
- Los ttos con agonistas o con antagonistas se deben combinar con terapias de manejo de contingencias.
- Las técnicas de manejo de contingencias son altamente recomendables, sobre todo cuando se utilizan dentro de programas de tto más amplios.
- Con los pacientes que conviven con parejas no consumidoras de drogas debe aplicarse terapia conductual familiar y/o de pareja.

# **Evidencia científica en el tratamiento psicológico de la dependencia**

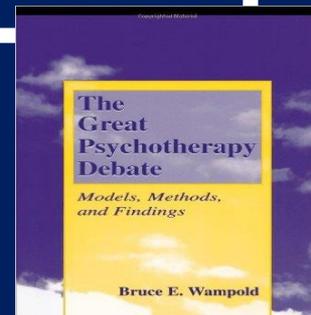
## Factores de cambio, Lambert (1992)

- Factores del paciente (40%): Es lo que la persona trae a terapia: sus capacidades, su apoyo social, personalidad ...
- Factores de relación (30%): Transferencia, motivación para el tratamiento, confianza, contratransferencia, ...
- Expectativa y placebo (15%): Expectativa de mejoría, credibilidad de procedimientos y técnicas, esperanza, ...
- Factores del modelo y las técnicas (15%): Teoría del cambio, técnicas, procedimientos, ...



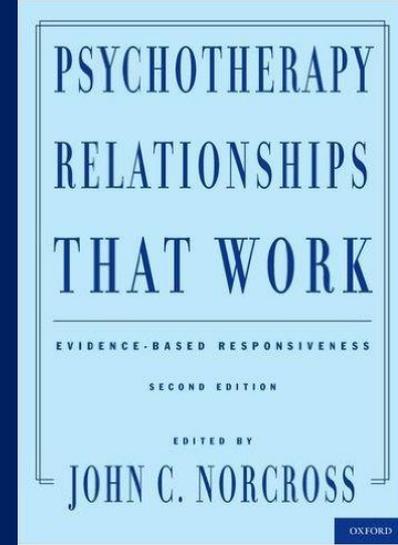
	<b>Modelo Médico</b>	<b>Modelo Contextual</b>
<b>E. Absoluta</b>	La psicoterapia es efectiva	La psicoterapia es efectiva
<b>E. Relativa</b>	Algunas Psicoterapias son Mejores	Igualdad entre modelos
<b>Componentes específicos</b>	Los elementos determinan los resultados	No determinan los resultados
<b>Efectos generales</b>	Necesarios pero no suficientes	Explican la mayor parte de la eficacia
<b>Lealtad al modelo</b>	Mejora el resultado	No Mejora el resultado
<b>Adherencia al manual</b>	Afecta al resultado	No afecta al resultado

**Bruce E. Wampold: The Great Psychotherapy Debate (2001)**



# Relaciones Basadas en la evidencia

*(Am Psychol Assoc)*



## Eficacia Probada

Alianza en psicoterapia individual

Alianza en psicoterapia con jóvenes

Alianza en terapia familiar

Cohesión en terapia de grupo

Empatía

Uso del Feedback del cliente

## Probablemente eficaz

Acuerdo en los Objetivos del tratamiento

Colaboración

Aceptación positiva incondicional

## Prometedor pero sin suficiente evidencia

Congruencia/Autenticidad (Sinceridad/Transparencia)

Reparar rupturas en la alianza

Manejo de la Contratransferencia

# Estadios de cambio

## Nivel de evidencia 1

- Los principios del Modelo Transteórico son aplicables a cualquier conducta que se quiera modificar.
- La utilización de los procesos de cambio difiere entre los estadios de cambio.
- La secuencia propuesta entre estadios y procesos de cambio no puede generalizarse a todas las áreas de intervención.

## Nivel de evidencia 2

- Los procesos de cambio de carácter cognitivo son más utilizados por sujetos que progresan de precontemplación a contemplación.
- Los estadios no son categorías independientes.

