

# Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas

Luis Álvaro Lefio,<sup>1</sup> Sebastián Raúl Villarroel,<sup>1</sup> Cristian Rebolledo,<sup>1</sup>  
Pamela Zamorano<sup>2</sup> y Katherine Rivas<sup>1</sup>

## Forma de citar

Lefio LA, Villarroel SR, Rebolledo C, Zamorano P, Rivas K. Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(4):257-66.

## RESUMEN

**Objetivo.** Sintetizar y valorar la evidencia científica disponible durante el período 2008–2012, respecto de las intervenciones con eficacia demostrada en el tratamiento y rehabilitación de personas adolescentes y adultas con consumo problemático de alcohol y otras sustancias.

**Métodos.** Se realizó una revisión sistemática con búsqueda y análisis de la literatura nacional e internacional, en español e inglés, consultando las principales bases de datos internacionales, incluyendo PubMed/MEDLINE, LILACS, EMBASE, PsycINFO, SciELO, bases de datos del Centro para Revisión y Disseminación de la Universidad de York (DARE, HTA Database), Cochrane Library y otras fuentes de literatura gris. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, y se excluyeron estudios observacionales, estudios cualitativos y artículos de baja calidad metodológica.

**Resultados.** La muestra final consistió en 69 estudios. Las intervenciones psicosociales con eficacia demostrada fueron terapia cognitivo conductual; intervenciones de tipo familiar; intervenciones de autoayuda vía Internet; terapia conductual de pareja; refuerzo comunitario y entrenamiento familiar; seguimiento y apoyo telefónico, y terapia integrada del trastorno por abuso de sustancia con comorbilidad ansiosa y depresiva. Las intervenciones farmacológicas con eficacia demostrada fueron acamprosato, dietilamida de ácido lisérgico (LSD) y benzodiazepinas en el consumo problemático de alcohol, y la terapia de mantención con opioides en altas dosis.

**Conclusiones.** La eficacia demostrada de las intervenciones psicosociales y farmacológicas es pequeña, pero significativa. Son las intervenciones marcadamente multidisciplinarias, con enfoque cognitivo conductual e involucramiento de personas significativas allegadas al consumidor, las que han demostrado tener mejores resultados en indicadores de abstinencia y prevención de recaídas, así como también algunas intervenciones farmacológicas específicas.

## Palabras clave

Alcoholismo; consumo de bebidas alcohólicas; trastornos relacionados con sustancias; evaluación de resultados de intervenciones terapéuticas.

Más allá de las disquisiciones políticas y ético-morales asociadas al consumo de alcohol y otras sustancias, llega un momento en que el daño a la salud de

las personas requiere que los sistemas sanitarios apoyen terapéuticamente a las personas y poblaciones, para las cuales el consumo se transforma en un problema relevante de salud. El alcohol aporta aproximadamente 4% de la carga de mortalidad y 5% de la carga de discapacidad a nivel global (1). En su informe anual de 2012, la Oficina de las Naciones Unidas

contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) ha estimado que entre 3,4% y 6,6% de la población adulta mundial consumen drogas denominadas ilícitas, de los cuales 12% pueden ser calificados como consumidores problemáticos, estimándose además que una de cada 100 muertes en adultos es atribuible al consumo de estas drogas (2).

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. La correspondencia se debe dirigir a Luis Álvaro Lefio, lefio.celedon@gmail.com

<sup>2</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Sin necesidad de abstraerse de las connotaciones sociales del consumo, resulta evidente que la alta prevalencia del problema y su vínculo con otros trastornos relevantes de salud —como el cáncer, los traumatismos y el VIH— ameritan que los sistemas sanitarios diseñen estrategias efectivas de apoyo terapéutico para sus poblaciones.

Se requiere, por tanto, que estas intervenciones sean objeto de una evaluación científica en relación a los efectos terapéuticos beneficiosos esperados para cada una de ellas. En este sentido, desde hace ya más de una década, se realizan esfuerzos para mejorar el impacto del conocimiento producido por la ciencia en las prácticas de atención de problemas de salud relacionados con el abuso y la dependencia de sustancias (3).

Los esfuerzos por sintetizar evidencia en este ámbito suelen ir dirigidos a evaluaciones que intentan responder preguntas específicas, expresando la necesidad de aislar el efecto de una determinada terapia o intervención, y reflejando un enfoque clínico de comprensión del problema. La salud pública, en cambio, tiende a enfocarse más en la complejidad social de los problemas de salud, por lo que las preguntas suelen ser más amplias, pues la evidencia deberá estar al servicio de generar recomendaciones cuya unidad de análisis sea la población y no el individuo. Enmarcados en este último enfoque de revisión sistemática (RS) de evidencia, el presente trabajo se propone sintetizar y valorar la evidencia científica disponible durante el período 2008–2012, respecto de las intervenciones con eficacia demostrada en el tratamiento y rehabilitación de personas adolescentes y adultas con consumo problemático de alcohol y otras sustancias.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Estrategia de búsqueda

Se llevó adelante una RS de la literatura internacional. Las fuentes consultadas fueron bases de datos electrónicas: PubMed/MEDLINE, LILACS, EMBASE, PsycINFO, SciELO, el Centro para Revisión y Disseminación de la Universidad de York y la Cochrane Library. Se revisaron además las listas de referencias de los artículos seleccionados, y también fuentes de literatura gris tales como la Comisión Interamericana para

el Control del Abuso de Drogas; el Centro para la Adicción y la Salud Mental de Canadá; el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos; el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos; el Observatorio Europeo de Drogas y Adicciones de la Unión Europea; la Fuerza de Tarea en Prevención de Estados Unidos y Google Académico. La cobertura temporal de la búsqueda abarcó desde enero de 2008 hasta octubre de 2012, y fue realizada en idioma español e inglés. Se buscaron evaluaciones de intervenciones terapéuticas para el tratamiento del consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas, fueran estas psicoterapéuticas, psicosociales, farmacológicas, psicoeducativas o comunitarias, en modalidad individual y grupal, para lo cual se utilizaron los siguientes términos booleanos de búsqueda. *Términos MeSH*: substance-related disorders; alcoholism; drug users; street drugs; intervention studies; therapeutics; psychotherapy group, behavior addictive, drug dependence, substance use disorder, abuse substance. *Términos DeCS*: trastornos relacionados con sustancias/diagnóstico; consumidores de drogas; drogas ilícitas; diagnóstico; terapéutica; psicoterapia de grupo. Otros términos utilizados fueron: intervención terapéutica; treatment; program; pharmacotherapy; y drugs.

