

## Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión

Sira Díaz-Morán y Alberto Fernández-Teruel\*

Unidad de Psicología Médica, Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Facultad de Medicina, Instituto de Neurociencias, Universidad Autónoma de Barcelona, España

**Resumen:** Los tratamientos principales aplicados en el ámbito de las adicciones son la farmacoterapia y las terapias psicológicas, siendo escasas las intervenciones en las que se combinan estos dos tipos de terapias. El objetivo de este estudio es revisar y mostrar un resumen de los resultados de las principales investigaciones, que han evaluado la efectividad de la intervención combinada de estas terapias en comparación con la aplicación de los tratamientos administrados de forma aislada. Los resultados muestran que la aplicación combinada de tratamientos farmacológicos y psicológicos, presenta mayor efecto terapéutico y de prevención de recaídas, superando en parte las limitaciones que presentan estos dos tipos de tratamientos en su aplicación aislada.

**Palabras clave:** Drogodependencias; farmacoterapia; terapias psicológicas; tratamientos combinados; eficacia terapéutica; prevención de recaídas.

**Title:** Integration and interaction between pharmacological and psychological treatments of addiction: a review

**Abstract:** The main therapies applied to treat substance abuse or addictions are pharmacotherapy and psychological therapies, with few interventions that combine these two types of therapies. The aim of the present study is to review and to summarize the main results of research devoted to evaluate the effectiveness of the combined action of these therapies, as compared to the effectiveness of each type of treatment administered alone. The results show that the combined application of pharmacological and psychological treatments has a greater therapeutic effect and relapse prevention, thus overcoming some of the limitations of these two types of treatments when administered alone.

**Key words:** Drug addiction; pharmacotherapy; psychological therapies; combination treatments; therapeutic efficacy; relapse prevention.

### Introducción

En el ámbito de las adicciones, los dos tipos principales de tratamientos, la farmacoterapia y las terapias psicológicas, se han desarrollado de forma paralela pero con trayectorias independientes. De forma consecuente, a pesar del desarrollo de farmacoterapias de potencia considerable, como la introducción de la buprenorfina y la naltrexona para la adicción a opiáceos (Fernández y Pereiro, 2007; Gowin, Ali y White, 2008) y al alcohol (Rösner et al., 2010b), los estudios sobre su uso y eficacia no han contemplado, en general, el papel que el contexto del tratamiento (factores psicológicos como el condicionamiento clásico a contextos o situaciones) tiene en los resultados terapéuticos. Así mismo, se ha demostrado la efectividad de varias terapias psicológicas en las adicciones, pero frecuentemente han sido evaluadas sin incluir el factor farmacológico en los respectivos estudios, incluso en casos en los que existirían farmacoterapias de comprobada eficacia (p. ej., Carroll, 1997).

Según Secades-Villa y Fernández-Hermida (2001), existen actualmente suficientes investigaciones que avalan la eficacia de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de las drogodependencias, aunque muestran mejores resultados dentro de programas multicomponentes que incluyen intervenciones farmacológicas. Debido a los múltiples factores que están relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva, es importante utilizar estrategias multicomponentes que incluyan tanto terapias farmacológicas (por ejemplo a partir del tratamiento con agonistas/interdictores) como intervenciones psicológicas, como por ejemplo es el caso de la Aproximación de Reforzamiento

Comunitario aplicada a la dependencia al alcohol, en la que se combinan técnicas operantes, terapia de pareja, entrenamiento en habilidades sociales y tratamiento con disulfiram (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). De modo similar, en la intervención sobre la dependencia a la nicotina y a psicoestimulantes (p. ej. cocaína), las principales revisiones y metaanálisis de eficacia, muestran que los tratamientos combinados médico-psicológico son el abordaje de elección (NIDA, 1999; Fiore et al., 2000; Becoña, 2003; 2004; Herrero y Moreno 2004; Secades-Villa et al., 2007).

El principal objetivo del presente trabajo no es el de examinar la eficacia de las terapias farmacológicas o psicológicas administradas aisladamente (aunque la revisión nos ha llevado necesariamente a resumir los resultados de algunos estudios relevantes), sino el de mostrar una revisión sistemática de las investigaciones más relevantes (desde el punto de vista metodológico) que han evaluado la efectividad de la combinación de los dos tipos de terapias dentro de un mismo diseño (*National Institute of Drug Abuse, NIDA, 2005; 1999; Pedrero et al., 2008*).

### Método

La presente revisión bibliográfica se basa en estudios de eficacia y efectividad de tratamientos para trastornos por dependencia de sustancias (nicotina, alcohol, estimulantes y opiáceos).

Los criterios principales de inclusión de los estudios fueron los siguientes: (1) Estudios de comparación de la eficacia de al menos una combinación terapéutica –fármaco + terapia psicológica- respecto al menos una terapia (farmacológica o psicológica) aislada. (2) Estudios controlados o/y aleatorizados en los que hubiera comparación de alguna de las terapias (farmacológica o psicológica) aislada contra un grupo placebo. A pesar de que el presente trabajo se centra en

**\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:**

Albert Fernández-Teruel. Unidad de Psicología Médica, Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Campus de Bellaterra, 08193-Bellaterra, Barcelona (España). E-mail: [albert.fernandez.teruel@uab.es](mailto:albert.fernandez.teruel@uab.es)

los efectos de los tratamientos combinados nos ha parecido importante incluir una buena representación de estudios del tipo mencionado (comparaciones de terapias aisladas contra placebo), dada la relativa escasez de investigaciones clínicas con rigurosidad metodológica suficiente en relación a algunas adicciones y dada la importancia sociosanitaria de las mismas. (3) Estudios con seguimiento mínimo de 2 meses, salvo en un caso con seguimiento de un mes (Tabla 4), incluido debido a la importancia de sus resultados y la ausencia de otros estudios de iguales características y mayor tiempo de seguimiento. Así, a excepción del trabajo anterior, todos los demás estudios individuales (esto es, dejando al margen las revisiones o metanálisis) presentan seguimientos de entre 2 y 12 meses.

Esta revisión fue específica y sistemática en cuanto a que se seleccionaron los estudios que satisfacían los anteriores criterios, no siendo sin embargo exhaustiva, dado que respecto a la comparación de terapias aisladas contra placebo se seleccionó una representación de los mejores estudios recientes. En el Anexo 1 hay un listado de terapias y abreviaciones incluidas en la revisión.

Se emplearon principalmente, las siguientes bases de datos: "Pubmed", "Web of Science" y "Cochrane data base of systematic reviews". Los estudios seleccionados abarcan aproximadamente los últimos 18 años. Para facilitar la tarea del lector, los resultados de los diferentes estudios se han resumido, expresándolos en forma de porcentajes o mediante la descripción cualitativa de las diferencias significativas descritas por los autores de los trabajos originales.

## Resultados

La presente revisión sobre la eficacia de los tratamientos actuales en adicciones, se realizó para las principales sustancias de abuso (OED, 2010; PNSD, 2009). Los resultados que se deducen de los trabajos revisados se resumen a continuación.

### Eficacia de tratamientos en la dependencia del alcohol

En referencia al tratamiento del alcoholismo, se presentan en la Tabla 1 los resultados del estudio de "Mesa Grande", meta-análisis metodológico que reúne datos de todos los estudios o ensayos clínicos publicados entre 1953 y 2000, en los que se evaluaron los efectos de diferentes terapias farmacológicas o psicológicas/conductuales aisladamente (Miller y Wilbourne, 2002). En este meta-análisis fueron seleccionados 361 estudios clínicos (n total = 72.052), los cuales se clasificaron en función de 12 criterios de rigor metodológico. Los estudios analizados en "Mesa Grande" reunían en su conjunto más de 30 tipos de terapia psicológico/conductual y más de 20 terapias farmacológicas o físicas (Miller & Wilbourne, 2002).