## Nivel de evidencia 3

- El éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en cada momento: cognitivos en los primeros estadios y conductuales a partir del estadio de acción.
- Existe una heterogeneidad de sujetos dentro de cada estadio.
- Los procesos de cambio conductuales en el estadio de acción no permiten predecir por sí mismos la aparición de una recaída.

# Entrevista y terapia motivacional

## Nivel evidencia 1

- La Entrevista Motivacional (EM) es más eficaz que el no tratamiento.
- Los efectos de la E M decaen con el tiempo. Tiene una eficacia pequeña pero significativa a los 12 meses.
- La E M está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio al inicio.

## Nivel evidencia 2

- La E M puede estar más indicada para algunos perfiles de pacientes.
- Una de las principales utilidades de la E M es ↑ la adherencia durante la fase inicial del tto en modalidades más estructuradas y duraderas en el tiempo.
- La E M puede estar más indicada para algunos perfiles de pacientes.
- Más que en los resultados del tto, su utilidad parece focalizarse en la potenciación de otros ttos a través del incremento de variables de proceso (adherencia, retención, participación, satisfacción).

## Nivel evidencia 3

- La E M permite una elevada tasa de cumplimiento.
- La E M ofrece mejores resultados (↓ del consumo abusivo) en consumidores jóvenes que el no-tratamiento.
- La E M no presenta mejores resultados que otras intervenciones breves o poco estructuradas.

# Terapias cognitivo-conductuales

## *Entrenamiento en habilidades de afrontamiento*

- Las terapias de orientación cognitivo-conductual son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas.  
*Nivel de evidencia 1.*
- El entrenamiento en habilidades de afrontamiento es efectivo en el tratamiento de conductas adictivas cuando va integrado en programas amplios y multidisciplinarios. *Nivel de evidencia 1.*
- *El abordaje del entrenamiento en habilidades de afrontamiento y estrategias de afrontamiento para personas con dependencia de alcohol y/o cocaína dentro de programas multimodales más amplios, es uno de los elementos más eficaces en la evolución y el resultado del tratamiento. Grado de recomendación A.*

# Manejo de contingencias

## **Nivel de evidencia 1**

- Las terapias basadas en el manejo de contingencias son eficaces cuando se combinan con metadona. El empleo de incentivos canjeables por bienes y servicios, en combinación con naltrexona, reduce el consumo de heroína, mejora la retención e incrementa la adhesión a la medicación.
- El Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo ↑ las tasas de retención en programas ambulatorios y ↓ el consumo de cocaína.

## **Nivel de evidencia 2**

- El manejo de contingencias mediante vales canjeables ↑ la adhesión y ↓ las tasas de recaída en el tratamiento de la adicción al alcohol.
- El empleo de incentivos canjeables por bienes y servicios sin el uso coadyuvante de la medicación, ↑ la retención y ↓ el consumo de drogas.
- **Grado de recomendación A.** Los ttos con agonistas o con antagonistas se deben combinar con terapias de manejo de contingencias.
- **Grado de recomendación B.** Las técnicas de manejo de contingencias son altamente recomendables, sobre todo cuando se utilizan dentro de programas de tratamiento más amplios.

## ***Prevención de recaídas***

- El Modelo de Prevención de Recaídas es efectivo en el tratamiento de las conductas adictivas. ***Nivel de evidencia 1.***

## ***Terapia cognitiva***

- La terapia cognitiva de Beck se ha mostrado superior al no tratamiento en las conductas adictivas, aunque no superior a otras modalidades psicoterapéuticas. ***Nivel de evidencia 2.***

## ***Modelos multicomponentes***

- El Modelo Matriz, que incluye elementos propios de la prevención de la recaída, terapia familiar y grupal, educación sobre drogas y participación en actividades de autoayuda es efectivo en el tto de conductas adictivas. ***Nivel de evidencia 3.***