### Criterios de selección de artículos

Se incluyeron estudios en seres humanos a escala individual, grupal y poblacional; investigaciones originales o RS de la literatura, referidos a la evaluación de la eficacia de intervenciones en el tratamiento y rehabilitación de personas adultas con consumo problemático de alcohol y otras sustancias. Todos los estudios debían contar con evaluación cuantitativa de resultados. Los diseños incluidos fueron: RS con o sin metanálisis, y ensayos clínicos aleatorizados (ECA) o cuasi-aleatorizados (individuales o poblacionales). Los criterios de exclusión fueron estudios limitados a descripción de marcos conceptuales, procesos o impacto cualitativo de programas o intervenciones, sin análisis cuantitativo de los efectos de la intervención; revisiones no sistemáticas y guías de práctica clínica; investigaciones cualitativas, y estudios observacionales de corte transversal y de cohorte. Tam-

bién se excluyeron del análisis estudios de calidad metodológica deficiente y aquellos que evaluaban intervenciones breves exclusivamente. Las dimensiones de calidad consideradas críticas para la exclusión de estudios se concentraron en los aspectos de carácter metodológico, identificando los principales problemas en las características de la búsqueda y la explicitación de criterios de selección y análisis de calidad de los estudios, para el caso de las RS, así como en la estimación del tamaño de la muestra, el uso del ciego y la aleatorización de los grupos, en el caso de los ECA.

### Extracción de datos y análisis crítico de los estudios

De cada estudio se extrajeron datos que incluyeron autores, año, objetivos, contexto (población y contexto clínico), tamaño muestral, variable resultado, grupo control, resultados principales, medidas de magnitud de efecto y significancia estadística. No se calculó la magnitud de los efectos en los casos en que tal resultado no fue explicitado en los estudios originales. Cada estudio fue analizado en términos de su rigor metodológico de acuerdo al diseño específico, utilizando una adaptación idiomática —según el criterio de los investigadores— de las guías de análisis propuestas por el Centro de Medicina Basada en Evidencia de la Universidad de Oxford. También los estudios fueron analizados por dos revisores independientes y calificados como de alta, mediana o baja calidad metodológica, zanjándose las diferencias por acuerdo con un tercer revisor.

## RESULTADOS

Una primera búsqueda arrojó un total de 1 203 referencias. Utilizando los criterios de selección y un análisis de los resúmenes de los artículos, para corroborar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionó un total de 86 artículos. Del total de estudios seleccionados, 17 fueron excluidos por su baja calidad metodológica, quedando finalmente un total de 69 estudios para análisis y extracción de datos. De estos, 41 fueron ECA, 20 RS con metanálisis y 8 RS sin metanálisis. Del total de estudios, 47 fueron catalogados como de mediana calidad metodológica y 22 como de alta calidad metodológica.

## Intervenciones psicosociales

En un metanálisis seleccionado, la *terapia cognitivo conductual* —incluyendo estrategias de identificación de gatillantes de recaídas, entrenamiento de habilidades de afrontamiento y de rechazo a drogas, análisis y funcionamiento del consumo de sustancias— ha mostrado un tamaño de efecto pequeño sobre los resultados terapéuticos de abstinencia de consumo problemático de alcohol, marihuana, cocaína y opioides ( $g = 0,115$ , intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 0,094–0,194), reportando un efecto muy menor a los 12 meses de seguimiento ( $g = 0,096$ ;  $P < 0,05$ ) (4).

La evidencia científica no es concluyente respecto de los beneficios, medidos en términos de abstinencia, de adicionar tratamiento psiquiátrico (farmacológico y psicosocial) para la comorbilidad ansiosa o depresiva, cuando se está tratando el uso abusivo de alcohol. El tamaño del efecto (fórmula de Cohen [d]) de tales intervenciones conjuntas no muestra impacto estadísticamente significativo ( $d = -0,025$  a  $0,785$ ; razón de probabilidades [RP]: 0,39–2,83) (5). Se observa la misma falta de resultados significativos cuando los esquemas terapéuticos apuntan a adicionar —al tratamiento para abuso de alcohol y de otras sustancias— tratamiento orientado a los trastornos psicóticos (6). Por otro lado, para poblaciones con trastornos debidos al abuso de sustancias y comorbilidad ansiosa o depresiva, se ha evaluado la *terapia psicológica integrada* (tratamiento de ambas problemáticas en conjunto) y se ha comparado su eficacia con terapia dirigida solo al trastorno por abuso de drogas, observándose un efecto significativo de la terapia conjunta en relación con la reducción del porcentaje de días de abstinencia en 4% (IC95%: 2,14–26,12) y una reducción de los síntomas psiquiátricos ( $d = -0,58$ ; IC95%:  $-1,1$  –  $-0,06$ ) en un metanálisis seleccionado (7).

Las *intervenciones de tipo familiar* también han sido evaluadas en un metanálisis de población adolescente, comparando su efecto con intervenciones de tipo individual en pacientes que usan alcohol. En estos casos, se ha reportado un efecto significativo en retardar el inicio del consumo de alcohol (RP: 0,66; IC95%: 0,57–0,76) y en disminuir la frecuencia de consumo ( $d = -0,25$ ; IC95%:  $-0,37$  –  $-0,12$ ), mostrando un efecto significativo

en el seguimiento a 36 y 48 meses: (RP 0,53; IC95%: 0,38–0,75) (8).

En cuanto a *intervenciones de autoayuda vía internet*, en población adulta de países de altos ingresos se identificó un metanálisis, encontrándose un tamaño de efecto (fórmula de Hedges [g]) pequeño ( $g = 0,39$ ; IC95%: 0,23–0,56) para disminuir la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol (9).

