

2008

Guías Clínicas **SOCIDROGALCOHOL**
basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA

GUÍA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES

Elisardo Becoña Iglesias

Maite Cortés Tomás

[Coordinadores]

Eduardo José Pedrero Pérez

José Ramón Fernández Hermida

Lorena Casete Fernández

M^a Pilar Bermejo González

Roberto Secades Villa

Vicente Tomás Gradolí

Editado por

SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



Financiado por



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD
DIRECCIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
Sobre Drogas

GUÍA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES

Guías Clínicas **SOCIDROGALCOHOL**
basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA

Elisardo Becoña Iglesias

Maite Cortés Tomás

[Coordinadores]

Eduardo José Pedrero Pérez

José Ramón Fernández Hermida

Lorena Casete Fernández

M^a Pilar Bermejo González

Roberto Secades Villa

Vicente Tomás Gradolí

Editado por

SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholicismo y las otras Toxicomanías



Financiado por



COORDINADOR

Elisardo Becoña Iglesias
Maite Cortés Tomás

AUTORES

Eduardo José Pedrero Pérez
José Ramón Fernández Hermida
Lorena Casete Fernández
M^a Pilar Bermejo González
Roberto Secades Villa
Vicente Tomás Gradolí

REVISORES

Francisco Arias Horcajadas
Julio Bobes García
Amador Calafat Far
Montserrat Contel Guillamont
Juan José Fernández Miranda
Josep Guardia Serecigni
Enriqueta Ochoa Mangado
Francisco Pascual Pastor
César Pereiro Gómez
Antonio Terán Prieto
Juan Miguel Llorente del Pozo

Esta Guía Clínica ha sido financiada con la ayuda de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (convocatoria septiembre 2007)



EDITA: Socidrogalcohol • TIRADA: 3.000 ejemplares

PORTADA: *Martín Impresores, S.L.*

I.S.B.N.: 978-84-612-4795-0

DEP. LEGAL: V-2818-2008

IMPRIME: MARTIN IMPRESORES, S.L. • Pintor Jover, 1 - 46013 VALENCIA

SOCIDROGALCOHOL

Avda. Vallcarca nº 180, Barcelona

Tel.: 932103854

E-mail: socidrogalcohol@socidrogalcohol.org

www.socidrogalcohol.org

Índice

PRÓLOGO	9
PREÁMBULO	11
1. FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS	13
1.1. LA CENTRALIDAD DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	13
1.2. MOTIVACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	16
1.3. VARIABILIDAD PSICOLÓGICA Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES	18
1.4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y RECAÍDAS	19
1.5. CONCLUSIÓN	21
2. ESTADIOS DE CAMBIO, ENTREVISTA Y TERAPIA MOTIVACIONAL	23
2.1. MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO	23
2.1.1. EVIDENCIA EMPÍRICA	26
2.2. ENTREVISTA Y TERAPIA MOTIVACIONAL	29
2.2.1. EVIDENCIA EMPÍRICA	31
3. TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES	41
3.1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO	42
3.2. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	43
3.3. MANEJO DE CONTINGENCIAS	44
3.4. TERAPIA COGNITIVA	45
3.5. EVIDENCIA EMPÍRICA	47
3.5.1. MODALIDADES	47
3.5.1.1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO	47
3.5.1.2. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	49
3.5.1.3. MANEJO DE CONTINGENCIAS	49
3.5.1.4. TERAPIA COGNITIVA	54

3.5.2. MODELOS MULTICOMPONENTES.....	55
3.5.2.1. LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS.....	55
3.5.3. COMPARACIÓN CON OTROS ENFOQUES TERAPÉUTICOS.....	59
3.5.4. FORMATO INDIVIDUAL VERSUS GRUPAL.....	60
3.5.5. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO.....	60
3.5.6. DURACIÓN DE LOS EFECTOS.....	62
3.5.7. APLICACIÓN A POBLACIONES ESPECIALES: ADOLESCENTES.....	63
3.5.8. TRATAMIENTOS COMBINADOS.....	64
3.5.9. NUEVAS DIRECCIONES.....	67
4. TERAPIAS CENTRADAS EN LA FAMILIA.....	71
4.1. MODELO SISTÉMICO.....	73
4.2. TERAPIAS CENTRADAS EN LA FAMILIA EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES.....	76
4.2.1. TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL, MDFT.....	76
4.2.2. TERAPIA FAMILIAR BREVE ESTRATÉGICA, BSFT.....	77
4.2.3. TERAPIA FAMILIAR MULTISISTÉMICA, MSFT.....	79
4.2.4. TERAPIA CONDUCTUAL FAMILIAR Y DE PAREJA.....	80
4.3. EVIDENCIA EMPÍRICA.....	80
4.3.1. TERAPIA FAMILIAR BREVE ESTRATÉGICA.....	80
4.3.2. TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL Y MULTISISTÉMICA.....	82
4.3.3. TERAPIA CONDUCTUAL FAMILIAR.....	85
5. TERAPIAS ANALÍTICAS Y PSICODINÁMICAS.....	87
5.1. TERAPIA DE SOPORTE EXPRESIVO (TSE).....	90
5.2. TERAPIA INTERPERSONAL (TIP).....	91
6. COMORBILIDAD Y TRATAMIENTOS INTEGRADOS EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS.....	93
6.1. EPIDEMIOLOGÍA.....	94
6.2. HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS.....	96
6.3. TRATAMIENTO.....	98

6.4. EVIDENCIA EMPÍRICA	101
6.4.1. TRATAMIENTOS INTEGRADOS	101
6.4.2. ESTUDIOS CONTROLADOS	102
6.4.3. ESTUDIOS NO CONTROLADOS	104
7. RESUMEN DE EVIDENCIAS	107
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

Prólogo

Como clínico y Presidente de Socidrogalcohol, me produce gran satisfacción comprobar el alto grado de ejecución de la serie Guías Clínicas que facilitan el tratamiento personalizado y de máxima eficiencia en el campo de las adicciones.

En esta área de la clínica psicosocial de las adicciones, es a mi juicio de particular interés tener recomendaciones basadas en hechos y evidencias contrastadas a nivel internacional y de acuerdo a criterios estándar. En los campos donde la mayor parte de los tratamientos psicológicos resultan ser eficaces, pero en muchas ocasiones aplicados sin manualización, y en otras ocasiones sin conocimiento de la eficiencia esperada, supone una gran ayuda el conocimiento del criterio de la sociedad profesional, en este caso Socidrogalcohol.

A pesar de esta gran limitación los autores, prestigiosos investigadores y clínicos españoles, han recopilado de manera exhaustiva y ordenado ponderadamente, y considerando más bien el grado de evidencia “a la baja”, todas las experiencias psicoterapéuticas habidas y publicadas en el campo de las adicciones. La guía que tengo el honor de prologar en esta ocasión va dirigida a la intervención psicológica en un campo clínico muy diversificado y donde las evidencias presentan también mucha variación en el grado de demostración.

En la presente “Guía Clínica”, realizada con la inestimable ayuda del Plan Nacional sobre Drogas, se detallan con especial profundidad los fundamentos psicológicos del tratamiento en el caso de los diferentes pacientes adictos. Los autores ofrecen y describen las diferentes orientaciones psicoterapéuticas dirigidas a promover cambio, a facilitar habilidades de afrontamiento o manejos de contingencias, a conseguir cambios cognitivos y comportamentales, cambios en la estructura y función del sistema familiar y orientaciones psicodinámicas.

El marco de las intervenciones que se analizan es de tipo integral e integrado, en particular para los pacientes comórbidos, afectos en muchas ocasiones de patología dual.

Al objeto de facilitar el acceso rápido a las indicaciones psicoterapéuticas se ofrece un resumen de las recomendaciones a tener en cuenta en el trabajo psicoterapéutico con los pacientes adictos.

Los aspectos de intervención psicológica quedan exhaustivamente recogidos, ya que los prestigiosos autores, coordinados por los Dres. Becoña

y Cortés, constituyen un equipo multidisciplinar de larga trayectoria en el campo de las adicciones.

En resumen, la serie Guías Clínicas, se enriquece con esta nueva publicación dedicada a los pacientes afectados de trastornos adictivos, lo que sin duda redundará en una práctica clínica de mejor calidad.

Esperamos, por tanto, que esta fórmula de desarrollar niveles de acuerdo entre los profesionales y el estado actual del conocimiento facilite a los clínicos y preventivistas un mejor manejo de los sistemas de información clínica y una buena justificación en la toma de decisiones clínicas.

Mayo, 2008

Julio Bobes

Presidente Socidrogalcohol

Preámbulo

La aparición en los últimos años de innumerables evidencias científicas, diversos instrumentos de detección y diagnóstico y nuevos fármacos y tratamientos psicológicos para el tratamiento de los distintos trastornos adictivos, y especialmente para los trastornos por abuso de sustancias, ha aportado un enorme progreso tanto al conocimiento de este trastorno como a la optimización de los resultados de su tratamiento.

Sin embargo, algunas de dichas innovaciones no han llegado a ser totalmente conocidas por los profesionales y determinadas evidencias científicas, aunque prometedoras, son sólo preliminares, y están pendientes de confirmación por otros estudios futuros.

Por todo ello, se hacía necesario recopilar este conocimiento científico actualizado en una Guía Clínica, que sea de máxima utilidad para los profesionales que trabajan con los problemas relacionados con los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

SOCIDROGALCOHOL, la Sociedad Científica Española de estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las Otras Toxicomanías, que viene trabajando con la problemática del alcoholismo, el tabaquismo, las drogas ilegales y otras adicciones desde hace 40 años, ha procedido a la recolección de datos científicos actualizados sobre las intervenciones psicoterapéuticas eficaces para las adicciones debidas al trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Esta guía sobre la intervención psicológica en adicciones es la quinta de la colección sobre GUÍAS CLÍNICAS SOCIDROGALCOHOL BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA, estando las previas dedicadas al alcoholismo, tabaquismo, cocaína y opiáceos.

Sin duda alguna esta guía es una importante aportación al conocimiento y buen hacer de la intervención psicológica en las adicciones que se viene haciendo desde hace muchos años en nuestro país. Hemos tenido la suerte de conseguir reunir para la elaboración de esta GUÍA a un excelente grupo de profesionales del campo clínico de las drogodependencias que han hecho un enorme esfuerzo de síntesis y análisis de las evidencias disponibles. Ahora la hacemos llegar al resto de los colegas y profesionales del campo de las drogodependencias y de la salud mental esperando que la misma les sea de utilidad. También tenemos que destacar la labor de los revisores que han hecho sugerencias de gran valor para mejorar el resultado final de la Guía.

Las evidencias científicas recopiladas han sido clasificadas de acuerdo con los Niveles de Evidencia y los diversos Grados de Recomendación, por lo

que se refiere a los distintos tipos de tratamiento psicoterapéutico y psicológico existentes para estos trastornos.

Las recomendaciones de esta Guía Clínica no obligan a los profesionales a proceder de este modo en su práctica clínica convencional. Es decir, no se trata de pautas obligatorias en el procedimiento asistencial de los psicólogos clínicos en el tratamiento de las personas con adicciones, sino simplemente de consejos prácticos que tienen el apoyo de una Sociedad Científica Profesional, como es SOCIDROGALCOHOL.

CRITERIOS UTILIZADOS

Niveles de evidencia:

1. Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis.
2. Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.
3. Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles.
4. Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

GRADO DE RECOMENDACIÓN

De acuerdo con los niveles de evidencia descritos:

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A (máxima)	1
B (alta)	2 y 3
C (media)	4

1. Fundamentos psicológicos del tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias

En 1999, el *Nacional Institute on Drug Abuse* (NIDA) publicó un total de trece principios, derivados de la investigación empírica realizada en los treinta años anteriores, considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias (National Institute on Drug Abuse, 1999) (ver Tabla 1). Vistos desde la perspectiva actual, estos principios continúan plenamente vigentes, no siendo cuestionados por la investigación.

A lo largo de este capítulo se intenta explicitar las conexiones entre el modelo subyacente a los tratamientos psicológicos y los principios de tratamiento efectivos, con el fin de resaltar el carácter *central y necesario* de los tratamientos psicológicos en la concepción y planificación de las intervenciones terapéuticas *efectivas* en las drogodependencias.

La exposición se centrará en cuatro ideas que describen la relación entre los principios y los tratamientos psicológicos, y que son: el carácter central de los tratamientos psicológicos, el carácter crítico y necesario del tratamiento psicológico para abordar la motivación del paciente, la conexión fundamental existente entre la variabilidad psicológica y el tratamiento de las adicciones y, por último, la importancia esencial del tratamiento psicológico en la prevención de las recaídas.

1.1. LA CENTRALIDAD DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Cuando se hace mención al modelo que subyace a los tratamientos psicológicos, no se está afirmando que exista una única forma de entender los procesos y determinantes de la conducta adictiva desde la Psicología. Lo que se quiere decir es que los tratamientos psicológicos se apoyan en un modelo psicológico, cuya naturaleza esencial consiste en comprender la conducta por su relación con el contexto, sea éste de carácter biográfico o social.

La propia descripción de los trastornos por abuso de sustancias de los sistemas de clasificación diagnóstica (en particular, el DSM –Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales–), ya asume la centralidad del modelo psicológico, si tenemos en cuenta que de los siete criterios para el diagnóstico de la dependencia, solo los dos primeros tienen que ver con aspectos fisiológicos (tolerancia y abstinencia). Los criterios 3, 4 y 5 se refieren al patrón conductual compulsivo inherente a la adicción a las drogas, carac-

terizado por dos fenómenos, el *craving* o experiencia subjetiva de desear o necesitar consumir drogas y la falta de control (la incapacidad para resistir el *craving*), es decir, la tendencia a elegir una recompensa menor, pero inmediata, frente a una recompensa de mayor magnitud, pero más demorada. Finalmente, los criterios 6 y 7 se centran en los efectos adversos (la pérdida de reforzadores) provocados por el consumo de drogas

La concepción psicológica de los trastornos de abuso de drogas es también la que subyace en el modelo bio-psico-social o bio-conductual de Pomerleau y Pomerleau (1987) que hoy constituye el marco predominante para el análisis y tratamiento de la conducta adictiva, basado en la evidencia. De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007). Tales componentes representan a variables mayoritariamente psicológicas o psico-sociales, con la única excepción de la parte biológica de la vulnerabilidad o los efectos fisiológicos del propio consumo, estos también muy sujetos a la interpretación psicológica. El contexto y las consecuencias, además de moldear la vulnerabilidad psicológica, se relacionan con la conducta del individuo a través de diversos mecanismos psicológicos, entre los que se encuentran los vinculados al aprendizaje (tales como los procesos de condicionamiento vicario, operante o clásico), o los patrones de comunicación e interacción (tal y como se entienden, por ejemplo, desde un modelo sistémico).

Los principios para el tratamiento efectivo de las drogodependencias se sitúan, sin lugar a dudas, dentro de unas coordenadas que reclaman una concepción psicológica del fenómeno adictivo y de su tratamiento. Así, el sexto principio afirma que “El *counseling* (individual o grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción”, el séptimo aclara que “La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el *counseling* y otras terapias conductuales”, el noveno establece que “La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo”, y por último, el principio doce recomienda “Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el HIV/ SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como *counseling* que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección”. El análisis de estos principios no deja lugar a dudas sobre el carácter central (crítico) del enfoque y el abordaje psicológico dirigido a modificar el comportamiento adictivo o de riesgo, a los que subordinan las estrategias de intervención biológica, que sólo adquieren sentido en un marco en el que el eje sea el tratamiento psicológico.

Tabla 1. Principios para el tratamiento efectivo del NIDA

1	No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos
2	El tratamiento necesita estar disponible fácilmente
3	El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas
4	Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona
5	Permanecer en tratamiento durante un adecuado período de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento
6	El <i>counseling</i> (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción
7	La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el <i>counseling</i> y otras terapias conductuales
8	Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada
9	La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo
10	El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo
11	El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente
12	Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/ SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como <i>counseling</i> que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección
13	La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento

Esta centralidad de los tratamientos psicológicos dentro de las intervenciones terapéuticas en las conductas adictivas no implica menoscabar la importancia de los abordajes sociales o biológicos. La conducta es el producto de múltiples factores, entre los que se encuentran los biológicos y sociales. Sin embargo, el estudio individual de la conducta adictiva exige un análisis funcional de las relaciones que existen entre los distintos factores y la

conducta, con lo que la visión psicológica se convierte inevitablemente en la perspectiva dominante en el campo del tratamiento.

Dejando a un lado la perspectiva social, muy general para que resulte útil en el tratamiento individual, podría decirse que la contrafigura posible a la perspectiva psicológica sería un modelo predominantemente biológico de la adicción. Tal modelo debería inspirar tratamientos con evidencia empírica, en el que los componentes psicológicos estuvieran al servicio de las intervenciones biológicas, que irían dirigidas a remediar o subsanar déficits o alteraciones biológicas subyacentes. No existe ningún tratamiento efectivo actual que tenga estas características. Por el contrario, las intervenciones farmacológicas adquieren su significado en el contexto de los tratamientos psicológicos, tal y como se apunta en el principio séptimo, que se ha mencionado anteriormente. Es esta constatación un argumento que confirma la característica central de los modelos y los tratamientos psicológicos en las adicciones.

1.2. MOTIVACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Efectivamente, hay diversos principios para el tratamiento efectivo que se refieren directa o indirectamente a la motivación. Y no se está hablando aquí sólo de motivación para entrar y seguir en el tratamiento, sino también de motivación para el cambio, un concepto que sólo puede ser entendido desde una perspectiva psicológica. Los principios más directamente relacionados son tres.

El primero de ellos afirma que “El tratamiento necesita estar disponible fácilmente”. Este principio se refiere claramente a la motivación para entrar en el tratamiento y promueve la eliminación de barreras que dificulten el acceso. Se presupone que la motivación para recibir tratamiento es baja, o al menos, inestable y que la disminución de las dificultades de acceso es un asunto crucial para que pueda haber alguna posibilidad de enrolar al paciente en el proceso terapéutico. Sin embargo, no debe confundirse este principio con la idea de que el paciente debe acceder al tratamiento voluntariamente para que haya posibilidad de éxito. Así, el décimo principio indica que “El tratamiento no necesita ser voluntario para que sea efectivo”. Lo esencial es que el paciente reciba el tratamiento en la dosis adecuada, no siendo tan relevante cómo llega a él.

Más importantes para el tema que nos ocupa son los otros dos principios. El principio tercero dice que “El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas”, y el cuarto afirma que “Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona”. Ambos principios

están claramente vinculados con varias ideas directamente relacionadas con los modelos y las técnicas de intervención psicológica. Estas ideas son las siguientes:

1. La conducta de auto-administración de drogas obedece a las mismas leyes que gobiernan la conducta normal en condiciones similares (McKim, 2000), luego, el cambio de conducta estará directamente relacionado con la modificación de las contingencias asociadas. Las necesidades del individuo condicionan las contingencias que se pueden utilizar en el tratamiento.
2. El uso de drogas es un tipo de comportamiento que tiene un carácter dimensional (desde la abstinencia, pasando por el consumo esporádico hasta el abuso continuo) que está multi-factorialmente determinado.
3. Las contingencias no están solamente relacionadas con las que se derivan directamente del consumo de la sustancia, tales como los efectos reforzantes (positivo o negativo) de su acción fisiológica, sino también se refieren a las ganancias y pérdidas de reforzadores en otros múltiples dominios, tales como el reconocimiento social, los recursos económicos, la salud, las relaciones afectivas, etc. En realidad, el efecto reforzante del consumo de una sustancia puede definirse como una función que resulta de la interacción de una persona multi-dimensional con el uso de la sustancia y el complejo contexto ambiental asociado (Gifford y Humphreys, 2007).
4. Según la Teoría de la Elección Conductual, el uso de drogas en el individuo se mantendrá mientras las ganancias por su consumo sean superiores a las pérdidas producidas por su precio (recursos empleados) más los costes de oportunidad (reforzadores alternativos perdidos por el uso de la sustancia) (Vuchinich y Heather, 2003).

Estas ideas conforman un modelo para explicar el cambio conductual, en donde la motivación para el cambio está íntimamente ligada a la modificación de múltiples factores relacionados directa o indirectamente con el consumo de drogas. Estos factores son, en su mayoría, variables de índole psicológica ya que su evaluación es de carácter individual y personal, no existiendo factor objetivo alguno que determine el uso o el rechazo de las drogas. Sólo desde esta perspectiva psicológica, tienen sentido los principios tres y cuatro que se han enumerado previamente y sólo desde las terapias psicológicas pueden abordarse estos factores de cambio y entenderse sus efectos sobre un patrón de uso dimensional de las drogas.

Es evidente que, dentro de este marco psicológico, cobra especial significación el uso de técnicas farmacológicas para la desintoxicación y el tratamiento de las adicciones. En ambos casos, se trataría de alterar el balance de costes y beneficios para el sujeto, reduciendo, en algunos casos, los costes

del cambio (p.ej.: minimizando los síntomas de abstinencia), o, en otros, los beneficios del consumo actual, como pasa con las medicaciones antagonistas. El uso de estrategias terapéuticas farmacológicas ajenas aparentemente a cualquier intervención psicológica explícita, no supone negar que la razón y el modelo implícitos que subyacen no sean psicológicos. Por ejemplo, el efecto terapéutico de los fármacos antagonistas se debe a la ruptura de la asociación estímulo (droga)-respuesta (efecto de la droga) y, en todo caso, a la inhibición de la conducta de consumo de drogas motivada por el conocimiento que el sujeto tiene de las consecuencias aversivas en caso de que se produjera dicho consumo. Por otra parte, nadie mide el éxito de las estrategias farmacológicas por las modificaciones que se producen en el organismo, sino por los cambios en el comportamiento del sujeto, que no están mecánicamente conectados con la acción biológica de la sustancia que se haya empleado.

Puede decirse, en resumen, que la motivación para el tratamiento y el cambio son conceptos psicológicos críticos en el tratamiento de las drogodependencias, que deben ser necesariamente abordados desde una perspectiva psicológica homogénea con la propia naturaleza del concepto de motivación, dentro de un plan de tratamiento que de forma explícita los contemple.

1.3. VARIABILIDAD PSICOLÓGICA Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

El tratamiento efectivo de las drogodependencias está íntimamente ligado a la evaluación y posible intervención sobre las características psicológicas individuales que pueden condicionar el resultado terapéutico.

Dos de los principios para el tratamiento efectivo del NIDA hacen mención indirecta o directa a la necesidad de atender a la variabilidad psicológica. El primer principio indica que “No hay un tratamiento único que sea eficaz para todos los individuos” y el octavo advierte que “Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada”.

Uno de los asuntos más complejos en el campo del tratamiento, es la equiparación entre la modalidad del tratamiento y las condiciones del individuo (variabilidad individual) con el fin de incrementar la efectividad de la intervención. Las investigaciones a gran escala demuestran la complejidad del problema cuando se fracasa en distinguir qué tratamientos psicológicos son más efectivos en los diferentes tipos de sujetos adictos (Addiction Editor, 1999; UK Alcohol Treatment Trial, 2005, 2008). Tanto en el proyecto MATCH como en el *UK Alcohol Treatment Trial* establecen como conclusión más relevante que todos los tratamientos de índole psicosocial funcionan bien y no hay diferencias sustanciales entre ellos, ni se puede establecer relación alguna entre tipología de paciente y resultado del tratamiento. Bien es verdad

que los problemas metodológicos en este tipo de estudios no son pequeños, y que tampoco resulta posible afirmar que sus resultados prueban la hipótesis nula, es decir, que todos los tratamientos funcionan igual (Gifford y Humphreys, 2007).

Las variables críticas que afectan a la ecuación que liga al tratamiento con el sujeto no parecen fáciles de detectar. Por el lado del tratamiento se encuentran el *setting*, la naturaleza del tratamiento, las cualidades del terapeuta, etc. De parte del individuo están las características del patrón comportamental a modificar (historia, factores intervinientes actuales, expectativas futuras), trastornos psicopatológicos asociados, motivación, apoyo social, creencias y actitudes frente al tratamiento, problemas médicos, psicológicos, legales y sociales, etc. El ajuste del tratamiento a las características individuales puede deberse en ocasiones a las condiciones legales, médicas o sociales del paciente, con el fin de atender a factores periféricos y no centrales a la modificación del trastorno adictivo. Así puede haber un tratamiento que tenga lugar en un contexto cerrado, por imperativo legal, hospitalario, por necesidades de control de las consecuencias médicas del consumo, o comunitario, para satisfacer las necesidades básicas de alojamiento o manutención. Sin embargo, serán fundamentalmente variables psicológicas las que aconsejarán el tipo y la forma del tratamiento dirigido a cambiar el patrón de conducta adictivo en cada individuo. Así, variables, que la investigación ha definido como mediadores relevantes (Gifford y Humphreys, 2007), tales como la función reforzante de la conducta de consumo, las necesidades psicológicas producidas por los trastornos comórbidos, las relaciones contextuales del sujeto con su entorno familiar y social, la motivación para el cambio, la relación terapéutica, y otras, sólo pueden ser analizadas e incorporadas, o en su caso manipuladas, con sentido, dentro de un plan de tratamiento psicológico integral.

1.4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y RECAÍDAS

Tanto los principios undécimo como decimotercero hacen referencia al problema de las recaídas. El principio número once dice que “El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente” y el número trece afirma que “La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento”. Ambos principios aluden de forma indirecta a la frecuencia con la que se presentan las recaídas, tanto durante como después de la finalización de los tratamientos, así como el grave problema que representan tanto a corto como a largo plazo para el éxito del tratamiento.

En una revisión (Niaura et al., 1988) de los distintos modelos de recaídas, los autores constataban la existencia de los siguientes modelos explicativos,

todos ellos de naturaleza psicológica: (1) El modelo del alivio de la abstinencia condicionada (Wikler, 1973); (2) El modelo de la respuesta compensatoria condicionada (Siegel, 1983); (3) El modelo de la apetencia motivacional condicionada (Stewart, de Wit y Eikelboom, 1984); y (4) El modelo del aprendizaje social (Marlatt y Gordon, 1985). Todos estos modelos tienen en común que ven la recaída como el resultado de mecanismos psicológicos de aprendizaje y condicionamiento en los que actúan distintos factores antecedentes y consecuentes que incluyen los sucesos ambientales, cognitivo-afectivos, fisiológicos y conductuales. La exclusividad explicativa de los modelos psicológicos se observa también en que las revisiones modernas (Brandon, Vidrine y Litvin, 2007), que no sólo no aportan ninguna perspectiva radicalmente diferente sino que siguen insistiendo en que la efectividad a largo plazo de los tratamientos requieren la comprensión de las causas y procesos de las recaídas, con el fin último de desarrollar estrategias que reduzcan su presencia.

El conocimiento y la intervención sobre los determinantes de las recaídas son esenciales si se pretende conseguir mayor efectividad terapéutica. En un estudio (Bradley, Phillips, Green y Gossop, 1989) que analizó los predictores de recaída en heroinómanos se encontró que los principales podrían encuadrarse en las siguientes categorías: factores cognitivos, estados de humor, influencias externas, síntomas de abstinencia, influencias interpersonales, presión social, cambio de contexto o de situación, disponibilidad de drogas, pistas relacionadas con las drogas, deseo vehemente y facilitación por consumo de otras sustancias. Salvo los síntomas de abstinencia (y sólo en parte, dado el papel que puede jugar el condicionamiento en su desarrollo), todos los demás factores tienen una clara naturaleza psicológica.

De una forma más amplia y sistemática, Marlatt y Gordon (1985) clasificaron los determinantes de la recaída en dos grandes categorías: intrapersonales e interpersonales. Los primeros abarcan los estados emocionales negativos, los estados fisiológicos negativos derivados o no del uso de la sustancia, el deseo de incrementar los estados emocionales positivos, las pruebas de control personal, y la cesión ante tentaciones o impulsos. Los segundos, los llamados factores interpersonales, incluyen el afrontamiento con conflictos interpersonales, la presión social, y el incremento de los estados emocionales positivos (tales como los sentimientos de placer, excitación sexual, euforia, etc.) asociados a situaciones de carácter primordialmente interpersonal. Todos estos factores son vistos como variables prioritariamente psicológicas. Aunque en algún caso de los determinantes de carácter intrapersonal (como sucede con los estados fisiológicos negativos, p.ej.: el dolor; o las respuestas emocionales) se reconoce un componente primario de carácter biológico, lo relevante para el modelo no es tanto su condición fisiológica cuanto su carácter de eventos condicionados por el contexto (personal-biográfico, biológico, conductual, social) y la propia reacción del sujeto ante dicha actividad

biológica, es decir, su afrontamiento cognitivo-conductual por parte de la persona que lo sufre.

En consonancia con el carácter predominantemente psicológico de los modelos explicativos de las recaídas y de sus determinantes, los programas de tratamiento incluyen, casi sistemáticamente, estrategias psicológicas que pretenden reducir las probabilidades de recaída y, por lo tanto, mejorar la efectividad de las intervenciones. Un ejemplo claro es el propio principio decimotercero para los tratamientos efectivos. La idea de que el tratamiento debe ser entendido como un proceso en el que habrá múltiples episodios de recaída, permite contemplarlas como algo normal que debe ser entendido y prevenido, mejorando la respuesta de los pacientes ante los episodios de crisis y reduciendo la frecuencia, duración y gravedad de las recaídas. Consecuentemente, es usual que en el diseño de las intervenciones terapéuticas se incluya algún módulo de intervención psicológica dirigido a que los sujetos mejoren la detección de los estímulos (tanto internos y externos) y el manejo de procesos psicológicos (emocionales, cognitivos y conductuales) que incrementan la probabilidad de recaída, así como a mejorar las habilidades de afrontamiento frente a las condiciones de riesgo.

1.5. CONCLUSIÓN

De lo dicho hasta ahora puede inferirse que las intervenciones psicológicas constituyen el núcleo central y crítico de los tratamientos de los trastornos adictivos. Los modelos psicológicos constituyen actualmente los modelos conceptuales básicos que informan las intervenciones terapéuticas y que pueden dar mejor respuesta a necesidades básicas de los tratamientos como son el incremento de la motivación, la atención a la diversidad psicológica y la reducción de las recaídas. Sin embargo, conviene recordar que los modelos y tratamientos psicológicos no excluyen sino que demandan las aproximaciones multidimensionales, incluyendo las intervenciones farmacológicas y sociales. Los modelos funcionales psicológicos pueden ofrecer un punto natural de integración multidisciplinar (Gifford y Humphreys, 2007) en el que los distintos dominios terapéuticos ejerzan su acción de forma coherente, y teóricamente fundada.

2. Estadios de cambio, entrevista y terapia motivacional

Las intervenciones en salud mental y en trastornos adictivos comparten el elevado y prematuro abandono del tratamiento. Una revisión de Walitzer et al. (1999) muestra que entre un 20 y un 57% de los pacientes interrumpen su tratamiento después de la primera sesión, encontrándose entre los posibles factores explicativos las actitudes de los pacientes, así como las expectativas del propio terapeuta. Concretamente, la carencia de motivación ha sido señalada por diversos investigadores y clínicos (Blanchard, 2000; Daugherty, Miller, Meyers y Tonigan, 2000; DiClemente, 2003; DiClemente, Nidecker y Bellack, 2008; McGovern, Wrisley y Drake, 2005; Miller, 1985; 2006; Miller y Rollnick, 1991; Miller, Yahne y Tonigan, 2003; Mueser, Drake, Turner y McGovern, 2006; Onken y Blaine, 1990; Prochaska y DiClemente, 1982, 1983, 1985; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Roffman, Klepsch, Wertz, Simpson y Stephens, 1993) como un obstáculo tanto en el inicio como en la continuidad de un tratamiento. A lo largo del tiempo, se ha ido dejando de lado la consideración de que la persona que demanda tratamiento está preparada para iniciar un cambio, tomando mayor consistencia la evidencia de que no todo paciente parte de una predisposición adecuada que garantice poder iniciar y mantener cambios en su conducta adictiva –p.ej. perspectiva de la autorregulación (Kanfer, 1986); Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1982), Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991), etc._.

Entre los diferentes planteamientos que analizan la importancia de los aspectos motivacionales en conductas adictivas, destacan el Modelo Transteórico de Cambio y la Entrevista Motivacional.

2.1. MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO

Este planteamiento, formulado por Prochaska y DiClemente en los años ochenta (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983, 1985), permite identificar diferentes niveles de predisposición que puede mostrar una persona -*estadios de cambio*- cuando se plantea modificar su conducta adictiva (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velásquez y Rossi, 1991; McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983; McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989; Miller et al., 2003; Prochaska y DiClemente, 1982; 1992; Prochaska y Norcross, 2007). El nivel motivacional inferior se corresponde con el estadio de *precontemplación*, en el cual no se tiene ninguna conciencia del problema y, por tanto, ninguna intención de modificar la conducta adictiva.

Progresivamente, puede incrementarse la disposición al cambio adquiriendo conciencia del problema y desarrollando las estrategias necesarias para superarlo, incluyendo las habilidades para sobreponerse a imprevistos y recaídas: *contemplación, preparación o determinación, actuación o acción y mantenimiento del cambio conseguido*. Una descripción más detallada de estos estadios se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Descripción de los estadios motivacionales del modelo de Prochaska y Diclemente.

