



ORIGINAL

Intervenciones enfermeras para pacientes con trastorno por consumo de sustancias: una revisión sistemática



Clara Lucas-Guerra^{a,*}, Héctor González-Ordi^b y Ramón del-Gallego-Lastra^c

^a Departamento de Enfermería, Facultad de Salud de la Universidad Camilo José Cela; Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^b Departamento de Psicología Experimental, Procesos Cognitivos y Logopedia, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^c Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Recibido el 3 de mayo de 2023; aceptado el 30 de marzo de 2024

Disponible en Internet el 15 de mayo de 2024

PALABRAS CLAVE

Trastornos relacionados con sustancias;
Enfermería;
Ensayo clínico;
Revisión sistemática;
Consumidores de drogas (Decs)

Resumen

Objetivo: Analizar la evidencia actual disponible sobre intervenciones no farmacológicas para aumentar el tiempo de abstinencia de pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Método: se ha realizado una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados con grupo control donde se lleve a cabo una intervención no farmacológica en la que haya participación enfermera. La búsqueda fue realizada en Pubmed, CINAHL, Web of Science, Scopus y Cochrane. Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados con grupo control publicados entre 2018 y 2023. **Resultados:** Se seleccionaron 15 artículos. Se observó mayor tiempo de abstinencia en las intervenciones que planteaban un seguimiento telemático personalizado con un sanitario, el establecimiento de la figura del coordinador de cuidados o recompensas económicas en función del tiempo de abstinencia. No se observaron diferencias significativas en la abstinencia en estudios que planteaban educación para la salud (EPS) o técnicas de relajación únicamente. No obstante, las técnicas de relajación combinadas con otras intervenciones sí podrían ser efectivas.

Conclusiones: Las intervenciones identificadas pueden ser incorporadas a la práctica enfermera. Presentan resultados esperanzadores, aunque sería recomendable estudiar su efectividad a largo plazo.

© 2024 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: claraluc@ucm.es (C. Lucas-Guerra).

KEYWORDS

Substance-related disorder;
Nursing;
Clinical trial;
Systematic review;
Drug users (Mesh)

Nursing interventions in patients with substance use disorders. A systematic review**Abstract**

Objective: To analyze the current available evidence on non-pharmacological interventions for increasing the withdrawal of patients with substance use disorder.

Method: a systematic review of randomized clinical trials with a control group has been carried out where a non-pharmacological intervention is carried out in which nurses participate. The search was carried out in Pubmed, Cinahl, Web of Science, Scopus and Cochrane. Randomized clinical trials with a control group published between 2018 and 2023 were selected.

Results: 15 articles were selected. A longer abstinence time was observed in the interventions that proposed a personalized telematic follow-up with a health worker, the establishment of the figure of the care coordinator or financial rewards based on the abstinence time. No significant differences regarding abstinence were observed in the formative interventions or with relaxation techniques only. However, relaxation techniques combined with other interventions could be effective.

Conclusions: The identified interventions can be incorporated into nursing practice. They present encouraging results, although it would be advisable to study their long-term effectiveness.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Qué se conoce

- El aumento de la morbilidad asociado a los trastornos por consumo de sustancias hace necesario seguir investigando e implementando actividades enfermeras para favorecer la deshabitación y su mantenimiento en el tiempo.

Qué aporta

- El seguimiento telemático, la tutorización entre pacientes y un sistema de recompensas económicas parecen aumentar los tiempos de abstinencia y tener un impacto positivo en el nivel de salud de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias.

Introducción

Los trastornos por consumo de sustancias (TCS) son un problema de salud pública de elevada prevalencia. Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMV) se definen como un «patrón problemático de uso de sustancias que provoca angustia o deterioro clínicamente significativo»¹. La Organización de Naciones Unidas observó que entre los años 2010 y 2019 el número global de consumidores de drogas aumentó un 22%². Asimismo, en el ámbito nacional, el Observatorio Nacional de Drogas registró un aumento de muertes por reacción aguda por consumo de sustancias: 493 fallecimientos en 2003 frente a 974 en 2020³. Esto conlleva menor adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mayor riesgo de contagio y morbilidad⁴.