Entre las terapias psicológicas más eficaces y de mayor rigor metodológico, como muestra la Tabla 1, destaca la Intervención Motivacional Breve –IB–, que presenta el mayor

volumen de estudios (n= 31) con elevado rigor metodológico (12.7) y porcentaje de eficacia del 68%. La Intervención Motivacional Breve –IB– es seguida por el Entrenamiento en Habilidades Sociales –CST–, que obtiene un 10.5 en cuanto a rigor metodológico y 68% en porcentaje de eficacia. La Aproximación de Reforzamiento Comunitario –CRA–, que incluye el Entrenamiento en Habilidades Sociales –CST–, consigue porcentajes de eficacia del 100% (en 4 estudios publicados) junto con el mayor rigor metodológico (13.0) en los estudios analizados (Tabla 1; Miller y Wilbourne, 2002; ver también García 1993, para una síntesis de las intervenciones psicológicas más efectivas en el alcoholismo).

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, destaca con eficacia del 100% (es decir, todos los estudios revisados presentaron resultados positivos) el tratamiento con acamprosato, en cinco estudios, y con el 83% el tratamiento con naltrexona, en seis estudios. Los resultados de ambos fármacos se contraponen al 50% que muestran los estudios en los que se administró disulfiram (n= 24 estudios), no reflejando una reducción proporcional en el rigor metodológico (10.7 para los estudios con disulfiram, en comparación al 11.6 y 11.4 en el caso del acamprosato y de la naltrexona, respectivamente) (Tabla 1; Miller y Wilbourne, 2002).

**Tabla 1.** Resultados principales de las terapias más eficaces y estudios clínicos con más rigor metodológico del meta-análisis "Mesa Grande".

Terapias	Nº de estudios	Media de "MQS" (índice de calidad)	%+
<b>Psicológica/Psicosocial/ Conductual</b>			
Entrenamiento en Habilidades Sociales (CST)	25	10.5	68
Intervención Motivacional Breve (IB)	31	12.7	68
Contrato Conductual	5	10.4	80
Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA, incluye CST)	4	13	100
Terapia Conductual Familiar y de Pareja	8	12.9	62
Terapia de Exposición a Señales de droga (CET)	2	10	100
<b>Farmacológica</b>			
Acamprosato	5	11.6	100
Naltrexona	6	11.3	83
Disulfiram (terapia aversiva)	24	10.7	50

MQS": Índice medio de calidad metodológica de los estudios realizados con esa terapia (la puntuación máxima/estudio=17). "%+": Porcentaje de estudios con resultados positivos en cuanto a la eficacia de esa modalidad terapéutica. Referencias: Miller y Wilbourne, 2002; Aalto et al., 2001; Drummond, 1997; Drummond y Glautier, 1994).

En cuanto a la eficacia de tratamientos únicamente farmacológicos, al margen del meta-análisis "Mesa Grande", en la Tabla 2 se muestran los resultados de otros estudios clínicos de los más representativos. Cabe destacar las conclusiones del "meta-análisis sobre estudios controlados con grupos placebo" (Tabla 2; ver Kranzler y Van Kirk, 2001), en el que

se concluye que la naltrexona y el acamprosato reducen el consumo. Por otra parte, el estudio de Stella et al. (2008; Tabla 2) muestra que la combinación del tratamiento farmacológico con “GHB (gamma-hidroxibutírico) + naltrexona + escitalopram (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina) produjo mayor prevención de recaídas (sólo un 17% de recaídas en los 6 meses de seguimiento) que las combinaciones “escitalopram + naltrexona” o “escitalopram + GHB” (Stella et al., 2008). En la Tabla 2 también se muestran estudios en los que se compara la eficacia de la administración del acamprosato vs. placebo o vs. disulfiram. También se observan resultados congruentes con los anteriores en una revisión reciente de Rösmer et al. (2010a), en la que se analizaron 24 estudios controlados aleatorios (n = 6.915),

comparando el efecto del acamprosato, del placebo y/o de otro control activo (como naltrexona). Se concluyó que el acamprosato resultaba efectivo y seguro en pacientes dependientes del alcohol, para apoyar la abstinencia después de la desintoxicación, pero que estos beneficios aumentaban cuando se añaden estrategias de tratamiento psicosocial (Tabla 3). Cabe señalar de nuevo el estudio de Paille et al. (1995; Tabla 2), tanto por el número de pacientes utilizado (n=543) como por ser “doble ciego aleatorizado” y por presentar el mayor seguimiento (12 meses). La conclusión principal del estudio es que el tratamiento con acamprosato da lugar a un mayor número de días de abstinencia.

**Tabla 2.** Resultados de estudios clínicos farmacológicos representativos en la dependencia de alcohol.

Grupos de comparación	Diseño	Seguimiento (meses)	Principales resultados	Ref.
NTX vs. Placebo	Doble ciego multicéntrico n =175	4	Reducción del consumo a la mitad y del deseo/ansia en grupo NTX	1
ACAMP vs. Placebo	Doble ciego aleatorio - n = 538	12	Mayor número de días de abstinencia en grupo ACAMP	2
DISULF vs. ACAMP	Abierto - n = 100	8	Más abstinencia y menos deseo/ansia/urgencia en DISULF	3
NTX vs. ACAMP	Meta-análisis de estudios controlados con grupo "placebo"		Efectos significativos de ambos de magnitud moderada en la reducción de consumo	4
Escitalopram (ESC) vs NTX+ESC vs. GHB+ESC vs. ESC+NTX+GHB	Aleatorio - abierto n = 47 (n= 11-12/grupo)	6	Recaídas a los 6 meses de seguimiento: ESC, 82%; ESC+NTX, 66%; ESC+GHB, 50%; ESC+NTX+GHB, 17%. Efecto significativamente más protector de la combinación ESC+NTX+GHB.	5

NTX: naltrexona. ACAMP: acamprosato; DISULF: disulfiram; Escitalopram (ESC): Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; GHB: ácido  $\gamma$ -hidroxibutírico. Referencias: 1) Chick et al., 2000; 2) Paille et al., 1995; 3) De Sousa y de Sousa, 2005; 4) Kranzler y Van Kirk, 2001; 5) Stella et al., 2008.

En cuanto a la efectividad de los antagonistas opiáceos en la dependencia del alcohol, se realizó una revisión en la que comparaban los efectos del tratamiento con naltrexona o nalmefene vs. placebo, y a partir del análisis de 50 estudios controlados aleatorizados (n = 7.793), concluyeron que la naltrexona reduce la cantidad y frecuencia del consumo, en comparación al grupo placebo, sin presentar efectos secundarios graves; a diferencia del tratamiento con nalmefene, del que todavía no se pueden obtener conclusiones finales debido al número escaso de estudios (Rösner et al., 2010b).

Los resultados anteriores, especialmente los relativos a la efectividad del acamprosato, son contradictorios con las conclusiones obtenidas en el estudio “COMBINE” (Anton et al., 2006), pues como se puede apreciar en la Tabla 3, en dicho estudio no se obtuvo eficacia significativa (en términos de incremento de la abstinencia) tras la administración de acamprosato, en comparación con el resto de alternativas terapéuticas utilizadas (naltrexona, Terapia Cognitivo-Conductual, placebos y sus combinaciones). En este estudio controlado con placebo, aleatorizado y de 9 grupos con una “n” mínima de 148 sujetos (N total del estudio= 1.383), los autores concluyeron que el consejo médico tradicional (“Medical management”, ver Anton et al., 2006) sumado a la administración de, bien naltrexona o bien “Terapia Cognitiva-

Conductual Intensiva –ICBI-” (Raymond et al., 2006), presentaba efectos de reducción del consumo de bebida (incremento de la abstinencia) idénticos entre ambas condiciones, y que la combinación de CBI y naltrexona (más consejo médico) ofrecía la misma eficacia terapéutica. Sin embargo, Gueorguieva et al., (2010), tras aplicar un análisis de trayectorias al estudio “COMBINE”, concluyen que la administración combinada de “naltrexona + terapia cognitivo-conductual intensiva –ICBI-“ es la que predice una mejor evolución futura de los pacientes, reflejada en un aumento del tiempo de abstinencia y mejora de la adherencia al tratamiento que son superiores a la del resto de los grupos del estudio (Anton et al., 2006; Gueorguieva et al., 2010).