Precontemplación	Etapa en la que no se tiene intención de cambiar. Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los <i>pros</i> de consumir superan a los <i>contras</i> .
Contemplación	Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Los contempladores son conscientes de los <i>pros</i> de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevando.
Preparación o Determinación	En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se fija en un mes. Los <i>pros</i> de dejar el consumo superan a los <i>contras</i> .
Actuación o acción	La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses.
Mantenimiento del cambio	Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose al finalizar esta etapa -tras 6 meses de cambio efectivo-. Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

La oscilación en el nivel motivacional advierte sobre la posibilidad de que en cualquier momento puede darse un descenso del nivel de compromiso hacia el cambio iniciado en la conducta adictiva. Cuando se produce este descenso en un momento en el que los cambios son manifiestos, lo que implica un alto grado de compromiso -estadios de *acción y mantenimiento*-, se habla de la ocurrencia de una recaída. La consecuencia de ello es su reubicación en un estadio inferior, acorde a su nuevo nivel de compromiso (*precontemplación, contemplación, preparación* e incluso *acción* en el caso de recaer en fase de *mantenimiento*). Pero la persona no se encuentra en las mismas condiciones en las que inició por primera vez el cambio en su conducta adictiva. Su experiencia previa puede servirle para incrementar nuevamente su motivación hacia la estabilidad del cambio. Por este motivo, como ya parte de un conocimiento previo, no regresa exactamente al mismo estadio, sino a uno con características similares.

Estas variaciones observadas en el nivel motivacional advierten de la necesidad de realizar evaluaciones en repetidas ocasiones a lo largo de la intervención, de manera que se garantice el mantenimiento de un compromiso adecuado hacia el cambio y se facilite una progresión adecuada en la consecución de los objetivos (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1997; Prochaska et al., 1992; Wachtel, 1977; 1987). Entre los instrumentos de evaluación más utilizados para determinar el estadio motivacional en el que se encuentra una persona que trata de modificar su conducta adictiva destacan el *The University of Rhode Island Change Assessment Scale -URICA-* (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983) y el *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale -SOCRATES 7-* (Miller, Tonigan, Montgomery et al., 1990).

El Modelo Transteórico además de delimitar el momento en el que un sujeto está preparado para cambiar -*estadios*- también posibilita comprender cómo va incrementándose ese nivel de predisposición del sujeto, mostrando qué tipo de actividades encubiertas o manifiestas suele realizar para modificar y consolidar su hábito adictivo -*procesos de cambio*-. En términos generales, los procesos de cambio de carácter cognitivo se asocian con los primeros estadios de precontemplación, contemplación y preparación -*aumento de la concienciación, alivio por dramatización, reevaluación ambiental, autorreevaluación, autoliberación*-, siendo más pronunciada la inclusión de los procesos de cambio de carácter conductual en los estadios de acción y mantenimiento -*manejo de contingencias, relación de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos*-. De este modo se ofrece una guía orientativa de cómo trabajar con los pacientes y control de estímulos en función del momento temporal o estadio en el que se encuentran.

2.1.1. Evidencia empírica

Perz, DiClemente y Carbonari (1986), llevaron a cabo una investigación para determinar si era mejor utilizar unos procesos de cambio u otros, en función del estadio en el que se encontraban las personas en su intento de dejar de fumar. Los 388 participantes solicitaron participar en el estudio tras leer algunos anuncios en los que se les invitaba a dejar de fumar proporcionándoles material de autoayuda. Todos ellos se encontraban en el estadio de contemplación o preparación al entrar en el programa y progresaron hacia el estadio de acción a lo largo de un período de 4-6 semanas. Un análisis de covarianza multivariado examinó la relación entre el uso de los procesos de cambio y el éxito en dejar de fumar al mes de seguimiento y a los 5-6 meses. Los resultados apoyan la hipótesis de que el éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en el momento oportuno. Concretamente, era mejor utilizar los procesos cognitivos y utilizar poco los procesos conductuales durante los estadios de contemplación y preparación, siendo al contrario durante el estadio de acción.

Años más tarde, Rosen (2000) llevó a cabo un meta-análisis con 47 estudios intentando analizar la relación entre estadios y procesos de cambio en diferentes áreas de intervención -tabaquismo, abuso de sustancias, ejercicio, dieta y psicoterapia-. Los resultados de su análisis mostraron que la utilización de los procesos de cambio difería entre los estadios, pero que la secuencia de utilización de procesos propuesta en el Modelo Transteórico no era consistente en todas las áreas de intervención analizadas. Por ejemplo, en el abandono del hábito de fumar, los procesos cognitivos se utilizaron más que los conductuales en las primeras etapas. Por otra parte, en el fomento del ejercicio y en el cambio de dieta el incremento en la utilización de procesos cognitivos y conductuales era simultáneo.

Nivel de evidencia 1

Los principios del Modelo Transteórico son aplicables a una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud.

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.

No se observan diferencias en los procesos de cambio entre las personas que avanzan y las que no lo hacen desde el estadio de contemplación al de preparación.

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: procesos cognitivos en los primeros estadios y procesos conductuales a partir del estadio de acción.

Los resultados para el abuso de sustancias y la psicoterapia fueron menos consistentes. Estos resultados advierten de la adecuación de defender una manera de trabajar ajustada al estadio en el que se encuentre el paciente, al tiempo que marca la necesidad de profundizar en el mejor ajuste entre estadio y proceso de cambio, en función de la conducta que trata de modificarse.

Callaghan y Herzog (2006) también trataron de probar las predicciones teóricas del Modelo Transteórico, realizando un seguimiento durante 2 años a pacientes fumadores. En total examinaron a 181 sujetos que progresaron de precontemplación a contemplación (48 en transición y 133 en el grupo de no transición) y 109 que progresaron de contemplación a preparación (39 en transición y 70 en el grupo de no transición). Los resultados apoyaron las hipótesis del Modelo Transteórico, ya que los pacientes que avanzaron de precontemplación a contemplación mostraron mayor utilización de procesos cognitivos, mientras que los que permanecieron en la fase de precontemplación no informaron de diferencias en la utilización de procesos de cambio. Contrariamente a lo esperado, los fumadores que variaron desde el estadio de contemplación al de preparación a lo largo de esos dos años, no manifestaron un incremento en la utilización de procesos de cambio cognitivos ni conductuales, en comparación con los fumadores que permanecieron en el estadio de contemplación.

Hall y Rossi (2008) intentaron analizar la veracidad de la propuesta inicial de Prochaska acerca de que el progreso desde el estadio de precontemplación al de acción se asocia con un incremento de los pros y un descenso de los contras hacia el cambio. Concretamente realizaron un metaanálisis con 120 estudios realizados entre 1984 y 2003, pertenecientes a diversas áreas de la salud, y realizados en 10 países diferentes. A pesar de la diversidad de comportamientos y de muestras analizadas, los resultados fueron consistentes con los principios del Modelo Transteórico, lo que muestra su gran consistencia independientemente de la conducta evaluada.

Littell y Girvin (2002) a partir de la revisión de 87 trabajos han concluido que los estadios de cambio propuestos no son mutuamente excluyentes. Existiendo además, en el caso del tabaquismo y del abuso de sustancias, poca evidencia de movimiento a través de estos estadios discretos. Esto les ha permitido afirmar que a pesar de que el modelo de los estadios puede tener considerable valor heurístico, su utilidad práctica se ve reducida debido a la limitada validez de su evaluación.

Anatchkova, Velicer y Prochaska (2005) llegaron a concretar diferentes subgrupos de fumadores dentro del estadio de contemplación, sirviéndose de una muestra de 1734 fumadores ubicados en este estadio. Mediante un análisis de conglomerados (cluster) diferenciaron cuatro subgrupos de contempladores (*clásicos, en progreso, iniciales, en retroceso*). Cada uno de

ellos se caracterizaba por una utilización propia y diferenciada de los diez procesos de cambio, mostrando además variaciones en dos variables relacionadas con su conducta de fumar (cigarrillos consumidos por día y hora del primer cigarrillo). De esta manera evidenciaron la existencia de grupos heterogéneos dentro de este estadio.

Herzog y Blagg (2007), evaluaron la validez de la distribución de los estadios de cambio mediante un estudio transversal realizado con 242 fumadores adultos. Llegaron a la conclusión de que las etapas de cambio no parecen ser cualitativamente diferentes. Más de la mitad de los precontempladores estaban ya contemplando el cese, e incluso algunos de ellos lo habían intentado dejar. Por otra parte, la mayoría de los contempladores no se limitaba sólo a pensar en dejarlo, sino que lo habían intentado en algún momento. Nuevamente se pone de manifiesto la existencia de una divergencia entre la clasificación de los estadios y la definición operativa de los mismos.

Nivel de evidencia 2

Los estadios no son categorías independientes.

Nivel de evidencia 3

Existe una heterogeneidad de sujetos dentro de cada uno de los estadios.

Existe disparidad entre la clasificación de estadios y su definición operativa.

El Modelo Transteórico propone que los estadios de cambio pueden servir como herramienta útil para identificar a las personas que corren mayor riesgo de abandono del tratamiento. Pero los investigadores no han encontrado resultados uniformes que permitan defender esta suposición en población adulta, mientras que entre adolescentes ha sido una propuesta con poca repercusión experimental. Al respecto, Callaghan, Hathaway, Cunningham, Vettese, Wyatt y Taylor (2005) analizaron a 130 adolescentes que recibían tratamiento por abuso de sustancias en régimen de internamiento. Los resultados demostraron que el mejor modelo predictivo de abandono incluyó sólo la subescala de precontemplación del URICA (OR: 4.3, 95% CI: 2.0-9.0). Además, los adolescentes asignados al estadio de precontemplación manifestaron más atribuciones negativas hacia el tratamiento que los sujetos en estadio de contemplación, preparación y acción. Este estudio ofrece un importante apoyo empírico de la utilidad de los estadios de cambio entre muestras de adolescentes que siguen un programa de tratamiento en hospital.

Segan, Borland y Greenwood (2006) analizaron si el Modelo Transteórico podía predecir las recaídas en sujetos ubicados en el estadio de acción. Para ello analizaron predictores de recaída en 247 ex fumadores desde 3 a 6 meses y en 204 ex fumadores desde hacía 6 meses a un año. Contrariamente a lo que se esperaba según este modelo, una mayor utilización de los procesos

de cambio conductuales predecía la recaída entre quienes habían dejado de fumar desde hacía un mes, y no predijeron la recaída entre aquellos que lo habían dejado hacia 3 ó 6 meses. Un análisis transversal mostró un descenso significativo en el deseo de fumar y en el uso de algunos procesos de cambio, estabilizándose al mes de cesar el consumo. Los resultados sugieren que quizá exista un estadio fronterizo cercano al mes de cesar el consumo y cuestionan la validez de los estadios definidos en el Modelo Transteórico.

Nivel de evidencia 3

En la predicción del abandono del tratamiento entre adolescentes consumidores, sólo destaca la subescala de Precontemplación.

Los procesos de cambio conductuales en el estadio de acción no permiten predecir por sí mismos la aparición de una recaída.

2.2. ENTREVISTA Y TERAPIA MOTIVACIONAL

Miller y Rollnick (1991) desarrollaron la Entrevista Motivacional (EM), para personas con problemas con el consumo de alcohol, tras investigar los elementos terapéuticos que mejoraban los resultados de la intervención. Posteriormente, generalizaron su aplicación incluyendo a consumidores de otras sustancias, al cambio de hábitos (dietas, uso de preservativos, etc.), a las enfermedades crónicas (hipercolesterolemia, diabetes) y al fomento de nuevos estilos de vida.

Este enfoque terapéutico integra aspectos de la “terapia centrada en el cliente” propuesta por Rogers (1951) con estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Concretamente, la Entrevista Motivacional se basa en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores, intentando estimular su motivación y favorecer su posicionamiento hacia hábitos sanos, enfatizando su propio punto de vista y su libertad de escoger. Su principio fundamental es que todo proceso de cambio supone costes y que es preciso que la persona esté motivada para afrontar esos costes iniciales para alcanzar metas finales. No es posible motivar a nadie a sacrificarse si no ve muy claro su posible beneficio. Tampoco se empieza un cambio si no se tiene claro que se podrá con él, siendo muy subjetiva la percepción de la magnitud de esta tarea.

El conocimiento de la dinámica intrínseca a los procesos de cambio, propuesta por Prochaska y DiClemente, permite conocer qué elementos son más frágiles en cada punto del proceso y qué tipo de estrategias son más útiles para incrementar la motivación en cada una de las etapas.

Hay dos principios básicos que centran este planteamiento: 1. Evitar la confrontación con el paciente, situación frecuente cuando se persigue in-

formar a alguien que no está seguro de querer cambiar; 2. Facilitar que el paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta (Lizárraga y Ayarra, 2001).

Se opone a enfoques más directivos, proponiendo frente a ellos la identificación de problemas, la estimulación de la motivación, la colaboración con el paciente en la búsqueda de soluciones, la aceptación de la ambivalencia y la asunción de los puntos de vista del paciente, el respeto por las opiniones y decisiones del paciente, y un curso lento y progresivo al hilo del ritmo de cambio del propio paciente.

La Entrevista Motivacional plantea que el terapeuta sepa discriminar el estadio de cambio en que se encuentra cada paciente y seleccione las estrategias más adecuadas en función del estadio de cambio inicial. La clave de su utilidad y eficacia, según el modelo, es que el propio paciente se proponga el abandono de la conducta-problema y mantenga la motivación para hacerlo, avanzando con ayuda del terapeuta por los diferentes estadios de cambio. Los principios básicos de la Entrevista Motivacional, junto con una descripción completa de su modelo, pueden consultarse en castellano (Miller y Rollnick 1999).

La mayor parte de terapias que se autodenominan como entrevista motivacional y siguen sus principios y estrategias terapéuticas, no están recogidas en un manual y el número, duración y contenido de las sesiones es flexible. Existen adaptaciones de la Entrevista Motivacional en formato muy breve (5-15 minutos) y otras más estandarizadas y evaluadas en proyectos de investigación, como:

- Terapia de aumento motivacional (Miller, Benefield y Toningan, 1993).
- Entrevista motivacional breve (Rollnick, Heather y Bell, 1992), basada en una única sesión de 40 minutos.
- Terapia de estimulación motivacional y cognitivo-conductual para adolescentes adictos a marihuana de Sampl y Kadden (2004), que utiliza la entrevista motivacional junto con terapia cognitivo-conductual.

Los terapeutas motivacionales son conscientes de las limitaciones actuales de la investigación en entrevista motivacional y ofrecen foros científicos, webs actualizadas (www.motivationalinterview.org) y otros medios de difusión de sus estudios para alcanzar su validación. Además se promueven investigaciones coordinadas entre las que cabe mencionar la patrocinada por el NIDA (*Nacional Institute on Drug Abuse*) y el SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration's*) en 2006. En ella (*estudio web 2006*) se intenta conseguir evidencias científicas de mayor peso para la entrevista motivacional, siguiendo varias líneas de acción:

- Homogeneizar la formación de los terapeutas y valorar el peso de la formación en los resultados del tratamiento.
- Facilitar el registro de los elementos motivacionales de las sesiones.
- Evaluar y comparar resultados en relación a otras terapias.

Este estudio propone un entrenamiento estandarizado para los profesionales que apliquen entrevista motivacional, así como las herramientas básicas más eficaces de esta terapia. Una transcripción de las sesiones se incluye en el manual *“Motivational Interview Rating Guide: A manual for Rating Clinician Adherent and Competent”*, promovido por SAMHSA y el NIDA, como protocolo de tratamiento de la *Clinical Trials Network*.

2.2.1. Evidencia empírica

Se describen a continuación diferentes estudios empíricos que tratan de determinar la eficacia de la Entrevista Motivacional, combinándola o no con otro tipo de intervenciones.

El “Programa de estimulación motivacional y cognitivo-conductual para adolescentes adictos a marihuana” (Sampl y Kadden, 2004), conocido también por las siglas TEM/TCC5, forma parte de un proyecto desarrollado por el *“Cannabis Youth Treatment Trials” (CYT)*, del U.S. Department of Health and Human Services (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment). El CYT es un estudio experimental multicéntrico, aleatorizado, diseñado para probar la eficacia de cinco intervenciones ambulatorias con adolescentes que abusan y dependen del cánnabis. Los resultados permitirán definir intervenciones validadas y eficaces para este colectivo. La investigación se realizó sobre 600 adolescentes que se asignaron aleatoriamente a las diferentes condiciones de tratamiento:

- TEM/TCC5: Terapia de estimulación motivacional (2 sesiones individuales) junto con terapia cognitivo-conductual (3 sesiones grupales).
- TEM/TCC12: Terapia de estimulación motivacional (2 sesiones individuales) junto con terapia cognitivo-conductual (10 sesiones grupales).
- FSN (Family Support Network): Red de apoyo familiar. Incluye TEM/TCC12 más apoyo familiar (visitas a casa, sesiones educativas y grupos de apoyo para padres).
- ACRA (Adolescent Community Reinforcement Approach): Enfoque de refuerzo comunitario para el adolescente.
- MDFT (Multidimensional Family Therapy): Terapia familiar multidimensional.

El resultado del estudio multicéntrico ofrece una tasa de cumplimiento de la terapia del 70% y un seguimiento de 9 meses posteriores a la terapia del 95% (Angelovich et al., 2004). Estos resultados superan a los obtenidos por otro tipo de intervenciones en las que no se requiere la participación de ningún familiar. Esta tasa relativamente baja de abandonos tiene que ver con el hecho de que la implicación familiar proporciona al trabajo terapéutico una resonancia mayor en el entorno natural del sujeto, favoreciendo que las instrucciones terapéuticas y los compromisos adquiridos en los espacios terapéuticos sean compartidos por los familiares y reproducidos en el marco de la vida cotidiana. Por otra parte, el hecho de que el sujeto no se vea a sí mismo como “el problema”, sino como “parte del problema” permite abodar en mejores condiciones toda la complejidad asociada al abuso de sustancias.

Los resultados obtenidos a partir de la intervención familiar, en cuanto a reducción de la frecuencia e intensidad del consumo o la obtención de la abstinencia, superan a los que se han observado en otras modalidades, tales como intervenciones grupales informativas o psicoeducativas, intervenciones psicoeducativas con los padres solos o la intervención multifamiliar grupal.

En general, los estudios tienden a mostrar que la adherencia y permanencia en el tratamiento es mayor en los programas terapéuticos que incluyen la intervención desde la perspectiva familiar. Los abordajes familiares obtienen en general buenos resultados en cuanto a la reducción del nivel de consumo de drogas postratamiento y algunos estudios encuentran superioridad frente a otras modalidades como la terapia individual, la terapia de grupo de adolescentes y la psicoeducación familiar.

Estos resultados son en general extrapolables a otras conductas asociadas al consumo, tales como número de detenciones postratamiento, agresividad, episodios violentos y conductas antisociales. Lo mismo puede decirse de la sintomatología psicopatológica asociada al consumo: cinco estudios revisados incluían la evaluación sintomatológica pre y postratamiento y en todos ellos se observaron reducciones significativas en los adolescentes tratados tras la intervención familiar. La mejoría alcanzó a otros aspectos del funcionamiento cotidiano, como el funcionamiento escolar, a favor de quienes participaron en una intervención centrada en la familia frente a quienes lo hicieron en modalidades diferentes. Finalmente, la propia familia experimentó mejoría en su funcionamiento cotidiano tras la intervención psicoterapéutica, mejorando aspectos como la comunicación entre los miembros del grupo, el ambiente convivencial, la tolerancia y la disminución de conflictos, etc.).

Nivel de evidencia 1

La entrevista motivacional permite una elevada tasa de cumplimiento terapéutico.

Feldstein y Forcehimes (2007) encontraron que un grupo de adolescentes con abuso de alcohol asignados a una Entrevista Motivacional, comparados con un grupo control de no tratamiento, redujeron significativamente los episodios de consumo abusivo en la evaluación a los dos meses.

Spirito et al. (2004) estudiaron una muestra de 152 niños entre 13 y 17 años, con consumo abusivo de alcohol, que mejoraron significativamente, en el seguimiento a 12 meses, en número de días de consumo y frecuencia de episodios de gran ingesta, cuando recibían Entrevista Motivacional, en comparación con quienes sólo recibieron cuidados estándar.

Nivel de evidencia 3

La entrevista motivacional ofrece mejores resultados -reducción del consumo abusivo- en consumidores jóvenes que el no-tratamiento

McCambridge y Strang (2005) aplicaron una sesión de una hora de Entrevista Motivacional a un grupo de 105 jóvenes, entre 16 y 20 años, consumidores habituales de drogas ilegales, y compararon los resultados con los obtenidos en un grupo control (N=85) que sólo recibió información. A los 3 meses, encontraron superioridad de la Entrevista Motivacional en la reducción del consumo de cigarrillos, el consumo de alcohol y el uso de cannabis. Sin embargo, a los 12 meses esta mejoría había desaparecido. Los autores concluyeron que los efectos beneficiosos de la Entrevista Motivacional eran visibles sólo a corto plazo, pero que su utilidad se reducía a medida que avanza el tiempo.

Hulse y Tait (2002) efectuaron un estudio aleatorizado con 120 sujetos que presentaban abuso de alcohol y doble diagnóstico. Sesenta y dos de ellos fueron asignados aleatoriamente al grupo de Entrevista Motivacional, mientras que los 58 restantes sólo participaron en una sesión informativa. A los seis meses ambos grupos presentaban una reducción significativa del consumo semanal de alcohol. Sin embargo, esta reducción era significativamente mayor entre los sujetos que participaron en la entrevista motivacional, quienes, además, presentaron una reducción significativa de su sintomatología psicopatológica. Los autores concluyeron que las intervenciones motivacionales podían y debían incorporarse en el tratamiento de personas con problemas psicopatológicos asociados a la adicción. Estos mismos autores (Hulse y Tait, 2003) efectuaron un seguimiento a los cinco años, encontrando que ambos ofrecían mejores resultados que los controles emparejados, pero que no existían diferencias entre ellos. A la vista de estos resultados, los autores recomiendan la utilización de intervenciones informativas fundamentándose en su bajo coste y mínima estructuración, de acuerdo con lo encontrado por estudios aleatorizados precedentes (Babor y Grant, 1992).

Hettema, Steele y Miller (2005) efectuaron un metaanálisis con 72 estudios aleatorizados que utilizaban la Entrevista Motivacional. En esta revisión se concluye que los efectos de la entrevista decaen con el tiempo, pero muestran una pequeña pero significativa eficacia a los 12 meses. Miller (2005) reflexiona sobre este declive en el tiempo de los efectos y constata que es algo común a muchos tratamientos, incluso farmacológicos. Concluye que lo sorprendente no es este descenso, sino que los efectos de una intervención breve persistan tras muchos meses después de su aplicación.

Nivel de evidencia 1

Los efectos de la entrevista motivacional decaen con el tiempo. Tiene una eficacia pequeña pero significativa a los 12 meses.

Martino, Carroll, Nich y Rounsaville (2006) asignaron aleatoriamente a un grupo de pacientes con doble diagnóstico -trastornos relacionados con sustancias y trastornos psicóticos- a una intervención basada en dos sesiones de Entrevista Motivacional (N=26) o a dos entrevistas psiquiátricas estándar (N=20). La evaluación a los tres meses mostró que ambos grupos habían mejorado significativamente, aunque sin diferencias entre ellos. Sin embargo, cuando se tuvo en cuenta la droga principal de los participantes se observó un efecto significativamente mayor de la Entrevista Motivacional en los consumidores de cocaína, mientras que la entrevista psiquiátrica obtuvo mejores efectos cuando la droga principal era la marihuana.

Baker et al. (2002) sirviéndose de una muestra de consumidores que cumplían los criterios de abuso o dependencia de sustancias, compararon los efectos de aplicar Entrevista Motivacional de 45 minutos (n=79) con los de una intervención de autoayuda mediante un libro (n=81). Los resultados mostraron efectos muy modestos de la Entrevista Motivacional a corto plazo y no sobre todas las sustancias, puesto que no se observaron variaciones en el consumo de cannabis a los 12 meses. Esto les permitió anunciar la necesidad de desarrollar intervenciones más estructuradas y continuadas en el tiempo.

Nivel de evidencia 2

La entrevista motivacional puede estar más indicada para algunos perfiles de pacientes.

Colby et al. (1998) no encontraron diferencias entre una sesión de Entrevista Motivacional y otra de carácter meramente informativo en adolescentes fumadores de tabaco. Ambas fueron eficaces en mantener la adherencia y la retención, en intentos de dejar de fumar y en la consecución de largos periodos de abstinencia, pero ninguna mostró una clara superioridad.

Murphy et al. (2004) no encontraron ventajas en añadir Entrevista Motivacional a una intervención de información personalizada sobre el consumo de alcohol, en una muestra de estudiantes con altos niveles de consumo y con un seguimiento de 6 meses.

Brown et al. (2006) elaboraron una versión grupal de la Entrevista Motivacional y la aplicaron a una muestra de adictos a sustancias (N=67), comparándola con un tratamiento estándar (N=64). Ambas modalidades mostraron efectividad en diversas variables, sin mostrar diferencias en la disfunción general asociada al consumo de drogas. Los autores concluyeron que no hay razones suficientes para sustituir los procedimientos terapéuticos habituales por otros basados en intervenciones motivacionales.

Nivel de evidencia 3

La entrevista motivacional no presenta mejores resultados que otras intervenciones poco estructuradas.

Swanson et al. (1999) encontraron que si a un programa de terapia cognitivo-conductual, aplicado a sujetos con doble diagnóstico, se le añadía entrevista motivacional, la adherencia mejoraba significativamente. Este mismo efecto se describe en otros estudios, como el de Secades, Fernández y Arnáez (2004), en el que 40 adictos a heroína en espera de tratamiento fueron asignados aleatoriamente a un grupo de entrevista motivacional o a una condición control. A los seis meses de iniciar el tratamiento, los pacientes que recibieron la Entrevista Motivacional incrementaron significativamente las tasas de retención en comparación al grupo control (50% frente al 20%). Los autores sugieren que la Entrevista Motivacional puede resultar un instrumento útil para mejorar las tasas de retención en los programas libres de drogas durante las fases iniciales del tratamiento, momento en el que se producen la mayoría de los abandonos.

Nivel de evidencia 2

Una de las principales utilidades de la entrevista motivacional es incrementar la participación, la adherencia y la retención de los pacientes durante la fase inicial del tratamiento incluida en modalidades más estructuradas y duraderas en el tiempo.

Bell (2008) llevó a cabo un estudio relacionando las capacidades neurocognitivas y la posibilidad de cambio de conductas automáticas a conductas controladas mediante la Entrevista Motivacional. Treinta y dos sujetos participaron en una entrevista motivacional frente a 15 que no lo hicieron, y se midieron capacidades neurocognitivas y variables de consumo. En contra de lo que se predijo, fueron aquellos sujetos con más alteraciones neurocognitivas en el pretest quienes más se beneficiaron de la entrevista motivacional.

A los dos meses estos sujetos habían reducido más su consumo de alcohol y los problemas asociados. Esto permite hipotetizar que las intervenciones motivacionales pueden ser más útiles en sujetos con mayor deterioro.

Grado de recomendación B

La entrevista motivacional parece más indicada para el consumidor con mayor deterioro cognitivo.

Heather, Rollnick, Bell y Richmond (1996) estudiaron a 174 sujetos atendidos por problemas con el alcohol que asignaron aleatoriamente a un grupo de consejo o a otro de carácter motivacional -ambos en formato breve-, o bien a un grupo control sin tratamiento. En el seguimiento a 6 meses, los que recibieron cualquier forma de intervención breve mejoraron en sus niveles de consumo más que los que no recibieron ningún tratamiento. No se encontraron diferencias en cuanto a resultados entre ambas intervenciones, pero la Entrevista Motivacional mostró mayor eficacia en aquellos sujetos que partían con menores niveles de motivación para el cambio.

Un resultado similar se obtiene en los estudios recogidos por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. En uno de ellos se muestra cómo la Entrevista Motivacional es más beneficiosa para pacientes con baja motivación inicial para el cambio los cuales informan de menor número de recaídas en cocaína y se aprecia alcohol y menores problemas con el alcohol (Rohsenow et al., 2004). En otro, se aprecia la eficacia de la entrevista motivacional breve (1 sesión) para lograr la abstinencia en 1175 consumidores de cocaína y heroína (Bernstein, Bernstein, Tassiopoulos, Heeren, Levenson y Hingson, 2005).

Nivel de evidencia 1

La Entrevista Motivacional está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio en la línea base.

Finalmente, se muestran las conclusiones obtenidas a partir de tres revisiones de investigaciones efectuadas sobre trabajos que analizan diferentes aplicaciones de la Entrevista Motivacional.

Guillén y Mañoso (2004) analizan los trabajos publicados desde 1983 a 2003, diferenciando la Entrevista Motivacional como intervención psicoterapéutica o como un elemento favorecedor del trabajo terapéutico posterior.

Si se atiende a la primera consideración, la literatura muestra que la Entrevista Motivacional:

- Resulta más eficaz para reducir el consumo de sustancias que el no tratamiento y la lista de espera.

- Resulta especialmente eficaz en la reducción de daños, por ejemplo, una menor incidencia de conducción bajo los efectos del alcohol, de infracciones de tráfico o de otras conductas problemáticas relacionadas con el consumo de drogas.
- Sin embargo, los resultados son heterogéneos al contrastar la entrevista motivacional con otro tipo de intervención psicoterapéutica.
- La Entrevista Motivacional se ha mostrado significativamente superior en diversas medidas de consumo cuando se compara con intervenciones consistentes en proporcionar información acerca del consumo de sustancias y material de autoayuda.
- Los efectos son menos claros cuando se compara la Entrevista Motivacional con intervenciones basadas en el *counseling*. Se ha señalado que añadir la Entrevista Motivacional a una intervención consistente en varias sesiones de *counseling* no produce efectos significativos sobre los índices de abstinencia, con respecto al grupo que sólo recibe *counseling*. Tanto los participantes que reciben Entrevista Motivacional como aquellos que reciben un breve *counseling* suelen experimentar una reducción similar en la frecuencia de consumo, significativamente superior a grupos en lista de espera o que no reciben tratamiento.

En cuanto a la segunda forma de considerar la Entrevista Motivacional, es decir, como una técnica más que se puede añadir a un tratamiento estándar de manera que aumente su eficacia, la revisión de los estudios ofrece hallazgos interesantes. Esta incorporación genera un incremento tanto en la participación como en los resultados de la terapia, siendo más eficaz que añadir sesiones preparatorias de tipo psicoeducativo.

Pero estos resultados hay que tomarlos con cautela pues algunos estudios muestran limitaciones metodológicas como la de comparar el tratamiento versus Entrevista Motivacional más tratamiento, con lo cual el número de sesiones o la duración de la intervención que reciben los grupos comparados no son iguales. En este caso, no se puede determinar si los resultados positivos del grupo que recibe Entrevista Motivacional se deben a la técnica en sí misma o a haber recibido más sesiones. En todo caso, parece que los resultados más importantes de la Entrevista Motivacional se producen en aquellas medidas relacionadas con la motivación del paciente (adhesión al tratamiento, cumplimiento de prescripciones terapéuticas, satisfacción con la terapia, etc.) y no tanto con el consumo, lo que debería ser en realidad el objetivo a conseguir en este tipo de intervención.

También cabe destacar el metaanálisis realizado por Burke, Arkowitz y Menchola (2003) tratando de determinar la eficacia de la Entrevista Motivacional. La revisión de 30 trabajos les permitió demostrar que ésta era equivalente en resultados a otros tratamientos aplicados en situaciones de consumo de alcohol, drogas, conductas relacionadas con la dieta y el ejerci-

cio. Además, se conseguían efectos moderados comparados con el no tratamiento o con un tratamiento placebo. Donde no se apreciaba la eficacia de este tipo de intervención era en la conducta de fumar y en las conductas de riesgo de VIH.

Nahom (2005) tras revisar los estudios publicados entre 1986 y 2002, concluyó que en un amplio porcentaje de casos la entrevista motivacional logró buenos resultados, los cuales es posible que no sean superiores a los obtenidos mediante otras modalidades psicoterapéuticas (como la prevención de recaídas, escucha no activa o intervenciones informativas breves). Además, la adición de entrevista motivacional a otras modalidades podía no mejorar significativamente los resultados.

Nivel de evidencia 2

Más que en los resultados del tratamiento, la utilidad de la entrevista motivacional parece focalizarse en la potenciación de otros tratamientos a través del incremento de variables de proceso (adherencia, retención, participación, satisfacción).