Para lograr una perspectiva holística es esencial realizar un abordaje multidisciplinar, incluyendo a los/as enfermeros/as. Las actividades de los/as enfermeros/as relacionados con los TCS figuran en la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) en la intervención 4514 «Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas», definida como los «cuidados de un paciente que pasa por un proceso de desintoxicación de drogas»⁵. Fue validada en 1992 y revisada en 2013. No obstante, el aumento de la morbilidad asociado a los TCS hace necesario seguir implementando actividades enfermeras basadas en la evidencia para favorecer la deshabitación.

En una revisión sistemática se observó que el uso de dispositivos digitales (plataformas /aplicaciones online) aumentaba la abstinencia⁶. Otro estudio relacionó la práctica del *mindfulness* con una reducción del estrés y del síndrome de abstinencia⁷. También se relaciona el ejercicio físico con una mejor adherencia al tratamiento de deshabitación y del síndrome de abstinencia⁸. En otra revisión sistemática se analizaron los beneficios de la participación de un familiar del paciente durante la deshabitación, resultando en un mejor mantenimiento de la abstinencia⁹. No obstante, algunos de estos estudios no realizan seguimiento postintervención, ocasionando una falta de conocimiento sobre los resultados a largo plazo⁶⁻¹².

La prevalencia de los TCS y sus complicaciones aumentan. Es imperativo explorar en profundidad el proceso de deshabitación e investigar qué actividades son eficaces. Las revisiones sistemáticas previas resaltan la importancia de aprender qué les funciona a los pacientes con TCS para mantener la abstinencia durante y, especialmente, tras la intervención. Analizar diferentes intervenciones como la incorporación de un/a coordinador/a de cuidados o los sistemas de recompensas podría contribuir a lograr un enfoque centrado en el paciente y sus motivaciones, para evitar los abandonos del programa y prolongar la abstinencia.

¿Qué intervenciones enfermeras no farmacológicas muestran más eficacia para aumentar la abstinencia en pacientes con TCS? El objetivo principal es analizar la evidencia actual disponible sobre intervenciones no farmacológicas —surgidas en los últimos 5 años— para aumentar el tiempo de abstinencia de pacientes con TCS que puedan ser llevadas a cabo en parte o en su totalidad por enfermeros/as.

Específicamente, se pretende analizar la eficacia de las intervenciones enfermeras no farmacológicas sobre:

- La reducción parcial o total del consumo.
- La salud mental medida como una reducción del estrés, de la ansiedad o de la depresión.
- La salud física entendida como una mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico, mejoras en el estado de vacunación o implementación de hábitos saludables.

Método

La publicación de esta revisión sistemática se realizó siguiendo las recomendaciones PRISMA¹³.

Criterios de elegibilidad

Se eligieron ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que plantearan una intervención no farmacológica con grupo control. No se buscó una intervención en concreto por falta de bibliografía, por tanto, se buscaron intervenciones no farmacológicas que pudieran ser realizadas en parte o en totalidad por enfermeros/as. Se eligieron estudios cuyo resultado valorase la abstinencia, la reducción parcial o total del consumo, repercusiones sobre la salud física —como una mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico, mejoras en el estado de vacunación e implementación de hábitos de vida saludables— y/o mental, como una reducción del estrés, de la ansiedad o de la depresión.

Se incluyeron ECA originales publicados y con grupo control. Los participantes debían ser mayores de 18 años, de cualquier género, con diagnóstico de TCS. Se incluyeron estudios realizados tanto en la población general como en los pacientes pertenecientes a un centro clínico concreto. Las intervenciones de los estudios debían pertenecer al marco de competencias de los/as enfermeros/as. Se seleccionaron ECA en español o inglés publicados desde 2018 a 2023 pues ya hay revisiones sistemáticas con esta misma temática previas al 2018^{10–12}.

Se excluyeron estudios realizados en pacientes con trastornos por consumo de tabaco o alcohol exclusivamente al existir intervenciones enfermeras específicas para estas adicciones como la 4.512 (tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de alcohol) y 4.490 (ayuda para dejar de fumar)⁵. Se excluyeron estudios inacabados, protocolos de ECA o estudios piloto.