La *terapia conductual de pareja* ha demostrado tener mejores resultados en dependencia al alcohol, opioides y poliadicciones, en comparación con terapias de enfoque individual (cognitivo conductual mayoritariamente) en cuanto a frecuencia de uso ( $d = 0,36$ ; IC95%: 0,19–0,53), consecuencias por consumo ( $d = 0,52$ ; IC95%: 0,20–0,83) y satisfacción con la relación de pareja ( $d = 0,58$ ; IC95%: 0,37–0,79). Además, fueron evaluados todos los resultados combinados, observándose un tamaño de efecto medio ( $d = 0,54$ ; IC95%: 0,37–0,71) hasta el año de seguimiento (10).

Las *estrategias de refuerzo comunitario y entrenamiento familiar* (CRAFT, por sus siglas en inglés), que ponen el énfasis en el manejo de contingencias y el apoyo con involucramiento de personas significativas, han demostrado aumentar las tasas de compromiso de los pacientes con la terapia (11), comparado con terapias alternativas como el *modelo de alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos*, o el modelo de intervención del instituto Johnson (Johnson Institute Intervention). Un ensayo clínico pesquisado en este estudio mostró que el tratamiento secuencial combinado (SCT, por sus siglas en inglés), con un marcado enfoque familiar y de refuerzo social para el manejo de recaídas, aumenta la tasa de abstinencia (a 180 días de seguimiento) de 78% para el SCT versus 59% para el grupo control ( $P < 0,01$ ), consistiendo este último en tratamiento habitual con psiquiatra. También se evidenció un tiempo promedio, para la primera recaída, de 150 días para el grupo SCT versus 23 días para el grupo control ( $P < 0,01$ ) (12).

Un *seguimiento activo vía telefónica post tratamiento* ha mostrado, en dos ECA, impacto significativo en mejorar las tasas de abstinencia y el porcentaje de días de consumo a los 18 meses de seguimiento, efecto que no se mantiene a los 24 meses (13, 14). La falla de reporte de la magnitud de los efectos impidió evaluar en profundidad el impacto real de la intervención. En otro estudio seleccionado, la

asociación de incentivos monetarios al seguimiento y apoyo telefónico ha mostrado ser capaz de mejorar los indicadores de participación en las sesiones de tratamiento vía telefónica. Los pacientes que recibieron el incentivo completaron un 67% en promedio las sesiones de cuidados posteriores, mientras que aquellos que no recibieron el incentivo completaron 39% de ellas ( $P < 0,001$ ) (15).

## Tratamiento farmacológico

En un metanálisis, el *acamprosato* ha demostrado eficacia en el tratamiento de la dependencia al alcohol, logrando ganancia en los días sin consumo de alcohol en 10,4% (IC95%: 7,1–13,7), ganancia en días sin consumo intenso de alcohol en 11% (IC95%: 7,4–14,6) y un mejor cumplimiento del tratamiento (acamprosato 56,3% versus placebo 52,1%;  $P < 0,004$ ). Este efecto positivo no fue significativo después del primer año de seguimiento (16, 17).

La *naltrexona* ha mostrado efectos diversos según los resultados considerados. En una RS, no demostró mejorar la abstinencia de alcohol en población adulta con dependencia, pero sí tuvo efectos positivos en relación con la tasa de recaída. El efecto de la naltrexona versus placebo fue evaluada en 859 pacientes a los 3 meses por 8 ensayos clínicos, hallándose tasas de abstinencia de 37,6% y 30,5% para naltrexona y placebo, respectivamente, diferencia que no posee significancia estadística (16). Por otro lado, un metanálisis reportó una reducción de la ingesta severa en relación al placebo (riesgo relativo [RR] = 0,83; IC95%: 0,76–0,90) y una disminución de los días de ingesta ( $d = -3,89$ ; IC95%:  $-5,75$  a  $-2,04$ ), así como una disminución en los días de ingesta severa ( $d = -3,25$ ; IC95%:  $-5,51$  a  $-0,99$ ) (18). Por otro lado en un ECA, comparado con placebo, la naltrexona se asoció con una mejora significativa en relación a la línea de base en salud mental, incluidos funcionamiento social, salud general y funcionamiento físico en adultos con dependencia alcohólica (19).

En un metanálisis, el uso de *dietilamida de ácido lisérgico* (LSD) en dosis única ha demostrado mejorar significativamente indicadores de abstinencia en población adulta con dependencia de alcohol, en comparación con diversos grupos control. Los ECA de este estudio midieron los resultados primarios mediante entrevistas y cuestionarios autoaplicados en

relación al uso o abstinencia de alcohol. El efecto significativo es observable a los 3 y 6 meses de seguimiento (RP: 1,85; IC95%: 1,14–3,00; y RP: 1,66; IC95%: 1,11–2,47, respectivamente), pero no a los 12 meses (20).

Respecto del manejo del síndrome agudo de abstinencia a alcohol, las *benzodiazepinas* han sido evaluadas versus placebo y otras drogas en diversos indicadores de salud, reportándose, en un metanálisis seleccionado, eficacia estadísticamente significativa en el manejo de las convulsiones (21). Por otro lado, no hay evidencia suficiente para respaldar la eficacia y la seguridad del ácido *gamma-hidroxibutírico* (GHB) en el tratamiento del síndrome de abstinencia por alcohol y la prevención de recaídas. Los resultados positivos evidenciados en ECA no son confirmados en un metanálisis posterior (22).

El uso de *psicoestimulantes* (bupropión, dextroamfetamina, metilfenidato, modafinil, mazindol, metanfetamina y selegilina) no ha demostrado efectos positivos en el tratamiento de dependencia a la cocaína (23). Situación similar ocurre con el uso de *anticonvulsivantes* para el tratamiento de la dependencia a la cocaína, los cuales en un metanálisis no demostraron efectos significativos en uso de cocaína ni en adherencia al tratamiento (24).