La evidencia revisada parece indicar que las intervenciones motivacionales son eficaces para promover cambios, pero que estos cambios no son duraderos en el tiempo: la motivación obtenida decae progresivamente. En esa medida, las intervenciones motivacionales parecen ser insuficientes por sí solas para obtener buenos resultados en los procesos de cambio en conductas adictivas. Son, sin embargo, de gran utilidad para favorecer la participación de los sujetos en el tratamiento, incrementar su adherencia y la retención. En este sentido, los estudios revisados parecen recomendar la inclusión de intervenciones motivacionales como complemento a procesos de tratamiento más estructurados, en la medida en que favorecen elementos procesuales, más que resultados de la rehabilitación.

Nivel de evidencia 1

La entrevista motivacional es más eficaz que el no tratamiento.

En el mismo sentido, la evidencia sugiere que los mayores beneficiarios de las intervenciones motivacionales se da en los sujetos que, precisamente, presentan menores niveles de motivación. En términos del Modelo Transteórico, la Entrevista Motivacional parece especialmente útil en sujetos que se encuentran en el estadio de precontemplación, que no han considerado la posibilidad de abandonar el consumo y que, a partir de una intervención intencional, pueden empezar a considerar la conveniencia de hacerlo. También parece ser más efectiva en sujetos con limitaciones neuropsicológicas que les incapacitarían, al menos en las fases iniciales del proceso de cambio, para beneficiarse de intervenciones con mayor complejidad y exigencia. Es-

tas características hacen especialmente recomendable este procedimiento en programas de reducción de daños de baja exigencia, como fase previa a la incorporación a programas de tratamiento más complejos.

En todo caso, la gran enseñanza de este modelo reside en el hecho de que ha sido capaz de mostrar que ningún proceso de tratamiento de las conductas adictivas tendrá éxito si no se tiene en cuenta al paciente, sus motivaciones, sus opiniones, sus soluciones, sus limitaciones y sus características personales.

3. Terapias cognitivo-conductuales

Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del paciente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias. Entre las características generales de las terapias cognitivo-conductuales se incluyen:

- a. centrarse en el abordaje de los problemas actuales,
- b. establecer metas realistas y consensuadas con el paciente,
- c. buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes,
- d. utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas.

Son múltiples las ventajas de los enfoques basados en las teorías del comportamiento. Destacar por ejemplo:

- a. su flexibilidad para adaptarse a las necesidades de los pacientes.
- b. la facilidad con la que son aceptados por los pacientes debido a su alto nivel de implicación en la selección de objetivos y en la planificación del tratamiento.
- c. el permitir a los pacientes hacer su propio cambio de comportamiento.
- d. su conexión con la teoría psicológica establecida.
- e. su derivación del conocimiento científico y aplicación a la práctica clínica.
- f. su estructuración, lo que permite la evaluación de resultados.
- g. su efectividad basada en la evidencia científica.

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancia se incluyen (Quirke, 2001):

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Prevención de recaídas
- Entrenamiento en manejo del estrés
- Entrenamiento en relajación
- Entrenamiento en habilidades sociales

- Entrenamiento en habilidades de comunicación
- Entrenamiento en habilidades para la vida
- Ejercicio aeróbico
- Biofeedback
- Entrenamiento en asertividad
- Entrenamiento en manejo de la ira

Seguidamente se presenta una descripción de las técnicas que gozan de mayor grado de apoyo empírico.

3.1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

Los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales y en estrategias de afrontamiento están basados en el entrenamiento de determinadas habilidades consideradas como deficitarias en los sujetos con adicción, porque no son capaces de ponerlas en práctica debido a los mecanismos inhibitorios relacionados con la elevada activación de sus niveles de ansiedad ante situaciones de posible consumo (Chaney, O'Leary y Marlatt, 1978; Marlatt, 1978; Sobell y Sobell, 1978; Miller y Hester, 1980). Este grupo de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo -ambientales e individuales- que inician y mantienen las conductas de consumo. Las más extendidas en la práctica clínica son: entrenamiento en prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en manejo del *craving* y entrenamiento en manejo de los estados de ánimo. Pueden desarrollarse en contexto individual o grupal y ser utilizadas por separado o, lo que es más común, en combinación dentro de un mismo tratamiento.

Se parte de la existencia de determinantes que aumentan la vulnerabilidad del sujeto a las recaídas, provocando limitaciones en el automanejo y gestión adecuada del estrés, emociones, ambiente, expectativas sobre los efectos de las sustancias y auto-eficacia. Por lo común, se continuará con el trabajo de habilidades sociales que ayuden a mejorar las relaciones familiares y profesionales del sujeto, disminuyendo así el malestar asociado y aumentando el soporte social y la percepción de eficacia personal (Monti, Colby, Barnett, Spirito, Rohsenow y Myers, 1999). Se ha incluido en muchos de estos programas el entrenamiento en conductas incompatibles, sobre todo en los programas para dependientes a alcohol. Entre los componentes de la mayoría de estos programas se incluye el entrenamiento en habilidades de comunicación, asertividad y rechazo de consumo.

Dentro de este grupo de técnicas las que han sido más utilizadas a nivel clínico son: entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento (acu-

ñado en literatura anglosajona como *Coping/Social Skills Training* CSST), Prevención de Recaídas (PR), Aproximación de Refuerzo Comunitario (CRA), Terapia Cognitivo-Conductual de habilidades de afrontamiento (CBT basada en los programas de PR), entrenamiento en manejo de estados de ánimo y en manejo del *craving*, Terapia de Exposición a Señales (*Cue Exposure Treatment*, CET), terapia conductual familiar y de pareja y entrenamiento en solución de problemas.

Los programas que utilizan las técnicas de entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento, parten generalmente del análisis funcional de la conducta y más concretamente de la vulnerabilidad de cada sujeto y del análisis de otras variables relacionadas con el cambio (diagnóstico psicopatológico, factores intra e interpersonales, historia de vida y condiciones de vida) con el objetivo de aprender y desarrollar recursos específicos para el manejo adecuado de la gestión de su vida para alcanzar y mantener la abstinencia o la reducción de consumo de drogas.

En personas dependientes al alcohol (Monti, Abrams, Kadden y Cooney, 1989; Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995) describen que en el entrenamiento en habilidades (CSST) y en trabajos realizados en formato grupal, es conveniente trabajar los siguientes módulos: rechazo de bebida, ofrecer respuestas positivas, realizar críticas, recibir críticas acerca del uso de alcohol, habilidades de escucha y de conversación, apoyos a la abstinencia, resolución de problemas, comunicación no verbal, expresión de sentimientos, asertividad, rechazo de peticiones y manejo de críticas en general. Bottlender, Kohler y Soyka (2006) sugieren que un amplio espectro de pacientes podrían retrasar significativamente el primer episodio de recaída post-tratamiento y doblar el número de días que permanecen abstinentes respecto al grupo control, aunque no parecen conseguir la abstinencia total ni reducir la intensidad de la recaída.

3.2. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Un caso especial de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, que por su especificidad en las conductas adictivas requiere un espacio propio, lo constituye el modelo teórico de prevención de recaídas propuesto por Marlatt (Marlatt, 1993; Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985). La recaída se produce cuando el sujeto se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto como una sensación de control que incrementa la autoeficacia percibida. A medida que aumente

la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá. Pero, si por el contrario, el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, por una parte porque disminuirá su percepción de autoeficacia y, por otra, porque le será mucho más sencillo, por su experiencia previa y por su patrón de conducta habitual, anticipar la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia que el anticipar las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo.

A partir de este planteamiento teórico, que ofrece un referente para que cualquier persona pueda comprender y analizar su conducta de consumo, se identifican algunas claves importantes a tener en cuenta en la intervención:

1. Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.
2. Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.
3. Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.

En líneas generales en la PR se combina:

1. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento (cognitivas y conductuales)
2. La reestructuración cognitiva
3. El reequilibrio del estilo de vida

3.3. MANEJO DE CONTINGENCIAS

Los tratamientos de Manejo de Contingencias (MC) se fundamentan en un cuerpo extenso de datos de la investigación en laboratorio y clínica que demuestran que el uso de drogas es una conducta operante que es mantenida y puede ser modificada por sus consecuencias.

El MC se basa en la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma, que compiten con los efectos reforzantes de las drogas. Este tipo de intervenciones requieren, por tanto, seleccionar y monitorizar frecuentemente y de forma muy precisa, la conducta objetivo. Los programas de MC han sido empleados sobre todo para reforzar la abstinencia, pero también, otros objetivos terapéuticos, como por ejemplo, la retención y la asistencia a las sesiones de tratamiento o el incremento de la adherencia a la medicación.

Entre los reforzadores más utilizados destacan los privilegios clínicos, el acceso a empleo o alojamiento, el dinero en metálico o los vales y los descuentos canjeables por bienes o servicios en la comunidad, contingentes a la abstinencia a sustancias durante el tratamiento (Petry, 2000).

La intervención mediante la cual los pacientes ganan incentivos en forma de *vouchers* (vales) canjeables por bienes o servicios, contingentes a la ausencia de consumo de drogas (normalmente evaluada mediante pruebas bioquímicas) es la que ha recibido mayor atención de los investigadores. Este método fue inicialmente desarrollado para el tratamiento de adictos a la cocaína en contextos ambulatorios (Higgins et al., 1991). Desde entonces se han publicado varias decenas de artículos en donde se emplean los *vouchers* como estrategia de reforzamiento, informando la mayoría de estos estudios (en torno al 85%) de mejoras significativas en el uso de drogas y en otras conductas asociadas (Higgins, Heil y Plebani, 2004).

Una ventaja del reforzamiento mediante incentivos es que permite a los pacientes elegir en función de sus preferencias. Además, ya que nunca se les proporciona dinero en efectivo, la probabilidad de que usen el reforzador para comprar drogas es muy reducida. No obstante, este método ha sido criticado por los costes, asociados al propio valor de los incentivos y al manejo de este tipo de protocolos. Quizás este es uno de los motivos por el que la mayoría de los programas que utilizan *vouchers* se hayan realizado en contextos experimentales, siendo muy pocas las investigaciones llevadas a cabo en contextos naturales (Petry y Simcic, 2002). Sólo recientemente se ha conseguido evidenciar la factibilidad y eficacia de estos protocolos en contextos naturales fuera de Estados Unidos (Secades, García, Higgins, Fernández y Carballo, 2008).

3.4. TERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979), términos que se refieren a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrásica nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), activarse y actuar a través de situaciones concretas, produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones

automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emociones y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

- a) El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas.
- b) Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos.
- c) La articulación, a modo de hipótesis, de los patrones cognitivos. en significados personales o esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo que se encuentra a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se podrá generar un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Para ello el terapeuta puede valerse tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide *feedback* de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asigna, como tarea para casa, su aplicación a un área problema determinada.

Entre las técnicas cognitivas utilizadas en la terapia cognitiva pueden mencionarse: detección de pensamientos automáticos, clasificación de las distorsiones cognitivas, búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos, concretar las hipótesis, reatribución, descentramiento, descatastrofización, uso de imágenes, manejo de supuestos personales, etc. Entre las técnicas conductuales se encuentran la programación de actividades incompatibles, escala de dominio/placer, asignación de tareas graduadas, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, ensayo conductual, *rol playing*, exposición en vivo, etc.

3.5. EVIDENCIA EMPÍRICA

Las terapias de corte cognitivo-conductual, en sus diversas modalidades, han sido las más utilizadas y estudiadas en su aplicación al tratamiento de las adicciones. Diversos metaanálisis han aportado evidencia sobre los beneficios y las limitaciones de este tipo de terapias en el tratamiento de la dependencia de sustancias (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999; Miller y Wilbourne, 2002). Los indicadores de efectividad más ampliamente utilizados para estimar el efecto de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) han sido la reducción de la frecuencia y cantidad de consumo, la retención en tratamiento, la reducción de sintomatología asociada al consumo y la reducción de conductas desadaptativas, como la comisión de actos delictivos; en todos ellos, la TCC se ha mostrado útil en adictos (Carroll y Onken, 2005; Finney et al., 2007).

Nivel de evidencia 1

Las terapias de orientación cognitivo-conductual son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas.

3.5.1. Modalidades

3.5.1.1. Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento

El Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento (EHA) agrupa un conjunto de tratamientos relacionados, que tienen en común el intento de mejorar las estrategias cognitivas y conductuales del paciente, facilitándole de este modo poder cambiar su conducta adictiva (Longabaugh y Morgenstern, 1999). El EHA se ha mostrado eficaz durante los primeros tres meses de tratamiento al conseguir reducir de manera importante el consumo entre los pacientes –tanto en dosis como en días de ingesta-, en comparación con un grupo control que no ha recibido esta intervención (Monti, Rohsenow, Michalec, Martin y Abrams, 1997). En general, Longabaugh y Morgenstern en su revisión de 1999 para el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), sugieren que las técnicas cognitivo-conductuales de estilos o habilidades de afrontamiento se muestran superiores a otras técnicas terapéuticas sólo si forman parte de un programa integrado de tratamiento (no si se administran como único abordaje). Los estudios revisados por estos autores parecen revelar que aquellos sujetos con pocas habilidades en resolución de conflictos y/o mayor deterioro social relacionado con el alcohol presentan peores resultados con este tipo de técnicas y responden mejor a abordajes de mayor soporte social (terapia de grupo, doce pasos, etc).

En diferentes revisiones se incluye el entrenamiento en habilidades sociales como una de las técnicas a trabajar en el afrontamiento de situaciones

de alto riesgo de recaída, considerándose un facilitador de una red social sin drogas. Asimismo, se incluyen técnicas de manejo del deseo para mejorar la capacidad de autocontrol del sujeto (Monti et al., 1995).

Los estudios de Chaney et al. (1978) señalaron que los sujetos entrenados en habilidades mostraban una disminución significativa de los episodios de recaída al año de seguimiento, comparados con dos grupos control (tratamiento tradicional y focalizado en sentimientos de ansiedad) aunque no encontraron diferencias en cuanto a la abstinencia absoluta de alcohol. Otros estudios sugieren la eficacia de la técnica para incrementar la abstinencia y la adherencia al tratamiento, en comparación con técnicas de soporte (Jones et al., 1982; Holder, Longabaugh, Miller y Rubonois, 1991; Miller et al., 1995; Burtscheidt et al., 2001; Burtscheidt, Wolwer, Schwarz, Strauss y Gaebel, 2002).

En la revisión metaanalítica de Longabaugh y Morgenstern (1999) se observó que el entrenamiento en habilidades incrementaba la eficacia de los tratamientos cuando formaba parte de programas más amplios, y sólo en sujetos que presentaban una dependencia leve al alcohol y poco deterioro personal y social. En la misma línea de lo anterior se encuentran las revisiones de Rodríguez, Párraga y León (1983). Eriksen, Bjornstad y Gotesman, (1986) señalan que los sujetos no sólo mejoraban en las habilidades sociales con la aplicación de estos programas, sino que también reducían su consumo de alcohol.

Los estudios de Monti et al. (1997) y Rosenow, Monti, Martin, Michael y Abrams (2000) concluyeron que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (EHA) obtenía mejores resultados (aunque no estadísticamente significativos) que el entrenamiento en relajación-meditación, en la reducción de las tasas de abandono y del consumo de alcohol y cocaína, a los tres y doce meses de seguimiento. Pero estas diferencias no fueron significativas.

Grado de Recomendación A

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.

Nivel de evidencia 1

El Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento para el tratamiento de la adicción al alcohol y/o cocaína, es una estrategia eficaz, sobre todo cuando forma parte de programas multimodales más amplios.

3.5.1.2. Prevención de recaídas

De entre este grupo de terapias la más utilizada ha sido la basada en el Modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt (Marlatt y Donovan, 2005). Existe amplia evidencia de su utilidad en el tratamiento de adictos a sustancias y también en otros problemas de salud mental (Witkiewitz y Marlatt, 2004, 2007). Carroll revisó en 1996 un total de 24 ensayos controlados y aleatorizados que incluían a pacientes con adicción a tabaco, alcohol, cannabis y cocaína, encontrando que la PR era más efectiva que el no tratamiento y al menos tan efectiva como otros tratamientos, como la terapia de soporte o la terapia interpersonal. Además, pudo apreciar que los efectos eran duraderos y no se limitaban al tiempo de tratamiento. Por otra parte, Irvin et al. (1999) revisaron 26 ensayos controlados realizados con adictos a diversas sustancias, encontrando que la PR era eficaz en la reducción del consumo y en la mejora del ajuste psicosocial. Este efecto fue especialmente marcado en adictos al alcohol, lo que llevó a los autores a sugerir que ciertas características de la adicción al alcohol eran especialmente afines a la PR y que deberían incorporarse las características específicas de otras sustancias a los programas de prevención de recaídas, lo que ya se ha ensayado con éxito en el consumo de marihuana (Roffman, Stephens, Simpson y Whitaker, 1990). También se ha encontrado que la PR alcanza buenos resultados en modalidades ambulatorias y residenciales: el tratamiento residencial ofrece 3 veces menor probabilidad de recaída en los primeros 6 meses de tratamiento, pero no hay diferencias a los 12 y 18 meses (Greenwood, Woods, Guydish y Bein, 2001).

Nivel de evidencia 1

La Prevención de Recaídas es efectiva en el tratamiento de las conductas adictivas.

3.5.1.3. Manejo de contingencias

En una revisión reciente sobre los programas de manejo de contingencias (MC) basados en *vouchers* (Lussier, Heil, Mongeon, Badger y Higgins, 2006), se utilizó la técnica del meta-análisis para valorar el tamaño del efecto de 30 estudios publicados entre 1991 y 2004, en los que se comparaban intervenciones de MC basadas en *vouchers* con otro tipo de intervenciones. Los resultados mostraron un tamaño del efecto promedio en estos estudios del 0.32 (efecto medio). Además, se encontró una relación directa entre el tamaño del efecto y dos variables: la inmediatez en la entrega del reforzador (contigüidad temporal) y el valor monetario de los incentivos.

A pesar de la amplia expansión de este tipo de programas, los estudios publicados para el tratamiento de determinadas sustancias, en particular, el alcohol, han sido escasos. La razón principal tiene que ver, probablemente,

con las limitaciones tecnológicas para verificar la abstinencia en esta sustancia (Stitzer y Petry, 2006). Las pruebas bioquímicas habituales solo pueden detectar el uso de alcohol en un breve periodo de tiempo de entre cuatro a ocho horas. Para valorar de forma precisa y reforzar de forma adecuada la abstinencia al alcohol se requerirían dos o tres evaluaciones al día, algo imposible en la mayoría de los programas.

En uno de los primeros trabajos en donde se aplicaba MC con alcohólicos, Miller (1975) comparó un tratamiento estándar con un grupo que recibía bienes y servicios contingentes a la abstinencia. Este procedimiento logró incrementar el número de horas de empleo y redujo de manera significativa el consumo de alcohol y el número de arrestos.

Iguchi, Belding, Morral, Lamb y Husband (1997) demostraron que el reforzamiento (mediante vales canjeables) de la asistencia a la terapia y del cumplimiento de objetivos obtenía mejores tasas de retención y de abstinencia (de alcohol y otras drogas) que un grupo de tratamiento estándar y una condición control.

En un programa ambulatorio (Petry, Martin, Cooney y Kranzler, 2000) mostraron que el MC incrementaba la eficacia de un programa estándar tanto en la adhesión a la terapia como en las tasas de recaídas. Al final del programa éstas se situaban en el 31% en el grupo conductual frente al 61% en el tratamiento estándar. El consumo de otras drogas también se redujo aunque las contingencias no se aplicaban específicamente a la abstinencia de estas sustancias. En un estudio posterior de este mismo equipo (Petry, Tedford y Martín, 2001), los resultados del grupo de MC fueron igualmente positivos.

Los resultados de las terapias para el alcoholismo que emplean el manejo directo de contingencias ofrecen resultados prometedores. Sin embargo, la escasez de los estudios publicados no permiten establecer de manera precisa el grado de eficacia de tales programas, por lo que merecen ser catalogados como tratamientos en fase experimental (Guardia, Jiménez, Pascual, Flórez y Contel, 2007).

Nivel de evidencia 2

El manejo de contingencias mediante vales canjeables mejora la adhesión y reduce las tasas de recaída en el tratamiento de la adicción al alcohol.

En el tratamiento de la adicción a la heroína, los programas de MC han empleado fundamentalmente tres tipos de reforzadores: vales contingentes a analíticas de orina negativas, canjeables por bienes, servicios y recursos; incremento o reducción de dosis de metadona; y dosis de metadona para llevar a casa.

La intervención mediante la cual los pacientes ganan incentivos en forma de vales canjeables por bienes o servicios, contingentes a la ausencia de consumo de drogas (normalmente evaluada mediante pruebas bioquímicas) es la que ha recibido mayor atención de los investigadores. La evidencia científica de la eficacia de la terapia mediante incentivos con sujetos en programas de metadona, es extensísima (Hartz et al., 1999; Jones, Haug, Stitzer y Svikis, 2000; Piotrowski et al., 1999; Silverman et al., 1996; Svikis, Lee, Haug y Stitzer, 1997).

El incremento de la dosis de metadona contingente a las analíticas negativas y la utilización de dosis de metadona para llevar a casa como reforzador positivo de periodos específicos de abstinencia han sido un procedimiento que también ha mostrado resultados positivos.

Los resultados del meta-análisis realizado por Griffith, Rowan-Szal, Roark y Simpson (2000), en el que se incluían 30 estudios que utilizaban diferentes tipos de reforzadores (incentivos contingentes a la abstinencia, incremento de dosis de metadona y dosis para llevar a casa) confirmaron que el MC era efectivo para reducir el uso de drogas en programas externos de mantenimiento con metadona.

Nivel de evidencia 1

Las terapias basadas en el manejo de contingencias (en particular, el empleo de incentivos contingentes a analíticas negativas, a la asistencia a las sesiones o a la implicación en actividades alternativas) son estrategias eficaces para la adicción a opiáceos cuando se combinan con fármacos agonistas (metadona).

El empleo de incentivos también ha sido empleado con éxito en combinación con naltrexona. Así, varios estudios han encontrado mejoras significativas en la retención, el uso de naltrexona y en el consumo de heroína (van den Brink y Haasen, 2006). En el reciente metaanálisis de Johansson, Berglund y Lindgren (2006), se concluye que el uso de incentivos incrementa la retención y el uso de naltrexona, y reduce significativamente el número de analíticas positivas.

Nivel de evidencia 1

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.

Grado de recomendación A

La combinación de tratamientos con agonistas o con antagonistas con terapia de manejo de contingencias aumenta la eficacia del tratamiento.

Aunque existen menos estudios, la terapia mediante MC ha sido también validada en programas libres de drogas (Iguchi et al., 1997; Gruber, Chutua-pe y Stitzer, 2000; Katz, Gruber, Chutua-pe y Stitzer, 2001; Jones, Wong, Tuten y Stitzer, 2005).

Por ejemplo, en el estudio de Jones et al., (2005), los sujetos del grupo de MC recibían incentivos que incluían el pago de la renta de la residencia, actividades recreativas y entrenamiento de búsqueda de empleo. Los sujetos del grupo de MC mostraron reducciones significativas en el consumo de heroína y cocaína, en comparación con el grupo estándar (42% frente a 15%). Asimismo, hubo diferencias, a favor del grupo de MC, en el número de días de empleo y la cantidad de dinero ganado legalmente. En el seguimiento a doce meses los logros se invertían: los del tratamiento convencional se igualaron en abstinencia, superando a los del MC en controles de orina negativos para heroína y cocaína.

Nivel de evidencia 2

El empleo de incentivos canjeables por bienes y servicios sin el uso coadyuvante de la medicación, mejora la retención y reduce el consumo de heroína.

Una versión particular del empleo de manejo de MC con politoxicómanos en programas de metadona es el protocolo denominado *Therapeutic Workplace*. En este programa se utiliza el salario como reforzador contingente a la abstinencia (de cocaína y heroína) y a otras conductas ligadas a la participación en un módulo de empleo (puntualidad, aprendizaje, productividad y otras “conductas profesionales”). Los resultados de varios estudios (Silverman, Svikis, Robles, Stitzer y Bigelow, 2001; Silverman, Svikis, Wong, Hampton, Stitzer y Bigelow, 2002) muestran que el *Therapeutic Workplace* puede ser efectivo a largo plazo para el tratamiento de la adicción a la cocaína y heroína con este tipo de pacientes.

El MC ha sido ampliamente utilizado en el tratamiento de la adicción a la cocaína. Muchos de los estudios publicados han utilizado el Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo (*CRA + Vouchers*) (Budney y Higgins, 1998). Se trata de un programa que combina un componente de entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas y terapia familiar conductual (CRA) con un módulo de manejo de contingencias, en donde los pacientes pueden ganar vales canjeables por determinados reforzadores que contribuyen a alcanzar los objetivos del programa, a cambio de mantenerse en el tratamiento sin consumir cocaína.

Este tratamiento multi-componente ha demostrado ser eficaz en varios estudios bien controlados con sujetos cocainómanos adultos en programas

externos. El grupo de Higgins de la Universidad de Vermont ha llevado a cabo varios ensayos clínicos examinando la eficacia de este programa (Higgins et al., 1991, 1993; Higgins et al., 1994; Higgins et al., 1995; Higgins, Badger y Budney, 2000; Higgins, Wong, Badger, Ogden y Dantona, 2000).

Recientemente, también se han llevado a cabo varios estudios en España que demuestran la eficacia de este programa y su adaptación a contextos naturales (García et al., 2007; Secades et al., 2007; Secades et al., 2008).

Nivel de evidencia 1

El Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo incrementa las tasas de retención en programas ambulatorios y reduce el consumo de cocaína.

El MC también ha sido ampliamente utilizado para el tratamiento de la adicción a la cocaína, sin el acompañamiento de la CRA. En el estudio de Kirby, Marlowe, Festinger, Lamb y Platt (1998) se comparó un grupo de consejo conductual con un grupo de consejo más vales contingentes a la abstinencia. Los resultados mostraron que la utilización de incentivos era un componente importante del programa conductual y que el valor de los mismos incidía de manera significativa en las conductas de consumo de cocaína de los sujetos. En un trabajo similar, Rawson, McCann, Huber y Shoptaw (1999) encontraron resultados igualmente favorables. En otro estudio, los pacientes (adictos a la heroína y/o a la cocaína) recibían incentivos por la abstinencia y por la asistencia a la clínica. Los resultados a los tres meses mostraron que los sujetos que habían recibido incentivos reducían significativamente el consumo de ambas sustancias (Katz et al., 2001).

La aplicación de técnicas de MC también ha demostrado ser eficaz para la reducción de consumo de marihuana (Budney, Higgins, Delaney, Kent y Bickel, 1991; Budney, Moore, Rocha y Higgins, 2006), nicotina (Roll, Higgins y Badger, 1996; Stirzer y Bigelow, 1982; Wiseman, Williams y McMillan, 2005) y benzodiazepinas (Stitzer, Bigelow, Liebson y Hawthorne, 1982).

Por último, esta terapia se ha adaptado a poblaciones especiales, mostrando también excelentes resultados. En concreto, con pacientes esquizofrénicos adictos a la cocaína (Shaner et al., 1997) y con mujeres embarazadas (Kirby, Amass y McLellan, 1999).

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.

3.5.1.4. Terapia cognitiva

También se ha utilizado la Terapia Cognitiva de Beck (TCB) (Beck et al., 1993), que parte de supuestos diferentes a los del Modelo de Marlatt y Gordon. La TCB considera que los estímulos desencadenantes del consumo no se sitúan fuera del sujeto, sino en su sistema de creencias, lo que explica la frecuente concurrencia de adicción y trastornos depresivos y de ansiedad. Desde esta perspectiva, la TCB aborda las creencias disfuncionales que están en la base de ambos trastornos. A pesar de que algunos estudios encuentran que la eficacia de este abordaje terapéutico es superior al del no tratamiento (Miller, Andrews, Wilbourne y Bennett, 1998) otros estudios no encuentran mayor efectividad que la mostrada por otras modalidades menos estructuradas de intervención, como la terapia expresiva de soporte o los grupos de consejo profesional (Crits-Christoph et al., 1999).

Nivel de evidencia 2

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

Burtscheidt et al. (2001) asignaron aleatoriamente a 120 sujetos con adicción al alcohol a tres grupos de tratamiento: terapia inespecífica de soporte y dos modalidades de terapia cognitivo-conductual (entrenamiento en habilidades de afrontamiento y terapia cognitiva). En el seguimiento a 6 meses observaron que ambos enfoques cognitivo-conductuales obtenían mejores resultados que la terapia inespecífica de soporte, pero que no se observaban diferencias significativas entre ambos. En el seguimiento a 2 años (Burtscheidt et al., 2002) encontraron que estos resultados se mantenían, pero observaron que los beneficios de la terapia cognitivo conductual, en sus dos modalidades, eran significativamente menores en sujetos con trastornos de la personalidad severos.

Muchos otros trabajos se basan en la aplicación de algunos elementos de estos anteriores, sin atenerse rígidamente a ninguno de ellos. Bajo el epígrafe general de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se han sometido a prueba diversos enfoques terapéuticos. Los elementos comunes a estos enfoques son: (1) proporcionan al paciente un modelo conceptual comprensible de su problema; (2) las terapias son planificadas y su aplicación es fuertemente estructurada; (3) los planes para producir cambios son establecidos de manera lógica; (4) la terapia fomenta el uso autónomo de habilidades para promover el cambio; (5) el cambio se atribuye al individuo más que al terapeuta; (6) el individuo experimenta un gran sentido de autoeficacia (Scott, Gilvarry y Farrell, 1998). Sería de enorme interés conocer los elementos clave que dieran cuenta del éxito de cada uno de ellos, pero la evidencia disponible no apoya el uso de ningún componente específico (Hajek, Stead, West y Jarvis, 2007).

3.5.2. Modelos multicomponentes

La TCC ha formado parte de modelos más amplios, como un componente más de un paquete de medidas terapéuticas. Uno de ellos es el denominado Modelo Matrix, que consiste en un programa estructurado para vincular a los sujetos adictos a estimulantes a un tratamiento que les facilite el alcance de la abstinencia. Incluye elementos propios de la prevención de recaídas, terapia familiar y grupal, educación sobre drogas y participación en actividades de autoayuda (Rawson et al., 1995). En definitiva, el Modelo Matrix es un modelo multicomponente que incluye terapia cognitivo-conductual individual y grupal que ha demostrado su eficacia en adictos (Rawson et al., 2004).

Nivel de evidencia 3

El Modelo Matrix, que incluye elementos propios de la prevención de recaídas, terapia familiar y grupal, educación sobre drogas y participación en actividades de autoayuda es efectivo en el tratamiento de conductas adictivas.

Como modelo multicomponente debe considerarse también el tratamiento residencial en Comunidad Terapéutica, puesto que incorpora una gran variedad de abordajes, entre los que se incluye indefectiblemente la terapia psicológica. No hay pruebas suficientes para establecer si las CT son más efectivas para la reducción del consumo de drogas y las medidas de resultado sociales y sanitarias asociadas con el consumo de drogas en comparación con un tratamiento alternativo (Smith, Gates y Foxcroft, 2006), aunque se ha encontrado que son más efectivas en los primeros meses de tratamiento, en la medida en que presentan menor nivel de recaídas y abandonos de tratamiento (Greenwood et al., 2001).

Nivel de evidencia 2

Las Comunidades Terapéuticas son modelos multicomponente de tratamiento de las conductas adictivas que han mostrado efectividad principalmente en los primeros meses tras el abandono del consumo.

3.5.2.1. Las comunidades terapéuticas

La comunidad terapéutica (CT) es una modalidad de tratamiento de carácter residencial, muy estructurada y con límites precisos, que tiene como objetivo principal el cambio global en el estilo de vida del individuo (abstinencia de drogas, eliminación de la conducta antisocial, mejora de la situación de empleo e incremento de valores y actitudes prosociales) (Fernández et al., 2008). El componente de cambio fundamental es la propia comunidad (terapeutas y residentes), la cual facilita el aprendizaje de conductas a través

de modelos adaptativos, entrenamiento en habilidades y manejo de contingencias, durante 24 horas al día. Pero, más allá de esta definición general, las Comunidades Terapéuticas (CCTT) no emplean los mismos modelos sociales o psicológicos de tratamiento, y tampoco existe una homogeneidad en los procedimientos terapéuticos utilizados (muchas veces ni se explicitan), ni en los métodos y parámetros (variables objeto de análisis, períodos de seguimiento, tipo de grupo control, etc.) que utilizan los distintos estudios (Arias Horcajadas et al., 2008). En general, estos programas se encuentran en contextos alejados de los entornos de riesgo de consumo de drogas, en lo que supone una eficaz estrategia de control estimular (de evitación de situaciones de riesgo). En este contexto, los residentes se adhieren a normas estrictas y explícitas de conducta, que son reforzadas de forma sistemática por contingencias específicas (refuerzo y/o castigos), con el objetivo de desarrollar el autocontrol y la responsabilidad individual. Las actividades rutinarias altamente estructuradas pretenden contrarrestar el estilo de vida desordenado, característico de los residentes y enseñarles a planificar, a establecer objetivos y a adquirir responsabilidades. Otro de los componentes activos de las CCTT es el cambio de los patrones de pensamiento y comportamiento negativos a través de las terapias individuales y de grupo. La participación en este tipo de actividades está diseñada para adquirir valores positivos, y para identificar y manejar las emociones y las situaciones de riesgo para el consumo. Todos estos cambios se ponen a prueba en las salidas programadas, que sirven de verificación, feedback y reforzamiento de los progresos adquiridos a lo largo del proceso de recuperación (Fernández et al., 2008)..