Además del estudio “COMBINE”, en la Tabla 3 se resumen los resultados de otros estudios clínicos en los que se evaluó la eficacia de la administración combinada de tratamiento farmacológico junto con terapia psicológica en la dependencia del alcohol. Se observa, en general (con la excepción del estudio abierto que compara “ACAMP+ Terapia Cognitivo-Conductual -CBT- vs. ACAMP”; ver Tabla 3), que determinadas terapias psicológicas pueden potenciar los efectos de los tratamientos farmacológicos cuando se administran de forma combinada. Así, en el estudio a doble ciego (y con seguimiento de 6 meses) de Balldin et al. (2003) se

observó un aumento significativo del tiempo transcurrido hasta el primer episodio de bebida, y dicho efecto fue superior en la condición “naltrexona + Terapia Cognitivo-Conductual” que con la administración aislada de naltrexona y/o del placebo (Guardia, Jiménez-Arriero, Pascual, Flórez & Contel, 2009). Digno de mención es, también, el estudio de Carroll, Nich, Ball, McCance y Rounsaville (1998), en el que se obtuvo mayor eficacia terapéutica del los tratamientos combinados (“disulfiram + Terapia Cognitivo-Conductual”,

o “disulfiram + Terapia de Facilitación de 12 pasos”) que con la administración aislada de cada uno, aunque en este caso el seguimiento únicamente fue de tres meses.

En cuanto al resto de estudios mostrados en la Tabla 3, la adición de la terapia psicológica al tratamiento farmacológico (naltrexona, acamprosato y/o disulfiram) potenció los efectos, obteniendo mejores resultados que los obtenidos con los mismos tratamientos por separado (Mattson y Litten, 2005; Spirito et al., 2004).

**Tabla 3.** Resultados de estudios clínicos con combinación terapéutica en la dependencia alcohólica.

Grupos de comparación	Aspectos del diseño	Seguimiento (meses)	Principales resultados	Ref.
NTX + CBT vs. NTX o CBT	Aleatorio 2x2, n =160	3	Varias medidas: menos recaídas y más tiempo entre ellas en grupo NTX+CBT	1
NTX+CBT vs. CBT	2 grupos, n = 136	3	Más tiempo abstinentes en grupo NTX+CBT	2
CET/CST+NTX vs. RELAX+NTX	2x2, n =165	12	Más reducción de la bebida y de la ansiedad o urgencia durante 12 meses en grupo CET/CST+NTX	3, 4
NTX+CBT vs. NTX o placebo	Doble ciego 2x2, n =118	6	Más tiempo hasta primer episodio de bebida en grupo NTX+CBT	5
ACAMP+NF vs. ACAMP	2 grupos, n = 100	6	Mejor estado clínico y más días de abstinencia en grupo ACAMP+NF	6
ACAMP+CBT vs. CBT	2 grupos, n = 50	3	Más días de abstinencia y mayor % de sujetos abstinentes en grupo ACAMP+CBT	7
ACAMP+CBT vs. ACAMP	>/= 3 grupos, abierto (n = entre 70 y 1.289)	6 y 7	No diferencias	8, 9, 10, 11
DISULF+CBT o DISULF+TSF vs. DISULF, CBT, TSF	5 grupos - aleatorio n = 122	3	Mejores resultados en abstinencia o cantidad de bebida en grupos DISULF+CBT y DISULF+TSF que en los CBT, TSF o DISULF	12
NTX+CBT o placebo vs. ACAMP+CBT o placebo vs. ACAMP+NTX o placebo vs. MM+no CBT o placebo vs. CBT (Estudio COMBINE)	9 grupos (n = 1.383) - aleatorizado - controlado	12	Valores de abstinencia similares entre grupos NTX, CBT y NTX+CBT, pero mejores que en grupos de sólo “placebo” o con ACAMP. No efecto significativo del ACAMP sobre el “placebo”.	13
ACAMP vs. NTX vs. Placebo vs. ACAMP+tratamiento psicosocial	24 ECA (n = 6.915)	3-12	Efectividad con ACAMP, mayor en ACAMP + tratamiento psicosocial	14

NTX: Naltrexona. ACAMP: Acamprosato. DISULF: Disulfiram. CBT: Terapia cognitiva-conductual. CET (“*Cue exposure training*”): Terapia de exposición a señales de droga. CST (“*Coping skills training*”): Entrenamiento en Habilidades Sociales. NF: Seguimiento/soporte frecuente por enfermera experta en adicción. TSF: Terapia de Facilitación de 12 pasos. MM: “*Medical Management*”, o soporte médico habitual. Ver referencias en el texto: 1) Anton et al., 2005; 2) Feeney, Connor, Young, Tucker y McPherson, 2004; 3-4) Monti et al., 1993, 2001; 5) Ballin et al., 2003; 6) Pelc et al., 2005; 7) Feeney et al., 2002; 8-11) De Wildt et al., 2002, Hammarberg et al., 2004, Soyka, Press y Schuetz, 2002, y Pelc et al., 2002; 12) Carroll, Nich, Ball, McCance y Rounsaville, 1998; 13) Raymond et al., 2006; 14) Rösner et al. (2010a).

### Eficacia de tratamientos en la dependencia de nicotina

En cuanto a los tratamientos eficaces en el Trastorno por dependencia de nicotina, en la Tabla 4 se muestran los resultados de los estudios más representativos sobre la efectividad de las terapias psicológicas solas o combinadas con terapia farmacológica. Estudios centrados en la eficacia del tratamiento farmacológico, señalan que las terapias sustitutivas de nicotina y bupropion fueron el tratamiento de primera elección durante varios años con resultados positivos en algunos casos, aunque mostraron ineficacia en un porcentaje importante de pacientes, ya que tal y como explican Sáiz et al. (2004), en la dependencia a la nicotina están implicados diversos neurotransmisores como la dopamina, serotonina y

noradrenalina, entre otros. Por el contrario, las principales revisiones y meta-análisis recientes de eficacia, muestran que los tratamientos combinados médico-psicológicos son el abordaje de elección en la intervención sobre la dependencia a la nicotina (NIDA, 1999; Fiore et al., 2000; Becoña, 2003, 2004; Herrero y Moreno, 2004).

Cabe destacar, en primer lugar, el estudio de Stitzer y Walsh (1997), que obtuvieron mayores porcentajes de abstinencia con la terapia CST (*Coping skills training*, o “Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento”) que con el simple “Consejo” (45.5% vs. 30%; 41% vs. 34% y 36.7% vs. 17.5%, respectivamente en tres estudios diferentes; Tabla 4). En cuanto a eficacia de la combinación terapéutica, en el estudio de Simon, Cardomy, Hudes, Snyder & Murray (2003)

se obtuvieron porcentajes mayores de abstinencia en los grupos que recibieron un tratamiento combinado (terapia cognitivo-conductual y farmacológico –parche de nicotina–; 35% y 33% de abstinentes durante el seguimiento de 6-12 meses; ver Tabla 4) que en los que no recibieron terapia cognitivo-conductual (solo “parche de nicotina”; 21% y 20% de abstinentes durante el seguimiento de 6-12 meses; ver Tabla 4, y Simon, Cardomy, Hudes, Snyder y Murray, 2003). Aunque con un seguimiento de tan sólo 2 meses, el estudio factorial (de combinación de “parche de nicotina” con “Terapia de Consejo” orientada a favorecer la abstinencia) de Fiore et al., 1994 (citado en Stitzer y Walsh, 1997), también apoya claramente la bondad de la combinación de terapia psicológica y farmacológica, dado que los niveles de absti-

nencia fueron sustancialmente mayores en el grupo que recibió ambas (60%; Tabla 4) que en los otros 3 grupos del estudio (20%-38%; Tabla 4).

Es importante también señalar la revisión realizada en 2010 sobre las intervenciones motivacionales, a partir de la cual se identificaron 14 estudios (publicados entre 1997 y 2008,  $n = 10.000$ ; Lai, Cahill, Qin y Tang, 2010) que apoyan la conclusión de que las intervenciones motivacionales pueden ayudar en el abandono del hábito de fumar (ver también Balcells, Torres & Yahne, 2004, para intervenciones motivacionales). Pero estos resultados no son concluyentes debido a la diferencia de calidad metodológica entre los estudios, la fidelidad al tratamiento y sesgos en la publicación de los resultados (Lai, Cahill, Qin y Tang, 2010).

**Tabla 4.** Resumen de resultados representativos de terapias psicológicas o combinadas con terapias farmacológicas en la adicción a la nicotina.