En un metanálisis, la *terapia de mantención con opioides* en altas dosis ha demostrado que aumenta las probabilidades de abstinencia a la heroína, medido como proporción de pacientes en abstinencia (RR = 2,24; IC95%: 1,54–3,24), así como en relación al porcentaje de uro-análisis libres de heroína ( $d = 0,40$ ; IC95%: 0,17–0,64). No se identificaron resultados significativos cuando la misma población era codependiente de cocaína. En dosis equivalentes, la metadona fue más eficaz que la buprenorfina para la abstinencia a cocaína y heroína por separado, logrando además mayor adherencia al tratamiento (abstinencia a cocaína, RR: 1,63; IC95%: 1,2–2,22; abstinencia a heroína, RR: 1,39; IC95%: 1,0–1,93; uro-análisis libre de cocaína,  $d = 0,37$ ; IC95%: 0,1–0,65; retención de tratamiento, RR: 1,29; IC95%: 1,05–1,58) (25).

El uso de *levopoda*, *d-cycloserine*, *vigabatrin* y otras estrategias farmacológicas ha sido evaluado para la dependencia a la cocaína, sin resultados concluyentes (26–29). Asimismo, otras intervenciones farmacológicas y psicosociales han sido

evaluadas con RS pero también con resultados poco concluyentes, entre ellas el uso del *disulfiram* (30) en la dependencia de alcohol, donde la heterogeneidad de los estudios no permite una estimación confiable del efecto terapéutico. Por otro lado, las evaluaciones de intervenciones grupales para adolescentes con consumo problemático de alcohol (31) y de la meditación (32) como recurso terapéutico, presentan problemas metodológicos importantes, que incluyen la falta de descripción de las intervenciones y de los grupos control.

En los cuadros 1 y 2 (4, 5, 7–11, 16–18, 20–25, 30–38) se resume la información básica y el análisis de calidad de las RS cuantitativas (cuadro 1) y cualitativas (cuadro 2) identificadas en el presente estudio.

## DISCUSIÓN

El presente trabajo ha permitido sintetizar y valorar la evidencia disponible, en idioma español e inglés, respecto a las intervenciones terapéuticas con eficacia demostrada en tratamiento y seguimiento del consumo problemático de alcohol y otras sustancias, publicados en la literatura internacional entre enero de 2008 y noviembre de 2012.

La evidencia disponible ha sido más abundante y de mejor calidad en los ámbitos de tratamiento del consumo de alcohol, cocaína, heroína y marihuana. Asimismo, vale la pena destacar a las intervenciones marcadamente multidisciplinarias, con un enfoque cognitivo conductual e involucramiento de “allegados importantes” para la persona con consumo problemático de alcohol y otras sustancias, quienes se corresponsabilicen del problema de salud y del manejo de contingencias cotidianas. Estas intervenciones han demostrado tener mejores resultados en indicadores de abstinencia y prevención de recaídas. Este hallazgo es consistente con las conclusiones de Klimas y colaboradores (39), quienes concuerdan con un impacto pequeño, pero estadísticamente significativo, de las *intervenciones psicosociales* en consumo problemático de alcohol, en un metanálisis de cuatro estudios primarios, publicado con posterioridad a la realización del presente trabajo. Al mismo tiempo, también es consistente con lo reportado por Prendergast y colaboradores (40), en relación al impacto positivo del *manejo de*

*contingencias* en los indicadores de abstinencia del uso de sustancias, relevando la importancia del ambiente y el contexto en este tipo de problemas de salud.

El tratamiento farmacológico también demuestra poseer efectos terapéuticos positivos, particularmente el caso del acamprosato en la dependencia de alcohol y las benzodiazepinas en síndrome de abstinencia alcohólica. La dosis única de LSD aparece como una estrategia promisoriosa de apoyo al tratamiento de la dependencia de alcohol. Por otro lado, existe evidencia de alta calidad que muestra un efecto positivo de la terapia de mantención con altas dosis de metadona y buprenorfina para mejorar los indicadores de abstinencia en dependencia a la heroína.

Las *intervenciones de autoayuda por Internet* también parecen ser una estrategia promisoriosa de apoyo al tratamiento y que a su vez puede facilitar aspectos de la cobertura y acceso al apoyo terapéutico en el consumo problemático de alcohol y otras sustancias.

No se identificó evidencia conclusiva en relación con tratamiento de comorbilidades psíquicas o grupos poblacionales especiales. Solo en el caso de comorbilidad con depresión y trastornos ansiosos hay suficiente evidencia para recomendar el tratamiento conjunto de ambas morbilidades, y no enfocarse únicamente en el trastorno de dependencia de sustancia, pues se han demostrado efectos positivos en indicadores de abstinencia de alcohol y en síntomas relativos al ánimo de los involucrados. Este último hallazgo es consistente con las conclusiones de Brunnete y colaboradores (41), quienes en su revisión observaron que los servicios que integraban la atención de problemas mentales severos con el tratamiento de abuso de sustancias evidencian un impacto mayor sobre los resultados de abstinencia que el tratamiento de cada problema por separado.

El impacto de las estrategias específicas de seguimiento y apoyo a la prevención de recaídas es reducido y corresponde a medidas de control y apoyo telefónico que podrían contribuir marginalmente a los objetivos de salud. Por otro lado, si bien los incentivos económicos han demostrado tener efectos en el corto plazo, las estrategias de mayor valor siguen siendo el involucramiento familiar y de personas significativas para el paciente en el manejo de contingencia y proceso terapéutico.