Nivel de evidencia 1

Principalmente, el tratamiento en CT está indicado para pacientes con dependencia grave, pobre control de impulsos, con historia de fracasos en tratamientos menos intensivos y con escaso apoyo social.

Grado de recomendación A

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.

Nivel de evidencia 2

Los componentes activos de cambio de las CCTT son: control estimular, modelado, reforzamiento de conductas adaptativas, manejo del tiempo, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas, toma de decisiones, manejo de cogniciones y emociones, y feedback y reforzamiento de los progresos.

Los estudios que se han centrado en el análisis de resultados de las CCTT son abundantes y tienen su origen en los estudios llevados a cabo en los Estados Unidos sobre los programas Daytop Village y Phoenix House. Durante los años ochenta, George De Leon desarrolló una importante labor investigadora con la publicación de varios estudios de evaluación de la CT de Phoenix House. La conclusión más importante fue que el abandono prematuro conducía a una recaída y que la permanencia en el programa era el predictor más consistente del éxito del tratamiento (De Leon et al., 1982; De Leon, 1993).

Desde los años ochenta del pasado siglo se han venido realizando estudios de seguimiento en diferentes países europeos, en los que se muestra que entre el 25% y el 50% de los pacientes permanecen abstinentes al año de seguimiento. Esta cifra se elevaba hasta el 90% si solo se tienen en cuenta los sujetos que finalizan el programa (Uchtenhagen y Zimmer-Höfler, 1987; Berglund et al., 1991; Broekaert et al., 1999; Nemes et al., 1999; Messina, Wish y Nemes, 2000).

La duración de la estancia es el mejor predictor de éxito. Sin embargo, en torno al 30% de los que ingresan abandonaban durante el primer año de tratamiento (Broekaert et al., 1999).

Nivel de evidencia 1

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.

Grado de recomendación B

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.

Los resultados del estudio de Fernández-Hermida, Secades-Villa, Fernández Ludeña y Marina (2002) mostraron las tasas de recaídas de los sujetos que habían abandonado (63%) fue significativamente mayor que los sujetos del grupo de alta (10.3%). Como en otros trabajos anteriores, también se establecía una clara relación entre el tiempo de estancia en tratamiento y la probabilidad de recaída. Además, los pacientes que habían seguido el programa se encontraban en una mejor situación familiar, judicial y laboral, en comparación al pre-tratamiento.

Nivel de evidencia 2

Las CCTT son tratamientos eficaces para la adicción a la heroína, siempre y cuando el paciente permanezca en el programa durante un tiempo suficiente. La permanencia en el programa es un buen predictor del éxito del tratamiento, de tal forma que los sujetos que completan seis meses de tratamiento tienen significativamente mejores resultados que aquellos que permanecen menos tiempo, y aquellos que finalizan el tratamiento obtienen mejores resultados que los que lo abandonan prematuramente.

Los estudios multicéntricos realizados por instituciones oficiales, en especial el DATOS (*Drug Abuse Treatment Outcome Studies*) norteamericano, el NTORS (*The National Treatment Outcome Research Study*) inglés y el ATOS (*Australian Treatment Outcome Study*) australiano, tienen en común que analizan resultados de diferentes modalidades de tratamiento, incluyen un elevado número de sujetos y realizan seguimientos de hasta 5 años después del tratamiento.

Los resultados del DATOS a los cinco años de seguimiento mostraron reducciones del 50% o más entre los pacientes tratados en los programas de metadona, en los programas ambulatorios libres de droga y en las CCTT. Además, se obtuvo también una reducción del 50% en las actividades ilegales y un incremento del 10% en el empleo a tiempo completo. Las ganancias potenciales en las variables que se valoraron dependían de un tiempo de exposición al tratamiento suficiente, que se situaba entorno a los seis meses para las CCTT (Hubbard, Craddock y Anderson, 2003). En un análisis realizado atendiendo a las diferentes modalidades del tratamiento, se encontró que las CCTT estaban entre las más eficaces, con un promedio del 72% de reducción en el consumo de heroína al año de seguimiento y del 70% en el consumo de cocaína (Hser, Anglin y Fletcher, 1998).

En el NTORS, se encontró que a los dos años de seguimiento, tanto los pacientes de los programas de metadona, como los de las CCTT mostraban una reducción significativa del consumo de heroína. El consumo de otras sustancias (como benzodiacepinas y cocaína), y los problemas de ansiedad y depresión también se habían reducido significativamente. En ambos grupos también se encontraron mejorías en términos de reducción de conductas de riesgo (consumo inyectado e intercambio de jeringuillas). En un estudio posterior de seguimiento a los 4 y 5 años, los resultados en las tasas de abstinencia se mantenían (Gossop, Marsden et al., 2002; Gossop et al., 2003).

Los resultados del ASTOS al año de seguimiento mostraron que el 63% de los pacientes de las CCTT permanecían abstinentes, el promedio de días de consumo de heroína en el último mes era de 4,1 y solo el 2,8% eran policonsumidores. Como en otros estudios, la dosis de tratamiento era el mejor

predictor de los resultados. El tiempo de tratamiento promedio en las CCTT fue de 78 días (la cuarta parte que en los programas de metadona) (Teesson et al., 2006).

Nivel de evidencia 2

Las CCTT obtienen mejoras significativas en el estado clínico general del paciente: consumo de drogas, conducta delictiva, psicopatología asociada y situación laboral.

Nivel de evidencia 2

Los logros obtenidos por los tratamientos en CT se mantienen en seguimientos a largo plazo (de uno a cinco años).

3.5.3. Comparación con otros enfoques terapéuticos

Diversos trabajos han comparado la eficacia de la terapia cognitiva conductual y otras modalidades de tratamiento. Algunos de los hallazgos principales han sido:

- Entre los tratamientos psicosociales los que más eficacia mostraron fueron las intervenciones breves y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (Miller y Wilbourne, 2002).
- La terapia cognitivo-conductual se ha mostrado superior a otras modalidades en el tratamiento de la adicción a cocaína (Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tusel y Hall, 1998).
- La terapia cognitivo-conductual demostró su eficacia, mayor para consumidores de cannabis y menor para policonsumidores, aunque fue superada por el manejo de contingencias (Dutra et al., 2008).
- El manejo de contingencias ofrece resultados superiores al inicio del tratamiento, pero a los 3 meses es superado por los obtenidos por la terapia cognitivo-conductual; en el postratamiento, ambas técnicas combinadas ofrecen beneficios adicionales (Epstein, Hawkins, Covi, Umbricht y Preston, 2003). La prevención de recaídas obtuvo mejores resultados con los pacientes con mayor severidad de adicción que la desipramina, así como con los pacientes con mayores niveles de depresión (Carroll et al., 1994; Carroll, Nich, Ball, McCance-Katz y Rounsaville, 1998).

Como puede observarse, los resultados son dispares, pero tienden a ratificar la efectividad de la terapia cognitiva-conductual en diversos contextos terapéuticos y con diversas adicciones. No obstante, es preciso atender a otras variables críticas, como son el mantenimiento de los logros a lo largo del tiempo o la relación entre tiempo de tratamiento y logros alcanzados.

A continuación revisaremos los trabajos que han tomado en consideración estas variables.

Nivel de evidencia 1

Las terapias cognitivo-conductuales son generalmente más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado y su eficacia aumenta en tratamientos multicomponentes.

3.5.4. Formato individual vs. grupal

Cuando se han comparado ambos formatos de aplicación, no se han encontrado diferencias significativas entre la aplicación individual o grupal de un tratamiento de prevención de recaídas (Graham, Annis, Brett y Venesoen, 1996). Tampoco se han encontrado diferencias entre la aplicación individual y grupal de la terapia cognitiva en adictos a alcohol y otras drogas, mostrándose ambas modalidades eficaces (Marques y Formigoni, 2001). Sí se ha encontrado, sin embargo, que la asistencia a programas de grupo de abandono del hábito de fumar ayuda a los fumadores a abandonar el hábito: los programas grupales son más efectivos para ayudar a las personas a dejar de fumar que el aporte de materiales de autoayuda sin instrucción cara a cara o el apoyo grupal y las probabilidades de abandonar son más del doble. No está claro si los grupos son mejores que la orientación individual u otro asesoramiento, pero son más efectivos que ningún tratamiento (Pereiro, Be-coña, Córdoba, Martínez y Pinet, 2008). No todos los fumadores que intentan abandonar desean asistir a reuniones de grupo, pero para los que acuden es eficaz (Stead y Lancaster, 2005).

Nivel de evidencia 1

La Terapia Cognitivo Conductual ha mostrado su efectividad tanto cuando se administra en formato individual como cuando se aplica en un contexto grupal.

3.5.5. Duración del tratamiento

Un elemento clave es la duración del tratamiento: ¿cuánto debe durar éste para alcanzar la efectividad?

- La terapia cognitivo-conductual breve (2-4 sesiones) ha mostrado eficacia en la probabilidad de alcanzar abstinencia en el consumo (Baker, Boggs y Lewin, 2001), avance en los estadios de cambio, uso de benzodiazepinas, tabaco y otras drogas, conductas de riesgo (inyección), actividades criminales, malestar psicológico y depresión (Baker et al., 2005).

- La terapia cognitiva breve (1-6 sesiones) ha mostrado su eficacia en consumidores de cannabis en tratamiento sobre grupo control en lista de espera (Copeland, Swift, Roffman y Stephens, 2001).
- Las intervenciones breves son más eficaces en los bebedores menos severos pero existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos por intervenciones breves y los de intervenciones más extensas en bebedores más severos que no buscan tratamiento (Moyer, Finney, Swearingen y Vergun, 2002).
- La terapia cognitivo-conductual intensiva durante 6 meses se ha mostrado eficaz en dependientes de cocaína, aunque la eficacia no es lineal, sino producto de la interacción entre características del paciente y elementos de la terapia (Rosenblum, Magura, Palij, Foote, Handelsman y Stimmel, 1999).
- La alianza paciente-terapeuta, establecida desde las primeras sesiones, es mejor predictor de resultados que la modalidad de terapia o la duración de la terapia cognitivo-conductual en jóvenes abusadores de cannabis (Diamond, Liddle, Wintersteen, Dennis, Godley y Tims, 2006).
- En el caso de las comunidades terapéuticas, tal y como antes se ha señalado, la permanencia en el programa (y la finalización del tratamiento) es el predictor más consistente del éxito del tratamiento, de tal forma que los sujetos que completan seis meses de tratamiento tienen significativamente mejores resultados que aquellos que permanecen menos tiempo, y aquellos que finalizan el tratamiento obtienen mejores resultados que los que lo abandonan prematuramente.
- La terapia cognitivo conductual en formato grupal se asocia con un menor consumo de sustancias en sujetos en programa de mantenimiento con metadona (Scherbaum et al., 2005).
- Se ha encontrado una sólida relación entre “dosis de tratamiento” y abstinencia alcanzada con la aplicación del Modelo Matrix en adictos a estimulantes, de modo que un mayor tiempo de exposición a la terapia predecía más tiempo de abstinencia y mayor persistencia en el tiempo (Shoptaw, Rawson, McCann y Obert, 1994).
- El tiempo de exposición al tratamiento, independientemente de su carácter individual o grupal, es la variable que predice los resultados un año después, de modo que mayores tiempos de exposición predicen menor consumo a largo plazo, por lo que se recomienda prolongar los tratamientos o desarrollar dispositivos o intervenciones de soporte postratamiento o de seguimiento (Hoffman, Caudill, Koman, Luckey, Flynn y Mayo, 1996).

Nivel de evidencia 1

Aunque en algunas circunstancias y para algunos pacientes las intervenciones breves pueden resultar eficaces, un mayor tiempo de exposición a la Terapia Cognitivo Conductual está relacionado con mejores resultados a largo plazo.

3.5.6. Duración de los efectos

Una de las variables críticas en la interpretación de los resultados de múltiples ensayos es la duración de los efectos encontrados tras la aplicación de los tratamientos. Las ganancias observadas ¿se limitan al tiempo durante el cual se recibe el tratamiento o se extienden en el tiempo más allá de la aplicación de la terapia? También en este aspecto los resultados son dispares. Algunos de los resultados encontrados en los estudios a largo plazo se resumen a continuación:

- La prevención de recaídas en dependientes de alcohol se asoció a corto plazo con mayores niveles de autoeficacia, mayor probabilidad de alcanzar la abstinencia total y mayor tiempo hasta la primera recaída, aunque a los 12 meses los logros se redujeron significativamente (Allsop, Saunders, Phillips y Carr, 1997).
- La terapia cognitivo-conductual breve, basada en el modelo de prevención de recaídas, se mostró eficaz en el tratamiento de adictos al cannabis y los resultados se extendieron más allá del tratamiento, superando en eficacia a la Entrevista Motivacional (MTP Research Group, 2004; Stephens, Roffman y Curtin, 2000), pero no se mostró superior al tratamiento grupal de soporte a los 12 meses (Stephens, Roffman y Curtin, 1994).
- La prevención de recaídas se ha mostrado especialmente eficaz en consumidores de alcohol o policonsumidores cuando se combina con farmacoterapia y cuando se mide inmediatamente después de la finalización del tratamiento (Irvin et al., 1999).
- Los resultados de los programas de manejo de contingencias, en particular aquellos que emplean incentivos canjeables por bienes y servicios a cambio de analíticas negativas de orina, han mostrado que las ganancias (abstinencia de drogas) se mantienen más allá de la eliminación de los incentivos, y que la retención y la abstinencia durante las primeras semanas de tratamiento son los mejores predictores de la abstinencia a largo plazo (Higgins, Badger y Budney, 2000).

Los resultados parecen apuntar a lo que algunos investigadores denominan la “curva de aprendizaje”: la efectividad de los tratamientos se relaciona con el aprendizaje de las estrategias entrenadas, de modo que es máxima en los primeros momentos del tratamiento y posteriormente decae cuando se

disuelve la relación terapéutica. La efectividad se relacionaría inversamente con la pendiente de la curva en la fase de recaída (Waldron y Kaminer, 2004).

Nivel de evidencia 1

Los efectos de la terapia cognitivo-conductual se extienden más allá del tratamiento, pero decaen con el tiempo.

Grado de recomendación A

Sería importante diseñar programas de seguimiento tras el alta para procurar la consolidación de los cambios obtenidos mediante la terapia cognitivo-conductual.

3.5.7. Aplicación a poblaciones especiales: adolescentes

Muchos estudios se han centrado en los efectos de la terapia cognitivo-conductual en adolescentes consumidores de sustancias. La terapia cognitivo conductual se ha mostrado eficaz en adolescentes con abuso de cannabis (Dennis et al., 2004) y en adolescentes con doble diagnóstico, aunque en este grupo esa eficacia se identifica únicamente en el corto plazo, desapareciendo los efectos en el seguimiento a los 9 meses (Kaminer, Burleson y Goldberger, 2002). La terapia individual de resolución de problemas ha mostrado su eficacia en el tratamiento de adolescentes con doble diagnóstico, tanto en los niveles generales de consumo como en otros indicadores tales como estado de ánimo general, problemas de conducta y rendimiento escolar y laboral (Azrin, Donohue, Teichner, Crum, Howell y DeCato, 2001). También ha mostrado su utilidad en adolescentes abusadores de alcohol con tendencia al suicidio (Esposito-Smythers, Spirito, Uth y LaChance, 2006). Tanto la terapia cognitivo conductual en formato grupal dirigida a los propios adolescentes como una modalidad psicoeducativa (que incluía también elementos cognitivo conductuales: comunicación, autocontrol y habilidades de resolución de conflictos) fueron eficaces en la reducción del consumo en adolescentes, pero la modalidad que incluía a los familiares mostró mayor capacidad de mantener los logros más allá del tratamiento (Liddel, 2002; Liddle, Dakof, Parker, Diamond, Barrett y Tejeda, 2001).

Algunos autores proponen que la inclusión de adolescentes en grupos de iguales para terapia, en algunas circunstancias, tiene un efecto iatrogénico en la medida en que refuerza las conductas desadaptativas, y se corresponde con una mayor frecuencia de actividades delictivas en la edad adulta (Dishion, McCord y Poulin, 1999; Dishion, Poulin y Barraston, 2001). Sin embargo, Kaminer (2005) ha realizado una exhaustiva revisión, concluyendo que no se puede considerar a los grupos de terapia como “dañosos” si se tienen en cuenta sus probados resultados, y que la composición de los grupos de ado-

lescentes debe tener en cuenta una serie de medidas que prevengan su potencial peligrosidad: reclutamiento de los participantes de diversas fuentes, mantener la heterogeneidad del grupo incluyendo adolescentes prosociales, emplear a terapeutas entrenados y competentes, mantener un aparato de supervisión efectivo y desarrollar intervenciones manualizadas que incluyan protocolos de resolución de problemas que puedan aparecer en el grupo.

Nivel de evidencia 2

La terapia cognitivo-conductual es eficaz con adolescentes consumidores de sustancias. Es recomendable incluir a las familias junto a la aplicación de la terapia cognitiva conductual en adolescentes para prolongar en el tiempo los cambios suscitados por el tratamiento.

Grado de recomendación B

Los grupos de adolescentes deben diseñarse teniendo en cuenta determinadas limitaciones si se quiere evitar un sobreaprendizaje de conductas antisociales y desadaptativas.

3.5.8. Tratamientos combinados

Otra cuestión de enorme interés es la posible potenciación de efectos que pueden esperarse si se combinan técnicas que, por separado, han mostrado su eficacia. En este sentido, se ha estudiado el efecto conjunto de la terapia cognitivo-conductual con otras terapias psicológicas y con intervenciones farmacológicas.

El NIDA (1999, 2004) recomienda la utilización de las terapias psicológicas en combinación con los tratamientos farmacológicos, formando parte del modelo de tratamiento en el que se realiza el abordaje global de los problemas que presenta una persona con problemas de dependencia. Su fundamentación se centra en el potencial de su complementariedad y en su capacidad para producir efectos acumulativos. Los objetivos de la terapia farmacológica estarían centrados en la desintoxicación, síntomas específicos, estabilización y mantenimiento y tratamiento de las patologías concomitantes. La terapia psicológica abarca a los objetivos de motivación al tratamiento, entrenamiento en habilidades, modificación de contingencias de refuerzo, mejora del funcionamiento personal y socio-familiar y apoyo al tratamiento farmacoterapéutico (Fernández, Arias, Castillo, Roncero, Roviara y Secades, 2008).

En la práctica clínica, los enfoques combinados en la mayoría de los casos son la estrategia adecuada en el abordaje de los trastornos por dependencia a sustancias (Carroll, 2004). Algunos de los requisitos que se deben tener en cuenta para la aplicación de los tratamientos son los siguientes: (1) la combi-

nación se ha de realizar cuando sea más efectiva que la utilización aislada de los diferentes componentes, (2) es conveniente combinar dos tratamientos desde el inicio de la terapia si tal decisión está fundamentada en la investigación previa, (3) el plazo de 6 semanas de espera para la verificación del efecto de los antidepresivos es válido también para la actuación de la terapia psicológica, (4) el paciente debe participar de la toma de decisiones y, al mismo tiempo, ser consciente de que el terapeuta conoce las ventajas y el orden adecuado de la combinación propuesta, (5) en el caso de que dos terapeutas emitan mensajes contradictorios del paciente, debe considerar la viabilidad del tratamiento (Labrador, Echeburúa y Becoña 2000). Tal y como sugiere Carroll (2004) en los tratamientos de corte fundamentalmente farmacológico se suele incluir algún elemento psicoterapéutico para facilitar el mantenimiento del paciente en el tratamiento y su adherencia a la farmacoterapia, y para atender los numerosos problemas coexistentes que se suelen presentar en las personas dependientes.

El manejo de contingencias ha demostrado utilidad superior a la terapia cognitivo conductual en sujetos con dependencia de estimulantes (cocaína o metanfetamina), asociándose a mayores tasas de retención y menores niveles de consumo durante el periodo de estudio (Terán, Casete y Climent, 2008). La terapia cognitivo conductual produce también mejoras significativas en estos indicadores y no hay diferencias entre ambas en el mantenimiento de los logros a lo largo del tiempo. La combinación de ambas técnicas no produce resultados significativamente mejores, si bien los sujetos en el grupo combinado muestran mayor adherencia a la terapia cognitivo conductual que quienes sólo reciben esta modalidad (Rawson et al., 2006). Estos datos han resultado muy similares cuando se han aplicado a sujetos consumidores de cocaína en mantenimiento con metadona (Rawson et al., 2002). La terapia cognitivo-conductual es más eficaz en combinación con terapia familiar en adolescentes consumidores de drogas (Waldron, Slesnick, Brody, Turner y Peterson, 2001).

La terapia cognitivo-conductual individual combinada con disulfiram mostró mayor efectividad que su combinación con placebo, y superó a la terapia interpersonal en ambas condiciones (McKay, Alterman, Cacciola, Rutherford, O'Brien y Koppenhaver, 1997) y sus efectos se mantienen en el tiempo, más allá del tratamiento (Carroll et al., 2001; Carroll, Nich, Ball, McCance, Frankforter y Rounsaville, 2000).

La terapia cognitivo-conductual demostró su eficacia en el tratamiento de la discontinuación de farmacoterapia con benzodiazepinas en pacientes diagnosticados por trastorno de pánico (Otto, Pollack, Sachs, Reiter, Maltzer-Brody y Rosenbaum, 1993; Spiegel, Bruce, Gregg y Nuzzarello, 1994).

La terapia cognitivo-conductual combinada con fármacos se mostró eficaz en el tratamiento de adictos a drogas por vía inyectada y con criterios de

depresión (Stein et al., 2004) pero los logros no persisten más allá del tratamiento (Stein et al., 2005).

Los tratamientos psicosociales administrados junto con los tratamientos de desintoxicación farmacológica resultan efectivos en cuanto a la finalización del tratamiento, los resultados durante el seguimiento y el cumplimiento (Amato, Minozzi, Davoli, Vecchi, Ferri y Mayet, 2004).

Los pacientes que recibían naltrexona para sus problemas de alcohol, y además recibían terapia cognitivo conductual presentaban una mejoría que se mantenía una vez finalizado el tratamiento, en tanto que quienes habían recibido otras formas de terapia psicológica mostraban una progresiva reducción de los logros (Carroll, Rounsaville, Nich, Gordon, Wirtz y Gawin, 1994; O'Malley et al., 1996). Diversos estudios han mostrado consistentemente que, en el tratamiento del alcoholismo, la combinación de terapia cognitivo conductual con fármacos como la naltrexona (Anton et al., 2001; Anton, Moak, Waid, Latham, Malcolm y Dias, 1999; Nunes, Rothenberg, Sullivan, Carpenter y Kleber, 2006; O'Malley et al., 1996), diversos ISRSs (Angelone, Bellini, DiBella y Catalano, 1998; Kranzler et al., 1995), rintanserín (Johnson et al., 1996) u ondansetrón (Johnson et al., 2000), incrementa sistemáticamente los resultados.

Nivel de evidencia 1

La combinación de la terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas (psicológicas o farmacológicas) es más eficaz que la aplicación de cada uno de los componentes de forma aislada.

En personas dependientes del alcohol la combinación de fármacos interdictores con procedimientos psicoterapéuticos completa el abordaje y favorece los cambios conductuales necesarios incrementando la motivación y la adhesión al tratamiento y reduce el número de días en los que el paciente ingiere alcohol (Guardia 1996; Carroll 2004; Williams 2005).

Grado de recomendación B

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.

El conocido estudio de Carroll et al. (1994) en el que se comparaba farmacoterapia y psicoterapia ya infería la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para distintos subtipos de consumidores de cocaína, afirmando la conveniencia del tratamiento combinado, como se ha confirmado en muchos otros estudios.

Grado de Recomendación B

Farmacoterapia y psicoterapia deben combinarse en función de las características del paciente adicto.

Sin entrar en el tipo concreto de tratamiento psicológico a indicar, lo que se acepta es que la psicoterapia ambulatoria intensiva, a ser posible más de una vez por semana, centrada en la estabilización de la abstinencia, sería el abordaje de elección en la dependencia a cocaína (Karabanda et al, 1999). La terapia familiar, la psicoterapia individual o la terapia de grupo una vez por semana más farmacoterapia tendería a ser insuficiente, y en cambio una frecuencia a partir de dos veces por semana, con o sin medicación, mejoraría el resultado (Crits-Christoph et al., 1997).

En el proceso de búsqueda realizado por Amato et al. (2004) para la Cochrane Plus se encontraron 77 estudios diferentes: ocho estudios cumplieron con los criterios de admisión (ensayo clínico). Estos estudios consideraron efectivos cuatro intervenciones psicológicas diferentes (manejo de contingencias, reforzamiento comunitario, una forma de asesoramiento estructurado: asesoramiento psicoterapéutico, terapia familiar cognitivo-conductual) y dos tratamientos de desintoxicación con fármacos sustitutivos: metadona y buprenorfina. Favorecieron más la eficacia los tratamientos combinados. Los tratamientos psicosociales administrados junto con los tratamientos de desintoxicación farmacológica (tratamientos con metadona y buprenorfina) resultan efectivos en cuanto a la finalización del tratamiento, los resultados durante el seguimiento y el cumplimiento.

Grado de recomendación A

Los tratamientos de sustitutivos opiáceos ofrecen mejores resultados cuando se acompañan de intervenciones psicológicas.

3.5.9. Nuevas direcciones

Las terapias cognitivo-conductuales más recientes han pivotado sobre el concepto de *mindfulness*. Este concepto, sin equivalente en el idioma castellano, puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. Los términos atención, conciencia y referencia al momento concreto están incluidos de lleno en su significado. Viene a plantear, por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto (Vallejo, 2006). Este enfoque engloba una serie de modalidades terapéuticas que han sido denominadas la Tercera Generación de Terapias Cognitivo-Conductuales (Hoppes, 2006).

De entre todas ellas destaca la Terapia Cognitivo-Dialéctica o Dialéctico-Conductual desarrollada por Linehan (1993) para el Trastorno Límite de Personalidad. Esta modalidad puede descomponerse en dos partes:

1. Terapia individual semanal: se explora detalladamente una conducta problemática en particular o un evento de la semana anterior, comenzando con la cadena de eventos que conducen a ello, pasando por soluciones alternativas que pudieron haberse usado, y examinando aquello que le impidió al paciente usar soluciones más adaptables al problema. Entre y durante las sesiones, el terapeuta enseña y refuerza activamente los comportamientos adaptables, especialmente a medida que ocurren dentro de la relación terapéutica. Se hace énfasis en enseñar a los pacientes la forma de manejar el trauma emocional, en lugar de reducirlo o sacarlos de las crisis. El contacto telefónico con el terapeuta entre sesiones forma parte de los procedimientos de la Terapia Dialéctica Conductual. La Terapia apunta a comportamientos en jerarquía descendente:
 - a) disminución de comportamientos suicidas de alto riesgo;
 - b) disminución de respuestas o comportamientos (ya sea por el terapeuta o por el paciente) que interfieran con la terapia;
 - c) disminución de comportamientos que interfieran con la calidad de vida;
 - d) disminución y manejo de las respuestas de tensión postraumática;
 - e) incrementar el respeto por sí mismo;
 - f) adquisición de las habilidades conductuales enseñadas en grupo;
 - g) objetivos adicionales establecidos por el paciente.
2. Sesiones de terapia de grupo de 2,5 horas semanales en las cuales se enseña afectividad interpersonal, habilidades de tolerancia de la angustia/aceptación de la realidad, regulación de las emociones y habilidades conscientes (habilidades a desarrollar). Los terapeutas de grupo no estarán disponibles telefónicamente entre sesiones; ellos remitirán a los pacientes en crisis al terapeuta individual.

Puesto que esta categoría diagnóstica es una de las más frecuentemente diagnosticadas a sujetos con abuso de sustancias, se ha estudiado su efecto en pacientes con doble diagnóstico, encontrándose resultados que apuntan a su utilidad terapéutica (Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter y Comois, 1999; Linehan et al., 2002).

Otras modalidades, como el Programa de Reducción del Estrés Basado en el *Mindfulness* ha sido ensayado en adictos (Davis, Fleming, Bonus y Baker, 2007; Marcus et al., 2003), pero no se dispone de estudios controlados que avalen su efectividad.

Nivel de evidencia 2

La Terapia Dialéctica es efectiva en pacientes con trastornos adictivos y trastorno límite de la personalidad comórbido.

4. *Terapias centradas en la familia*

En sus orígenes, el concepto de Terapia Familiar resultaba ser un sinónimo de Terapia Sistémica. Con el tiempo, las intervenciones psicoterapéuticas que han contado con los familiares del adicto han ido diversificando su metodología, despegándose de la ortodoxia sistémica e incorporando estrategias cognitivo-conductuales o de otras procedencias, conduciendo a un cambio terminológico, que ha permitido que en el momento actual se hable de “Tratamientos Basados en la Familia”. De hecho, este cambio de denominación está justificado por la generalización de métodos cognitivo-conductuales aplicados en un contexto familiar, lo que en realidad supone una renuncia a los principios sistémicos de la terapia familiar, al menos en lo relativo a la aplicación práctica, aunque persistan como guía general del modelo de intervención (Liddle y Dakof, 1995).

Girón, Martínez Delgado y González Saiz (2002) revisaron los trabajos publicados en los 15 años precedentes en torno a las intervenciones basadas en la intervención familiar en adolescentes consumidores de drogas. De los tres estudios recopilatorios de trabajos y los dos metaanálisis, extrajeron las siguientes conclusiones:

1. La evaluación de la eficacia de las terapias basadas en la familia resulta especialmente difícil por dos razones: (a) dentro de lo que se han denominado abordajes sistémicos relacionales se incluyen diferentes técnicas de intervención que, aunque basados en un paradigma teórico común, enfatizan distintos aspectos del modelo; y (b) en muchas patologías, se utilizan los tratamientos basados en la familia junto a otros recursos terapéuticos, como los farmacológicos, o las terapias individuales, grupales o los grupos de familiares.
2. Aún contando con estas dificultades, los ensayos clínicos efectuados hasta este momento, comparando los abordajes basados en la familia frente a otros tipos de intervención terapéutica, han demostrado su eficacia al igualar al menos los resultados conseguidos con otros tipos de técnicas. Además, confirman su superioridad al añadirlos a otros tratamientos en las drogodependencias.
3. En drogodependencias, las terapias basadas en la familia han mostrado su eficacia para conseguir aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, así como para aumentar la adherencia al tratamiento (incrementar la retención) y disminuir el uso de sustancias postratamiento, mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.

4. Quedan algunas cuestiones importantes por aclarar dentro de los abordajes familiares: (a) si hay algún tipo de técnica que sea más eficaz que otro; (b) cuando se combinan con otros tipos de intervenciones, cual es la fracción de mejoría atribuible directamente al abordaje familiar; y (c) sobre qué aspectos de la disfunción que supone el trastorno (la conflictividad familiar, estructura o dinámica familiar, la integración socio-escolar-laboral, los trastornos de comportamiento asociados, etc.) ejerce más influencia la intervención familiar.
5. Es importante considerar algunos aspectos relacionados con la forma como se implementan las terapias basadas en la familia (por ejemplo, la cantidad y frecuencia de sesiones familiares; la realización de sesiones de seguimiento; los aspectos concretos en los que se centran, etc.) y con el papel que juega el terapeuta para lograr los objetivos terapéuticos marcados. A este respecto es preciso recordar que la relación terapéutica (la calidad del trato entre el terapeuta y sus clientes), por cierto escasamente evaluada en todos los trabajos revisados, parece tener gran importancia en determinar la adherencia de los pacientes a los programas terapéuticos, factor este asociado a los resultados a medio-largo plazo cuando hablamos de trastornos o patologías con tendencia a la cronicidad.

Liddle y Dakof (1995) observan que la incorporación de los tratamientos basados en la familia es mucho más reciente que otras modalidades terapéuticas y mucho menos estudiada en el ámbito de las adicciones que en otros de la salud mental. Encuentran que los estudios controlados precedentes suelen presentar, como norma general, diversos problemas metodológicos: muestras pequeñas y seleccionadas, poca representación de minorías, mínima severidad de síntomas, focalización en familias de clase media, tratamientos insuficientemente definidos, poca atención a las características de los terapeutas y su entrenamiento, variables de medida ambiguas, análisis estadísticos defectuosos o incompletos. Sin embargo, también mencionan algunos estudios con pocas o ninguna limitación metodológica de los que se concluye que los tratamientos basados en la familia son eficaces en el abordaje de adolescentes con consumos problemáticos de drogas

Nivel de evidencia 3

Las intervenciones familiares en adolescentes con consumo de drogas aumentan el compromiso de los 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.

Grado de recomendación B

Los tratamientos basados en la familia son eficaces en el abordaje de adolescentes con consumo de drogas.