Grupos de comparación	Seguimiento (meses)	Principales resultados	Ref.
CST vs. Consejo (3 estudios diferentes) $n \geq 57$ /grupo	6 ó 12	Abstinentes (CST vs. “Consejo”): 45.5% vs. 30%, 41% vs. 34% y 36.7% vs. 17.5%, respectivamente en los 3 estudios	1
Soporte familiar+grupal vs. No soporte familiar ( $n = 23$ )	1	Abstinencia: 100% vs. 50%	2
Consejo+Parche-N (G1) Consejo+Parche-N (G2) Consejo+Parche-P (G3) Consejo+Parche-P (G4) ( $n \geq 43$ por grupo)	2	Abstinentes. G1 = 60%; G2= 38%; G3= 39%; G4= 20%	3
ICBI+Parche-N vs. Consejo (control)+Parche-N ( $n = 223$ )	6 y 12	Abstinencia: 6 meses: 35% vs. 21%; 12 meses: 33% vs. 20%	4

Referencias: 1) Stitzer y Walsh, 1997; 2) Key, Marsh, Carter, Malcolm y Sinha, 2004; 3) Fiore et al., 1994; citado en ref. 1); 4) Simon, Cardomy, Hudes, Snyder y Murray, 2003. CST, como en Tabla 3. “Consejo”; sesiones informativas sin la pretensión de realizar una terapia efectiva (son grupos “Control”). “TCconsejo”; serie de 8 sesiones intensivas con consejos conductuales orientados a favorecer la abstinencia. “Parche-N” y “Parche-P”, indican, respectivamente, parches de nicotina o parches “placebo” inactivos. ICBI; Terapia Cognitivo-Conductual Intensiva”. Terapia de “soporte familiar+grupal”, ver referencia (2) de Key, Marsh, Carter, Malcolm y Sinha, 2004.

#### Eficacia de tratamientos en la dependencia de estimulantes

En el caso de la adicción a sustancias psicoestimulantes, y en concreto la adicción a la cocaína, hasta hoy no se ha demostrado de manera definitiva la eficacia de ningún fármaco (San-Molina y Arranz, 2001; Solé, 2001). Por ello, en la Tabla 5 se muestran los resultados de los principales estudios en que se ha evaluado la efectividad de diversas terapias psicológicas para la deshabitación del Trastorno por dependencia de cocaína, y un solo estudio de administración combinada con disulfiram. Este estudio, de Carroll, Nich, Ball, McCance y Rounsaville (1998), aleatorizado y con 5 grupos ( $n = 122$ ), estaba destinado a evaluar la efectividad de las combinaciones terapéuticas sobre la dependencia alcohólica (ver arriba), pero aporta resultados interesantes respecto al abuso de cocaína (que también presentaban los sujetos incluidos). Los resultados del seguimiento de 3 meses indicaron una mayor proporción de pacientes abstinentes de cocaína en los grupos que recibieron tratamiento combinado de disulfiram junto con Terapia cognitivo-conductual (58%) o disulfiram más “Terapia de Facilitación de 12 pasos” (52%), en comparación con los grupos a los que se administró cada tratamiento o terapia de forma aislada (21-30 %

de abstinentes de cocaína; Tabla 5; Carroll, Nich, Ball, McCance y Rounsaville, 1998).

El resto de estudios de la Tabla 5 ofrecen un panorama consistente, en el sentido de que varias estrategias o terapias psicológicas específicas (CST, “Coping/Social Skills Training o Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento”, CET “Cue Exposure Training o Exposición a Señales de Droga”, CBT “Terapia Cognitivo-Conductual”) inducen mayores niveles de abstinencia durante los seguimientos que la observada en los grupos “control” o que recibieron “terapias placebo” o no específicas (como, por ejemplo, la MRT –meditación/relajación–; Tabla 5).

La revisión realizada por Casete y Climent (2008), concluye que el Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento, junto con “vouchers” (“vales” o comprobantes que se usan como contingencias/reforzamientos), es la intervención que ha logrado mayor evidencia de efectividad, a partir de ensayos clínicos controlados. También destaca la posible efectividad de los tratamientos de “counseling”, exposición sistemática a estímulos (condicionados/asociados al consumo) y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, terapia cognitivo-conductual, prevención de recaídas y entrevista motivacional. Aunque dicha revisión también subraya la importancia de continuar en la investigación de este tipo de intervenciones, para poder confirmar estos resultados iniciales.

**Tabla 5.** Principales resultados de estudios representativos de evaluación de terapias psicológicas en la deshabitación de la adicción a la cocaína.

Grupos de comparación	Seguimiento (meses)	Principales resultados	Ref.
CST con Prevención de recaídas vs. "Control"	2 grupos (n = 42), Seguim. = 4-9 meses (2 estudios)	Abstinencia: CST = 42%, control = 19%	1 y 2
CST con Prevención de recaídas vs. "Control"	2 grupos (n = 92), Seguim.: 12 meses	Índice de severidad adictiva: aproximadamente un 30% menos en grupo CST que en grupo "control".	1
CRA vs. "Control"	2 grupos (n = 38), Seguim.: 6 meses	Abstinencia: aproximadamente 52% en RC vs. aprox. 5% en "control"	3
CET vs. "Control"	2 grupos (n = 60), Seguim.: 2 meses	Abstinencia y reducción del deseo irresistible: CET > control.	4
"CBT+Manejo de Contingencias" vs. "Manejo de Contingencias"	Aleatorio (2 grupos), n = 193 Seguim.: 12 meses	Mejor la terapia combinada que el "Manejo de contingencias" administrado aisladamente.	5
"CST vs. MET o MRT"	2x2 Simple ciego (n = 165) Seguim.: 12 meses	Mayor reducción de uso de cocaína en mujeres del grupo CST que en los grupos MET y MRT.	6
DISULF+CBT o DISULF+TSF vs. DISULF, CBT, TSF	5 grupos (aleatorio), n = 122 Seguim. = 3 meses	Mayor abstinencia de cocaína en grupos DISULF+CBT (58%) y DISULF+TSF (52%) que en grupos CBT, TSF o DISULF (21-30%).	7

CST; Entrenamiento en Habilidades Sociales. CRA; Aproximación de Reforzamiento Comunitario. CET; Terapia de Exposición a Señales de Droga. CBT; Terapia Cognitivo-Conductual; MET; Terapia de Reforzamiento Motivacional. TSF; Terapia de Facilitación de 12 pasos. MRT; Terapia de Meditación-Relajación (grupo de control). "Seguim.", indica el periodo de seguimiento de los pacientes. "%": porcentaje de pacientes. Referencias: 1) Stitzer y Walsh, 1997; 2) Rohsenow et al., 2000; 3) Higgins et al., 1993; citado en Stitzer y Walsh, 1997; 4) Childress et al., 1993; 5) Epstein, Hawkins, Covi, Umbricht y Preston, 2003; 6) Rohsenow et al., 2004; 7) Carroll, Nich, Ball, McCance y Rounsaville, 1998.

### Eficacia de tratamientos en la dependencia de opiáceos

Por último, en cuanto Trastorno por dependencia de opiáceos, y en concreto a la heroína, los tratamientos farmacológicos más frecuentes son los programas de sustitución y mantenimiento con metadona (agonista opiáceo) y el tratamiento con naltrexona (antagonista opiáceo). En la Tabla 6, se muestran los principales resultados de tres estudios, en dos de los cuales se utilizó la terapia psicológica junto a programas terapéuticos de metadona o naltrexona.

En el estudio de administración de metadona (McLellan, Arndt, Metzger, Woody y O'Brien, 1993), se obtuvo mayor y más prolongada mejoría en los pacientes en los que se combinó la dispensación de metadona junto con el consejo psiquiátrico y la Terapia Conductual Familiar y de Pareja (EMS, *Enhanced methadone services*). Así mismo, Carroll et al. (2001) observaron mejor retención en el tratamiento y mayor disminución del consumo de opiáceos, en los pacientes a los que se había administrado naltrexona junto con la Terapia de manejo de contingencias (respecto al grupo tratado sólo con naltrexona; Tabla 6).