**CUADRO 1. Resumen de revisiones sistemáticas con metanálisis, 2008–2012**

Autor (referencia)	Año	Intervención	Población	Comparación	Estudios y muestra	Resultados principales	Calidad
Tripodi y cols. (33)	2010	Intervenciones psicosociales: intervenciones breves (IB), terapia cognitivo conductual, entrevista motivacional breve, terapia familiar multidimensional e IB con adolescentes y padres	Población adolescente (12–19 años) con abuso de alcohol en Estados Unidos	Diversos grupos control	16 estudios, 1 291 participantes	Reducción general de consumo. DME: $g = -0,61$ ; IC95% (-0,83 a -0,40). Entrevista motivacional breve: $g = -0,09$ ; IC95% (-0,45 a -0,27). TCC12 pasos: $g = -1,99$ ; IC95% (-0,237 a -1,61). Entrevista individual: $g = -0,75$ ; IC95% (-1,05 a -0,40). IB Familia: $g = -0,46$ ; IC95% (-0,66 a -0,26). Intervenciones con seguimiento. <6 meses: $g = -0,66$ ; IC95% (-0,95 a -0,38); >6 meses -1 año: $g = -0,5$ ; IC95% (-0,68 a -0,32)	Mediana
Krebs y cols. (20)	2012	Dosis única de LSD	Población adulta	Diversos otros tratamientos	6 ensayos, 536 adultos	Efecto beneficioso del LSD en abstinencia a alcohol. Corto plazo (2–3 meses postratamiento): RP: 1,85; IC95% (1,14–3,00; $P = 0,01$ ); Mediano plazo (6 meses pos): RP: 1,66; IC95% (1,11–2,47; $P = 0,01$ )	Mediana
Yancey y Lumbad (18)	2011	Naltrexona	Adultos con dependencia al alcohol	Placebo	50 ensayos controlados, randomizados, 7 793 pacientes	Reducción de la ingesta severa: 17% en relación al placebo (RR: 0,83; IC95%: 0,76–0,90). Disminución días de ingesta: 4%; DME: -3,89; IC95% (-5,75 a -2,04). Disminución días ingesta severa, DME: -3,25; IC95% (-5,51 a -0,99)	Mediana
Hobbs y cols. (5)	2011	Tratamiento de dependencia de alcohol asociado a tratamiento de trastornos ansiosos y depresivos	Adultos dependientes de alcohol con comorbilidad ansiosa y depresiva	Tratamiento habitual de dependencia de alcohol	15 estudios de un total de 270 artículos seleccionados, 1 225 participantes	Disminución de la frecuencia de uso de alcohol: $d = 0,34$ ; IC95% (0,13–0,56)	Alta
Riper y cols. (9)	2011	Intervenciones de autoayuda vía Internet	Población adulta con consumo problemático de alcohol, en países de altos ingresos	Diversos grupos control	9 ensayos controlados randomizados, 553 participantes	Disminución de la frecuencia o cantidad de consumo de alcohol. Tamaño de efecto promedio, $g = 0,39$ ; IC95% (0,23–0,56), en seguimiento de 4 semanas a 9 meses	Mediana
Amato y cols. (21)	2010	Benzodiazepinas	Población adulta con síndrome de abstinencia de alcohol	Placebo	64 estudios, 4 309 pacientes	Presencia de convulsiones (binario), RR: 0,16 (0,04 a 0,69)	Mediana
Leone y cols. (22)	2010	Ácido gamma-hidroxibutírico	Pacientes dependientes de alcohol con síntomas de síndrome de abstinencia alcohólica	Placebo y otros tratamientos farmacológicos	13 estudios, 6 ensayos, 286 participantes	Evidencia aleatorizada insuficiente	Mediana

(Continúa)

CUADRO 1. (Continuación)

Autor (referencia)	Año	Intervención	Población	Comparación	Estudios y muestra	Resultados principales	Calidad
Magill y Ray (4)	2009	Terapia cognitivo conductual	Adultos (>18 años) principalmente de Estados Unidos	Diversas terapias de control	52 estudios, 9 308 individuos	Tamaño de efecto global "pequeño" en resultados de abstinencia de alcohol, cocaína y marihuana; $g = 0,154$ ; IC95%: 0,094–0,194; $P < 0,005$ . En 6–9 meses de seguimiento: $g = 0,115$ ; $P < 0,005$ ; 12 meses de seguimiento: $g = 0,096$ ; $P < 0,05$ . Según droga. Marihuana, $g = 0,513$ ; IC95%: 0,375–0,651; $P < 0,005$ . Alcohol, $g = 0,067$ ; IC95%: –0,002–0,136; $P < 0,005$ . Cocaína/opioides, $g = 0,126$ ; IC95% (0,011–0,242; $P < 0,005$ )	Alta
Smit y cols. (8)	2008	Intervención familiar	Adolescentes (<16 años) en Estados Unidos que usan alcohol	Diversos grupos control	18 artículos, 9 ensayos clínicos randomizados	Retardo en iniciación de alcohol, RP: 0,66; IC95%: 0,57–0,76  Disminución de la frecuencia de consumo, $d = -0,25$ ; IC95%: –0,37 a –0,12  Seguimiento 36–48 meses. RP: 0,53; IC95%: 0,38–0,75	Mediana
Powers y cols. (10)	2008	Terapia conductual de parejas	Adultos con trastornos por alcohol, opioides y poli adicciones	Tratamiento individual (más frecuentemente TCC)	12 ensayos clínicos controlados randomizados ( $n = 754$ )	Frecuencia de uso, $d = 0,36$ ; IC95%: 0,19–0,53  Consecuencias por uso, $d = 0,52$ ; IC95%: 0,20–0,83  Satisfacción de la relación de pareja, $d = 0,58$ ; IC95%: 0,37–0,79  Todos los resultados, $d = 0,54$ ; IC95%: 0,37–0,71  Seguimiento: 1 año	Mediana
Hesse (7)	2009	Terapia psicológica integrada para trastornos del ánimo (ansiedad, depresión) + trastornos por consumo de sustancias	Adultos con ambos trastornos	Terapia dirigida al trastorno por abuso de drogas	10 ECA, 223 pacientes randomizados	Reducción del porcentaje de días de abstinencia: 4%; IC95%: 2,14–26,12; $P < 0,02$  Reducción síntomas psiquiátricos, DME = –0,58 para grupo experimental; IC95% (–1,1 a –0,06)	Mediana
Carey y cols. (34)	2012	Intervenciones cara a cara (FTFI) e intervenciones vía computacional (CDI)	Adultos jóvenes bebedores universitarios	Diversos grupos control	22 estudios de FTFI ( $n = 5\ 237$ ) y 26 de CDI ( $n = 32\ 243$ )	FTFI bebieron menos, con menos frecuencia y reportaron menos problemas a corto plazo ( $d = 0,15$ –0,19); consumieron cantidades menores a mediano plazo ( $d = 0,23$ ) y largo plazo ( $d = 0,14$ )  CDI reportaron menor cantidad, frecuencia y picos de intoxicación a corto plazo ( $d + s = 0,13$ –0,29)	Alta
Mason y Leher (17)	2012	Acamprosato	Adultos de 22 estudios multinacionales	Placebo	22 estudios realizados en 18 países: 1 317 mujeres y 4 794 hombres	Ganancia en porcentaje de días sin consumo de alcohol: 10,4%; IC95% (7,1–13,7; $P < 0,001$ )  Ganancia en porcentaje de días sin consumo intenso de alcohol: 11%; IC95% (7,4–14,6; $P < 0,001$ )	Alta