Fuentes de información

Se consultaron las siguientes bases de datos: Scopus, PubMed, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews y Web Of Science Core Collection.

Estrategia de búsqueda

Se utilizaron los siguientes descriptores y operadores booleanos: ((«Substance-related Disorders») OR («Opioid-related disorders») OR («Cocaine-related disorders») OR («Amphetamine-related disorders») OR («Heroin dependence») AND («Nurs*») AND («Clinical Trial»)).

Selección de estudios

La búsqueda y selección de estudios se realizó desde mayo de 2022 hasta abril de 2023. La revisión de los artículos se hizo de manera individual y consensuándose posteriormente.

Los artículos duplicados fueron identificados y eliminados. Tras ello, resúmenes y títulos fueron revisados por los evaluadores para verificar si cumplían los criterios tras una lectura preliminar.

La lectura de los textos completos se realizó posteriormente. Se eligieron artículos según los criterios de exclusión e inclusión. Se resolvió cualquier disparidad de opinión entre revisores mediante discusión y posterior consenso entre evaluadores y una revisora externa no evaluadora.

Extracción de resultados

Tres evaluadores realizaron la extracción de datos. Se recogió el tipo de intervención y su tiempo de duración. La extracción de datos se reflejó en una tabla con las siguientes variables:

- Tipo de droga(s) consumida (s)
- Consumo de alcohol concomitante: Sí o no.
- Tipo de intervención realizada.
- Duración de la intervención y seguimiento: semanas o meses.
- Eficacia de la intervención: mediante tiempo de abstinencia, reducción total o parcial del consumo, repercusiones sobre la salud física y/o mental.

Síntesis de resultados

Los resultados se sintetizaron en forma de tablas que contienen el cálculo de medias, desviación estándar, rango intercuartílico, porcentajes, intervalos de confianza y *odds ratio*. Dada la heterogeneidad de los estudios incluidos y sus contextos, la variabilidad de las intervenciones y los resultados no se realizó un metaanálisis pues se podría incurrir en un sesgo a la hora de obtener un estimador global del efecto¹³.

Riesgo de sesgo

Siguiendo las recomendaciones de la Colaboración Cochrane, se efectuó un análisis del riesgo de sesgo para analizar directamente las características específicas de los estudios y sus resultados¹³. Se ha utilizado la herramienta de evaluación del riesgo de sesgo en ECA recomendada por la Colaboración Cochrane que señala 5 posibles sesgos: sesgo de selección, realización, detección, desgaste

y notificación¹³. Estos sesgos se desglosan en los siguientes dominios: generación de la secuencia de aleatorización, ocultación de la asignación a los grupos, cegamiento de participantes y/o del investigador, manejo de datos de resultados incompletos, notificación selectiva de resultados y otros sesgos. Se presenta el riesgo de sesgo utilizando la figura recomendada por la Colaboración Cochrane¹³.

Resultados

Selección de artículos

Tras realizar la búsqueda, se eliminaron los artículos duplicados y se obtuvieron 11.019 artículos. Tras revisarse títulos y resúmenes, se obtuvieron 710 artículos que fueron examinados a texto completo. Se eliminaron aquellos que no aportaban datos empíricos, no eran relevantes según los objetivos propuestos, no eran ECA o no tenían grupo control. De los 459 artículos restantes se eliminaron aquellos que reportaban datos sobre consumo exclusivo de alcohol y/o tabaco, así como artículos cuyas intervenciones no pertenecían al marco de competencias de los/as enfermeros/as o eran exclusivamente farmacológicas. Finalmente se seleccionaron 15 artículos. La selección de estudios aparece en el diagrama PRISMA de la [figura 1](#).

Resultados descriptivos de los estudios

Las características de los estudios figuran en la [tabla 1](#). Todos los estudios fueron ECA con tamaños muestrales variables, desde n = 50 pacientes a n = 801, incluyendo en total a 3.382 pacientes.

El porcentaje de mujeres fue del 0 al 100%. Un estudio incluyó población de género no binario (n = 451 pacientes).