A partir de la revisión realizada por Arias, Castillo, Roncero, Rovira y Secades (2008), se recomienda administrar naltrexona como tratamiento coadyuvante de una intervención psicoterapéutica (psicoterapia), debido a la escasa evidencia de eficacia del fármaco como única intervención, así como de su eficacia a largo plazo. No se han incluido en esta revisión estudios sobre la efectividad de terapias psicológicas administradas sin fármacos, debido a la falta de estudios aleatorizados y de revisión meta-analítica. Sin embargo, a partir de los estudios descriptivos y comparativos de "casos controles", de comités de expertos y de informes técnicos, se recomienda particularmente la aplicación de técnicas de manejo de contingencias orientados a la abstinencia en pacientes con dependencia grave, policonsumidores, con historial largo de abuso de drogas, con múltiples recaídas y con bajo apoyo social. Mientras que el Entrenamiento en Habilidades Sociales y la prevención de recaídas, son componentes eficaces en el tratamiento de la dependencia de la heroína, la Terapia Conductual Familiar y de Pareja da lugar a mejorías notables en términos de incremento de la tasa de abstinencia (Fernández y Pereiro, 2007).

**Tabla 6.** Uso de terapias psicológicas como adjuntas a programas de metadona o naltrexona.

Grupos de comparación	Diseño experimental	Principales resultados	Ref.
EMS vs. MMS + SMS	n = 92, 6 meses	19% de EMS vs. 41 y 69% de SMS y MMS debieron eliminarse por continuar consumiendo. Grupo EMS mostró mayor y más duradera mejoría que los grupos SMS y MMS.	1
E-NTX vs NTX-CM	n = 127, 12 semanas	Mejor retención en tratamiento y mayor disminución de consumo de opiáceos en NTX-CM.	2
BUP vs. SMS vs. CLON vs. placebo	18 estudios, (n = 1.356)	Buprenorfina más efectiva que clonidina en ámbito ambulatorio. No diferencias buprenorfina-metadona. Reducción abstinencia más rápida con buprenorfina.	3

MMS; servicio mínimo de metadona (*Minimum methadone services*). SMS; servicio estándar de metadona más consejo terapéutico (*Standard methadone services*). EMS (*Enhanced methadone services*); servicio de metadona más Consejo psiquiátrico y Terapia de Conducta Familiar y de Pareja. E-NTX; tratamiento estándar con naltrexona. CM; Terapia de Manejo de Contingencias. BUP; buprenorfina. CLON: Clonidina, agonista de los receptores adrenérgicos alfa 2 (presinápticos). Referencias: 1) McLellan, Arndt, Metzger, Woody y O'Brien, 1993. 2) Carroll et al., 2001. 3) Gowing, Ali y White, 2008.

Actualmente se están realizando estudios administrando otro tipo de fármacos, como la buprenorfina, que parece mostrarse más efectiva que la clonidina y presentar eficacia similar a la terapia de metadona. En la revisión realizada por Gowingm, Ali y White (2008), se muestra una mayor efectividad de la buprenorfina que de la clonidina en el tratamiento de la abstinencia de opiáceos (ver también Roncero y Casas, 2005), mientras que no se observan diferencias significativas respecto a la efectividad de la metadona, si bien encontraron que la buprenorfina podría resolver en menor tiempo los síntomas de la abstinencia.

## Discusión

El *NIDA*, desde 1999, destaca dentro de sus principios para el tratamiento efectivo en pacientes drogodependientes, el papel de las terapias psicológicas como componente esencial que puede ser completado o complementado por tratamientos farmacológicos (esenciales en determinados tipos de pacientes). Entre las intervenciones psicológicas más comunes dentro de dichos tratamientos combinados destacan: terapias conductuales, técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición), técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y la combinación de las anteriores (*NIDA*, 2005). También en el ámbito español se ha sugerido la superioridad de la combinación de terapias farmacológicas y terapia cognitivo-conductual respecto a la aplicación de cualquier forma de tratamiento aislado para diversas adicciones, como la dependencia del alcohol o de la cocaína (p. ej. Pedrero et al., 2008). De modo similar, los tratamientos sustitutivos opiáceos mejoran sus resultados si van acompañados de determinadas intervenciones psicológicas (p. ej. Pedrero et al., 2008).

Teniendo en cuenta otras investigaciones, a parte de la de “Mesa Grande”, y observando los resultados de la Tabla 2, se deduce que la naltrexona y el disulfiram son tratamientos farmacológicos útiles (que presentan eficacia significativa) en la terapia de deshabituación del alcoholismo. Aunque en el caso del acamprotrato los resultados son contradictorios, según muestra el reciente estudio “*COMBINE*”, en el que, a diferencia de los resultados positivos de diversos estudios anteriores, no se obtuvo indicios de eficacia terapéutica de dicho fármaco (ver también tablas 2-3). Diferencias metodológicas podrían tener que ver con esos resultados contradictorios, como discuten Raymond et al. (2006).

Por otra parte, entre la diversidad de terapias psicológicas evaluadas, el Entrenamiento en Habilidades Sociales–CST- (Monti y Rohsenow, 1999), la Terapia de Exposición a Señales de Droga –CET- (Drummond y Glautier, 1994; Monti y Rohsenow, 1999; Tabla 3-4), los contratos conductuales o de contingencias y la Intervención Motivacional Breve (IB) son las que parecen poseer mayor potencia terapéutica (facilitación de la deshabituación y de la abstinencia). La Intervención Motivacional Breve –IB- merece un comentario especial porque, aunque presenta efectos positivos, existen muchos interrogantes sobre cuáles pueden ser los

elementos “activos” de dicha terapia al margen del factor “motivacional” en el que se centra (Tabla 2). En cambio, los aspectos terapéuticos activos de las Terapias de Exposición a Señales de Droga y el Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento (y contratos de contingencias, que suelen incluirse también en la terapia por “reforzamiento de la comunidad”), parecen mucho más claros y sólidamente anclados en el cuerpo de conocimiento científico de la psicología y teorías del aprendizaje (Childress et al., 1993; Monti y Rohsenow, 1999).

Como se observa en la Tabla 3, la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia de Exposición a Señales de Droga junto con el Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento, ejercen efectos clínicos positivos que se suman a los farmacológicos (como indican los resultados de la combinación de aquellas terapias psicológicas con naltrexona o acamprotrato), de modo que superan a los de la naltrexona, el acamprotrato o la Terapia Cognitivo-Conductual administradas como tratamientos únicos. Cabe destacar lo anterior, en especial por lo que concierne al acuciante problema de las recaídas, puesto que la superioridad de la combinación terapéutica (esto es, Terapia Cognitivo-Conductual o la Terapia de Exposición a Señales de Droga/Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento más tratamiento farmacológico) se observó en diferentes estudios, con seguimientos de 3 meses (Feeney, Connor, Young, Tucker y McPherson, 2004), de 12 meses (Monti et al., 2001; 1993) y en un ensayo en doble ciego con seguimiento de 6 meses (Balldin et al., 2003). Por otra parte, la administración únicamente de la terapia basada en el “seguimiento/soporte prácticamente diario” por una enfermera especializada (NF en Tabla 3) durante varias semanas, ha demostrado mejorar la efectividad del acamprotrato en la deshabituación alcohólica y prevención de recaídas durante 6 meses de seguimiento. Está por determinar, en estudios más exhaustivos, cuál o cuáles son los principales elementos activos que esta terapia contiene (Pelc et al., 2005), pero parece relevante el hecho de que el beneficio terapéutico (de la combinación de terapias) se mantenga tras 6 meses (Pelc et al., 2005).

También es interesante observar que si se añade la Terapia Cognitivo-Conductual o la Terapia de Facilitación de 12 pasos (Tabla 3) al tratamiento con Disulfiram, se obtienen resultados terapéuticos superiores a la administración aislada de las mismas (Tabla 3; Carroll, Nich, Ball, McCance y Rousaville, 1998).

A partir de estos resultados se podría concluir que la combinación de terapias psicológicas bien establecidas (protocolizadas y/o estandarizadas) y farmacológicas en el tratamiento de deshabituación para el alcoholismo, ofrece un panorama alentador, puesto que en los escasos estudios publicados, se han obtenido resultados mayoritariamente positivos para la combinación terapéutica psicológica/farmacológica (en especial cuando el fármaco utilizado era naltrexona). Y, en los casos en que no se ha obtenido evidencia claramente positiva, la combinación de terapias no se ha diferenciado (en las principales variables dependientes)

del mejor resultado terapéutico obtenido tras la administración de las terapias psicológicas o farmacológicas por separado (Tabla 3).