(Continúa)

CUADRO 1. (Continuación)

Autor (referencia)	Año	Intervención	Población	Comparación	Estudios y muestra	Resultados principales	Calidad
Roozen y cols. (11)	2010	CRAFT	Población adulta con dependencia: alcohol, cocaína y heroína	Terapias modelo de alcohólicos y narcóticos anónimos (ANA) y modelo del Instituto Johnson	4 ECA, 264 personas	Cumplimiento de tratamiento: acamprosato 56,3% vs. placebo 52,1%; $P < 0,004$ Aumento de la tasa de compromiso con el tratamiento comparado con ANA, RR: 3,25; IC95% (2,11–5,02; $P < 0,0001$ ) Aumento de la tasa de compromiso comparado con modelo del Instituto Johnson, RR: 2,15; IC95% (1,28–3,62; $P = 0,004$ )	Mediana
Alvarez y cols. (24)	2010	Drogas anticonvulsivantes	Población adulta dependiente de cocaína, 80% hombres (72% de Estados Unidos)	Placebo	205 resúmenes identificados, 15 estudios seleccionados, 1 236 pacientes	Retención tratamiento (retención de AC respecto a PL), RR: 0,99; IC95%: 0,90–1,11. Uso de cocaína (muestras negativas de AC respecto a PL), RR: 0,95; IC95%: 0,85–1,06	Mediana
Castells y cols. (23)	2010	Drogas psicoestimulantes	Población adulta dependiente de cocaína	Diversos grupos control	16 estudios, 1 345 pacientes	No redujeron el uso de cocaína (DME: 0,11; IC95%: –0,07 a 0,29) y no mejoraron la mantención en el tratamiento (RR: 0,97; IC95%: 0,89–1,05)	Alta
Castells y cols. (25)	2009	Altas dosis de terapia de mantención con opioides (>50 mg/d para metadona y >6 mg/d de buprenorfina)	Población adulta con dependencia de heroína y adultos con dependencia de heroína/cocaína (Estados Unidos)	Grupo control inactivo	37 estudios, 3 029 pacientes	Eficacia en aumentar la abstinencia a heroína (RR: 2,24; IC95%: 1,54–3,24; $P < 0,0001$ ) Eficacia en aumentar los uro-análisis libres de heroína, DME: 0,40; IC95%: 0,17–0,64; $P < 0,0009$ (tamaño de efecto pequeño)	Alta

RR: riesgo relativo; RP: razón de probabilidades; IC95%: intervalo de confianza de 95%; LSD: dietilamida de ácido lisérgico; FTFI: (siglas en inglés de) intervenciones cara a cara; ECA: ensayos clínicos aleatorizados; AC: anticonvulsivantes; CRAFT: (siglas en inglés de) estrategias de refuerzo comunitario y entrenamiento familiar; TCC: terapia cognitivo conductual; IB: intervenciones breves; DME: diferencia de medias estandarizada; d: tamaño de efecto según fórmula de Cohen; g: tamaño de efecto según fórmula de Hedges; ANA: modelo de alcohólicos y narcóticos anónimos.

En términos generales, los efectos de las diversas intervenciones para disminuir o impactar positivamente en indicadores asociados al consumo problemático o dependencia de alcohol y otras sustancias son pequeños, y en ningún caso se demostró impacto significativo en un seguimiento igual o superior a 24 meses. Entre las limitaciones del presente estudio se pueden mencionar el posible sesgo idiomático, la falta de evaluación del sesgo de publicación y el carácter cualitativo de la revisión, es decir la dificultad para estimar la eficacia de las intervenciones a través de un indicador agregado que oriente respecto de dirección, tamaño y significancia estadística de los efectos.

Dada la magnitud poblacional del problema referente al abuso de alcohol y otras sustancias para la salud, los autores sugieren un abordaje de salud pública

—más que intervenciones únicamente clínicas—, lo que implica al menos la evaluación de estas estrategias en el contexto de un programa multisectorial de enfrentamiento del problema, donde los resultados posibles se pongan en un escenario poblacional, con una mirada de cobertura universal y con criterios de equidad. Resulta crucial para este propósito el análisis sistemático de las investigaciones o aproximaciones cualitativas al problema de drogas, que permita una mirada más profunda y socialmente contextualizada de este problema de salud, contribuyendo así al desarrollo de estrategias más efectivas y adecuadas al significado social del consumo de drogas. Finalmente, y a pesar de no existir consenso al respecto, existe evidencia relevante que indica que son las estrategias de políticas públicas, como el aumento de impuestos y las restricciones publici-

tarias, las que han demostrado un mayor impacto en disminuir los costos para la salud de la población en el caso del alcohol (42). También hace falta llevar a cabo un debate público más abierto respecto de las estrategias más restrictivas y menos prohibitivas en el caso de las actuales drogas ilícitas.

**Financiamiento.** La búsqueda bibliográfica se realizó en el marco del estudio “Asesoría para la búsqueda y evaluación de evidencia científica para el tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras sustancias”, comisionado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) de Chile, y ejecutado por Medwave Estudios Limitada.