Todos los estudios fueron realizados en EE. UU. (n = 13), excepto 2, realizados en Turquía y Suecia.

Los estudios incluyeron a población general, pacientes ingresados, con seguimiento ambulatorio, pertenecientes a programas de deshabituación y/o rehabilitación, o pacientes con VIH con seguimiento hospitalario. En un estudio se incluyó a pacientes pertenecientes a una comunidad india americana del medio rural¹⁴.

Las principales sustancias consumidas fueron opioides, *cannabis*, cocaína y alcohol concomitante. Todos los pacientes recibieron su tratamiento farmacológico habitual.

El seguimiento postintervención varió de 30 días a 12 meses.

Se controló la abstinencia recogiendo muestras de orina para análisis de tóxicos (anfetaminas, metaanfetaminas, *cannabis*, cocaína, y opioides) (n = 9), interrogando a pacientes (n = 4) o través de cuestionarios (n = 9). En 2 estudios interrogaron a pacientes y utilizaron cuestionarios. En 5 utilizaron cuestionarios y muestras de orina.

Los principales cuestionarios utilizados fueron el índice de gravedad de adicción (n = 4), el cuestionario de detección de drogas (n = 1), «Brief Addiction Monitor» (n = 1) y «15 ítem-Short Inventory of Problems-Alcohol and Drugs» (n = 1).

Eficacia de las intervenciones con seguimiento telemático o virtual sobre la abstinencia

En 5 estudios el seguimiento de los pacientes se realizó vía telemática o virtual. Todos los pacientes recibieron información sobre el mantenimiento de la abstinencia. En 2 estudios, los pacientes recibieron esta información por mensajes de texto^{15,20}. En otro estudio los pacientes realizaron cuestionarios y actividades en una página web²⁸. El servicio de mensajes del estudio de Glasner et al. ofrece un plan individualizado para prevenir recaídas¹⁵. En el estudio de Scott et al., la aplicación ofrece un plan de actuación ante recaídas con líneas de emergencia, localizadores de centros de emergencia y posibilidad de reunirse con un profesional sanitario presencialmente u online²³. En el estudio de Timko et al., el seguimiento fue telefónico y personalizado con un mismo profesional durante toda la intervención²⁴.

Los estudios plantearon un seguimiento postintervención durante los cuales los pacientes entregaban periódicamente muestras de orina para análisis de tóxicos y reportaban su consumo.

Todos encontraron diferencias significativas sobre la abstinencia entre el grupo intervención y control. Aquellos que proporcionaron un manejo personalizado registraron mayor abstinencia postintervención. Los 2 estudios donde el contenido de las aplicaciones era formativo o la comunicación se realizaba con un agente informático registraron diferencias significativas únicamente al principio de la intervención ((F (1,148): 4,53; eta²: 0,029)²⁰ (F: 0,37; d: 0,12)²⁸.

Eficacia de intervenciones que incluyen ejercicio físico y/o relajación sobre la abstinencia

En 2 estudios se observó que el *mindfulness* y la escucha de música relajante aumentaron la abstinencia únicamente los primeros 6 meses combinados con sesiones de terapia cognitiva^{16,17}. En un estudio, 66,7% de los pacientes del grupo intervención se mantuvieron abstinentes frente al 40,6% del control (χ^2 : 4,21; (Δ : 60; DE: 15,38)¹⁶. La implementación de un plan de ejercicio no pareció repercutir sobre la abstinencia¹⁷.

Eficacia de la educación para la salud sobre la abstinencia

Otro estudio planteó como intervención una formación sobre hábitos de vida saludables²⁵. No se observaron modificaciones en el consumo ni en la abstinencia entre el grupo intervención y control.

En otro estudio la formación y seguimiento proporcionados por los/as enfermeros/as aumentaron la abstinencia en ambos grupos. Se observó un descenso generalizado del consumo de metaanfetaminas del 70% con respecto al inicio (p: 0,001)¹⁸.

En el estudio de Setodji et al. se observó que la figura de un coordinador de cuidados, que gestione desde la captación hasta la derivación del paciente para tratamiento con otros profesionales, aumentó la abstinencia 11,7% en el grupo intervención durante los primeros 30 días (IC 95%: 0,9%, 22,3%; p: 0,03)¹⁹.