En todo caso, y a pesar de la evolución y la incorporación de técnicas procedentes de otros encuadres teóricos, la Teoría Sistémica ha sido el hilo conductor de las diferentes modalidades de intervención centradas en la familia dentro del ámbito de las adicciones. Por ello, se presentan seguidamente los conceptos claves que subyacen a los diversos enfoques que, en un paso posterior, serán identificados como los más utilizados en el tratamiento de los problemas asociados al abuso de drogas.

4.1. MODELO SISTÉMICO

Los conceptos que hacen referencia a este modelo proceden de ámbitos relativamente independientes. Esta epistemología se nutrió inicialmente de tres fuentes; (a) la Pragmática de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jakson, 1967), (b) la Teoría General de Sistemas (von Bertalanffy, 1954) y (c) en conceptos Cibernéticos (Wiener, 1948). Además, los conceptos procedentes de enfoques evolutivos (p.e., Haley, 1981) y estructurales (p.e., Minuchin, 1974) resultan claves para la concepción sistémica de la familia. La resultante de estas aportaciones teóricas aplicadas a la psicoterapia familiar constituye el denominador común de la Terapia Familiar Sistémica.

A) Conceptos de la Teoría General de Sistemas

- **Sistema:** Conjunto de unidades interrelacionadas entre sí, cada una de ellas con: diferente nivel de complejidad, límites de permeabilidad variables, sistema de comunicación interno, y medio de comunicación con el exterior, en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.
- **Tipos de sistemas:** Pueden ser **abiertos** cuando intercambian materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica; se podría hablar de sistemas **cerrados** en aquellos casos en los cuales el intercambio sería escaso o prácticamente nulo.
- **Propiedades de los sistemas abiertos:**
 - o 1. **Totalidad y su corolario no sumatividad.** El todo es más que la suma de sus partes; esto es: existen ciertas propiedades del sistema que derivan no sólo de los elementos en sí mismos, sino de la forma en que estos se relacionan. Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal forma con las demás que un cambio en una de ellas desencadena un cambio en todas y cada una de las demás y, por tanto, en el sistema como un todo.

- o **2. Circularidad:** Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido de que una “causa” A provoque un “efecto” B), sino circulares en el sentido de que B refuerza retroactivamente la manifestación de A.
- o **3. Equifinalidad:** Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esto no ocurre en los sistemas cerrados.

B) Conceptos de la Cibernética

- **Homeostasis.** La homeostasis es el estado interno de un sistema que se mantiene relativamente constante mediante la autorregulación.
- **Feedback:** En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo).
- **Morfogénesis:** Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo.

C) Conceptos Comunicacionales (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967)

- **Es imposible no comunicar,** por lo que en un sistema dado, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.
- **En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) o semánticos y aspectos relacionales (nivel analógico)** entre emisores y receptores. Es el nivel analógico el que cualifica a cómo ha de entenderse el mensaje, es decir, designa que tipo de relación se da entre el emisor y el receptor.
- **La definición de una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes.** Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro.
- **Toda relación de comunicación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia** de los agentes que participan en ella, respectivamente. Cuando la intervención simétrica se cronifica hablamos de **escalada simétrica**. Cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de **complementariedad rígida**. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos.

D) Conceptos evolutivos (Haley,1981)

- La familia como sistema atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su **ciclo vital** (noviazgo, matrimonio, procreación, adolescencia, maduración de los hijos, emancipación, vejez).
- La importancia de las nociones evolutivas en TFS no radica sólo en cada fase en sí misma, sino en la crisis a que puede dar lugar el paso de una a otra. En este sentido, el proceso óptimo de superación de tales crisis consiste en modificar la **estructura** del sistema familiar manteniendo su **organización**.

E) Conceptos Estructurales

- Dentro de los sistemas se pueden apreciar pequeños subconjuntos formados por elementos del mismo sistema que se relacionan entre sí. Es lo que conocemos con el nombre de **subsistemas**. Así, un subsistema es un conjunto de elementos agrupados en torno a una misma función o cualidad. Básicamente son tres los subsistemas que tendremos que valorar a la hora de realizar un abordaje familiar: el conyugal; el parental (o parento-filial) y el fraternal o filial.
- Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los **límites** de los subsistemas deben ser claros. Las fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares.
- Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser **difusos**, **rígidos** o **claros**. Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.
- Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un *continuum* cuyos polos son los dos extremos de límites difusos (**familias aglutinadas**), por un lado, y de límites rígidos (**familias desligadas**), por el otro. La mayor parte de familias se incluyen dentro del amplio espectro normal.
- Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior. En este último caso, los límites exteriores se denominan **fronteras**.
- Dentro del funcionamiento familiar se pueden dar diferentes configuraciones relacionales. Según Minuchin (1974) se pueden encontrar: (a) Triangulación: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro. (b) Coalición: Uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor. Esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del cónyuge. (c) La des-

viación de conflictos, que se produce cuando se define a un hijo como malo y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como enfermo y se unen para cuidarlo y protegerlo.

4.2. TERAPIAS CENTRADAS EN LA FAMILIA EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES

Hay que destacar en primer lugar que los modelos de tratamiento que expondremos a continuación se centran, los tres primeros, en el tratamiento de adolescentes y jóvenes con abuso de sustancias y conductas asociadas y, el último, en la terapia familiar conductual y de pareja. La razón de ello es la importancia que los investigadores han otorgado a la familia en estos momentos evolutivos. Cabe considerar que la familia sigue siendo el escenario en el que se representan las adicciones también en otras etapas de la vida, y que no sólo es la familia de origen, sino también las modalidades familiares que se conforman en la fase adulta, las que soportan, mantienen o padecen los problemas asociados a la adicción. Existen también modelos de intervención familiar en sentido amplio que, sin embargo, no cuentan con estudios de evaluación que atestigüen su efectividad, pero que son de enorme interés en la clínica (p.e., Girón, 2006; Palacios, 2006). Nos centraremos, como es el objetivo del presente trabajo, en aquellas que cuentan con trabajos de evaluación.

4.2.1. Terapia Familiar Multidimensional (MDFT, Multidimensional Family Therapy)

La Terapia Familiar Multidimensional para adolescentes es un tratamiento para el abuso de drogas ambulatorio centrado en la familia. La MDFT examina el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red de influencias (es decir, del propio individuo, de la familia, de compañeros, de la comunidad) y sugiere que la reducción del comportamiento no deseado y el aumento del comportamiento deseado ocurren en múltiples maneras en ambientes diferentes. Desde esta perspectiva la conducta individual se considera contextualizada dentro de una red de interconexiones de sistemas sociales, incluyendo el propio individuo, la familia, la escuela, el vecindario, los pares, la comunidad y el ámbito cultural. Todos estos sistemas sociales de referencia pueden, potencialmente, tener impacto sobre el uso de drogas de los adolescentes y también sobre otras conductas problemáticas relacionadas, y por tanto, bien guiados, también pueden convertirse en factores protectores. El tratamiento incluye sesiones individuales y de toda la familia que tienen lugar en la clínica, en la casa, en la escuela u otros lugares comunitarios.

Durante las sesiones individuales, el terapeuta y el adolescente trabajan en tareas importantes de aprendizaje, como saber tomar decisiones, negociar, y desarrollar habilidades para resolver problemas. Los jóvenes adquieren capacidad para comunicar sus pensamientos y sentimientos para poder manejar mejor las presiones de la vida y obtienen destrezas vocacionales. Se realizan sesiones paralelas con miembros de la familia. Los padres examinan su estilo particular de educar a sus hijos, y aprenden a distinguir la diferencia entre influenciar y controlar así como a tener una influencia positiva y apropiada con sus hijos (Diamond y Liddle, 1996; Schmidt, Liddle y Dakof, 1996).

4.2.2. Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT, Brief Strategic Family Therapy)

En el ámbito de las adicciones, el principal campo de aplicación de este modelo ha sido la población adolescente. La importancia del contexto familiar en esta etapa del desarrollo ha favorecido la aplicación de programas basados en el entorno familiar como elemento generador y regenerador de la problemática adictiva. Es una intervención breve que se utiliza con adolescentes que consumen drogas y que presentan otros problemas de conducta. La terapia se centra en la función que tiene el uso de drogas que se interpreta como señal del malestar del funcionamiento familiar. El tratamiento dura 8-24 sesiones, dependiendo de la severidad del problema.

La BSFT se ha utilizado con pacientes ambulatorios y con pacientes en unidades de día y comunidades terapéuticas. El NIDA la describe como una terapia utilizada en diversos contextos asistenciales: centros de salud mental, programas de tratamiento para abuso de drogas y otros servicios sociales (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003). Además de incidir sobre el consumo y las conductas problema en casa y en la escuela, la BSFT aborda la conducta agresiva, el comportamiento violento, la percepción de riesgo y el riesgo real en aspectos relacionados con la sexualidad, el acercamiento a pares antisociales y la delincuencia.

Los principios generales que desarrolla este enfoque terapéutico son (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003; Szapocznik y Williams, 2000):

1. La familia es un sistema y por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problema que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente.
2. Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia. Dichos patrones son conductas de interacción habituales que se repiten en el tiempo.

3. La intervención se centra en la planificación de los objetivos que proporcionen los medios prácticos para eliminar dichos patrones interactivos que están directamente vinculados a las conductas que muestra el adolescente (abuso de drogas u otras conductas problema).

Los objetivos que persigue la BSFT son dos, principalmente: (a) eliminar los conductas de abuso de drogas y otras conductas problema; (b) cambiar la interacción familiar que posibilita el síntoma (consumo de drogas). Parte de la identificación de los principales problemas en las familias con adolescentes que abusan de las drogas y el perfil y/o características del adolescente consumidor de drogas.

El enfoque de BSFT establece que los cambios en las familias con adolescentes consumidores de drogas están directamente relacionados con:

1. *La calidad de la relación terapéutica entre el terapeuta y la familia* siendo ésta un fuerte predictor de la efectividad de la terapia. El terapeuta de BSFT tiene necesidad de formar un nuevo sistema que incluya al propio terapeuta y la familia, lo que se denomina “el sistema terapéutico” en el que el terapeuta es a la vez un miembro del sistema y ejerce de líder.
2. *La producción del cambio a través de la reestructuración.* Las técnicas que se utilizan en este enfoque para cambiar los patrones de interacción disfuncionales forman parte de lo que se denomina reestructuración. El terapeuta trabaja con los miembros de la familia para que dominen nuevas habilidades de interacción más funcionales. Dominar estas nuevas habilidades más adaptativas proporciona a las familias las herramientas que precisan para gestionar la conducta de abuso de drogas del adolescente y todos aquellos comportamientos relacionados. El terapeuta refuerza comportamientos funcionales para garantizar que sigan utilizándose y a la vez deben reforzarse entre sí los miembros de la familia que pongan en marcha habilidades más adaptativas.

La BSFT ha sido evaluada durante más de 25 años y cuenta con ciertas evidencias sobre su eficacia en el tratamiento de los adolescentes que usan y abusan inadecuadamente de las drogas y de las conductas problema añadidas (trastornos de conducta, asociaciones con pares consumidores y dificultades en el funcionamiento familiar del adolescente). Está protocolizada y es un enfoque flexible que puede adaptarse a una amplia gama de situaciones, diferentes servicios de atención familiar y a distintas modalidades de tratamiento (ambulatoria, unidad de día, comunidades terapéuticas, modalidades mixtas). La BSFT tiene en cuenta los valores culturales de las diferentes etnias.

4.2.3. Terapia Familiar Multisistémica (MSFT, Multisistemic Family Therapy)

La MSFT es un modelo de trabajo dirigido especialmente a jóvenes agresores violentos y crónicos cuyo objetivo es prevenir o atenuar la actividad delictiva como un medio para afectar favorablemente a sus vidas, a sus familias y a sus comunidades. Para lograrlo, parten de un enfoque social y ecológico de la conducta humana que considera la delincuencia como conducta multideterminada: el comportamiento delictivo se une directa o indirectamente con características importantes de los jóvenes y la familia, amigos y escuela (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland y Cunningham, 1998). De este modo, toda intervención que pretenda ser eficaz deberá ser flexible, integradora y multifacética, para poder ocuparse de los múltiples determinantes de la conducta antisocial.

La MSFT es un enfoque terapéutico altamente personalizado en la familia y basado en la comunidad y es consistente con los modelos de conducta social ecológicos, los cuales consideran la conducta como el resultado de las interacciones recíprocas entre los individuos y los sistemas interconectados en los que se construye y consolida su propio *self*. Ya que la MSFT trata de identificar factores que pueden promover o atenuar la conducta irresponsable por parte del joven y la familia, todo plan de intervención se desarrolla en colaboración con los mismos, e integra intervenciones dentro y entre la familia, los amigos, la escuela y la comunidad.

La MSFT ha sido implementada usando el modelo de preservación familiar. Este modelo enfatiza la condición de que los servicios basados en el hogar y enfocados hacia la familia sean intensivos, con un tiempo limitado, pragmáticos, y orientados hacia una meta principal: capacitar a los padres mediante el aprendizaje de las habilidades y recursos para dirigir las inevitables dificultades que surgen en la crianza de los adolescentes, y relacionarse de forma efectiva e independiente con el entorno. Con este fin, los servicios son realizados en entornos del mundo real (casa, escuela, centros recreativos) con la intención, por una parte, de mantener a los jóvenes en sus ambientes naturales, y por otra, de desarrollar una red social de apoyo duradera entre los padres y el entorno social (Peña, 2003).

En la terapia multisistémica se utilizan estrategias enfocadas en el presente y orientadas hacia la acción, incluyendo técnicas derivadas de la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual, pero todo esto dentro de un marco integrador y ecológico. Dado que el conjunto de factores de riesgo y protección son únicos para cada familia, el terapeuta desarrolla planes de tratamiento individualizados que se utilizan para mejorar las debilidades específicas de cada caso (Alba, 2004).

4.2.4. Terapia conductual familiar y de pareja

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. Los candidatos para recibir este tipo de tratamiento son pacientes que están casados o que conviven con parejas no consumidoras de drogas. Se trata, en realidad, de programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan el consumo de drogas, el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias y el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas (Epstein y McCrady, 1998; O'Farrell y Fals-Stewart, 2000; O'Farrell y Fals-Stewart, 2002).

4.3. EVIDENCIA EMPÍRICA

4.3.1. Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT)

Diversos trabajos han revisado la evidencia empírica disponible sobre la BSFT y terapias derivadas en problemas de conducta en general (Santisteban, Suarez-Morales, Robbins y Szapocznik, 2006; Szapocznik y Williams, 2000) y en problemas específicamente relacionados con el abuso de drogas en adolescentes (Austin, 2005; Szapocznik, Lopez, Prado, Schwartz y Pantin, 2006; Thompson, 2005).

La BSFT se ha mostrado útil para favorecer el compromiso de los miembros de la familia con el programa de tratamiento dirigido al miembro adolescente con problemas de conducta (entre los cuales se contaba el abuso de drogas). En un estudio con 108 familias hispanicas se asignó aleatoriamente a los participantes a dos condiciones: una con BSFT y otra con el tratamiento habitual. Las que asistieron a la BSFT se comprometieron con el tratamiento en el 93% de los casos, mientras que sólo el 42% lo hizo en la condición de tratamiento habitual (Szapocznik et al., 1988). Una réplica de este estudio obtuvo cifras del 81% y el 60% respectivamente (Santisteban, Szapocznik, Perez-Vidal, Kurtines, Murria y La Perriere, 1996).

Otro estudio asignó aleatoriamente a 104 familias a BSFT o control comunitario. Los resultados mostraron un mayor compromiso de las familias que participaron en la BSFT (81% vs. 61%) así como mayor retención en programa (71% vs. 42%). Además la BSFT fue más efectiva en la retención de los casos más severos (Coatsworth, Santisteban, McBride y Szapocznik, 2001).

Grado de recomendación A

La Terapia Familiar Estratégica Breve favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes.

Un estudio distribuyó aleatoriamente a 102 jóvenes de origen hispano con problemas de conducta (entre ellos, el abuso de sustancias) en tres condiciones: BSFT, terapia psicodinámica individual y control recreacional. Las dos primeras se mostraron superiores a la tercera en la reducción de problemas emocionales y conductuales de los adolescentes, pero mostraron un impacto diferente en la dinámica familiar en el seguimiento a un año: quienes habían asistido a la condición de BSFT mostraron una mejoría significativa en el funcionamiento familiar (estructura, comunicación, resolución de conflictos), en tanto que quienes asistieron a la psicoterapia psicodinámica individual mostraron indicadores de empeoramiento en estas mismas variables, lo que era interpretado desde la teoría sistémica como un empeoramiento del sistema familiar debido a la mejoría del miembro problema (Szapocznik et al., 1989).

Grado de recomendación B

La Terapia Familiar Estratégica Breve mejora la dinámica de funcionamiento familiar y los efectos persisten en el tiempo.

En otro estudio, 126 adolescentes de origen hispano, con problemas de conducta, fueron aleatoriamente asignados a dos condiciones de tratamiento: BSFT y *counseling*. La BSFT se mostró significativamente más eficaz en la reducción de problemas de conducta, asociación con pares con conducta antisocial, y consumo de marihuana. También mostró superioridad en la mejoría en el funcionamiento familiar, pero este efecto resultó proporcional al grado de desestructuración familiar mostrado al inicio, de modo que no aparecieron beneficios asociados a la reducción de los problemas de conducta en familias que presentaban un adecuado funcionamiento en el inicio del tratamiento. La BSFT sería aconsejable sólo en el caso de una disfunción familiar asociada al consumo de sustancias y otros problemas de conducta (Santisteban et al., 2003).

Grado de recomendación B

La Terapia Familiar Estratégica Breve está especialmente indicada para las familias de adolescentes abusadores de drogas con mayor nivel de desestructuración.

Cuando se ha intentado aplicar el modelo de BSFT a problemas específicamente centrados en el abuso o dependencia de sustancias, ha sido común

encontrar grandes dificultades para recabar la participación continuada de todos los miembros de la unidad familiar en el tratamiento. Para salvar esta dificultad se ha formulado la “Terapia para una persona de la familia” (*One Person Family Therapy*, OPFT; Foote, Szapocznik, Kurtines, Perez-Vidal y Hervis, 1985; Szapocznik, Kurtines, Perez-Vidal, Hervis y Foote, 1989). Este procedimiento persigue los mismos objetivos que la BSFT (cambios en interacciones familiares desadaptativas y conducta sintomática en los adolescentes) pero no requiere la presencia de la familia al completo. Si bien este enfoque parece desafiar el principio básico sistémico familiar, según el cual debe trabajarse conjuntamente con todo el entramado familiar, la propia teoría sistémica aporta conceptos justificativos, como el de complementariedad, según el cual, cuando un miembro de la familia cambia, el sistema responde con cambios que restauran el antiguo funcionamiento o generan uno nuevo (Minuchin y Fishman, 1981). Un ensayo clínico comparó los resultados obtenidos mediante la aplicación completa de la BSFT y la versión modificada para una persona, la OPFT (Szapocznik, Kurtines, Foote, Perez-Vidal y Hervis, 1983; 1986), en 72 familias de origen hispano, con algún adolescente consumidor abusivo de drogas, asignándolas aleatoriamente a una u otra modalidad de tratamiento. Los resultados mostraron que ambas modalidades fueron eficaces en reducir el consumo de drogas y los problemas comportamentales asociados, así como en mejorar el funcionamiento familiar. La conclusión a la que llegaron los autores, tomando en conjunto toda la investigación precedente, fue que una intervención individual conceptualizada en términos familiares puede mejorar el funcionamiento familiar, en tanto que una intervención individual conceptualizada en términos individuales puede provocar el deterioro del funcionamiento familiar.

Grado de recomendación B

La Terapia Familiar Estratégica Breve centrada en una sola persona del núcleo familiar puede ser tan efectiva como la inclusión de todo el núcleo familiar en la terapia.

Grado de recomendación B

Las terapias individuales que tienen como diana la estructura familiar producen mejores resultados que las terapias individuales que tienen como diana el cambio individual.

4.3.2. Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) y Multisistémica (MSFT)

Stanton y Shadish (1997) realizaron un metaanálisis sobre los estudios disponibles en terapia basada en la familia, encontrando que sumados a programas de tratamiento farmacológico, como los basados en la dispensa-

ción de metadona, mejora la retención, especialmente en aquellos pacientes con un peor pronóstico. inicial.

Nivel de evidencia 1

La terapia basada en la familia, sumada a programas de dispensación de metadona, mejora la retención, especialmente en pacientes con peor pronóstico inicial.

Ozechowski y Liddle (2000) efectúan otro metaanálisis específicamente dirigido a las intervenciones basadas en la familia con adolescentes, revisando dieciséis estudios controlados y cuatro estudios de proceso terapéutico. Encuentran como resultado en la mayor parte de los estudios que este enfoque familiar favorece la adherencia y la retención en tratamiento, la reducción significativa del consumo de sustancias y de los problemas de conducta asociados, la disminución de síntomas psicopatológicos y la persistencia en el tiempo de los logros. Hay que hacer constar que la mayor parte de los trabajos revisados utilizan una metodología cognitivo-conductual aplicada a la familia o a algún miembro significativo de ella

Deas y Thomas (2001) elaboran una nueva revisión sobre los estudios controlados que exploran resultados de tratamientos en adolescentes con conductas adictivas. Entre ellos, revisan los tratamientos multisistémicos y basados en la familia, no encontrando publicaciones diferentes a las ya estudiadas por Liddle y Dakof.

Liddle, Rowe, Dakof, Húngaro y Henderson (2004) llevan a cabo un estudio controlado y aleatorizado comparando un tratamiento basado en la MDFT (Liddle 2002; Liddle, Rodríguez, Dakof, Kanzki y Marvel, 2005) frente a una terapia de grupo de iguales, ambos manualizados. El tratamiento basado en la familia muestra una eficacia significativamente mayor en la disminución de riesgos y la promoción de procesos protectivos en los dominios individual, familiar, escolar y grupo de iguales, además de reducir el consumo de drogas durante el tratamiento. Estos resultados apoyan tanto la efectividad como la eficiencia de esta modalidad de tratamiento.

Nivel de evidencia 2

La MDFT 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.

En una revisión de los tratamientos con adolescentes basados en la familia, Liddle (2004) concluyó que obtenía mejores resultados aquellos que utilizaban manuales protocolizados, aunque la variedad de las intervenciones utilizadas dificultaba su comparación. De hecho, desde el inicial concepto de

terapia familiar, basado en presupuestos sistémicos, se ha evolucionado al estudio de ensayos que sólo tienen en común utilizar enfoques que se centran en la familia. Estos ensayos muestran, comparados con otros que no se focalizan en la familia, beneficios en relación a la adherencia y retención, mejores resultados en cuanto a reducción de consumo y de problemas de conducta, mejora de la dinámica familiar y menor adscripción a grupos de iguales no consumidores. Los resultados indican la necesidad de incorporar a la familia al tratamiento de adolescentes con problemas de drogas.

Nivel de evidencia 3

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.

Una nueva revisión (Rowe, Liddle, Dakof y Henderson, 2004) muestra que la MDFT ofrece resultados favorables en la mejora del funcionamiento escolar de los adolescentes tratados. En un estudio de casos (Shelef, Diamond, Diamond y Liddle, 2005) se encuentra una relación consistente entre la proximidad entre profesionales y familiares y su participación en el tratamiento, por un lado, y los resultados alcanzados, por otro, recomendándose que, cuando se trata a adolescentes, profesional y familiares deben consolidar una alianza duradera en la medida en que ésta predice el éxito o el fracaso de la terapia. El modelo de MDFT ha sido recientemente adaptado para su aplicación en recursos semirresidenciales para adolescentes adictos (Liddle, Rowe, Gonzalez, Henderson, Dakof y Greenbaum, 2006).

Grado de recomendación 3

Consolidar una alianza duradera entre adolescente, profesional y familiares correlaciona con el éxito de la terapia.

No obstante, también hay que hacer constar los resultados de un reciente metaanálisis que, sin centrarse específicamente en trastornos adictivos, explora la eficacia de los tratamientos centrados en la familia para adolescentes (Terapia Familiar Multisistémica) con problemas de conducta. El metaanálisis incluyó estudios sobre padres abusivos o negligentes, delincuentes sexuales juveniles, delincuentes juveniles violentos y crónicos, delincuentes juveniles que abusan de sustancias y adolescentes psíquicamente perturbados. Los autores concluyen que no existen pruebas concluyentes de la efectividad de la TMS en comparación con otras intervenciones con los jóvenes; no existen pruebas de que la MSFT tenga efectos perjudiciales (Littell, Pops y Forsythe, 2007).

4.3.3. Terapia conductual familiar

Los estudios sobre la eficacia de las intervenciones familiares y de pareja han encontrado en la mayoría de ellos resultados positivos tras la aplicación de este tipo de estrategias (Miller et al., 1995). Las distintas investigaciones de los equipos de McCrady y de O'Farrell con pacientes alcohólicos han marcado la pauta en este sentido. En tres de estos estudios (McCrady, Longabaugh et al., 1986; McCrady, Noel, et al., 1986; McCrady et al., 1991), los sujetos del grupo de terapia familiar conductual obtuvieron mejores resultados a los seis, doce y dieciocho meses de seguimiento respectivamente que los otros dos grupos de tratamiento. Resultados similares fueron encontrados por Bowers y Al-Redha (1990), en donde los alcohólicos del grupo de tratamiento en el que se había incluido a las esposas, consumían menos alcohol al año de seguimiento que los que habían recibido un tratamiento individual estándar.

O'Farrell, Cutter y Floyd (1985) compararon la terapia conductual familiar (*behavioral marital therapy, BMT*) con la terapia interaccional (grupo en el que se enfatizaba el apoyo mutuo, la expresión de sentimientos y la solución de problemas a través de la discusión) y un grupo control. Ambas condiciones experimentales mejoraron en el ajuste familiar, mientras que el grupo conductual obtuvo mejores resultados en la abstinencia del consumo de alcohol.

En un estudio posterior (O'Farrell et al., 1996), se comprobó que la BMT era más eficiente (en términos de costes legales, sanitarios, etc.) además de más eficaz para obtener la abstinencia que la terapia interaccional.

Fals-Stewart, O'Farrell y Birchler (1997) hallaron que la terapia de pareja conductual era más eficaz y más eficiente que la terapia individual para reducir el consumo de alcohol, mantener la abstinencia a largo plazo y reducir los problemas legales, familiares y sociales.

En un estudio longitudinal a dos años (O'Farrell, Van Hutton y Murphy, 1999) la terapia de pareja redujo de forma significativa el consumo de alcohol y mejoró el funcionamiento familiar.

En un reciente desarrollo de la terapia de pareja que los autores denominan *Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)*, Miller, Meyers y Tonigan (1999) incluían los siguientes componentes: entrevista motivacional, entrenamiento en manejo de contingencias para reforzar la abstinencia, entrenamiento en habilidades de comunicación, identificación de actividades que podían competir con la bebida, identificación de situaciones de riesgo e identificación de actividades reforzantes para la pareja. Los resultados mostraron que el CRAFT obtenía mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar (Al-Anon y la intervención de confrontación del *Johnson Institute*).

En el mismo sentido, Meyers, Miller, Hill y Tonigan (1999) encontraron que esta modalidad de terapia de pareja incrementaba la abstinencia y la adhesión al tratamiento, y reducía las conductas depresivas, la ansiedad, la ira y la sintomatología física aversiva de las personas allegadas a los pacientes.

En un estudio realizado con adictos a la heroína y a la cocaína en un programa ambulatorio, se comparó una terapia individual de entrenamiento en afrontamiento de situaciones de riesgo con la aplicación de la misma terapia más la BCT (12 sesiones). Los pacientes de este último grupo mostraron menos consumo de drogas, más periodos de abstinencia, menos arrestos y menos hospitalizaciones asociadas al uso de drogas, a los doce meses de seguimiento (Fals-Stewart, Birchler y O'Farrell, 1996). La ventaja de añadir terapia de pareja a la terapia individual se ratificó en un estudio posterior utilizando este mismo diseño (Winters y cols., 2002).

En un segundo estudio, la BCT se aplicó durante 24 sesiones a sujetos en un programa de mantenimiento con metadona. Como en el caso anterior, los sujetos del grupo BCT obtuvieron menos analíticas positivas y mejores relaciones de pareja que el grupo que solo recibió terapia individual, durante los seis meses del tratamiento (Fals-Stewart, O'Farrell y Birchler, 2001).

En otro estudio de este mismo equipo, los resultados mostraron que los pacientes en un programa con naltrexona y que además recibían terapia individual y CBT, lograban más días de abstinencia y menos problemas legales y familiares al año de seguimiento que los pacientes del grupo de naltrexona más terapia individual (Fals-Stewart y O'Farrell, 2003).

En definitiva, se puede deducir de los resultados de la mayoría de estos estudios que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes puede ser un componente crítico de los programas de tratamiento. De hecho, las técnicas de manejo familiar son una parte importante de la CRA, uno de los programas de tratamiento del alcoholismo con mejor soporte empírico en estos momentos.

Nivel de evidencia 1

La terapia conductual de pareja, dirigida a mejorar las relaciones familiares, ayuda a incrementar las tasas de abstinencia.

Grado de recomendación B

Con los pacientes que conviven con parejas no consumidoras de drogas debe aplicarse terapia conductual familiar y/o de pareja.

5. Terapias analíticas y psicodinámicas

Dentro de las terapias de base dinámica o analítica existen varias modalidades de tratamiento que Yllá (2005) clasifica en: psicoanálisis clásico, psicoterapia dinámica o analítica (breve, focal o estándar) y psicoterapia analítica de grupo.

En la actualidad existen algunas terapias publicadas por clínicos con formación analítica, en general focalizadas en la adicción y de tiempo limitado, como la Terapia de Soporte Expresivo de Luborsky (Luborsky, 1984; Mark y Faude, 1995; Mark y Luborsky, 1992). Se basa en que los trastornos psicopatológicos, incluidas las adicciones, están relacionados con trastornos en el funcionamiento interpersonal. Enmarcada en el campo de las terapias dinámicas breves, esta aproximación terapéutica presta especial atención al análisis de la relación entre sentimientos-conducta y drogas. La terapia tiene dos componentes principales: técnicas de apoyo para ayudar a los pacientes a sentirse cómodos cuando hablan de sus experiencias personales y técnicas expresivas para ayudar a los pacientes a identificar y a resolver cuestiones de relaciones interpersonales (Woody, 2003). Se presta atención especial al papel que desempeñan las drogas con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos, y cómo se pueden resolver los problemas sin recurrir a las drogas, promoviendo cambios duraderos en el estilo de vida (Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien, 1995). Se ha mostrado de especial interés en el ámbito del tratamiento de mantenimiento con metadona, singularmente con pacientes que presentan problemas de salud mental combinados con el patrón adictivo.

La Terapia Interpersonal es un modelo de psicoterapia breve, focalizada y de tiempo limitado, diseñada en su origen para el tratamiento de la depresión (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984). Posteriormente se publica un manual sobre nuevas aplicaciones de la TIP (Klerman y Wiessman, 1993). Es un enfoque de intervención poco estructurado y más exploratorio. En el tratamiento de trastornos adictivos se centra tanto en estrategias para detener el consumo como en mejorar el funcionamiento personal. Klerman et al. (1984) describen esta terapia en el libro *Psicoterapia interpersonal de la depresión*, y es una de las terapias más utilizadas, junto con la terapia cognitivo-conductual (Fernández-Liria et al., 2005) para el tratamiento de trastornos depresivos.

Existen pocos estudios que evalúen la eficacia de estas terapias en personas con trastornos adictivos. Las publicaciones se centran en cuestiones como la retención en tratamiento y la terapia de grupo (Brook, 2001; Khamtazian, 1990) y sugieren que la terapia psicoanalítica convencional puede ser

útil en estados avanzados de recuperación y para tratar rasgos de personalidad anómalos asociados o previos a la adicción. Pero estos trabajos se limitan a plantear cuestiones teóricas para la discusión dentro del marco conceptual psicoanalítico, sin utilización de metodología científica.

Existe un rechazo generalizado entre los autores instalados en el método psicoanalítico y psicodinámico hacia los procedimientos basados en la evidencia, que invalidan como método adecuado de estudio de resultados de este tipo de terapias (Mace, Moorey y Roberts, 2001). En concreto, Clemens (2002) argumenta que los trabajos sobre este tipo de terapias:

- (1) no se focalizan en diagnósticos sintomáticos específicos,
- (2) no han encontrado una manera de diseñar estudios controlados doble-ciego,
- (3) son más flexibles y diseñados para dar respuesta a necesidades individuales y a las vicisitudes de la exploración,
- (4) pueden desarrollarse en periodos de tiempo que van entre meses y varios años o más.

La Asociación Psicoanalítica Internacional publicó en 1999 un trabajo (Fonagy, Kächele, Krause, Jones y Perron, 1999) en el que se revisaron casos clínicos documentados y estudios de eficacia del psicoanálisis. Entre los principales resultados de la revisión destacan: (a) la efectividad es mayor en los pacientes más jóvenes; (b) los tratamientos largos tienen mejores resultados; (c) el psicoanálisis puede reducir el uso de medicación psicotrópica y (d) se asocia con una mejora en la capacidad laboral. En la publicación también se recogen las limitaciones metodológicas de los trabajos de partida, llegando a la conclusión que los estudios no pueden demostrar de manera inequívoca que el psicoanálisis sea efectivo en relación a un placebo activo u otras formas de terapia. Diversos trabajos posteriores han sugerido la incapacidad del método psicoanalítico para informar, según parámetros científicos, de los resultados de la aplicación de sus terapias y de la necesidad de buscar puentes de conexión de sus métodos con las ciencias sociales (Ávila, 2000; Fonagy, 2004).