**Conflictos de interés.** Ninguno declarado por los autores.

**CUADRO 2. Resumen de revisiones sistemáticas sin metanálisis (cualitativas), 2008–2012**

Autor (referencia)	Año	Intervención	Población	Comparación	Estudios y muestra	Resultados principales	Calidad
Engle y Macgowan (31)	2009	Grupos de tratamiento definidos como cualquier asociación de tres o más participantes, y un líder con el propósito de reducir/parar el abuso de alcohol y otras drogas	Adolescentes y jóvenes entre 11 y 20 años de edad, identificados como abusadores de una o más drogas	Diversos grupos control	12 estudios evaluados, no se reporta "n" total final	Reducciones significativas en el uso de sustancias fueron reportadas en pre, post y seguimiento, tras la intervención, en 10 de las 13 intervenciones evaluadas	Mediana
Bywood y cols. (35)	2008	Dos tipos de intervenciones para mejorar las prácticas de los profesionales que trabajan con personas que tienen problemas de drogas: R y RA	Profesionales que trabajan con pacientes con problemas de drogas y alcohol	Diversos grupos control	14 revisiones sistemáticas, 15 estudios primarios, no se reporta "n" total final	Prácticas que pueden mejorar con R y RA incluyen: prescripción de fármacos; derivaciones; adherencia a guías clínicas; educación sobre alcohol y drogas; medidas preventivas; tamizaje, consejería y monitoreo de pacientes; gestión de tratamiento de pacientes	Mediana
Snyder y Bowers (16)	2008	Naltrexona y acamprosato (análisis de beneficio relativo)	Población adulta con dependencia alcohólica	Placebo	42 estudios (ECA)	Acamprosato tuvo efecto significativo en el logro de abstinencia continua, con un beneficio relativo de 1,16; IC95%: 1,03–1,16 a los 6 meses. A los 12 meses, la abstinencia general fue de 69,3% para acamprosato y 62% para el grupo placebo. El efecto de la naltrexona vs placebo en la abstinencia acumulativa fue evaluada a los 3 meses, con una tasa de abstinencia de 37,6% y 30,5% para naltrexona y placebo, respectivamente	Alta
Bewick y cols. (36)	2008	Intervenciones vía Internet destinadas a disminuir el consumo de alcohol	Población general (América del Norte y Nueva Zelanda)	Diversos grupos control	10 cumplieron criterios de inclusión, 8 540 personas estudiadas	Donde hubo diferencias entre los grupos evaluados, los resultados fueron más favorables para el grupo de comparación que para el grupo de la intervención vía Internet	Mediana
Wisdom y cols. (37)	2011	Intervenciones que daban algún tipo de tratamiento especializado para el consumo de drogas	Población con primer episodio de psicosis y trastorno por consumo de drogas concurrente	Intervenciones básicas para psicosis	9 estudios de CH, 5 con tratamiento especializado integrado para psicosis y consumo de drogas. No se reporta "n" total	Los estudios con tratamiento especializado integrado no demostraron reducciones mayores o mayor abstinencia con el tratamiento especializado. En todos se encontraron reducciones en ambos grupos evaluados, similar a lo reportado para el grupo control	Mediana
Baker y cols. (38)	2012	Intervenciones psicológicas: EM, TCC e IB	Población adulta con consumo excesivo de alcohol y comorbilidad psicótica, ambulatoria y hospitalizada	Las intervenciones control incluyeron PSE, EE y CH	7 estudios, no se reporta "n" total	Reducciones del consumo de alcohol, con pequeñas diferencias en el tamaño del efecto entre grupos de intervención y control	Mediana
Zgierska y cols. (32)	2009	Intervenciones de meditación como terapia para consumo de drogas	Estudios en población adulta predominante y adolescentes; ambulatoria, institucionalizada y algunos estudios en presos y reclutamiento comunitario	Diversos grupos control, 609 participantes en total	22 estudios	Mayoría de estudios e intervenciones reportan resultados positivos (reducción de consumo, menores síntomas de abstinencia y mejoría de sintomatología psiquiátrica). Dos estudios se estimaron con $d : 0,5-0,7$ ; $P < 0,05$	Mediana
Jorgensen y cols. (30)	2011	Disulfiram	Estudios acerca del tratamiento farmacológico de los problemas asociados al consumo de alcohol	Diversos grupos control (placebo, nada y otros tratamientos de soporte)	11 estudios (ECA), 1 527 participantes	Efectos positivos moderados en la abstinencia a corto plazo y en los días hasta la recaída, así como en número de días de ingesta, cuando se compara con cualquier grupo de control para pacientes con dependencia o abuso de alcohol. Los efectos a largo plazo no fueron evaluados	Mediana

GT: grupos de tratamiento; AAD: abuso de alcohol y otras drogas; R: recordatorios; RA: retroalimentación; EM: entrevista motivacional; TCC: terapia cognitivo conductual; IB: intervenciones breves; PSE: psicoeducación; EE: entrevistas breves de evaluación; CH: cuidados habituales; IC95%: intervalo de confianza de 95%; ECA: ensayos clínicos aleatorizados; d: tamaño de efecto según fórmula de Cohen.