En cuanto a la efectividad de los tratamientos para la dependencia de nicotina, la terapia de “sustitución de nicotina” y la administración de bupropion se ha constatado que confieren el doble de posibilidades de conseguir la abstinencia de nicotina, a corto y medio plazo (aproximadamente 1 año o menos; Ingersoll y Cohen, 2005; Glover, Glover y Payne, 2003). Persisten, no obstante, muchos interrogantes sobre si la combinación de ambas farmacoterapias (parcialmente efectivas) puede ser más positiva (Ingersoll y Cohen, 2005). Por el contrario, la combinación de esas terapias farmacológicas con los mejores (o los más probados) tratamientos cognitivo-conductuales muestra un incremento de la abstinencia de entre un 150% y un 200% respecto a cualquiera de aquellas terapias (psicológicas y/o farmacológicas) administradas aisladamente (ver Tabla 4), a pesar de que no se hayan obtenido los mismos resultados en todo tipo de muestras de pacientes dependientes de nicotina (Glover, Glover y Payne, 2003; Ingersoll y Cohen, 2005; Sutherland, 2002). Aunque los resultados obtenidos en los estudios mostrados son alentadores, se deben interpretar teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas que presentan, sobre todo en cuanto al tiempo de seguimiento, ya que la mitad de estos estudios contaban con seguimientos inferiores a 2 meses, lo que limita de forma considerable la generalización de los resultados por el desconocimiento de la efectividad de los tratamientos a más largo plazo.

En referencia a las terapias administradas a personas dependientes de psicoestimulantes (y en concreto a la cocaína), aunque no se pueda concluir aún que existan tratamientos (farmacológicos o psicológicos) inequívocamente efectivos (Carroll et al., 1997; Childress et al., 1993; Hodgson et al., 1993; Monti y Rohsenow, 1999; ver también Tobeña et al., 1993a-b), las terapias de Entrenamiento en exposición a señales de droga (CET) y el Entrenamiento en Habilidades Sociales (CST; Tabla 5), entroncan con el cuerpo de conocimientos de la psicología del aprendizaje y del aprendizaje social y muestran efectos positivos esperanzadores, aunque lejos de ser espectaculares. La fundamentación científica de terapias como el Entrenamiento en Habilidades Sociales –CST- o el Entrenamiento en exposición a señales de droga –CET- permite una mejor operacionalización de sus elementos activos y comprobación de hipótesis científicas concretas, en relación con otras terapias psicológicas menos interpretables en cuanto a sus componentes terapéuticos activos (Carroll et al., 1997; Childress et al., 1993; Hodgson et al., 1993; Monti y Rohsenow, 1999; Trujols et al., 2007), y es de esperar por ello, que con el punto de partida del Entrenamiento en Habilidades Sociales –CST- o/y el Entrenamiento en exposición a señales de droga –CET- se produzcan mayores avances en un futuro próximo.

Por último, un porcentaje importante de los pacientes con trastornos por dependencia a opiáceos, abandonan el tratamiento sobre todo en las primeras semanas de admi-

sión. Por este motivo, las terapias basadas en el manejo de contingencias se muestran eficaces cuando se combinan con fármacos agonistas como la metadona. En referencia a los programas de sustitución y mantenimiento con metadona, uno de los problemas que presentan es la capacidad adictiva de la metadona en sí misma y en el elevado índice de recaídas. En referencia a la administración de naltrexona, que se supone debería facilitar la extinción de la conducta adictiva y de la potencia de las asociaciones (condicionamiento clásico) entre el uso de la droga y las señales-situaciones contextuales, los estudios sistemáticos realizados han mostrado que estas premisas no se cumplen. De hecho, uno de los problemas más acuciantes es el de las elevadas tasas de abandono del tratamiento con naltrexona (40% en el primer mes y 60% durante los primeros tres meses). Por ello, se considera crucial el disponer de tratamientos psicológicos específicos que promuevan el aumento de la adherencia en la terapia con naltrexona, y permitan así acceder a los procesos psicológicos subyacentes en la conducta de consumo y mantenimiento de la adicción.

En efecto, los resultados de los estudios referidos en la Tabla 6 sugieren que, combinar el programa de metadona o el tratamiento con naltrexona con determinadas terapias psicológicas confiere mayor y más duradero efecto terapéutico (además de mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos, aspecto este que se considera crucial) que los tratamientos farmacológicos estándar administrados aisladamente (Amato et al., 2004; Carroll et al., 2001; McLellan, Arndt, Metzger, Woody y O’Brien, 1993).

## Conclusiones

A modo de conclusión, en función de la literatura revisada, se pueden resaltar los siguientes puntos y, tal vez, recomendaciones:

- (1) Respecto al tratamiento de elección para la dependencia del alcohol (Tablas 1-3), como terapia psicológica aplicada de forma aislada destaca la eficacia de la Intervención Motivacional Breve (68% de eficacia y 12.7 puntos de rigor metodológico, Miller y Wilbourne, 2002), así como también el acamprosato y la naltrexona administrados de forma aislada (Miller y Wilbourne, 2002; Paille et al., 1995; Rösner et al., 2010a). Revisiones actuales concluyen, no obstante, que la terapia más efectiva para aumentar el tiempo de abstinencia y mejorar la adherencia al tratamiento, es la compuesta por la administración combinada de fármacos (naltrexona) y de la Terapia Cognitivo-Conductual (Ballidin et al., 2006; Gueorgieva et al., 2010; Raymond et al., 2006).
- (2) Respecto al tratamiento de elección para la dependencia a la nicotina (Tabla 4), es recomendable el tratamiento combinado de Terapia Cognitivo-Conductual y tratamiento de sustitución farmacológica (parche de nicotina), para obtener mayores porcentajes de abstinencia (Simon, Cardony, Hudes, Snyder y Murray, 2003).

- (3) Respecto al tratamiento de elección para la dependencia a estimulantes (Tabla 5), y puesto que aún no se ha demostrado definitivamente la eficacia de ningún fármaco, cabe señalar que el tratamiento combinado de Terapia Cognitivo-Conductual junto con la administración de disulfiram (Carroll, Nich, Ball, McCance y Rounsaville, 1998) ha sido el más eficaz.
- (4) Respecto al tratamiento de elección para la dependencia a opiáceos (heroína; Tabla 6), parece recomendable la aplicación del programa de sustitución y mantenimiento con metadona o el tratamiento con naltrexona junto con la administración de la Terapia de Conducta Familiar y de Pareja, para así mejorar la retención en el tratamiento y obtener mayor disminución en el consumo por parte los pacientes (Carroll et al., 2001; McLellan, Arndt, Metzger, Woody y O'Brien, 1993).

De modo más general, a partir de los resultados de los estudios revisados, cabe concluir que las farmacoterapias para la deshabitación muestran resultados terapéuticos limitados, debido probablemente a su acción focalizada en determinados aspectos del Trastorno por dependencia de sustancias, en detrimento de los procesos psicológicos que intervienen y que pueden influir de manera decisiva en la conducta adictiva (como, por ejemplo, procesos motivacionales o procesos de condicionamiento a "señales de droga").