De hecho, en un metaanálisis sobre terapias psicodinámicas breves sólo se incluyen los trabajos de Crits-Christoph et al. (1999, 2001) en consumo de cocaína, y los de Woody et al. (1995) en adictos a opiáceos como trabajos con rigor publicados en el campo de las adicciones (Leichsenring, Rabung y Leibing, 2004). Lo mismo sucede en otro estudio que compara las terapias cognitivo-conductuales con las psicodinámicas, que sólo menciona los artículos de Woody et al. (1990, 1995) en adictos a opiáceos y el de Sandahl et al. (1998) en dependencia moderada del alcohol como estudios rigurosos que utilizan terapias psicodinámicas. Finalmente, la más reciente revisión sobre el estado de las psicoterapias de orientación psicoanalítica remite exclusiva-

mente a los estudios controlados de Woody, Sandahl y Crits-Cristoph como los únicos con criterios de evidencia científica en el abordaje del alcoholismo y otras adicciones a sustancias (Connolly, Crits-Christoph y Hearon, 2008).

Con todo, la revisión de los pocos estudios controlados disponibles de este tipo de terapias permite afirmar que son más efectivos que el no tratamiento y que los tratamientos prolongados lo son más que las intervenciones breves (Leichsenring, 2005). No obstante, guías clínicas en otros colectivos (San Emeterio et al., 2003) señalan que no es aconsejable, a falta de investigación, usar terapias dinámicas con pacientes esquizofrénicos hospitalizados (recomendación de grado C), pues puede prolongar la desorganización o desencadenar una recidiva, ni durante la fase aguda de la psicosis.

En revisiones recientes del tratamiento de la dependencia al alcohol, la psicoterapia grupal psicodinámica fue evaluada como comparativamente menos efectiva que otros métodos. Sin embargo, algunos estudios norteamericanos han demostrado efectos diferenciales en los tratamientos de subgrupos de pacientes dependientes del alcohol. El foco de este estudio fue la evaluación, en un encuadre cultural diferente, de la psicoterapia grupal de tiempo limitado, orientada psicodinámicamente, aplicada a un subgrupo homogéneo de pacientes, hombres y mujeres, moderadamente dependientes del alcohol. Después de la aleatorización, 49 pacientes completaron un tratamiento cognitivo-comportamental o uno grupal psicodinámico de tiempo limitado. A los 15 meses de seguimiento, los pacientes de ambas orientaciones terapéuticas habían mejorado. Sin embargo, la mayoría de los pacientes en tratamiento grupal psicodinámico parecieron poder mantener una pauta de ingesta alcohólica más moderada durante todo el período de seguimiento comparada con los pacientes en tratamiento cognitivo-comportamental, quienes parecieron deteriorarse gradualmente. Una porción sustancial de la varianza en el número de días de abstinencia durante el seguimiento se explicó, además de por la orientación del tratamiento, por el grado de ansiedad en la admisión (Sandahl, Herlitz, Ahlin y Rönnerberg, 1998). Connolly, Crits-Christoph y Hearon (2008) destacan la falta de manuales específicos de terapia dinámica en este estudio.

La psicoterapia psicodinámica y el Hatha Yoga fueron aplicados en una muestra de adictos en mantenimiento con metadona. Ambos se mostraron efectivos para reducir el consumo de drogas y las actividades delictivas, pero no mostraron diferencias entre sí (Shaffer, LaSalvia y Stein, 1997).

Pacientes externos dependientes de cocaína (N = 252) fueron ubicados al azar en uno de tres tratamientos individuales (terapia cognitiva, dinámica, o consejo por droga) como parte de la fase de entrenamiento de un estudio colaborativo para el Tratamiento del Abuso de Cocaína del NIDA. Tanto pacientes como terapeutas completaron la Escala de Alianza Terapéutica (*Helping Alliance*) (HAQ-II) o la Escala de Alianza de California (CALPAs) que

registra alianza alta. Si bien en una evaluación realizada a los seis meses el informe de alianza de los pacientes no predijo resultados respecto de las medidas relacionadas con la droga, sí lo hizo en la evaluación a un mes. La alianza, sin embargo, predijo un mejoramiento en los síntomas depresivos a los seis meses. En conjunto, las evaluaciones de la alianza hechas por los terapeutas resultaron peores predictoras que las evaluaciones realizadas por los pacientes. Los resultados fueron similares tanto en las muestras de los que completaron el tratamiento como en las de los que lo intentaron. El CALPAs, pero no el Haq-II, predijo el abandono. Hubo evidencia preliminar de que una mayor alianza predecía mayores cambios en los síntomas depresivos de pacientes con mayor tiempo que en los que tenían menor tiempo de tratamiento (Barber et al., 1999).

Como resumen, se destacan las conclusiones del reciente metaanálisis de Connolly, Crits-Christoph y Hearon (2008) que examina la evidencia de la efectividad de la terapia dinámica con los criterios de la American Psychological Association (Chambless y Hollon, 1998): no existen suficientes estudios controlados y aleatorizados en psicoterapia dinámica, por lo que se puede concluir que no existen suficientes evidencias científicas de sus resultados favorables en el ámbito de los trastornos adictivos en la actualidad.

Nivel de evidencia 4

Las terapias de corte psicodinámico son efectivas para el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias.

5.1. TERAPIA DE SOPORTE EXPRESIVO (TSE)

Se ha evaluado poco su eficacia. En el ámbito de los trastornos adictivos se ha utilizado con pacientes en mantenimiento con metadona con consumo de cocaína (Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien, 1995). En este estudio se distribuyó aleatorizadamente a 84 sujetos en dos grupos: *counseling* + *counseling* sobre drogas y *counseling* + terapia expresiva de soporte, ambos durante 24 semanas. El seguimiento se prolongó hasta 6 meses después del alta. Durante el tiempo de tratamiento, ambos grupos no se diferenciaron en la proporción de orinas positivas a opiáceos, pero el grupo de los que recibieron terapia expresiva de soporte mostraron menor consumo de cocaína y requirieron dosis menores de metadona. Ambos grupos mostraron beneficios del tratamiento, pero a los 6 meses los del grupo de sólo *counseling* mostraron un decaimiento de los logros, mientras que el grupo de los que recibieron terapia expresiva de soporte mantuvieron las ganancias. Los estudios de Woody y su equipo sobre TSE en dependientes a opiáceos (Woody et al., 1983, 1987) son estudios aleatorizados, asignando a los pacientes a

terapias manualizadas; no obstante, algunas de sus conclusiones deben ser matizadas, por ejemplo el resultado del mejor funcionamiento de pacientes en TSE sin tener en cuenta el número de sesiones totales en cada condición experimental.

En otro estudio la terapia expresiva de soporte y la terapia cognitiva no mostraron diferencias entre sí, y ambas se mostraron inferiores a los grupos de *counseling* sobre drogas en el tratamiento de adictos a la cocaína (Crits-Christoph et al., 1999).

Nivel de evidencia 4

La terapia de apoyo expresiva aporta mejoras clínicas en pacientes de larga evolución.

5.2. TERAPIA INTERPERSONAL (TIP)

La TIP se adaptó al tratamiento de la cocaínomanía en los años 80 (Rounsaville et al., 1985) y se ha utilizado mucho en EE.UU. combinada con otros tratamientos, incluidos los psicofarmacológicos. Rounsaville y Carroll (1993) adaptan este procedimiento en los trastornos adictivos a dos poblaciones clínicas: tratamiento ambulatorio de pacientes en mantenimiento con metadona y pacientes que abusan de cocaína. Kaufman (1985) también utiliza este enfoque con pacientes ambulatorios con abusos de cocaína. La Asociación Americana de Psiquiatría (1997) recomienda la terapia interpersonal con un grado de recomendación C.

Grado de recomendación C

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.

6. *Comorbilidad y tratamientos integrados en pacientes con trastornos por abuso y dependencia de sustancias*

La coexistencia de la adicción a sustancias con otros trastornos mentales o de comportamiento (Diagnóstico Dual) supone una complicación que afecta al curso y al pronóstico del trastorno adictivo y la necesidad de emplear abordajes psicoterapéuticos más complejos. En la actualidad están bien establecidos los siguientes datos (Mueser, Drake y Miles, 1997):

1. La presentación concomitante o consecutiva de un Trastorno Relacionado con Sustancias y otro Trastorno Mental no es explicable sólo por azar.
2. En la práctica clínica de las drogodependencias los diagnósticos duales representan un porcentaje considerable de la población que demanda tratamiento.
3. En los servicios de Salud Mental un 30-50% de los pacientes presentan, además, un trastorno relacionado con el consumo de sustancias.
4. La presencia de un Trastorno Mental es uno de los factores de riesgo de mayor peso para presentar, adicionalmente, un Trastorno por Consumo de Sustancias.
5. La presencia de un Trastorno Relacionado con Sustancias es, asimismo, un poderoso factor de riesgo para presentar otro Trastorno Mental.
6. Los pacientes con diagnóstico dual presentan mayor frecuencia de recaídas en el Trastorno por Consumo de Sustancias y resistencia a los tratamientos del Trastorno Mental concomitante, lo que conlleva un empeoramiento del pronóstico de ambos trastornos.
7. Los pacientes con diagnóstico dual utilizan muy frecuentemente los servicios de salud, generando costes muy elevados a los Sistemas Sanitarios.
8. Algunos diagnósticos duales presentan riesgos específicos sobreañadidos, como es el caso de la concomitancia de un Episodio Depresivo Mayor y Alcoholismo, combinación que muestra, consistentemente, un elevado riesgo de suicidio.

Las importantes complicaciones de la coexistencia de otros trastornos psicopatológicos en pacientes dependientes con trastornos por abuso y dependencia de drogas han incrementado el interés por conocer su prevalencia y mejorar el diagnóstico y el tratamiento de estos trastornos. La prevalencia

varía en función de la muestra de referencia: población general, atención primaria, salud mental, unidades de conductas adictivas, hospitalización general o psiquiátrica. Cada uno de los niveles sirve de filtro y la comorbilidad es mayor conforme se especializa la atención sanitaria. Entre las consecuencias de la existencia de pacientes con diagnóstico dual se cuentan: mayor número de ingresos hospitalarios, mayor frecuencia de los servicios de urgencias, inestabilidad familiar y marginación social, presencia de conducta violenta o criminal, menor cumplimentación del tratamiento y mayores dificultades de acceso a la red asistencial (Osher et al., 1989).

6.1. EPIDEMIOLOGÍA

Existen dos importantes estudios realizados en Estados Unidos que examinan los diagnósticos duales. El primero de ellos es el *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) (Klerman, 1986; U.S. Department of Health and Human Services, 1992-1994), basado en criterios DSM III, que utilizó una entrevista estructurada (*Diagnostic Interview Schedule*) sobre una población de 20.291 personas, considerando tanto sujetos en la comunidad como en instituciones de salud mental y prisiones. Es destacable que se excluyeron aquellos trastornos mentales que se presentaron exclusivamente en el contexto de consumo de sustancias, con lo que se pretendió detectar predominantemente los trastornos mentales primarios. Este estudio si bien fue efectuado en una gran muestra de población de cinco ciudades de Estados Unidos, no fue diseñado para ser representativo de dicho país. El segundo de ellos es el *National Comorbidity Survey* (NCS) (Kessler, Crum, Warner, Nelson, Schulenberg y Anthony, 1997) efectuado en una muestra nacional de 8.098 sujetos entre los 15 y 54 años, basado en criterios DSM III-R y realizado con la utilización de la entrevista estructurada CIDI. Este estudio, a diferencia del ECA, fue diseñado de una manera representativa de la población no institucionalizada de Estados Unidos. Es evidente que dada la naturaleza y características de ambos estudios, difícilmente sus resultados podrán ser extrapolados a otros países o continentes, por lo que sus datos deben considerarse como simplemente orientativos.

En el estudio ECA se determinó que la prevalencia de vida de los trastornos por consumo de sustancias, en el grupo que presentaba cualquier trastorno mental (22.5% de la muestra total) era de casi 29%, 2,7 veces mayor que la prevalencia observada en sujetos sin un trastorno mental. De aquellos individuos que presentaban un trastorno por consumo de alcohol (13.5 % de la muestra total), casi un 37% presentó, al menos, un trastorno mental adicional, el doble de la prevalencia observada en los que no tenían trastornos por consumo de alcohol. De las personas con cualquier trastorno por consumo de drogas (6.1% de la muestra), un 53.1% presentó otro trastorno mental, 4.5 veces lo observado en las que no presentaban trastornos por consumo

de drogas. La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo fue de un 8,3% y la mayor comorbilidad apareció con el trastorno bipolar I. En esta población el riesgo de consumo de tóxicos fue 11 veces mayor, mientras que el de consumir alcohol fue cinco veces superior. La esquizofrenia presentó una prevalencia del 1,5% con una comorbilidad con el consumo de alcohol de un 33,7%. En comparación con la población normal, el paciente con esquizofrenia presentó 6 veces más riesgo de consumir tóxicos y tres veces más de consumir alcohol. La prevalencia en los trastornos de ansiedad fue de un 14,6%, siendo el riesgo de consumir drogas 3 veces superior al de la población normal. Los datos sobre presencia de trastornos psicopatológicos específicos a lo largo de la vida en pacientes que consumen drogas según el estudio ECA son los siguientes: trastorno antisocial de la personalidad 83,6%, bipolar tipo I 60,7%, esquizofrenia 47%, trastornos afectivos 32%, trastorno obsesivo-compulsivo 32,8 %, trastornos fóbicos 22,9%.

En el NCS, se encontraron prevalencias de comorbilidad mayores, en general, a las del estudio ECA, en gran parte debido a mayores frecuencias de los trastornos específicos y a diferencias en la metodología, tales como la restricción por tramos de edad (15 a 54 años), la representatividad nacional y el perfeccionamiento de la entrevista CIDI (superando los problemas de la entrevista DIS del estudio ECA). Al analizar la edad de inicio de ambos trastornos se observó que en la gran mayoría de los diagnósticos duales el trastorno mental se presentaba antes que el primer trastorno adictivo, lo que es particularmente significativo para los trastornos de conducta y para las fobias.

Revisando otros estudios (Abbott, Weller y Walker, 1994; Brooner, King, Kidorf, Schmidt y Bigelow, 1997; Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay y Mulvaney, 2001; Chen, Tsai, Su, Yang, Tsai y Hwu, 1999; Darke y Ross, 1997) se encuentra que la prevalencia de doble diagnóstico entre los sujetos dependientes de opiáceos que acuden a tratamiento varía entre 44% y 93%, siendo los trastornos depresivos y de ansiedad y los trastornos de personalidad antisocial y límite los más frecuentes.

En el Informe Anual 2004 de prevalencia de comorbilidad en la Unión Europea y Noruega (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/es/page001-es.html>) se destacan una serie de estudios. Uchtenhagen y Zeiglgänsberger (2000) concluyeron que el diagnóstico concurrente más común entre los consumidores de drogas es el trastorno de la personalidad, que afecta a un porcentaje de población situado entre el 50 y el 90 por ciento, seguido de un trastorno afectivo (del 20 al 60%) y de trastornos psicóticos (20%). Entre el 10 y el 50% de los pacientes presentan más de un trastorno mental o comportamental concurrente.

El Informe nacional de España señala que el aumento observado en la comorbilidad podría deberse en parte al incremento de la dependencia de

psicoestimulantes (Verheul, 2001). Las estimaciones de la prevalencia global del Eje II son del 10 al 14,8% en los sujetos normales, del 45,2 al 80% en los pacientes psiquiátricos y del 34,8 al 73% en los adictos. Los trastornos de la personalidad son cuatro veces más prevalentes entre los pacientes psiquiátricos y los adictos que entre los individuos de la población general. Por ejemplo, en la revisión de López y Becoña (2006), en pacientes con abuso o dependencia de cocaína, oscilan entre el 30 y el 74%.

Nivel de evidencia 3

Los trastornos por abuso o dependencia de sustancias se acompañan, en un porcentaje variable pero elevado según los métodos diagnósticos empleados, por otros trastornos mentales y del comportamiento. La existencia de criterios para la clasificación de ambos trastornos (diagnóstico dual) determina una evolución y un pronóstico más complejo, que requieren, a su vez, un abordaje terapéutico más complejo.

6.2. HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS

Se han analizado ampliamente las diversas formas con que pueden relacionarse los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias, tanto si son procesos de abuso o cuadros de dependencia. Las principales posibilidades son:

1. Un trastorno mental primario y preexistente determina la aparición de un abuso de drogas o alcohol (p.ej., preexistencia de trastornos de ansiedad en el alcoholismo, de trastornos por déficit de atención en cocainómanos o de sintomatología psicótica en heroinómanos). Una hipótesis que intentó explicar esta forma de relación es la denominada Hipótesis de la Automedicación (Khantzian, 1985), aunque no ha conseguido acumular un apoyo empírico consistente, encontrándose en muchos casos que el consumo de drogas incrementa la sintomatología adversa en lugar de reducirla (p.ej., Arendt et al., 2007).
2. Un Trastorno por Consumo de Sustancias preexistente determina la aparición de un Trastorno Mental. En esta categoría se incluye:
 - 2.1. La precipitación o desencadenamiento de un trastorno mental para el cual el individuo era previamente vulnerable. Por ejemplo, el inicio de un Trastorno de Angustia o de un Trastorno Depresivo Mayor desencadenado por el abuso de cocaína. Este tipo de comorbilidad es la que algunos autores consideran como verdadera o genuina (Nunes y Deliyannides, 1996).

- 2.2. La presentación de psicopatología no preexistente durante la intoxicación o abstinencia de sustancias. Esta opción, recogida por el DSM IV como Trastornos Mentales inducidos por Sustancias, es incluida como una forma de diagnóstico dual por algunos autores como Zimberg (1999) bajo la denominación de Diagnóstico Dual tipo II. Sin embargo, los estudios epidemiológicos más importantes efectuados hasta la fecha parecen excluir esta alternativa, excluyendo en los estudios a quienes se encuentran en desintoxicación o con sintomatología atribuible a la droga.
3. Los trastornos se presentan de una manera primaria e independiente en su inicio. Posteriormente ambas entidades pueden influirse mutuamente. Es posible que trastornos altamente prevalentes se presenten en un mismo individuo por azar. Sin embargo, esta opción es planteable sólo para la asociación de abuso de alcohol con trastornos de ansiedad (en particular en hombres) o, en el caso de abuso de drogas, con los trastornos del estado de ánimo, dado que para la mayoría del resto de las asociaciones los estudios epidemiológicos han podido establecer que el riesgo de comorbilidad (odds ratio) es superior a uno.
4. Es posible que un factor etiológico subyacente determine la génesis de ambos trastornos. El concepto de espectro de trastornos se basa en esta posibilidad. Existiría una alteración (p.ej., genética) que compartirían varios miembros de una familia y que se podría expresar, clínicamente, como distintos trastornos. Se planteó inicialmente que la comorbilidad entre alcoholismo y trastornos depresivos podría corresponder a este tipo de relación. Estudios basados en epidemiología genética han mostrado que la asociación entre dichos cuadros no está determinada genéticamente (Schuckit, 1986).

A pesar de ser la vía más estudiada, este enfoque basado en la fenomenología psiquiátrica (presentación de síntomas y signos criterio para el diagnóstico de trastornos) no es la única estudiada. Los estudios sobre factores ambientales sobre trayectorias en el desarrollo de comportamientos y conductas antisociales (p.ej., Moffitt, Caspi, Harrington y Milne, 2002), los modelos de diátesis-estrés bioconductual (p.ej., Verheul y Van den Brink, 2005), las aportaciones de la psicología evolucionista (p.ej., Lende y Smith, 2002) o las recientes aportaciones neuropsicológicas (p.ej., Yücel, Lubman, Solowij y Brewer, 2007) también deberán ser contempladas en el futuro como explicaciones etiológicas de la concurrencia de adicción y otros trastornos.

6.3. TRATAMIENTO

Con la toma de conciencia de la magnitud y especificidad de los problemas de los pacientes con los trastornos coexistentes se han intentado desarrollar programas terapéuticos ajustados a los mismos. Los modelos terapéuticos básicos que se han tenido en cuenta han sido los siguientes:

1. Tratamiento secuencial: en este modelo el paciente es tratado primero en uno de los sistemas o redes de tratamiento (Salud Mental o Drogo-dependencias) y posteriormente por el otro. El orden de los tratamientos depende de distintas variables: preferencia del clínico, magnitud de los trastornos, primacía en el tiempo (con qué red contacte en primer lugar...) y/o en la causalidad, etc.
2. Tratamiento paralelo: implica al paciente simultáneamente en programas o recursos de tratamiento de Salud Mental y de Drogo-dependencias. Al igual que en la modalidad anterior, se utilizan recursos terapéuticos existentes de ambas redes, aunque con mayor coincidencia en el tiempo. Sin embargo el grado de coordinación entre ambos tratamientos es variable y muchas veces insuficiente.
3. Tratamiento integrado: combina elementos o recursos terapéuticos tanto de la red de Salud Mental como de la de Drogo-dependencias en un programa de tratamiento unificado para pacientes con trastornos duales. Idealmente, este tipo de tratamiento se daría desde un mismo equipo que integrara a profesionales formados en los dos campos, capaces de seguir al paciente en su evolución y abordar su doble trastorno.

En los últimos años se ha hecho hincapié en que el tratamiento de los trastornos duales en dispositivos distintos era inadecuado (Rubio, 1998) debido a varios fenómenos: la desconfianza entre los profesionales de salud mental y la de conductas adictivas, la emisión de mensajes contradictorios al paciente, y la lucha de egos que existe entre algunos de los clínicos que atienden a un mismo paciente, hacen que se dificulte la coordinación y la recuperación del paciente. Aunque los estudios sobre tratamientos integrados no han evaluado largos períodos de tiempo, la mayor parte de los autores y profesionales se muestran partidarios de este tipo de abordaje. La idoneidad del programa integrado es avalado por sus resultados; por ejemplo, Durrell, Lechtenberg, Corse y Frances (1993) estudiaron el pronóstico de 84 enfermos mentales graves, atendidos por un modelo de tratamiento integral, en los dos tercios utilizaron adecuadamente los dispositivos comunitarios y el 75% había reducido el consumo de drogas. El programa de Apoyo Comunitario desarrollado por el Instituto Americano Mental incluía 13 estudios que se llevaron a cabo entre 1987 y 1990. En los resultados del programa se observó que todos los programas fueron exitosos en mantener a los individuos en tratamiento ambulatorio, el mantenimiento de los dispositivos ambulatorios llevaba parejo la disminución de ingresos hospitalarios y había una ligera

disminución en el consumo de sustancias, no muy bien evaluado. En el estudio de New Hampshire-Dartmouth (Drake et al., 1998) se incluyó a 172 indigentes con trastornos por uso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica, siendo sometidos a diferentes modalidades de tratamiento, mostrando mejoría superior al grupo control.

Grado de recomendación C

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.

Como en todo programa asistencial sanitario, se puede afirmar que los programas que reciben mayor número de recursos sociosanitarios presentan mejor evolución (NIDA, 2001). No obstante, no hay pruebas suficientes para afirmar la eficacia de los tratamientos integrados. Tiet y Mansbach (2007) efectúan una revisión de 59 estudios, 36 de ellos ensayos clínicos aleatorizados, llegando a las siguientes conclusiones: (1) existen tratamientos eficaces para reducir la sintomatología psicopatológica en pacientes con diagnóstico dual; (2) existen tratamientos eficaces para reducir el uso de sustancias en pacientes con doble diagnóstico; y (3) la eficacia de los tratamientos integrados sigue sin estar clara.

En nuestro país, Guardia, Prat y Casas (1994) consideran necesarios los siguientes recursos terapéuticos en el modelo integrado de atención en diagnóstico dual:

1. Hospitalización completa inicial de 2-4 semanas.
2. Hospitalización parcial con seguimiento intensivo individual, grupal y familiar, ya que el seguimiento ambulatorio ofrece una contención insuficiente.
3. Determinaciones periódicas de drogas en orina.
4. Cobertura psicofarmacológica, información y discusión con el paciente y los familiares y monitorización de los niveles plasmáticos.
5. Técnicas cognitivo-conductuales, en grupos.
6. Grupos de prevención de recaídas.
7. Grupos multifamiliares.
8. Equipo multidisciplinar, bien coordinado, especializado en salud mental y drogodependencias.

Se han descrito unidades de ingreso hospitalario específicas en la patología dual (Wilens, O'Keefe y O'Connell, 1993), para efectuar la desintoxicación y poder diagnosticar en abstinencia el trastorno asociado al consumo de sustancias. Estas unidades incluyen además de la desintoxicación a sustan-

cias: valoración simultánea psiquiátrica y de consumo, programas de tratamiento altamente estructurados con componentes psicoeducativos, consejo y manejo de casos, y deberían contar con una unidad de crisis para enfermos severos, excluyendo a pacientes con riesgo severo de suicidio o psicóticos que necesitaran contención. Es necesaria la colaboración y el apoyo de la familia en el tratamiento como una parte importante del mismo, ya que ellos deben ser también tratados para el beneficio del paciente y de ellos mismos (Mueser y Fox, 2002). La terapia de grupo (Van Horn y Bux, 2001) es un componente fundamental, que favorece el apoyo y la actitud psicoeducativa sobre el consumo de drogas, los síntomas psíquicos y la medicación.

La Asociación Psiquiátrica Americana (1997) es rotunda cuando sostiene que los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un programa integral de los trastornos por abuso de sustancias, lo que afirma con un grado de recomendación de máximo nivel.

Grado de recomendación A

Los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un programa de tratamiento integral de los trastornos por consumo de sustancias.

Lana Moliner (2001) alerta sobre el mito ampliamente difundido de que si tratamos con éxito la psicopatología de base, la conducta adictiva mejorará. De hecho, en algunos trastornos o en algunos grados de severidad el objetivo terapéutico principal ya no es la abstinencia total, y puede ser suficiente una abstinencia parcial con reducción de la cantidad consumida. Este autor propone los siguientes elementos para un tratamiento integrado:

1. Establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica.
2. Vigilancia del estado clínico del paciente.
3. Tratamiento de los estados de intoxicación y abstinencia.
4. Desarrollo y facilitación del cumplimiento de un programa terapéutico individualizado.
5. Prevención de las recaídas.
6. Educación sanitaria individual y familiar.
7. Reducción de la comorbilidad y las secuelas del trastorno por consumo de sustancias.
8. Integración de las intervenciones realizadas, lo cual supone coordinarse con profesionales de otras disciplinas, organismos comunitarios y programas y organizaciones no profesionales.

6.4. EVIDENCIA EMPÍRICA

6.4.1. Tratamientos integrados

Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo y Bond (1998) revisaron los estudios realizados con programas integrados. Se trataba de 10 estudios (6 de ellos ensayos clínicos abiertos, 4 incluían más de 130 pacientes y en 3 el seguimiento fue superior a tres años). Los resultados mostraron una reducción muy significativa del consumo (en algunos casos con remisión total), reducción de las hospitalizaciones y mejora de diversas medidas de adaptación personal y social. Los elementos del programa vinculados a un mejor pronóstico fueron: abordaje asertivo, manejo de casos, planteamiento a largo plazo, por etapas y con técnicas motivacionales.

Wilberg, Karterud, Urnes, Pedersen y Friis (1998) realizaron un estudio prospectivo con 183 pacientes diagnosticados de trastornos de personalidad severos que fueron tratados en régimen de centro de día. El tratamiento incluía psicoterapia grupal psicodinámica y cognitivo-conductual combinadas. El 77% de los pacientes completaron el tratamiento y lo hicieron sin complicaciones importantes y buenos indicadores de mejoría. Los autores sugieren seguir explorando la viabilidad de los centros de día teniendo en cuenta su relación coste-efectividad. Los datos fueron confirmados por un seguimiento al año (Wilberg, Urnes, Friis, Irion, Pedersen y Karterud, 1999). También se han ensayado tratamientos cognitivo-conductuales en régimen semirresidencial con resultados preliminares prometedores (Reisch, Thommen, Wolfgang Tschacher y Hirsbrunner, 2001).

Esposito-Smythers, Spirito, Uth y LaChance (2006) desarrollaron un programa de terapia cognitivo-conductual y participación familiar, con 6 adolescentes con abuso de alcohol y tendencias suicidas. Al final del tratamiento los adolescentes mostraron una disminución significativa en el uso de alcohol y en ideación suicida. En otro estudio, utilizando la terapia cognitivo dialéctica y participación familiar, Rathus y Miller (2002) encontraron resultados similares. El bajo N de ambos trabajos y la ausencia de control y aleatorización no permite extraer conclusiones sólidas, pero sugiere la efectividad de los abordajes cognitivo-conductuales en la reducción del consumo y la ideación suicida concurrente.

Nivel de evidencia 3

La terapia cognitivo-conductual ha mostrado su utilidad en adolescentes abusadores de alcohol con tendencia al suicidio.

6.4.2. Estudios controlados

Kaminer, Burleson, Blitz, Sussman y Rounsaville (1998) sometieron a contrastación la hipótesis de que adolescentes con doble diagnóstico podían ser asignados a diferentes terapias en función del diagnóstico complementario al del abuso, obteniendo por ello mejores resultados. Consideraron que los trastornos externalizados se beneficiarían más de la terapia cognitivo-conductual y aquellos con trastornos internalizados lo harían mejor en un grupo interaccional. Para ello, asignaron aleatoriamente a 32 pacientes y midieron los resultados a los 3 meses. No encontraron el emparejamiento esperado, pero sí que los asignados a un tratamiento cognitivo-conductual presentaban resultados significativamente mejores que los del tratamiento grupal, en términos de reducción del consumo y mejoría en el funcionamiento familiar, aunque no se observaron diferencias en el funcionamiento escolar, relación entre pares, problemas legales y severidad de la psicopatología asociada, cuando se compararon ambas modalidades de intervención. Los autores abogan por un abordaje cognitivo-conductual con independencia del diagnóstico coexistente para los adolescentes con abuso de sustancias.

La terapia individual de resolución de problemas ha mostrado su eficacia en el tratamiento de adolescentes con doble diagnóstico, tanto en los niveles generales de consumo como en otros indicadores tales como estado de ánimo general, problemas de conducta y rendimiento escolar y laboral (Azrin, Donohue, Teichner, Crum, Howell y DeCato, 2001).

Nivel de evidencia 2

La terapia cognitivo-conductual es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares, en el tratamiento de adolescentes con doble diagnóstico, con independencia de la psicopatología asociada.

Weiss et al. (2007) compararon dos grupos de tratamiento en formato grupal, prevención de recaídas y consejo psicológico. El grupo de prevención de recaídas integraba elementos dirigidos a la adicción y otros específicamente dirigidos al trastorno bipolar. Este grupo mostró menor cantidad de consumo de sustancias durante el tiempo de tratamiento y el seguimiento de tres meses.

En un estudio controlado y aleatorizado, la terapia cognitivo-conductual combinada con fármacos se mostró eficaz en el tratamiento de adictos a drogas por vía inyectada y con criterios de depresión (Stein et al., 2004) pero los logros no persistieron más allá del tratamiento (Stein et al., 2005).

La terapia cognitivo conductual se mostró más eficaz a corto plazo que la terapia psicoeducativa, en adolescentes con doble diagnóstico, aunque las

diferencias desaparecieron en el seguimiento a los nueve meses (Kaminer, Burleson y Goldberger, 2002).

Nivel de evidencia 2

La terapia cognitivo-conductual, en solitario o en combinación con terapia farmacológica, produce cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, pero los logros decaen tras la fase de tratamiento.

Un estudio asignó aleatoriamente a 108 sujetos en tratamiento de mantenimiento con metadona a cuatro condiciones: terapia cognitivo-conductual, manejo de contingencias, ambas conjuntamente y mantenimiento con metadona sin intervención psicológica. Sorpresivamente, los sujetos con diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial consiguieron abstinencia a la cocaína con más facilidad que quienes no recibieron este diagnóstico. El manejo de contingencias se mostró superior a la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la dependencia de cocaína (Messina, Farabee y Rawson, 2003).

Nivel de evidencia 2

El manejo de contingencias ofrece mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual en la reducción del consumo de cocaína en el contexto de un programa de mantenimiento con metadona.

La terapia dialéctica se mostró eficaz en pacientes con trastorno límite de personalidad con abuso de sustancias. Los autores recomiendan no excluir a los pacientes con abuso de sustancias de los ensayos clínicos, puesto que el abuso de sustancias debe ser considerado una circunstancia derivada de la estructura límite de personalidad (Verheul, Van den Bosch, Koeter, Ridder, Stijnen y Van den Brink, 2003).