# Terapias centradas en la familia

- Las intervenciones familiares en adolescentes con consumo de drogas aumentan el compromiso de pacientes y las familias y la adherencia al tratamiento; reducen el uso de drogas post-tratamiento y mejoran el funcionamiento familiar y la normalización e incorporación social. *Nivel de evidencia 3.*

## *Terapia conductual familiar y de pareja*

- La terapia conductual de pareja, dirigida a mejorar las relaciones familiares ayuda a incrementar las tasas de abstinencia. *Nivel de evidencia 1.*

## ***Terapia familiar multidimensional y multisistémica***

- La terapia basada en la familia, sumada a programas de dispensación de metadona, mejora la retención, especialmente en pacientes con peor pronóstico inicial. ***Nivel de evidencia 1.***
- La terapia familiar multidimensional muestra mayor eficacia que la terapia de grupo de iguales en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en las áreas individual, familiar, escolar y grupo de iguales, además reduce el consumo de drogas durante el tratamiento. ***Nivel de evidencia 2.***
- Los tratamientos basados en la familia con adolescentes, comparados con aquellos que no se focalizan en la familia, muestran beneficios en la adherencia y retención, mejores resultados en la reducción de consumo y problemas de conducta, mejora de la dinámica familiar y menor adscripción a grupos de iguales consumidores. ***Nivel de evidencia 3.***
- Consolidar una alianza duradera entre adolescente, profesional y familiares correlaciona con el éxito de la terapia. ***Nivel de evidencia 3.***

# *Terapia familiar breve estratégica (TFEB)*

## *Grado de recomendación A.*

- La TFEB favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes.

## *Grado de recomendación B.*

- La TFEB centrada en una sola persona del núcleo familiar puede ser tan efectiva como la inclusión de todo el núcleo en la terapia.
- Las terapias individuales que tienen como diana la estructura familiar producen mejores resultados que las terapias individuales que tienen como diana el cambio individual.
- La TFEB mejora la dinámica de funcionamiento familiar y los efectos persisten en el tiempo.
- La TFEB está especialmente indicada para las familias de adolescentes abusadores de drogas con mayor nivel de desestructuración.
- Con los pacientes que conviven con parejas no consumidoras de drogas debe aplicarse terapia conductual familiar y/o de pareja.

# Terapias analíticas y psicodinámicas

Las terapias de corte psicodinámico pueden ser efectivas para el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. *Nivel de evidencia 4.*

## *Terapia de soporte expresivo*

- La terapia de apoyo expresiva aporta mejoras clínicas en pacientes de larga evolución. *Nivel de evidencia 4.*

## *Terapia interpersonal*

- La Asociación Americana de Psiquiatría recomienda la terapia interpersonal en trastornos adictivos con un grado de recomendación C, igual que el resto de terapias psicodinámicas. *Grado de recomendación C.*

# Comunidades terapéuticas

## Nivel de evidencia 1

- **Principalmente, el tratamiento en CT está indicado para pacientes con dependencia grave, historia de fracasos en ttos menos intensivos y con escaso apoyo social**
- **El porcentaje de usuarios que abandonan el tratamiento en las CCTT es elevado y la mayoría de los abandonos se produce durante las primeras semanas de la admisión.**

## Nivel de evidencia 2

- Las CCTT son modelos multicomponentes de tto que han mostrado efectividad prpalmte en los 1os meses tras abandonar el consumo.
- Los componentes activos de cambio de las CCTT son: control estimular, modelado, reforzamiento, manejo del tiempo, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas, toma de decisiones, manejo de cogniciones y emociones, y reforzamiento de los progresos.
- Las CCTT son ttos eficaces para la adicción a la heroína, siempre y cuando se permanezca en tto durante un tiempo suficiente. Esta permanencia es un buen predictor del éxito del tto.
- Las CCTT obtienen mejoras significativas en ↓ consumo drogas, conducta delictiva, psicopatología asociada y situación laboral.
- Los logros obtenidos por los tratamientos en CCTT se mantienen en seguimientos a largo plazo (de uno a cinco años).