## Referencias

- Aalto, M., Seppa, K., Mattila, P., Mustonen, H., Ruuth, K., Hyvarinen, H., Pulkkinen, H., Alho, H. y Sillanauke, P. (2001). Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: A three-year randomized controlled study. *Alcohol & Alcoholism*, 36, 224-230.
- Álvarez, J. (1993). Tratamiento de los problemas de abuso de opiáceos. *Anales de Psicología*, 9, 71-81.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. y Mayet, S. (2004). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxication. *Cochrane Database System Review*, 4, CD005031. [Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri M. y Mayet S. Tratamientos psicosociales y farmacológicos versus tratamientos farmacológicos para la desintoxicación de opiáceos. Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update].
- Anton, R.F., Moak, D.H., Latham, P., Waid, L.R., Voronin, K., Thevos, A., Wang, W. y Woolson, R. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, 349-357.
- Anton, R.F., O'Malley, S.S., Ciraulo, D.A., Cisler, R.A., Couper, D., Donovan, D.M., Castfriend, D.R., Hosking, J.D., Johnson, B.A., Lo Castro, J.S., Longbaugh, R., Mason, B.J., Mattson, M.E., Miller W.R., Pettinati, H.M., Randall, C.L., Swift, R., Weiss, R.D., Williams, L.D. y Zweben, A. (2006). Combined pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence: The COMBINE Study: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 295, 2003-2017.
- Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M.A. y Secades (2008). *Guías Clínicas Sociodroalcohol. Basadas en la evidencia científica: opiáceos*. Fernández-Miranda, J.J. (Coord.). Valencia: Sociodroalcohol.
- Balcells, M., Torres, M. y Yanhe, C.E. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*, 16, 227-236.
- Ballin, J., Berglund, M., Borg, S., Mansson, M., Bendtsen, P., Franck, J., Gustafsson, L., Halldin, J., Nilsson, L.H., Stolt, G. y Willander, A. (2003). A 6-month controlled naltrexone study: combined effect with cognitive behavioral therapy in outpatient treatment of alcohol dependence. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 27, 1142-1149.
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 85, 48-69.
- Becoña, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*, 16, 237-263.
- Carroll, K.M. (1997). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve drug abuse outcomes. *Addictive Behaviors*, 22, 233-245.
- Carroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., O'Connor, P.G., Eagan, D.A., Frankforter, T.L., Triffleman, E.G., Shi, J. y Rounsaville, B.J. (2001). Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence. Efficacy of contingency management and significant other involvement. *Archives of General Psychiatry*, 58, 755-761.
- Carroll, K.M., Nich, Ch., Ball, S.A., McCance, E. y Rounsaville, B.J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93, 713-728.
- Casete, L. & Climent, B. (2008). *Guía clínica sociodroalcohol basadas en la evidencia científica: cocaína*. Terán, A. (Coord.). Valencia: Sociodroalcohol.
- Chick, J., Anton, R., Checinski, K., Croop, R., Drummond, D.C., Farmer, R., Labriola, D., Marshall, J., Moncrieff, J., Morgan, M.Y., Peters, T. y Ritson, B. (2000). A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol dependence or abuse. *Alcohol & Alcoholism*, 35, 587-593.
- Childress, A.R., Hole, A.V., Ehrman, R. N., Robbins, S.J., McLellan, A.T. y O'Brien, C.P. (1993). Reactividad ante estímulos en la dependencia de la cocaína y de los opiáceos: visión general de las estrategias para afrontar los deseos irresistibles de droga y la excitación condicionada. En M. Casas y M Gossop (Eds.) *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 191-222). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- De Sousa, A. y De Sousa, A. (2005). An open randomized study comparing disulfiram and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol & Alcoholism*, 40, 545-548.

- DeWildt, W.A.J.M., Schippers, G.M., Van den Brink, W., Potgieter, A.S., deckers, F. y Bets, D. (2002). Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprostate in patients with alcohol problems? *Alcohol & Alcoholism*, 37, 375-382.
- Drummond, D.C. y Glautier, S. (1994). A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 809-817.
- Drummond, D.C. (1997). Meta-analysis in alcohol treatment research: does it help us to know what works? *Addiction*, 97, 297-299.
- Epstein, D.H., Hawkins, W.E., Covi, L., Umbricht, A. y Preston, K.L. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 73-82.
- Feeney, G.F., Connor, J.P., Young, R.M., Tucker, J. y McPherson, A. (2004). Alcohol dependence: the impact of cognitive behavior therapy with or without naltrexone on subjective health status. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 842-848.
- Feeney, G.F., Young, R.M.D., Connor, J.P., Tucker, J. y McPherson, A. (2002). Cognitive behavioral therapy combined with the relapse-prevention medication acamprostate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 622-628.
- Fernández, J.J. y Pereiro, C. (2007). *Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Jaén, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Meecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A. C., Villejo, L., Wewers, M.E., Baker, T., Fox, B.J. y Hasselblad, V. (2000). Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (resumen en castellano en JAMA vol. 283, 24).
- García, R. (1993). Algunas intervenciones psicológicas orientadas a la abstinencia en los dependientes del alcohol. *Anales de Psicología*, 9, 43-51.
- Glover, E.D., Glover, P.N. y Payne, T.J. (2003). Treating nicotine dependence. *American Journal of Medical Science*, 326, 183-186.
- Gowing, L.; Ali, R. & White, J. (2008). Buprenorfina para el tratamiento de la abstinencia de opiáceos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Guardia, J., Jiménez-Arriero, M.M., Pascual, P., Flórez, G. y Contel, M. (2009). *Guías clínicas sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica: alcohol*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Gueorguieva, R., Wu, R., Donovan, D., Rounsaville, B.J., Couper, D., Krystal, J. y O'Malley, S.S. (2010). Naltrexone and combined behavioral intervention effects on trajectories of drinking in the COMBINE study. *Drug and Alcohol Dependence*, 107, 221-229.
- Hammarberg, A., Wennberg, P., Beck, O. y Franck, J. (2004). A comparison of two intensities of psychosocial intervention for alcohol dependent patients treated with acamprostate. *Alcohol & Alcoholism*, 39, 251-255.
- Herrero, F.J. y Moreno, J.J. (2004). Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones*, 16, 287-301.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F. y Badger, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763-769.
- Hodgson, R.J. (1993). Exposición a estímulos y prevención de recaídas. En M. Casas y M Gossop (Eds.) *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp.161-190). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Ingersoll, K.S. y Cohen, J. (2005). Combination treatment for nicotine dependence: state of the science. *Substance Use Misuse*, 40, 1895-1897.
- Key, J.D., Marsh, L.D., Carter, C.L., Malcolm, R.J. y Sinha, D. (2004). Family-focused smoking cessation: enhanced efficacy by the addition of partner support and group therapy. *Substance Abuse*, 25, 37-41.
- Kranzler, H.R. y Van Kirk, J. (2001). Efficacy of naltrexone and acamprostate for alcoholism treatment: a meta-analysis. *Alcohol: Clinical & Experimental Research*, 25, 1335-1341.
- Lai, D.T., Cahill, K., Qin, Y. y Tang J.L. (2010). Intervenciones motivacionales para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010, número 1. Oxford update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD006936. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Mattson M.E. y Litten, R.Z. (2005) Combining treatments for alcoholism: why and how? *Journal of Studies of Alcohol*, 15 (Suppl.), 8-16.
- McLellan, A.T., Arndt, I.O., Metzger, D.S., Woody, G.E. y O'Brien, C.P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*, 269, 1953-1959.
- Miller, W.R. y Willbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Monti, P.M. y Rohsenow, D.J. (1999). Coping-skills training and Cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 23, 107-115.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Rubonis, A.V., Niaura, R.S., Sirota, A.D., Colby, S.M., Goddard, P. y Abrams, D.B. (1993). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1011-1019.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Swift, R.M., Gulliver, S.B., Colby, S.M., Mueller, T.I., Brown, R.A., Gordon, A., Abrams, D.B., Niaura, R.S. y Asher M.K. (2001). Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills training for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 25, 1634-1647.
- National Institute on Drug Abuse (1999). Principles of Drug Addiction Treatment. A research-based Guide: National Institute of Drug Abuse.
- National Institute on Drug Abuse (2005). Heroin Abuse and Addiction. Research Report Series. Washington: US Department of Health and Human Services.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Anual 2008: El problema de las drogodependencias en Europa. Lisboa: OEDT; 2010.
- Paille, F.M., Gueffi, J.D., Perkins, A.C., Royer, R.J., Steru, L. y Parot, P. (1995). Double-blind randomized multicentre trial of acamprostate in maintaining abstinence from alcohol. *Alcohol & Alcoholism*, 30, 239-247.
- Pedrero, E.J., Fernández, J.R., Casete, L., Bermejo, M.P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Becoña, E. y Cater, M. (Coord.). Sociodrogalcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pelc, I., Ansoms, C., Leher, Ph., Fischer, F., Fuchs, W.J., Landron, F., Pires-Preto, A.J. y Morgan, M.Y. (2002). The European NEAT program: An integrated approach using acamprostate and psychosocial support for the prevention of relapse in alcohol-dependent patients with statistical modeling of therapy success prediction. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 26, 1529-1538.
- Pelc, I., Hanak, C., Baert, I., Houtain, C., Leher, P., Landron, F. y Vernanck, P. (2005). Effect of community nurse follow-up when treating alcohol dependence with acamprostate. *Alcohol & Alcoholism*, 40, 302-307.
- Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: PNSD; 2009.
- Raymond, A., O'Malley, S., Ciraulo, D., et al. (2006). Combined pharmacotherapies and Behavioral interventions for Alcohol Dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *JAMA*, 295, 2003-2017.
- Roncero, C. y Casas, M. (2005). Eficacia Clínica de la buprenorfina. *Trastornos Adictivos*, 7, 23-26.
- Rosehnaw D.J., Monti, P.M., Martin, R.A., Colby, S.M., Myers, M.G., Gulliver, S.B., Brown, R.A., Mueller, T.I., Gordon, A. y Abrams, D.B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862-874.
- Rosehnaw, D.J., Monti, P.M., Martin, R.A., Michalec, E. y Abrams, D.B. (2000). Brief coping skills training for cocaine abuse: 12-month substance use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 515-520.
- Rösner, S.; Hackl-Herrwerth, A.; Leucht A.; Leher, P.; Vecchi, S.; Soyka, M. Y Soyka, M. (2010a). Acamprostate para la dependencia del alcohol. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 9, Art. No.: CD004332. DOI: 10.1002/14651858.CD004332.
- Rösner, S.; Hackl-Herrwerth, A.; Leucht A.; Leucht, S.; Vecchi, S.; Srisurapanont, M. y Soyka, M. (2010b). Antagonistas opiáceos para el