La terapia dialéctica se mostró superior a una combinación de terapia específica para el trastorno límite de personalidad más programa de doce pasos, en pacientes con TLP y dependencia de opiáceos, en términos de reducción del consumo de opiáceos y de los síntomas asociados al TLP (Linehan et al., 2002).

Nivel de evidencia 3

La terapia dialéctica es eficaz en el tratamiento de sujetos con abuso de sustancias y trastorno límite de personalidad concurrente.

A pesar de algunos factores que no permiten la generalización de los resultados –baja tasa de retención, tamaño de la muestra insuficiente, aban-

donos en el estudio- se puede concluir que añadiendo terapias de baja intensidad en pacientes con doble diagnóstico en poblaciones especiales –como personas sin hogar- se obtienen buenos resultados en cuanto a reducción de síntomas psicopatológicos, criminalidad, mejoría en aspectos relacionales y menor uso de recursos de salud mental (Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa y O’Neill, 2005).

Grado de recomendación B

Las terapias de baja intensidad, baja exigencia y poco estructuradas (p.ej., intervenciones motivacionales) facilitan la reducción del consumo y la mejoría de síntomas psicopatológicos en poblaciones con carencias extremas (p.ej., personas sin hogar, inyectores en activo sin intención de abandono del consumo).

Un estudio controlado simple-ciego con asignación aleatorizada encontró que la combinación de Entrevista Motivacional, terapia cognitivo-conductual e intervenciones familiares mejoraba sensiblemente la evolución de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con trastornos por abuso de sustancias. Los pacientes mejoraron sensiblemente su funcionamiento diario, se redujeron la frecuencia e intensidad de síntomas positivos y se incrementaron los periodos de abstinencia a drogas no prescritas (Barrowclough et al., 2001).

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.

6.4.3. Estudios no controlados

En un estudio no aleatorizado, en mujeres con adicción y diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, aplicando un programa cognitivo-conductual en formato grupal, las que recibieron esta terapia mostraron una reducción del uso de drogas, de los síntomas del TEP, ideación suicida, mejoría en el funcionamiento familiar, en la resolución de problemas y en la sintomatología ansioso-depresiva, entre otros (Najavits, Weiss, Shaw y Muenz, 1998).

Un estudio de casos exploró la efectividad de un tratamiento combinado para abuso de sustancias y trastorno de estrés postraumático coexistente, mediante terapia de aceptación y compromiso, informando de buenos resultados en la reducción de síntomas y conductas asociadas a ambas condiciones (Batten, 2005).

Una combinación de exposición en vivo y prevención de recaídas se aplicó a un grupo de adictos a cocaína sin aleatorización. Se encontró una reducción significativa de la severidad de la adicción y de la sintomatología depresiva (Brady, Dansky, Back, Foa y Carroll, 2001).

Nivel de evidencia 3

Diversas modalidades de tratamiento psicoterapéutico pueden mejorar la evolución de pacientes con abuso de sustancias y estrés postraumático concurrente.

7. Resumen de evidencias

1. Estadios de cambio, entrevista y terapia motivacional

Estadios de cambio

- Los principios del Modelo Transteórico son aplicables a una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud. Nivel de evidencia 1.
- La utilización de los procesos de cambio difiere entre los estadios de cambio. Nivel de evidencia 1.
- La secuencia propuesta entre estadios y procesos de cambio no puede generalizarse a todas las áreas de intervención. Nivel de evidencia 1.
- Los procesos de cambio de carácter cognitivo son más utilizados por sujetos que progresan de precontemplación a contemplación. Nivel de evidencia 2.
- No se observan diferencias en los procesos de cambio entre las personas que avanzan y las que no lo hacen desde el estadio de contemplación al de preparación. Nivel de evidencia 2.
- El éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en cada momento: procesos cognitivos en los primeros estadios y procesos conductuales a partir del estadio de acción. Nivel de evidencia 3.
- Los estadios no son categorías independientes. Nivel de evidencia 2.
- Existe una heterogeneidad de sujetos dentro de cada uno de los estadios. Nivel de evidencia 3.
- Existe disparidad entre la clasificación de estadios y su definición operativa. Nivel de evidencia 3.
- En la predicción del abandono del tratamiento entre adolescentes consumidores, tan sólo destaca la subescala de Precontemplación. Nivel de evidencia 3.
- Los procesos de cambio conductuales en el estadio de acción no permiten predecir por sí mismos la aparición de una recaída. Nivel de evidencia 3.

Entrevista y terapia motivacional

- La entrevista motivacional permite una elevada tasa de cumplimiento. Nivel de evidencia 3.

- La Entrevista Motivacional ofrece mejores resultados -reducción del consumo abusivo- en consumidores jóvenes que el no tratamiento. Nivel de evidencia 3.
- Los efectos de la Entrevista Motivacional decaen con el tiempo. Tiene una eficacia pequeña pero significativa a los 12 meses. Nivel de evidencia 1.
- La Entrevista Motivacional puede estar más indicada para algunos perfiles de pacientes. Nivel de evidencia 2.
- La Entrevista Motivacional no presenta mejores resultados que otras intervenciones breves o poco estructuradas. Nivel de evidencia 3.
- Una de las principales utilidades de la Entrevista Motivacional es incrementar la participación, la adherencia y la retención de los pacientes durante la fase inicial del tratamiento incluida en modalidades más estructuradas y duraderas en el tiempo. Nivel de evidencia 2.
- La Entrevista Motivacional parece más indicada para el consumidor con mayor deterioro cognitivo. Grado de recomendación B.
- La Entrevista Motivacional está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio en la línea base. Nivel de evidencia 1.
- Más que en los resultados del tratamiento, su utilidad parece focalizarse en la potenciación de otros tratamientos a través del incremento de variables de proceso (adherencia, retención, participación, satisfacción). Nivel de evidencia 2.
- La Entrevista Motivacional es más eficaz que el no tratamiento. Nivel de evidencia 1.

2. 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 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.
- 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.

Prevención de recaídas

- La Prevención de Recaídas es efectiva en el tratamiento de las conductas adictivas. Nivel de evidencia 1.

Manejo de contingencias

- El manejo de contingencias mediante vales canjeables mejora la adhesión y reduce las tasas de recaída en el tratamiento de la adicción al alcohol. Nivel de evidencia 2.
- Las terapias basadas en el manejo de contingencias (en particular, el empleo de incentivos contingentes a analíticas negativas, a la asistencia a las sesiones para la adicción a opiáceos o a la implicación en actividades alternativas) son estrategias eficaces cuando se combinan con fármacos agonistas (metadona). Nivel de evidencia 1.
- Grado de recomendación A. Los tratamientos con agonistas o con antagonistas se deben combinar con terapias de manejo de contingencias.
- El empleo de incentivos canjeables por bienes y servicios sin el uso coadyuvante de la medicación, mejora la retención y reduce el consumo de heroína. Nivel de evidencia 2.
- El Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo incrementa las tasas de retención en programas ambulatorios y reduce el consumo de cocaína. Nivel de evidencia 1.
- 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. Nivel de evidencia 2.
- 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.

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 Matrix, 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 tratamiento de conductas adictivas. Nivel de evidencia 3.

Comunidades terapéuticas

- Las Comunidades Terapéuticas son modelos multicomponentes de tratamiento de las conductas adictivas que han mostrado efectividad principalmente en los primeros meses tras el abandono del consumo. Nivel de evidencia 2.
- Principalmente, el tratamiento en CT está indicado para pacientes con dependencia grave, pobre control de impulsos, con historia de fracasos en tratamientos menos intensivos y con escaso apoyo social. Nivel de evidencia 1.
- 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.
- Los componentes activos de cambio de las CCTT son: control estimular, modelado, reforzamiento de conductas adaptativas, manejo del tiempo, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas, toma de decisiones, manejo de cogniciones y emociones, y feedback y reforzamiento de los progresos. Nivel de evidencia 2.
- 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 1.
- 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.
- Las CCTT son tratamientos eficaces para la adicción a la heroína, siempre y cuando el paciente permanezca en el programa durante un tiempo suficiente. La permanencia en el programa es un buen predictor del éxito del tratamiento, de tal forma que los sujetos que completan seis meses de tratamiento tienen significativamente mejores resultados que aquellos que permanecen menos tiempo, y aquellos que finalizan el tratamiento obtienen mejores resultados que los que lo abandonan prematuramente. Nivel de evidencia 2.
- Las CCTT obtienen mejoras significativas en el estado clínico general del paciente: consumo de drogas, conducta delictiva, psicopatología asociada y situación laboral. Nivel de evidencia 2.
- Los logros obtenidos por los tratamientos en CCTT se mantienen en seguimientos a largo plazo (de uno a cinco años). Nivel de evidencia 2.

Comparación con otros enfoques terapéuticos

- Las terapias cognitivo-conductuales son generalmente más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado y su eficacia aumenta en tratamientos multicomponentes. Nivel de evidencia 1.

Formato individual vs. grupal

- La terapia cognitiva-conductual ha mostrado su efectividad tanto cuando se administra en formato individual como cuando se aplica en un contexto grupal. Nivel de evidencia 1.

Duración del tratamiento

- Aunque en algunas circunstancias y para algunos pacientes las intervenciones breves pueden resultar eficaces, un mayor tiempo de exposición a la terapia cognitiva-conductual está relacionada con mejores resultados a largo plazo. Nivel de evidencia 1.

Duración de los efectos

- Los efectos de la terapia cognitiva-conductual se extienden más allá del tratamiento, pero decaen con el tiempo. Nivel de evidencia 1.
- Sería importante diseñar programas de seguimiento tras el alta para procurar la consolidación de los cambios obtenidos mediante la terapia cognitivo-conductual. Grado de recomendación A.

Aplicación a poblaciones especiales: adolescentes

- La terapia cognitivo-conductual es eficaz con adolescentes consumidores de sustancias. Es recomendable incluir a familiares junto a la aplicación de terapia cognitiva conductual en adolescentes para prolongar en el tiempo los cambios suscitados por el tratamiento. Nivel de evidencia 2.
- Los grupos de adolescentes deben diseñarse teniendo en cuenta determinadas limitaciones si se quiere evitar un sobreaprendizaje de conductas antisociales y desadaptativas. Grado de recomendación B.

Tratamientos combinados

- La combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas (psicológicas 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. Grado de recomendación B.
- Farmacoterapia y psicoterapia deben combinarse en función de las características del paciente adicto. Grado de recomendación B.
- Los tratamientos de sustitutivos opiáceos ofrecen mejores resultados cuando se acompañan de intervenciones psicológicas. Grado de recomendación A.

Nuevas direcciones

- La terapia dialéctica es efectiva en pacientes con trastornos adictivos y trastorno límite de la personalidad comórbido. Nivel de evidencia 2.

3. Terapias centradas en la familia

- Las intervenciones familiares en adolescentes con consumo de drogas aumentan el compromiso de los 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.
- Los tratamientos basados en la familia son eficaces en el abordaje de adolescentes con consumo de drogas. Grado de recomendación B.

Terapia familiar estratégica breve.

- La Terapia Familiar Estratégica Breve favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes. Grado de recomendación A.
- La Terapia Familiar Estratégica Breve mejora la dinámica de funcionamiento familiar y los efectos persisten en el tiempo. Grado de recomendación B.
- La Terapia Familiar Estratégica Breve está especialmente indicada para las familias de adolescentes abusadores de drogas con mayor nivel de desestructuración. Grado de recomendación B.
- La Terapia Familiar Estratégica Breve centrada en una sola persona del núcleo familiar puede ser tan efectiva como la inclusión de todo el núcleo familiar en la terapia. Grado de recomendación B.
- Las terapias individuales que tienen como diana la estructura familiar producen mejores resultados que las terapias individuales que tienen como diana el cambio individual. Grado de recomendación B.

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 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.
- Con los pacientes que conviven con parejas no consumidoras de drogas debe aplicarse terapia conductual familiar y/o de pareja. Grado de recomendación B.

4. Terapias analíticas y psicodinámicas

- Las terapias de corte psicodinámico son 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.

5. Comorbilidad y tratamiento integrado en pacientes con trastornos por abuso y dependencia de sustancias

- Los trastornos por abuso o dependencia de sustancias se acompañan, en un porcentaje variable pero elevado según los métodos diagnósticos empleados, por otros trastornos mentales y del comportamiento. La existencia de criterios para la clasificación de ambos trastornos (diagnóstico dual) determina una evolución y un pronóstico más complejo, que requieren, a su vez, un abordaje terapéutico más complejo. Nivel de evidencia 3.
- 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.
- Los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un programa de tratamiento integral de los trastornos por consumo de sustancias. Grado de recomendación A.
- La terapia cognitivo-conductual ha mostrado su utilidad en adolescentes abusadores de alcohol con tendencia al suicidio. Nivel de evidencia 3.
- La terapia cognitivo-conductual es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares, en el tratamiento de adolescentes con doble diagnóstico, con independencia de la psicopatología asociada. Nivel de evidencia 2.
- La terapia cognitivo-conductual, en solitario o en combinación con terapia farmacológica, produce cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, pero los logros decaen tras la fase de tratamiento. Nivel de evidencia 2.
- El manejo de contingencias ofrece mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual en la reducción del consumo de cocaína en el contexto de un programa de mantenimiento con metadona. Nivel de evidencia 2.
- La terapia dialéctica es eficaz en el tratamiento de sujetos con abuso de sustancias y trastorno límite de personalidad concurrente. Nivel de evidencia 3.
- Las terapias de baja intensidad, baja exigencia y poco estructuradas (ej., intervenciones motivacionales) facilitan la reducción del consumo y la mejoría de síntomas psicopatológicos en poblaciones con carencias extremas (ej., personas sin hogar, inyectores en activo sin intención de abandono del consumo). 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.
- Diversas modalidades de tratamiento psicoterapéutico pueden mejorar la evolución de pacientes con abuso de sustancias y estrés postraumático concurrente. Nivel de evidencia 3.

8. Referencias bibliográficas

- Abbott, P. J., Weller, S. B. y Walker, S. R. (1994). Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: preliminary data. *Journal of Addictive Disorders*, 13, 1-11.
- Addiction Editor. (1999). Comments on Project MATCH: matching alcohol treatments to client heterogeneity. *Addiction*, 94, 31-34.
- Alba, J. L. (2004). La terapia familiar multisistémica. Un modelo de intervención sociofamiliar dentro del sistema de justicia juvenil. Psicología.com, Revista Electrónica, 8 (2). Disponible en URL [consultado 16/05/2008]: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/128/16653/?++interactivo>.
- Allsop, S., Saunders, B., Phillips, M. y Carr, A. (1997). A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 92, 61-74.
- Alonso, F., Secades, R. y Duarte, G. (2007). ¿Son eficaces los tratamientos psicológicos para dejar de fumar? *Trastornos Adictivos*, 9, 21-30.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. y Mayet, S. (2004). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *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 Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.]
- American Psychiatric Association (1997). *Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastornos por consumo de sustancias*. Barcelona: Edika Médica.
- Anatchkova, M. D., Velicer, W. F. y Prochaska, J. O. (2005). Replication of subtypes for smoking cessation within the contemplation stage of change. *Addictive Behaviors*, 30, 915-927.
- Angelone, S. M., Bellini, L., DiBella, D. y Catalano, M. (1998). Effects of fluvoxamine and citalopram in maintaining abstinence in a sample of Italian detoxified alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*, 33, 151-156.
- Angelovich, N., Karvinen, T., Panichelli-Mindel, S., Sampl, S., Scudder, M., Titus, J. et al. (2004). Gestión clínica de un ensayo multicéntrico sobre el terreno de cinco terapias ambulatorias para adolescentes que abusan de sustancias. En: Sampl, S. y Kadden, R. (Ed.), *Terapia de estimulación motivacional*

- y cognitivo-conductual para adolescentes adictos a marihuana*. Barcelona: Ars Medica.
- Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P. K., Waid, L. R., Malcolm, R. J. Dias, J. K. et al. (2001). Posttreatment results of combining naltrexone with cognitive-behavior therapy for the treatment of alcoholism. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 72-77.
- Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P. K., Waid, L. R., Myrick, H., Voronin, K. et al. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, 349-357.
- Anton, R. F., Moak, D. H., Waid, L. R., Latham, P. K., Malcolm, R. J. y Dias, J. K. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1758-1764.
- Arendt, M., Rosenberg, R., Fjordback, L., Brandholdt, J., Foldager, L., Sher, L. et al. (2007). Testing the self-medication hypothesis of depression and aggression in cannabis-dependent subjects. *Psychological Medicine*, 37, 935-945.
- Austin, A. M. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: a systematic review. *Research on Social Work Practice*, 15, 67-83.
- Ávila, H. (2000). Aspectos metodológicos clínicos en psicoanálisis. Comentarios del trabajo titulado: "Una revisión amplia de los estudios de resultado en psicoanálisis". *Cuadernos de Psicoanálisis*, 33, 111-119.
- Azrin, N. H., Donohue, B., Teichner, G. A., Crum, T., Howell, J. y DeCato, L. A. (2001). A controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family behavior therapies in dually-diagnosed conduct disordered and substance-dependent youth. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 11, 1-43.
- Babor, T. F. y Grant, M. (1992). *Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. Ginebra: World Health Organization.
- Baker, A., Boggs, T. y Lewin, T. (2001). Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96, 1279-1287.
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S. et al. (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100, 367-378.

- Baker, A., Reichler, H., Clancy, R., Garrett, R., Sly, K., Devir, H. y Terry, M. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction*, 97, 1329-1337.
- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A.J., Bujosa, C. T. y O'Neill, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 371-379.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Frank, A. et al. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9, 54-73.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R. et al. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
- Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder. *Clinical Case Studies*, 4, 246-262.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nueva York: New American Library.
- Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C. F. y Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Nueva York: Guildford.[Edición española: Beck A. T., Wright F., Newman C. F. y Liese B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós.]
- Bell, J. B. (2008). Volitional control, self-regulation, and motivational interviewing in veterans with alcohol problems. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(7-B), 4810.
- Berglund, G.W., Bergmark, A., Bjorling, B., Gronbladh, L., Lindberg, S., Oscarsson, L., Olsson, B., Segraeus, V. y Stensmo C. (1991). The SWEDATE Project: interaction between treatment, client background, and outcome in a one-year follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 161-9.
- Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S. y Hingson R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug & Alcohol Dependence*, 77, 49-59.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Blanchard, J. (2000). The co-occurrence of substance use in other mental disorders: Editor's introduction. *Clinical Psychology Review*, 20, 145-148.

- Bottlender, M., Kohler, J. y Soyka, M. (2006). The effectiveness of psychosocial treatment approaches for alcohol dependence - a review. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 74, 19-31.
- Bowers, T.G. y Al-Redha, M.R. (1990). A comparison of outcome with group/marital and standard/individual therapies with alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 301-309.
- Bradley, B. P., Phillips, G., Green, L. y Gossop, M. (1989). Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use following detoxification. *British Journal of Psychiatry*, 154, 354-359.
- Brady, K. T., Dansky, B. S., Back, S. E., Foa, E. B. y Carroll, K. M. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 47-54.
- Brandon, T. H., Vidrine, J. I. y Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 257-284.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C.D. y Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of Therapeutic Community research in Europe: An overview. *European Addiction Research*, 5, 21-35.
- Brooner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W. y Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treated-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54, 71-80.
- Brown, T., Dongier, M., Latimer, E., Legault, L., Seraganian, P., Kokin, M. et al. (2006). Group-delivered brief intervention versus standard care for mixed alcohol/other drug problems: a preliminary study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24, 23-40.
- Brook, D. W. (2001). Introduction to the special issue on group therapy and substance abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 5-10.
- Budney, A. J. y Higgins, S. T. (1998). *A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Budney, A. J., Higgins, S. T., Delaney, D. D., Kent, L. y Bickel, W. K. (1991). Contingent reinforcement of abstinence with individuals abusing cocaine and marijuana. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 657-665.
- Budney, A. J., Moore, B. A., Rocha, H. L. y Higgins, S. T. (2006). Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 307-316.
- Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., Strauss, W. y Gaebel, W. (2002). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 227-232.

- Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., Strauss, W., Loll, A., Luthcke, H. et al. (2001). Outpatient behaviour therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 24-29.
- Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., McKay, J. R. y Mulvaney, F. D. (2001). The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug & Alcohol Dependence*, 61, 271-280.
- Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, S. y Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, 30, 1834-1847
- Callaghan, R. C y Herzog, T. A. (2006). The relation between processes-of-change and stage-transition in smoking behavior: a two-year longitudinal test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, 31, 1331-1345.
- Cancrini, L. (1987). Hacia una tipología de las tóxicodependencias juveniles. *Comunidad y Drogas*, 1, 45-57.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Carroll K. (2004). Tratamientos combinados para la dependencia de sustancias. En M. Sammons y N. Schmidt (eds.), *Tratamientos combinados de los trastornos mentales: una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas*. Bilbao: DDB.
- Carroll, K. M., Fenton, L. R., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., Shi, J. et al. (2001). Efficacy of disulfiram and cognitive-behavioral therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 64, 264-272.
- Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E., Frankforter, T. L. y Rounsaville, B. J. (2000). One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction*, 95, 1335-1349.
- Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance-Katz, E. y Rounsaville, B. J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93, 713-728.
- Carroll, K. M. y Onken, L. S. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1-9.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W. y Gawin, F.H. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.

- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R. M. et al. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P. et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chaney, E. F., O'Leary, M. R. y Marlatt, G. A. (1978). Skill Training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104
- Chen, C. C., Tsai, S. Y., Su, L. W., Yang, T. W., Tsai, C. J. y Hwu, H. G. (1999). Psychiatric co-morbidity among male heroin addicts: differences between hospital and incarcerated subjects in Taiwan. *Addiction*, 94, 825-832.
- Clemens, N. A. (2002). Evidence-based psychotherapy. *Journal of Psychiatric Practice*, 8, 51-53.
- Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K. y Szapocznik, J. (2001). Brief Strategic Family Therapy versus Community Control: engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom. *Family Process*, 40, 313-332.
- Colby, S. M., Monti, P. M., Barnett, N.P., Rohsenow, D. J., Weissman, K., Spirito, A. et al. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 574-578.
- Connolly, M. B., Crits-Christoph, P. y Hearon, B. (2008). The empirical status of psychodynamic therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 93-108.
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. y Stephens, R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55-64.
- Cornelius, J.R., Salloum, I.M., Ehler, J.G., Jarrett, P.J., Cornelius, M.D., Perel, J.M. et al. (1997). Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 54, 700-705.
- Cortés, M. T., Giménez, J. A., Vicéns, S. y Pascual, F. (2004). Importancia del nivel motivacional en un programa de mantenimiento de la abstinencia en drogodependientes. En E. Barberá y cols., *Motivos, emociones y procesos representacionales: de la teoría a la práctica*. Valencia: Servei de Publicacions de la Universitat de València.

Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S. et al. (1997). The NIDA collaborative cocaine treatment study: Rationale and methods. *Archives of General Psychiatry*, 54, 721-726.

Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S. et al. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502.

Crits-Christoph, P., Siqueland, L., McCalmont, E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Frank, A. et al. (2001). Impact of psychosocial treatments on associated problems of cocaine-dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 825-830.

Darke, S. y Ross, J. (1997). Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug & Alcohol Dependence*, 48, 135-141.

Daugherty, M., Miller, W. R., Meyers, R. J. y Tonigan, J. S. (2000). Taking more steps: Change in motivation before alcohol treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 383.

Davis, J. M., Fleming, M. F., Bonus, K. A. y Baker, T. B. (2007). A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7, 2.

Deas, D. y Thomas, S. E. (2001). An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *American Journal of Addictions*, 10, 178-189.

De Leon, G. (1993). Issues to consider when predicting retention in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 239-244.

De Leon, G., Wexler, H. K. y Jainchill, N. (1982). The Therapeutic Community: success and improvement rates 5 years after treatment. *International Journal of Addictions*, 17, 703-747.

Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J. et al. (2002). Main findings of the Cannabis Youth Treatment (CYT) randomized field experiment. Presentación en el Symposium 64, "State-of-the-Art Adolescent Substance Abuse Prevention and Treatment" in la Conferencia Annual de la American Psychiatric, Philadelphia, Mayo 18-23, 2002. Disponible en URL [consultada 19/05/2008]: http://chestnut.org/LI/Posters/CYT_%20MF_APA.pdf.

Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J. et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213.

Diamond, G.S. y Liddle, H.A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multi-dimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 481-488.

- Diamond, G. S., Liddle, H. A., Wintersteen, M. B., Dennis, M. L., Godley, S. H. y Tims, F. (2006). Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. *American Journal on Addictions*, 15, 26-33.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.
- DiClemente, C. C., Nidecker, M. y Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 25-35.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velásquez, M. M. y Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J. y Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychotherapy: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936-941.
- Dishion, T. J., McCord, J. y Poulin, F. (1999). When interventions harm: peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755-764.
- Dishion, T. J., Poulin, F. y Barraston, B. (2001). Peer group dynamics associated with iatrogenic effects in group interventions with high-risk young adolescents. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 91, 79-92.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H, Milesi, K. et al. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. A clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 201-215.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J. y Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589-608.
- Drummnont, D.C. y Glautier, S. (1994). A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 62, 809-817.
- Durrrel, J., Lechtenberg, B., Corse, S. y Frances, R. J. (1993). Intensive management of persons with chronic mental illness who abuse substance. *Hospital & Community Psychiatry*, 44, 415-428.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T.M., Powers, M. B. y Otto, W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 179-187.

- EMCDDA. (2006). *Informe anual 2004. El problema de la drogodependencia en la UE y en Noruega*. Disponible en URL [consultado 02/05/2008]: annualreport.emcdda.eu.int/es/home-es.
- 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.
- Epstein, E.E. y McCrady, B.S. (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 18, 689-711.
- Eriksen, L., Bjornstad, S. y Gotesman, K. G. (1986). Social skills training in groups for alcoholics: One year treatment outcome for groups and individuals. *Addictive Behaviors*, 11, 309-329.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Uth, R. y LaChance, H. (2006). Cognitive behavioral treatment for suicidal alcohol abusing adolescents: development and pilot testing. *American Journal on Addictions*, 15, 126-130.
- Fals-Stewart, W. y O'Farrell, T.J. (2003). Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid-dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 432-442.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J. y Birchler, G.R. (2001). Behavioral couples therapy for male methadone maintenance patients: effects on drug-using behavior and relationship adjustment. *Behavior Therapy*, 32, 391-411.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J. y Birchler, G.R. (1997). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcomes analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 789-802.
- Feldstein, S. W. y Forcehimes, A. A. (2007). Motivational interviewing with underage college drinkers: a preliminary look at the role of empathy and alliance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 737-746.
- Fernández, J. R. y Secades, R. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 46-57.
- Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R., Fernández Ludeña, J. J. y Marina González, P. A. (2002). Effectiveness of a Therapeutic Community Treatment in Spain: A Long-Term Follow-Up Study. *European Addiction Research*, 8, 22-29.
- Fernández, A., Rodríguez, B. y Diéguez, M. (2005). Terapia interpersonal en la depresión. En J. Vallejo, C. Leal, *Tratado de Psiquiatría, vol 2* (pp. 2012-2025). Barcelona: Ars Medica.

- Fernández, J. J., Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M. A. y Secades, R. (2008). *Opiáceos. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Finney, J. W., Wilbourne, P. L. y Moos, R. H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3ª ed., pp. 179-202). Nueva York: Oxford University Press.
- Fonagy, P. (2004). Psychotherapy meets neuroscience. A more focused future for psychotherapy research. *Psychiatric Bulletin*, 28, 357-359.
- Fonagy, P., Kächele, H., Krause, R., Jones, E. y Perron, R. (1999). *An open door review of outcome studies*. En *Psychoanalysis*, Londres: International Psychoanalytical Association.
- Foote, F. H., Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Perez-Vidal, A. y Hervis, O. K. (1985). One-person family therapy: a modality of brief strategic family therapy. *NIDA Research Monograph*, 58, 51-65.
- Fuentes, J. M., Calatayud, P., López, E. y Castañeda, B. (2005). La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia. *Trastornos Adictivos*, 7, 153-165.
- Galatzer-Levy, R., Bachrach, H., Skolnikoff, A. y Waldron, Sh. (2000). *Does Psychoanalysis Work?*. New Haven: Yale University Press.
- García-Rodríguez, O., Secades, R., Álvarez Rodríguez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J. R. Carballo, J. L. et al. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19, 134-139.
- Gifford, E. y Humphreys, K. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction*, 102, 352-361.
- Girón, S. (2006). Intervención con familias de drogodependientes. XVII Jornadas Andaluzas de Asociaciones de Drogodependencias y Sida, Sevilla, marzo, 2006. Disponible en URL [consultada 16/05/2008]: <http://www.drogascadiz.es/AdminMancLaJanda/UserImages/8371fd7a-d95b-4989-bc30-3be9cab14f27.pdf>.
- Girón, S. S., Martínez Delgado, J. M. y González Saiz, F. (2002). Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos*, 4, 161-170.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98, 291-303.

- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Treacy, S. (2002). Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK). *Addictive Behaviors*, 27, 155-66.
- Graham, K., Annis, H.M., Brett, P. J. y Venesoen, P. (1996). A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction*, 91, 1127-1139.
- Greenwood, G. L., Woods, W. J., Gudyish, J. y Bein, E. (2001). Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 15-23.
- Griffith, J.D., Rowan-Szal, G.A., Roark, R.R. y Simpson, D.D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 55-66.
- Gruber, K., Chutuape, M.A. y Stitzer, M. L (2000). Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: a short-term evaluation. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 211-223.
- Guardia, J. (1996). Avances en el tratamiento farmacológico del alcoholismo. En J. Aizpiri, y J. F. Marcos (Eds.), *Actualización del tratamiento del alcoholismo*. (pp. 65-96). Barcelona: Masson.
- Guardia, J., Jiménez, M.A., Pascual, F., Flórez, G. y Contel, M. (2007). *Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Guardia, J., Prat, G. y Casas, M. (1994). Trastornos psicóticos asociados al alcoholismo. En: M. Casas, M. Gutiérrez y L. San (eds.), *Psicopatología y alcoholismo*. Barcelona: Ediciones Neurociencias.
- Guillén, A. I. y Mañoso, V. (2004). La entrevista motivacional: Revisión de su eficacia en el ámbito de las conductas adictivas. *Interpsiquis*, 2004. Disponible en URL [consultado 02/05/2008]: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/15095/>.
- Hajek, P., Stead, L. F., West, R. y Jarvis, M. (2005) Relapse prevention interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1 [Intervenciones para la prevención de la reincidencia en el hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)].
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hall, K. L. y Rossi, J. S. (2008). Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors. *Preventive Medicine*, 46, 266-274

- Hartz, D. T., Meek, P., Piotrowski, N. A., Tusel, D. J., Henke, C. J., Delucchi, K. et al. (1999). A cost-effectiveness and cost-benefit analysis of contingency contracting-enhanced methadone detoxification treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 207-218.
- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A. y Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug & Alcohol Review*, 15, 29-38.
- Hengeler, S., Schoenwald, S., Borduin, C., Rowland, M. y Cunningham, P. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- Herzog, T. y Blagg, C. (2007). Are Most Precontemplators Contemplating Smoking Cessation? Assessing the validity of the Stages of Change. *Health Psychology*, 26, 222-231.
- Hettema, J., Steele, J. y Miller, W. R. (2005) Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Higgins, S. T., Badger, G. J. y Budney, A. J. (2000). Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 377-386.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R. y Badger, G. J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-576.
- 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.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Badger, G., Foerg, F. y Ogden, D. E. (1995). Outpatient Behavioral Treatment for Cocaine Dependence: One-Year Outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3, 205-212.
- Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. y Fenwick, J. W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Higgins, S. T., Heil, S. H. y Lussier, J. P. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431-461.
- Higgins, S. T., Wong, C. J., Badger, G. J., Ogden, D. E. y Dantona, R. L. (2000). Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 64-72.

- Hoffman, J. A., Caudill, B. D., Koman, J. J., Luckey, J. W., Flynn, P. M. y Mayo, D. W. (1996). Psychosocial treatments for cocaine abuse. 12-month treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 3-11.
- Holder, H. D., Longabaugh, R., Miller, W. R. y Rubonois, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcohol problems: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Hoppes, K. (2006). The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectrum*, 11, 829-841.
- Hser, Y.I., Anglin, M.D. y Fletcher, B. (1998). Comparative treatment effectiveness. Effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 513-23.
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. y Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 125-34.
- Hulse, G. K. y Tait, R. J. (2002). Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Drug and Alcohol Review*, 21, 105-112.
- Hulse, G. K. y Tait, R. J. (2003). Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Addiction*, 98, 1061-1068.
- Iguchi, M. Y., Belding, M. A., Morral, A. R., Lamb, R. J. y Husband, S. D. (1997). Reinforcing operants other than abstinence in drug abuse treatment: an effective alternative for reducing drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 421-428.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E. y Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Johansson, B. A., Berglund, M. y Lindgren, A. (2006). Efficacy of maintenance treatment with naltrexone for opioid dependence: a meta-analytical review. *Addiction*, 101, 491-503.
- Johnson, B. A., Jasinski, D. R., Galloway, G. P., Kranzler, H., Weinreib, R., Anton, R. F. et al. (1996). Ritanerlin in the treatment of alcohol dependence—a multi-center clinical trial. *Psychopharmacology*, 128, 206-215.
- Johnson, B. A., Roache, J. D., Javors, M. A., DiClemente, C. C., Cloninger, C. R., Prihoda, T. J. et al. (2000). Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients. A randomized controlled trial. *JAMA*, 284, 963-971.