- El perfil recomendado para el tratamiento en CT es el de pacientes con dependencia grave, policonsumidores, con historial largo de abuso de drogas con múltiples recaídas, con bajo apoyo social y orientados a la abstinencia. *Grado de recomendación A.*
- Es recomendable desarrollar estrategias para incrementar la retención de los pacientes ya que el aumento de las tasas de retención está asociado a la reducción del consumo de drogas. *Grado de recomendación B.*

# Comparación entre enfoques terapéuticos

## *Nivel de evidencia 1*

- Las terapias cognitivo-conductuales (C-C) son generalmente más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado.
- Aunque en algunas circunstancias y pacientes las intervenciones breves pueden resultar eficaces, un mayor tiempo de exposición a terapia c-c se relaciona con mejores resultados a largo plazo.
- Los efectos de la terapia c-c se extienden más allá del tto, pero decaen con el tiempo.

## *Nivel de evidencia 2*

- La terapia c-c ha mostrado su efectividad tanto cuando se administra en formato individual como cuando se aplica en un contexto grupal.
  - *Sería importante diseñar programas de seguimiento tras el alta para procurar la consolidación de los cambios obtenidos mediante la terapia c-c.*
- Grado de recomendación A.*

# Tratamientos combinados

- La combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas (psicoterapéuticas o farmacológicas) es más eficaz que la aplicación de cada uno de los componentes de forma aislada. *Nivel de evidencia 1.*
- La combinación de terapia farmacológica (interdictores del alcohol) y terapia psicológica, fundamentalmente cognitivo-conductual, mejora los resultados del tratamiento para la dependencia de alcohol y cocaína. *Nivel de evidencia 2.*
- Los tratamientos de sustitutivos opiáceos ofrecen mejores resultados cuando se acompañan de un abordaje psicoterapéutico. *Grado de recomendación A.*
- Farmacoterapia y psicoterapia deben combinarse en función de las características del paciente adicto. *Grado de recomendación B.*

# Comorbilidad y tto integrado en pacientes con abuso y dependencia de sustancias

## *Nivel de evidencia 2*

- La terapia c-c es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares en el tto de adolescentes con doble dx.
- La terapia c-c, en solitario o en combinación con fármacos, produce cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, pero los logros decaen tras la fase de tto.
- El manejo de contingencias ofrece mejores resultados que la terapia c-c en la ↓ del consumo de cocaína en PM metadona.

• -

## ***Nivel de evidencia 3***

- **Los ttornos por uso de sustancias se acompañan, en un porcentaje elevado, por otros ttornos mentales. La existencia de dx dual determina una evolución y un pronóstico más sombríos, que requieren un abordaje terapéutico más complejo.**
- **La terapia cognitivo-conductual ha mostrado su utilidad en adolescentes abusadores de alcohol con tendencia al suicidio.**
- **La terapia dialéctica es eficaz en el tratamiento de sujetos con abuso de sustancias y trastorno límite de personalidad concurrente.**
- **Diversas modalidades de tto psicoterapéutico pueden mejorar la evolución de pacientes con abuso de sustancias y estrés postraumático.**

- Los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un programa de tratamiento integral de los trastornos por consumo de sustancias. *Grado de recomendación A.*
- Las terapias de baja intensidad, baja exigencia y poco estructuradas (p.e., intervenciones motivacionales) facilitan la reducción del consumo y la mejoría de síntomas psicopatológicos en poblaciones con carencias extremas. *Grado de recomendación B.*
- La combinación de Entrevista Motivacional, terapia cognitivo-conductual e intervenciones familiares mejora la evolución de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con trastornos por abuso de sustancias. *Grado de recomendación B.*
- El tratamiento integrado para la patología dual es el más adecuado, ya que facilita la adherencia, disminuye el número de ingresos hospitalarios y reduce el consumo de drogas. *Grado de recomendación C.*