- alcoholismo. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 12, Art. No.: CD001867. DOI: 10.1002/14651858.CD001867.
- Sáiz, P.A., García-Portilla, M.P., Martínez, S., Bascarán, M.T., Paredes, B. y Bobes, J. (2004). Tratamiento farmacológico. *Psicofármacos. Adicciones*, 16, 275-285.
- San-Molina, S. y Arranz, L. (2001). Aproximación terapéutica a la dependencia de cocaína. *Adicciones*, 13, 191-208.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007). El programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 19, 51-57.
- Simon, J.A., Cardomy, T.P., Hudes, E.S., Snyder, E. y Murray, J. (2003). Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: A randomized trial. *The American Journal of Health*, 114, 555-562. Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>].
- Solé, J. (2001). Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia. *Adicciones*, 13, 209-224.
- Soyka, M., Preuss, U. y Schuetz, C. (2002). Use of acamprosate and different kinds of psychosocial support in relapse prevention of alcoholism. Results from a non-blind, multicentre study. *Drugs R D*, 3, 1-12.
- Spirito, A., Monti, P.M., Barnett, N.P., Colby, S.M., Sindelar, H., Rohsenow, D.J., Lewander, W. y Myers, M. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Journal of Pediatrics*, 145, 396-402.
- Stella, L.; Adolorato, G.; Rinaldi, B.; Capuano, A.; Berrino, L.; Rossi, F. y Maione, S. (2008). An open randomized study of the treatment of escitalopram alone and combined with gamma-hydroxybutyric acid and naltrexone in alcoholic patients. *Pharmacological Research*, 57, 312 - 317.
- Stitzer, M.L. y Walsh, S.L. (1997). Psychostimulant abuse: The case for combined behavioral and pharmacological treatments. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 57, 457-470.
- Sutherland, G. (2002). Current approaches to the management of smoking cessation. *Drugs*, 62 (Suppl), 53-61.
- Tobeña, A., Fernández-Teruel, A., Escorihuela, R.M. Zapata, A., Núñez, J.F., Ferré, P. y Sánchez, X. (1993a). Límites de la habituación e inestabilidad de la extinción: Implicaciones para los tratamientos basados en exposición a "señales de droga". En M. Casas y M Gossop (Eds.) *Recatida y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 223-244). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Tobeña, A., Fernández-Teruel, A., Escorihuela, R.M. Zapata, A., Núñez, J.F., Ferré, P., Sánchez, X. (1993b). Limits of habituation and extinction: implications for relapse prevention programs in addictions. *Drug and Alcohol Dependence*, 32, 209-217.
- Trujols, J., Luquero, E., Siñol, N., Bañuls, E., Tejero, A., Batlle, F. y Pérez de los Cobos, J. (2007). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of cocaine dependence. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 190-198.

(Artículo recibido: 08-09-2011, revisado: 13-11-2012, aceptado: 23-02-2012)

## Anexo I

**Tabla Suplementaria.** Listado de terapias y abreviaciones incluidas en la revisión.

Terapias		Descripción de las terapias	Referencia Tablas del texto
CRA	Aproximación de Reforzamiento Comunitario	Consta de los siguientes componentes: pauta de administración de Disulfiram, entrenamiento en habilidades de comunicación, terapia familiar y de pareja, establecimiento de un club social abstemio, actividades recreativas no relacionadas con las drogas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento enfocado al craving y resistencia de la presión social.	1, 5
TSF	Terapia de Facilitación de 12 Pasos	Predominan tres aspectos fundamentales: la aceptación (de la drogadicción como enfermedad crónica progresiva, con la abstinencia como única alternativa), la entrega (aceptar ayuda de otros) y seguimiento (realizar actividades establecidas en el programa).	3
IB	Intervención Motivacional Breve	Está orientada a la reducción del consumo más que a la abstinencia, a partir del consejo directo e información sobre las consecuencias negativas del consumo. Duración de 2-3 sesiones de unos 20 minutos.	1, 3, 4
CST	<i>Coping/Social Skills Training</i> o Entrenamiento en Habilidades Sociales	Se centra en el entrenamiento de los siguientes aspectos: habilidades interpersonales, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes, y afrontamiento de situaciones de consumo de sustancias.	1, 3, 4, 5
Consejo	Terapia de Consejo	Consejo médico directo sobre las consecuencias negativas del consumo.	4
ICBI	Terapia Cognitivo-Conductual Intensiva	Integra la intervención cognitivo-conductual con elementos de habilidades de afrontamiento en situaciones de riesgo de recaída.	4
CET	<i>Cue Exposure Training</i> o Terapia de Exposición a Señales de Droga	Tienen el objetivo de reducir la reactividad a las señales mediante procedimientos de control estimular y de exposición. Se basa en la repetición a señales pre-consumo de sustancias en ausencia de consumo real (prevención de respuesta) y extinción de las respuestas condicionadas.	1, 3, 5
CBT	Terapia Cognitivo-Conductual	Componentes básicos: análisis funcional del abuso de la droga, entrenamiento en reconocimiento y afrontamiento del craving, solución de problemas, afrontamiento de emergencias, habilidades de afrontamiento, identificación y análisis de situaciones de riesgo y entrenamiento en habilidades. Duración: 12-16 sesiones.	3, 5
	Tratamientos de "Counseling"	Exposición sistemática a estímulos (condicionados/asociados al consumo) y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, terapia cognitivo-conductual, prevención de recaídas y entrevista motivacional.	5
MRT	Terapia de Meditación-Relajación	Terapia complementaria. Su objetivo es reducir la tensión corporal relacionada con el deseo de consumir/abstinencia o con problemas cotidianos del paciente, a partir de ejercicios mentales de control de la respiración y del pensamiento.	5
MET	Terapia de Reforzamiento Motivacional	Su objetivo es suscitar la motivación hacia el cambio a partir de la entrevista motivacional, combinada con la respuesta personal de la valoración del paciente previa al tratamiento	5
EMS	<i>Enhanced Methadone Services</i> o Terapia Conductual Familiar y de Pareja	Consiste en: servicio aumentado de metadona, consejo psiquiátrico y terapia familiar. Se centra en el entrenamiento de habilidades de comunicación y aumento del reforzamiento positivo en las relaciones familiares.	1, 6
E-NTX	Tratamiento Estándar con Naltrexona		6
SMS	<i>Standard Methadone Services</i>	Servicio estándar de metadona junto con consejo terapéutico.	6
MMS	Minimum Methadone Services	Servicio mínimo de metadona.	6
CM	Terapia de Manejo de Contingencias	Se basa en el empleo de contingencias asociadas directamente al consumo o a la abstinencia de la drogas (uso de recompensas o castigos contingentes a la abstinencia y al consumo, respectivamente).	6