- Jones, H. E., Haug, N. A., Stitzer, M. L. y Svikis, D. S. (2000). Improving treatment outcomes for pregnant drug-dependent women using low-magnitude voucher incentives. *Addictive Behaviors*, 25, 263-267.
- Jones, H. E., Wong, C. J., Tuten, M. y Stitzer, M. L. (2005). Reinforcement-based therapy: 12-month evaluation of an outpatient drug-free treatment for heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 119-128.
- Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review . *Addictive Behaviors*, 30, 1765-1774.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A., Blitz, C., Sussman, J. y Rounsaville, B. (1998). Psychotherapies for adolescent substance abusers: a pilot study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 186, 684-690.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A. y Goldberger, R. (2002). Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 190, 737-745.
- Kanfer, F.H. (1986). Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. En W.R. Miller y N. Nick (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change. Applied clinical psychology*. (pp. 29-47). New York, NY, US: Plenum Press.
- Karabanda, N. D., Anglin, M. D., Khalsa-Denison, E. y Paredes, A. (1999). Differential effects of treatment modality on psychosocial functioning of cocaine dependent men. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 257-274.
- Katz, E. C., Chutuape, M. A., Jones, H. E. y Stitzer, M. L. (2002). Voucher reinforcement for heroin and cocaine abstinence in an outpatient drug-free program. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 136-143.
- Katz, E. C., Gruber, K., Chutuape, M. A. y Stitzer, M. L. (2001). Reinforcement-based outpatient treatment for opiate and cocaine abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 93-98.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J. y Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive behaviors: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Khantzian, E. J. (1990). Reflections on group treatments as corrective experiences for addictive vulnerability. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 11-20.

- Kirby, K. C., Amass, L. y McLellan, A. T. (1999). Disseminating contingency-management research to drug abuse treatment practitioners. En S. T. Higgins y K. Silverman (Eds.), *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lamb, R. J. y Platt, J. J. (1998). Schedule of voucher delivery influences initiation of cocaine abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 761-767.
- Klerman, G. L. (1986). The National Institute of Mental Health — Epidemiologic Catchment Area (NIMH-ECA) program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 21, 159-166.
- Klerman, G. L. (1991). Ideological conflicts in integrating pharmacotherapy and psychotherapy. En B. D. Beitman y G. L. Klerman (eds.), *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy* (pp. 3-19). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsiville, B. y Chevron E.S. (1996 [1984]). Interpersonal psychotherapy for depression. En: J. E. Groves (ed.), *Essential papers on short-term dynamic therapy*. New York: New York University Press.
- Kranzler, H.R., Burleson, J.A., Brown, J. y Babor, T.F. (1996). Fluoxetine treatment seems to reduce the beneficial effects of cognitive-behavioral therapy in type B alcoholics. *Alcohol and Clinical Experimental Research*, 20, 1534-1541.
- Kranzler, H. R., Burleson, J. A., Korner, P., Del Boca, F. K., Bohn, M. J., Brown, J. et al. (1995). Placebo-controlled trial of fluoxetine as an adjunct to relapse prevention in alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 152, 391-397.
- Labrador, J., Echeburua, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Lana, F. (2001). Trastornos de personalidad y conductas adictivas. Intervenciones psicosociales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 58-66.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M. y Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60, 233-259.

- Leichsenring, F., Rabung, S. y Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Leigh, J., Bowen, S. y Marlatt, G. A. (2005) Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30, 1335-1341.
- Lende, D. H. y Smith, E. O. (2002). Evolution meets biopsychosociality: an analysis of addictive behavior. *Addiction*, 97, 447-458.
- Liddle, H. A. (2002). Advances in family-based therapy for adolescent substance abuse: findings from the Multidimensional Family Therapy research program. En: Harris, L. S., ed. *Problems of Drug Dependence 2001: Proceedings of the 63rd Annual Scientific Meeting. NIDA Research Monograph no. 182, NIH publication no. 02-5097*, pp. 113-115. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Liddle, H. A. (2002). *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 5*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 76-92.
- Liddle, H. A. y Dakof, G. A. (1995). Family-based treatment for adolescent drug use: state of the science. En: adolescent drug abuse: clinical assesment and therapeutic interventions. *NIDA Research Monograph*, 156, 218-254.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, G. S., Diamond, G. S., Barrett, K. y Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-687.
- Liddle, H. A., Rodriguez, R. A., Dakof, G. A., Kanzki, E. y Marvel, F. A. (2005). Multidimensional Family Therapy: A science-based treatment for adolescent drug abuse. En J. Lebow (Ed.), *Handbook of clinical family therapy* (pp.128-163). New York: John Wiley & Sons.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A. y Henderson, C. E. (2004). Early Intervention for Adolescent Substance Abuse: Pretreatment to Posttreatment Outcomes of a Randomized Clinical Trial Comparing Multidimensional Family Therapy and Peer Group Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 49-63.
- Liddle, H. A., Rowe, C. l., Gonzalez, A., Henderson, C.E., Dakof, G. A. y Greenbaum, P. E. (2006). Changing provider practices, program environment, improving outcomes by transporting Multidimensional

- Family Therapy to an adolescent drug treatment setting. *American Journal on Addictions*, 15, 102-112.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M., Dimeff, L., Reynolds, S., Comtois, K., Welch, S., Heagerty, P. et al. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, C., Kanter, S. y Comois, K. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Littell, J. H. y Girvin, H. (2002). Stages of change. A critique. *Behavior Modification*, 26, 223-73
- Littell, J. H., Popa, M. y Forsythe, B. (2007). Terapia multisistémica para los problemas sociales, emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Lizarraga, S. y Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(Supl 2), S43-S54.
- Longabaugh R. y Morgenstern, J. (1999). Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence. Current status and future directions. *Alcohol Research & Health*, 23, 78-85.
- López, A. y Becoña, E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revision. *Adicciones*, 18, 161-196.
- Luborsky L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. Nueva York: Basic Books Inc Publishers.
- Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J. y Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101, 192-203.
- Mace, C., Moorey, S. y Roberts, B. (eds.) (2001). *Evidence-based practice and the psychodynamic psychotherapies*. East Sussex, UK: Brunner-Routledge.
- Marcus, M. T., Fine, P. M., Moeller, F. G., Khan, M. M., Pitts, K.; Swank, P. R. et al. (2003). Change in stress levels following mindfulness-based stress reduction

- in a therapeutic community. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2, 63-68.
- Mark, D. y Faude, J. (1995). Supportive-expressive therapy of cocaine abuse. En *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders: Axis I*. (pp. 294-331). Nueva York: Basic Books
- Mark, D. y Luborsky, L. (1992). *A manual for the use of supportive-expressive psychotherapy in the treatment of cocaine abuse* (Manuscrito no publicado). Philadelphia: Dept of Psychiatry, University of Pennsylvania.
- Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control and relapse: A cognitive-behavioral analysis. En P.A. Nathan, G.A. Marlatt y T. Loberg (eds.), *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment* (pp. 271-274). Nueva York: Plenum.
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (coord.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 137-159). Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J. R. (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Marlatt G. A. y Donovan, D. M. (Eds). (2005). *Relapse Prevention, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, 2^a ed. Nueva York: Guilford Publications.
- Marques, A. C. P. R. y Formigoni, M. L. O. S. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*, 96, 835-846.
- Martino, S., Carroll, K. M., Nich, C. y Rounsaville, B. J. (2006). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction*, 101, 1479-1492.
- Maude-Griffin, P. M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusel, D. J. y Hall, S. H. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: Main and matching effects *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 832-837.
- McCambridge, J. y Strang, J. (2005) Deterioration over time in effect of motivational interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction*, 100, 470-478.
- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26, 494-503

- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20, 368-375.
- McCraday, B.S., Longabaugh, R., Fink, E., Stout, R., Beattie, M. y Ruggieri-Authalet, A. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 708-713.
- McCraday, B.S., Noel, N.E., Abrams, D.B., Stout, R.L., Nelson, H.F. y Hay W.M. (1986). Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 459-467.
- McCraday, B.S., Stout, R., Noel, N.E., Abrams, D.B. y Nelson, H.F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *British Journal of Addictions*, 86, 1415-1424.
- McGovern, M. P., Wrisley, B. R. y Drake, R. E. (2005). Relapse of substance abuse disorder and its prevention among people with cooccurring disorders. *Psychiatric Services*, 56, 1270-1273.
- McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., O'Brien, C. P. y Koppenhaver, J. (1997). Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 61, 264-272.
- McKim, W.A. (2000). *Drugs and behavior: An introduction to behavioral pharmacology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Messina, N., Farabee, D. y Rawson, R. (2003). Treatment responsivity of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive-behavioral and contingency management interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 320-329.
- Messina, N., Wish, E. y Nemes, S. (2000). Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 207-27.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E. y Tonigan, J.S. (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10, 291-308.
- Miller, P. (1975). A behavioral intervention program for public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry*, 32, 915-918.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.

- Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing and the incredible shrinking treatment effect. *Addiction*, 100, 421.
- Miller, W. R. (2006). Motivational factors in addictive behaviors. En W. R. Miller y K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows and what we should do about it* (pp. 134-152). Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W., Andrews, N., Wilbourne, P. y Bennett, M. (1998). A wealth of alternatives: Effective treatment of alcohol problems. En W. Miller y N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviour* (2nd ed., pp. 203-216). Nueva York: Plenum.
- Miller, W.R. y Baca, L.N. (1983). Two years follow-up of bibliotherapy and therapist directed controlled drinking training for problems drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441-448.
- Miller, W. R., Benefield, R. G. y Toningan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S, Bien, T. H., Luckie, L. F. et al. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En: Hester RK, Miller WR (eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (pp. 12-44). Boston: Allyn & Bacon.
- Miller, W.R. y Hester, R.K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. En W.R. Miller (ed.), *The Addictive Behaviours: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking and Obesity* (pp. 11-141). Oxford: Pergamon Press.
- Miller, W.R., Meyers, R.J. y Tonigan. J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688-697.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio en conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Miller, W. R. y Taylor, C. (1980). Relative effectiveness of bibliotherapy, individuals and group self control in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 5, 1324.
- Miller, W.R., Tonigan, J.S., Montgomery, H.A., Abbott, P.J., Meyers, R.J., Hester, R.K. y Delaney, H.D. (1990). Assessment of client motivation for change: Preliminary validation of the SOCRATES instrument. Paper presented at the

- Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy*, San Francisco.
- Miller, W. R. y Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Miller, W. R., Yahne, C. E. y Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754-763.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H. y Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways. Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M. y Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence: a coping skills training guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J. y Myers, M. (1999). Brief interventions for harm reduction with alcohol – positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989-994.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. R., Colby, S. M. y Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A. y Abrams, D. B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance abuse outcomes at three months. *Addiction*, 92, 1717-1728.
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E. y Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.
- MTP Research Group. (2004). Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 455-466.
- Mueser, K. T., Drake, R. E. y Miles, K. M. (1997). The course and treatment of substance use disorders in persons with severe mental illness. En:

- Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders. *NIDA Research Monograph*, 172, 86-109.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., Turner, W. y McGovern, M. (2006). Comorbid Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders. En W. R. Miller y K. M. Carroll (eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it*. (pp. 115-133). Nueva York: Guilford Press..
- Mueser, K. T. y Fox, L. (2002). A family intervention program for dual disorders. *Community Mental Health Journal*, 38, 253-270.
- Murphy, J. G., Benson, T. A., Vuchinich, R. E., Deskins, M. M., Eakin, D. Flood, A. M. et al. (2004). A comparison of personalized feedback for college student drinkers delivered with and without a motivational interview. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 200-203.
- Nahom, D. (2005). Motivational interviewing and behavior change: how can we know if it works? *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2, 55-78.
- Najavits, L., Weiss, R., Shaw, S. y Muenz, L. (1998). "Seeking safety": outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 437-456.
- National Institute on Drug Abuse. (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Disponible en URL [consultado 16/04/2008.]: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>.
- National Institute on Drug Abuse (2001). *Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones*. Disponible en URL [consultado 16/04/2008.]: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>.
- Nemes, S., Wish, E.D. y Messina N. (1999). Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community. Findings from the district of Columbia treatment initiative experiment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 339-47.
- Niaura, R. S., Rohsenow, D. J., Binkoff, J. A., Monti, P. M., Pedraza, M. y Abrams, D. B. (1988). Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 133-152.
- Nunes, E. V. y Deliyannides, D. A. (1996). Investigación en diagnóstico dual. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Sholler (Eds.) *Diagnóstico dual*. Barcelona. Ediciones en Neurociencias.
- Nunes, E. V., Rothenberg, J. L., Sullivan, M. A., Carpenter, K. M. y Kleber, H. D. (2006). Behavioral therapy to augment oral naltrexone for opioid dependence: a ceiling on effectiveness? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 503-517.

- O'Farrell, T.J., Cutter, H.S. y Floyd, F.J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy*, 16, 147-167.
- O'Farrell, T.J., y Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 51-54.
- O'Farrell, T.J., Choquette, K.A. y Cutter, H.S., Floyd, F.J., Bayog, R., Brown, E.D., Lowe, J., Chan, A. y Deneault, P. (1996). Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8, 145-166.
- O'Farrell, T.J. y Fals-Stewart, W. (2002). Behavioral couples and family therapy for substance abusers. *Current Psychiatry Reports*, 4, 371-376.
- O'Farrell, T.J., Van Hutton, V. y Murphy, C.M. (1999). Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 317-321.
- O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G., Rode, S., Schottenfeld, R., Meyer, R. E. et al. (1996). Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 53, 217-224.
- Onken, L. S. y Blaine, J. D. (1990). *Psychotherapy and counseling in the treatment of drug abuse*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Osher, F. C. y Kofoed, L. L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 40, 1025-1030.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., Reiter, S. R., Maltzer-Brody, S. y Rosenbaum, J.F. (1993). Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1485-1490.
- Ozechowski, T. J. y Liddle, H. A. (2000). Family-based treatments for adolescent substance abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 269-298.
- Palacios, L. (2006). Intervención grupal con familias de adictos. Disponible en URL [consultada 16/05/2008]: <http://www.drogascadiz.es/AdminMan-cLaJanda/UserImages/ce7c6e4a-3279-433f-9d0b-834d631260d0.pdf>.
- Peña, F. R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública de México*, 45 (Supl.1), S124-S131.

- Pereiro, C., Becoña, E., Córdoba, R., Martínez, J. y Pinet, C. (2008). *Tabaquismo. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Perz, C. A., DiClemente, C. C. y Carbonari, J. P. (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology*, 15, 462-468.
- Pettinati, H. M., Volpicelli, J. R., Kranzler, H. R., Rukstalis M. R. y Cnaan, A. (2000). Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 24, 1041-1049.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 9-25.
- Petry, N. M., Martin, B., Cooney, J. L. y Kranzler, H. R. (2000). Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 250-257.
- Petry, N. M. y Simcic, F., Jr. (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 81-86.
- Petry, N. M., Tedford, J. y Martin, B. (2001). Reinforcing compliance with non-drug related activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 33-44.
- Piotrowski, N. A., Tusel, D. J., Sees, K. L., Reilly, P. M., Banys, P., Meek, P. y Hall, S. M. (1999). Contingency contracting with monetary reinforcers for abstinence from multiple drugs in a methadone program. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7, 399-411.
- Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and adiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Poulin, F., Dishion, T. J. y Barraston, B. (2001) 3-Year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions. *Applied Developmental Science*, 5, 214-224.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1985). Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress. En S. Shiffman y T. A. Wills (Eds.), *Doping and substance abuse* (pp. 345-363). San Diego: Academic Press.

- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Millar (Eds.). *Progress in behavior modification*, Vol.28 (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1993). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C. C. y Norcross, J.C. (1997). In search of how people change: applications to addictive behaviors. En A. Marlatt y G. R. Van den Bos (eds.), *Addictive behaviors: Readings on etiology, prevention, and treatment* (pp. 671-696). Washington: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O. y Norcross, J. C. (2007). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical analysis*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Poulin, F., Dishion, T. J. y Barraston, B. (2001) 3-Year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions. *Applied Developmental Science*, 5, 214-224.
- Quirke, M. (2001). What works in the treatment of adult substance dependency? Wisconsin Bureau of Substance Abuse Services. Disponible en URL [consultado 15/05/2008]: <http://oja.state.wi.us/docview.asp?docid=7101&locid=97>.
- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E. y Lohr, K. N. (2006). Systematic review: Smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Annals of Internal Medicine*, 145, 845-856.
- Rathus, J. H. y Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Rawson, R. A., Marinelli Casey, P. J., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C. et al. (Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors). (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99, 708-717.
- Rawson, R., McCann, M., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C. et al. (2006). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant dependent individuals. *Addiction*, 101, 267-274.
- Rawson, R. A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C. et al. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-

- behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 817-824.
- Rawson, R., McCann, M., Huber, A. y Shoptaw, S (1999). Contingency management and relapse prevention as stimulant abuse treatment interventions. En S.T. Higgins y K. Silverman (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions*. (pp. 57-74). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Rawson, R. A., Shoptaw, S. J., Obert, J. L., McCann, M. J., Hasson, A. L., Marinelli-Casey, P. J. et al. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 117-127.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J. y Judo, L. L. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Reisch, T., Thommen, M., Tschacher, W. y Hirsbrunner, H. P. (2001). Outcomes of a cognitive-behavioral day treatment program for a heterogeneous patient group. *Psychiatric Services*, 52, 970-972.
- Rodríguez, J., Párraga, J. y León, J. (1983). Terapia de conducta y alcoholismo: Desarrollo y situación actual. *Drogalcohol*, 7, 187-199.
- Roffman, R. A., Klepsch, R., Wertz, J. S., Simpson, E. E., y Stephens, R. S. (1993). Predictors of attrition from an outpatient marijuana dependence counseling program. *Addictive Behaviors*, 18, 553-566.
- Roffman, R. A., Stephens, R. S., Simpson, E. E. y Whitaker, D. (1990). Treatment of marijuana dependence: Preliminary results. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20, 129-137.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Michalec, E. y Abrams, D. B. (2000). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: 12-month substance use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 515-520.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M., Gulliver, S. B. et al. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862-874.
- Roll, J. M., Higgins, S. T. y Badger, G. J. (1996). An experimental comparison of three different schedules of reinforcement of drug abstinence using cigarette smoking as an exemplar. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 495-504.

- Rollnick, S., Heather, N. y Bell A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25-37.
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*, 19, 593-604.
- Rosenblum, A., Magura, S., Palij, M., Foote, J., Handelsman, L. y Stimmel, B. (1999). Enhanced treatment outcomes for cocaine-using methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 54, 207-218.
- Rounsaville, B. J. y Carroll, K. (1993). Interpersonal psychotherapy for patients who abuse drugs. En: Klerman, G.L. y Weissman, M.M., *New applications of Interpersonal Psychotherapy*, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rounsaville, B. J. y Carroll, K. M. (1997). Individual psychotherapy for drug abusers. En J. H. Lowinsohn, P. Ruiz y R. B. Millman (eds.), *Comprehensive textbook of substance abuse* (3ª ed, pp. 430-439). Nueva York: Williams & Wilkins.
- Rowe, C. L., Liddle, H. A., Dakof, G. A. y Henderson, C. E. (2004). Early intervention for teen substance abuse: A randomized controlled trial of Multidimensional Family Therapy with young adolescents referred for drug treatment. En M. White y M. Yucell (Chairs), *Risky business among adolescents: Prevention and treatment. Symposium en la Annual Conference of the College on Problems of Drug Dependence*, San Juan, Puerto Rico.
- Rubio, G. (1998). Tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos con las patologías adictivas. En J. Cabrera, *Patología Dual* (pp. 103-121). Madrid: Ediciones Gráficas DELOS.
- Sampl, S. y Kadden, R. (2004). *Terapia de estimulación motivacional y cognitivo-conductual para adolescentes adictos a marihuana*. Barcelona: Ars Medica.
- San Emeterio, M., Aymerich, M., Faus, G., Guillamón, I., Illa, J. M., Lalucat, Ll. et al. (2003). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión extensa*. Fondo de Investigación Sanitaria (número de expediente 01/10077). Barcelona.
- Sandahl, C, Herlitz, K., Ahlin, G. y Rönnberg, S. (1998). Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: a randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 8, 361-378.
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., La Perriere, A. et al. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy

- in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17, 121-133.
- Santisteban, D. A., Suarez-Morales, L., Robbins, M. S. y Szapocznik, J. (2006). Brief strategic family therapy: lessons learned in efficacy research and challenges to blending research and practice. *Family Process*, 45, 259-271.
- Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W., Murray, E. J. y La Perriere, A. (1996). Efficacy of interventions for engaging youth/families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10, 35-44.
- Scherbaum, N., Kluwig, J., Specka, M., Krause, D., Merget, B., Finkbeiner, T. et al. (2005). Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment. A Controlled Trial. *European Addiction Research*, 11, 163-171.
- Schmidt, S.E., Liddle, H.A. y Dakof, G.A. (1996). Effects of multidimensional family therapy: Relationship of changes in parenting practices to symptom reduction in adolescent substance abuse. *Journal of Family Psychology* 10, 1-16.
- Schuckit, M. A. (1986). Genetic and Clinical Implications of Alcoholism and Affective Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 140-147.
- Schuckit, M.A. (1996). Recent developments in the pharmacotherapy of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 669-676.
- Scott, J., Gilvarry, E. y Farrell, M. (1998). Managing anxiety and depression in alcohol and drug dependence. *Addictive Behaviors*, 23, 919-931.
- Secades, R., Fernández, J. R. y Arnáez, C. (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug user patients: a pilot study. *Substance Use & Misuse*, 39, 1369-1378.
- Secades, R., García, O., Álvarez, H., Río, A., Fernández, 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*, 29, 51-57.
- Secades, R., García, O., Fernández, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40.
- Secades, R., García, O., Higgins, S. T., Fernández, J. R. y Carballo, J. L. (2008). Community Reinforcement Approach plus Vouchers for Cocaine Dependence in a Community Setting in Spain: Six-Month Outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 202-207.

- Segan, C. J., Borland, R. y Greenwood, K. M. (2004). What Is the Right Thing at the Right Time? Interactions Between Stages and Processes of Change Among Smokers Who Make a Quit Attempt. *Health Psychology*, 23, 86-93.
- Segan, C. J., Borland, R. y Greenwood, K. M. (2006). Can transtheoretical model measures predict relapse from the action stage of change among ex-smokers who quit after calling a quitline? *Addictive Behaviors*, 31, 414-428.
- Shaffer, H. J., LaSalvia, T. A. y Stein, J. P. (1997). Comparing Hatha yoga with dynamic group psychotherapy for enhancing methadone maintenance treatment: a randomized clinical trial. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3, 57-66.
- Shaner, A., Roberts, L. J., Eckman, T. A., Tucker, D. E., Tsuang, J. W., Wilkins, J. N. y Mintz, J. (1997). Monetary reinforcement of abstinence from cocaine among mentally ill patients with cocaine dependence. *Psychiatric Services*, 48, 807-810.
- Shannon, C. E. (1948). A mathematical theory of communication. *Bell System Technical Journal*, 27, 379-423 y 623-656.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S. y Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 689-698.
- Shoptaw, S., Rawson, R. A., McCann, M. J. y Obert, J. L. (1994). The Matrix Model of Outpatient Stimulant Abuse Treatment: Evidence of Efficacy. *Journal of Addictive Diseases*, 13, 129-141.
- Siegel, S. (1983). Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence. En Y. Israel, F. B. Glaser, H. Kalant, R. E. Popham, W. Schmidt y R. G. Smart (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems*. Nueva York: Plenum Press.
- Silverman, K., Higgins, S.T., Brooner, R. K., Montoya, I. D., Cone, E. J., Schuster, C. R. y Preston, K. L. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53, 409-415.
- Silverman, K., Svikis, D., Robles, E., Stitzer, M. L. y Bigelow, G. E. (2001). A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: six-month abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 14-23.
- Silverman, K., Svikis, D., Wong, C.J., Hampton, J., Stitzer, M.L. y Bigelow, E.A. (2002). Reinforcement-based Therapeutic Workplace for the treatment of

- drug abuse: Three-year abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 228-240.
- Smith, L. A, Gates, S. y Foxcroft, D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 1. Art. No.: CD005338. [Comunidades terapéuticas para los trastornos relacionados con el uso de sustancias (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)].
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems. Individualized therapy and controlled drinking*. Nueva York: Plenum Press.
- Spiegel, D. A., Bruce, T. J., Gregg, S. F. y Nuzzarello, A. (1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *American Journal of Psychiatry*, 151, 876-881.
- Spirito, A., Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Sindelar, H., Rohsenow, D. J. et al. (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.
- Stanton, M. D. y Shadish, W. R. (1997) Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Stead, L. F. y Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 (CD001007). DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2. [Stead LF, Lancaster T. Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].
- Stein, M. D., Solomon D. A., Herman, D. S., Anthony, J. L., Ramsey, S. E., Anderson, B. J. et al. (2004). Pharmacotherapy plus psychotherapy for treatment of depression in active injection drug users. *Archives of General Psychiatry*, 61, 152-159.
- Stein, M. D., Solomon D. A., Anderson, B. J., Herman, D. S., Anthony, J. L., Brown, R. A. et al. (2005). Persistence of Antidepressant Treatment Effects in a Pharmacotherapy Plus Psychotherapy Trial for Active Injection Drug Users. *American Journal on Addictions*, 14, 346-357.

- Stephens, R. S., Roffman, R. A. y Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 896-908.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A. y Curtin, L. (1994). Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62; 92-99.
- Stewart, J., de Wit, H. y Eikelboom, R. (1984). The role of unconditioned and conditioned drug effects in the self administration of opiates and stimulants. *Psychological Review*, 91, 251-268.
- Stitzer, M. L. y Bigelow, G. E. (1982). Contingent reinforcement for reduced carbon monoxide levels in cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 7, 403-412.
- Stitzer, M. L., Bigelow, G. E., Liebson, I. A., Hawthorne, J. W. (1982). Contingent reinforcement for benzodiazepine-free urines: Evaluation of a drug abuse treatment intervention. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 15, 493-503.
- Stitzer, M. y Petry, N. (2006). Contingency management for treatment of substance abuse. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 411-434.
- Svikis, D. S., Lee, J. H., Haug, N. A. y Stitzer, M. L. (1997). Attendance incentives for outpatient treatment: effects in methadone- and nonmethadone-maintained pregnant drug dependent women. *Drug and Alcohol Dependence*, 48, 33-41.
- Swanson, A. J., Pantalon, M. V. y Cohen, K. R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 630-635.
- Szapocznik, J., Hervis, O.E. y Schwartz, S. (2003). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse (NIH Publication No. 03-4751). *NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F., Perez-Vidal, A. y Hervis, O. E. (1983). Conjoint versus one person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 889-899.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F., Perez-Vidal, A. y Hervis, O. E. (1986). Conjoint versus one person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 395-397.

- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Perez-Vidal, A., Hervis, O. E. y Foote, F. (1989). One person family therapy. En R. A. Wells y V. J. Giannetti (eds.), *Handbook of brief psychotherapies* (pp. 93–114). Nueva York: Plenum Press.
- Szapocznik, J., Lopez, B., Prado, G., Schwartz, S. J. y Pantin, H. (2006). Outpatient drug abuse treatment for Hispanic adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 84 Suppl 1, S54-63.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A., Foote, F. H., Santisteban, D., Hervis, O. E. et al. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families into treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 552-557.
- Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M. A., Rivas-Vasquez, A. et al. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 571–578.
- Szapocznik, J. y Williams, R. A. (2000). Brief Strategic Family Therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- Teesson, M., Ross, J., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A. y Cooke, R. (2006). One year outcomes for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence*, 28, 2:174-80.
- Tejero, A y Trujols, J. (1994). El modelo transteorético de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En: J.L. Graña (ed), *Conductas Adictivas* (pp. 3-43). Madrid: Debate.
- Terán, A., Casete, L. y Climent, B. (2008). *Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Cocaína*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Thompson, S. (2005). Family-based treatment models targeting substance use and high-risk behaviors among adolescents. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2, 207-233.
- Tiet, Q. Q. y Mautsach, B. (2007). Treatment for patients with dual diagnosis: A review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 513-536.
- Todd, T. C. y Selekman, M. D. (1991). *Family therapy approaches with adolescent substance abusers*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Uchtenhagen, U. y Zeiglgänsberger, W. (2000). *Suchtmedizin-konzepte, strategien und therapeutisches management*. Munich: Urban & Fischer Verlag.

- Uchtenhagen, A. y Zimmer-Höfler, D. (1987). Psychosocial development following therapeutic and legal interventions in opiate dependence. A Swiss national study. Special Issue: Juvenile Substance Use and Human Development: new perspectives in research and prevention. *European Journal of Psychiatry*, 2, 443-48.
- UK Alcohol Treatment Trial. (2005). Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal*, 331, 527-528.
- UK Alcohol Treatment Trial. (2008). UK Alcohol Treatment Trial: client-treatment matching effects. *Addiction*, 103, 228-238.
- U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institute of Mental Health. (1992-1994). *Epidemiologic Catchment Area Study, 1980-1985*: [UNITED STATES] [Computer file]. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institute of Mental Health [producer], 1992. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 1994.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Van den Brink, W. y Haasen, C. (2006). Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 635-46.
- Van Horn, D. H. y Bux, D. A. (2001). A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 191-195.
- Verheul, R. (2001). Comorbilidad de trastornos de la personalidad en individuos con trastornos por uso de sustancias. *European Psychiatry (Edición Española)*, 8, 520-529.
- Verheul, R., Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Ridder, M. A. J., Stijnen, T. y Van den Brink, W (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Von Neumann, J. y Morgenstern, O. (1944). *Theory of Games and Economic Behaviour*. Princeton: University Press.
- Vuchinich, R. y Heather, N. (2003). *Choice, Behavioural Economics and Addiction*. London: Pergamon.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. Nueva York: Basic Books
- Wachtel, P. L. (1987). *Action and insight*. Nueva York: Guilford Press.

- Waldron, H. B. y Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99(Suppl. 2), S93-S105.
- Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W. y Peterson, T. R. (2001) Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 802-813.
- Walitzer, K. S., Dermen, K. H. y Connors, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment. A review. *Behavior Modification*, 23, 129-151.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Kolodziej, M. E., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Daley, D. C. et al. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 100-107.
- Whitehead, A. y Russell, B. (1910). La teoría de los tipos lógicos. En A. Whitehead y B. Russell, *Principia Mathematica*, Vol. I (Trad. en Barcelona, Edit. Paraninfo).
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics; or, control and communication in the animal and the machine*. Cambridge: MIT Press.
- Wikler, A. (1973). Dynamics of drug dependence. *Archives of General Psychiatry*, 28, 611-616.
- Wilens, T. E., O'Keefe, J. y O'Connell, J. J. (1993). A public dual diagnosis detoxification unit I: Organization and structure. *American Journal on Addictions*, 2, 91-98.
- Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, Ø., Pedersen, G. y Friis, S. (1998). Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program. *Psychiatric Services*, 49, 1462-1467.
- Wilberg, T., Urnes, Ø., Friis, S., Irion, T., Pedersen, G. y Karterud, S. (1999). One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, 50, 1326-1330.
- Williams, S. H. (2005). Medications for treating alcohol dependence. *American Family Physician*, 72, 1775-1780.
- Winters, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Birchler, G.R. y Kelley, M.L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 344-355.
- Wiseman, E. J., Williams, D. K. y McMillan, D. E. (2005). Effectiveness of payment for reduced carbon monoxide levels and noncontingent payments on smoking behaviors in cocaine-abusing outpatients wearing nicotine

- or placebo patches. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 13, 102-110.
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drugs problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.
- Witkiewitz, K. A. y Marlatt, G. A. (eds.) (2007). *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. Londres: Academic Press, 2007.
- Woody, G. (2003). Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *American Journal on Addictions*, 12(Suppl. 2), S19-S26.
- Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Blaine, J., et al. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 639-645.
- Woody, G., Luborsky, L., McLellan, A. T. y O'Brien, C. P. (1990). Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients. *Archives of General Psychiatry*, 47, 788-789.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. y O'Brien, C. P. (1987). Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *American Journal of Psychiatry*, 144, 590-596.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. y O'Brien, C. P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1302-1308.
- Yllá, L. (2005). Psicoanálisis y psicoterapias de orientación analítica. En: J. Vallejo y C. Leal, *Tratado de Psiquiatria*, vol. 2 (pp.1996-2011). Barcelona: Ars Medica.
- Yücel, M., Lubman, D. I., Solowij, N. y Brewer, W. J. (2007). Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 957-968.
- Zimberg, S. (1999). A dual diagnosis typology to improve diagnosis and treatment of dual disorder patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31, 47-51.

Editado por

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



Financiado por