## REFERENCIAS

1. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223–33.
2. Organización de Naciones Unidas, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés). Informe Mundial sobre las Drogas, 2012. Nueva York: UNODC; 2012.
3. Garner BR. Research on the diffusion of evidence-based treatments within substance abuse treatment: A systematic review. *J Subst Abuse Treat*. 2009;36(4):376–99.
4. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009;70(4):516–27.
5. Hobbs JDJ, Kushner MG, Lee SS, Reardon SM, Maurer EW. Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *Am J Addict*. 2011;20(4):319–29.
6. Wisdom JP, Manuel JI, Drake RE. Substance use disorder among people with first-episode psychosis: A systematic review of course and treatment. *Psychiatr Serv*. 2011;62(9):1007–12.
7. Hesse M. Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry*. 2009;9:6.
8. Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, Smit F. Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Alcohol Depend*. 2008;97(3):195–206.
9. Riper H, Spek V, Boon B, Conijn B, Kramer J, Martin-Abello K, et al. Effectiveness of E-self-help interventions for curbing adult problem drinking: A meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2011;13(2):e42.
10. Powers MB, Vedel E, Emmelkamp PMG. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(6):952–62.
11. Roizen HG, De Waart R, Van der Kroft P. Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*. 2010;105(10):1729–38.
12. Neto D, Lambaz R, Aguiar P, Chick J. Effectiveness of sequential combined treatment in comparison with treatment as usual in preventing relapse in alcohol dependence. *Alcohol Alcohol*. 2008;43(6):661–8.
13. McKay JR, Van Horn D, Oslin DW, Ivey M, Drapkin ML, Coviello DM, et al. Extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: 24-month outcomes and sub-group analyses. *Addiction*. 2011;106(10):1760–9.
14. Kaminer Y, Bursleson JA, Burke RH. Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomized controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(12):1405–12.
15. Van Horn DHA, Drapkin M, Ivey M, Thomas T, Domis SW, Abdalla O, et al. Voucher incentives increase treatment participation in telephone-based continuing care for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2011;114(2–3):225–8.
16. Snyder JL, Bowers TG. The efficacy of acamprosate and naltrexone in the treatment of alcohol dependence: A relative benefits analysis of randomized controlled trials. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2008;34(4):449–61.
17. Mason BJ, Leher P. Acamprosate for alcohol dependence: A sex-specific meta-analysis based on individual patient data. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36(3):497–508.
18. Yancey JR, Lumbad J. Opioid antagonists for the treatment of alcohol dependence. *Am Fam Physician*. 2011;84(9):990–2.
19. Pettinati HM, Gastfriend DR, Dong Q, Kranzler HR, O'Malley SS. Effect of extended-release naltrexone (XR-NTX) on quality of life in alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(2):350–6.
20. Krebs TS, Johansen P. Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychopharmacol*. 2012;26(7):994–1002.
21. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD005063.
22. Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, Brambilla R, Faggiano F. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(2):CD006266.
23. Castells X, Casas M, Pérez-Mañá C, Roncero C, Vidal X, Capellà D. Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(2):CD007380.
24. Alvarez Y, Farré M, Fonseca F, Torrens M. Anticonvulsant drugs in cocaine dependence: A systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat*. 2010;38(1):66–73.
25. Castells X, Kosten TR, Capellà D, Vidal X, Colom J, Casas M. Efficacy of opiate maintenance therapy and adjunctive interventions for opioid dependence with comorbid cocaine use disorders: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2009;35(5):339–49.
26. Schmitz JM, Mooney ME, Moeller FG, Stotts AL, Green C, Grabowski J. Levodopa pharmacotherapy for cocaine dependence: Choosing the optimal behavioral therapy platform. *Drug Alcohol Depend*. 2008;94(1–3):142–50.
27. Kennedy AP, Gross RE, Whitfield N, Drexler KPG, Kilts CD. A controlled trial of the adjunct use of D-cycloserine to facilitate cognitive behavioral therapy outcomes in a cocaine-dependent population. *Addict Behav*. 2012;37(8):900–7.
28. Brodie JD, Case BG, Figueroa E, Dewey SL, Robinson JA, Wanderling JA, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of vigabatrin for the treatment of cocaine dependence in Mexican parolees. *Am J Psychiatry*. 2009;166(11):1269–77.
29. Hamilton JD, Nguyen QX, Gerber RM, Rubio NB. Olanzapine in cocaine dependence: a double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Addict*. 2009;18(1):48–52.
30. Jorgensen CH, Pedersen B, Tonnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011;35(10):1749–58.
31. Engle B, Macgowan MJ. A critical review of adolescent substance abuse group treatments. *J Evid Based Soc Work*. 2009;6(3):217–43.
32. Zgierska A, Rabago D, Chawla N, Kushner K, Koehler R, Marlatt A. Mindfulness meditation for substance use disorders: A systematic review. *Subst Abuse*. 2009;30(4):266–94.
33. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: A meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(1):85–91.
34. Carey KB, Scott-Sheldon LAJ, Elliott JC, Garey L, Carey MP. Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: A meta-analytic review, 1998 to 2010. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(8):690–703.
35. Bywood PT, Lunnay B, Roche AM. Strategies for facilitating change in alcohol and other drugs (AOD) professional practice: a systematic review of the effectiveness of reminders and feedback. *Drug Alcohol Rev*. 2008;27(5):548–58.
36. Bewick BM, Trusler K, Barkham M, Hill AJ, Cahill J, Mulhern B. The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption—a systematic review. *Prev Med*. 2008;47(1):17–26.
37. Wisdom JP, Manuel JI, Drake RE. Substance use disorder among people with first-episode psychosis: A systematic review of course and treatment. *Psychiatr Serv*. 2011;62(9):1007–12.
38. Baker AL, Hiles SA, Thornton LK, Hides L, Lubman DI. A systematic review of psychological interventions for excessive alcohol consumption among people with psychotic disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;126(4):243–55.
39. Klimas J, Field CA, Cullen W, O'Gorman CSM, Glynn LG, Keenan E, et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD009269.
40. Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J. Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*. 2006;101(11):1546–60.
41. Brunette M, Mueser K, Drake R. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug Alcohol Rev*. 2004;23:471–81.
42. Anderson P, Chisholm D, Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009;373(9682):2234–46.

Manuscrito recibido el 21 de agosto de 2013. Aceptado para publicación, tras revisión, el 18 de octubre de 2013.

---

**Effective interventions in the problematic use of alcohol and other drugs****ABSTRACT**

**Objective.** Synthesize and assess the available scientific evidence from the period 2008–2012 on interventions of demonstrated efficacy in the treatment and rehabilitation of adolescents and adults engaged in the problematic use of alcohol and other substances.

**Methods.** A systematic review was undertaken with search and analysis of national and international literature on the subject in Spanish and English in the main international databases: PubMed/MEDLINE, LILACS, Embase, PsycINFO, SciELO, the databases of the York University Centre for Reviews and Dissemination (DARE, ETS Database), the Cochrane Library, and other sources of gray literature. The search criteria included randomized clinical trials and systematic reviews but excluded observational studies, qualitative studies, and articles of poor methodological quality.

**Results.** The final sample consisted of 69 studies. The psychosocial interventions shown to be effective were cognitive behavioral therapy, family interventions, self-help interventions using the Internet, couples behavioral therapy, community strengthening and family training, telephone monitoring and support, and integrated therapy for substance abuse disorder with anxiety and depression comorbidity. Pharmacological interventions of demonstrated effectiveness were acamprosate, lysergic acid diethylamide (LSD), and benzodiazepines in problematic alcohol use, as well as maintenance therapy with high-dose opioids.

**Conclusions.** The demonstrated effectiveness of psychosocial and pharmacological interventions is slight but significant. However, strongly multidisciplinary interventions that use a cognitive behavioral approach and the involvement of people close to the consumer, as well as some of the specific pharmacological interventions, have been shown to yield the best results in terms of indicators of abstinence and prevention of relapses.

**Key words**

Alcoholism; alcohol drinking; substance-related disorders; evaluation of results of therapeutic interventions.

---