Tabla 1 Descripción de los estudios seleccionados

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
McDonnell et al. ¹⁴ (2022) EE.UU.	114 sujetos ECA	Anfetaminas <i>Cannabis</i> Cocaína Metaanfetaminas Opioides Alcohol	49,12% varones 50,88% mujeres. Edad media: 35,80 años (DE: 10,40 años).	12 semanas y 6 meses de seguimiento posterior.	<p>Estudio donde la intervención consiste en otorgar una recompensa económica a los pacientes que se mantienen abstinentes y que acuden a las citas de seguimiento con el equipo investigador.</p> <p>Grupos intervención: 3 grupos reciben CM y una compensación económica por el tiempo de abstinencia (media del importe: 155,22 \$ (DE: 324,64 \$))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CM en el grupo de alcohólicos 2. CM en el grupo de drogodependientes 3. CM en el grupo de alcohol y drogas. <p>Grupo control: seguimiento en atención primaria de manera individual.</p> <p>Previo a la realización del estudio y durante el mismo, se realizaron reuniones semanales del equipo, el investigador principal y los coordinadores del centro de dispensación.</p> <p>El personal encargado de otorgar las recompensas fue formado por expertos en CM.</p> <p>Se recogieron muestras de orina para el control del consumo.</p>	<p>Los 3 grupos que recibieron CM presentaron mayor porcentaje de tóxicos en orina negativos a las 12 semanas.</p> <p>Porcentaje de estimulantes, <i>cannabis</i> y opioides negativos en orina a las 12 semanas, 3 y 6 meses:</p> <p>CM + drogas: 94,42, 68,53 y 96,83%</p> <p>CM + drogas y alcohol: 87,80, 78,86 y 96,33%</p> <p>Grupo control: 65,90, 51,92 y 96,92%.</p> <p>OR en el grupo CM + drogas: 4.770 (IC 95%: 3.004-7.573)</p> <p>OR en el grupo CM + alcohol y drogas: 4.231 (IC 95%: 2.641-6.777).</p> <p>El protocolo de entrega de muestras de orina se cumplió más estrictamente en todos los grupos intervención frente al grupo control.</p> <p>Porcentaje de muestras no entregadas:</p> <p>Grupo control: 47,46%; CM + drogas: 36,98%; CM + drogas + alcohol: 23,56%.</p>	No hubo diferencias en la asistencia a los controles rutinarios de salud entre los grupos.

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Glasner et al. ¹⁵ (2022) EE. UU	50 sujetos ECA	Anfetaminas <i>Cannabis</i> Cocaína Opioides Estimulantes Alcohol	80,00% varones 20,00% mujeres. Edad media: 47,70 años (DE: 8,20).	12 semanas.	<p>Estudio que establece un seguimiento telemático y refuerzo de la abstinencia por SMS.</p> <p>Grupo intervención: TXT-CBT: los pacientes reciben SMS a diario durante 12 semanas para prevenir recaídas, evitar conductas de riesgo, manejo de la abstinencia, EPS sobre cambios en los estilos de vida, apoyo social y refuerzo positivo de los logros.</p> <p>Grupo control: panfleto informativo sobre VIH y abuso de drogas.</p> <p>El sanitario responsable de la comunicación con los pacientes recibió una formación previa en terapia cognitiva.</p> <p>Los datos fueron recogidos por personal investigador experto en recogida de datos. Se recogieron muestras de orina para el control del consumo.</p>	<p>No se observaron diferencias significativas en el consumo de anfetaminas o estimulantes en las muestras de orina para control de tóxicos.</p> <p>El grupo intervención tiene menores ODDs para el consumo de opioides (OR = 0,50; p = 0,04; IC 95%: 25,98) y también para el consumo de cocaína (OR = 0,48; p = 0,05; IC 95%: 22,99).</p>	<p>La adherencia al tratamiento antirretroviral es mayor en el grupo intervención.</p> <p>Al finalizar la intervención, se observó que la carga viral del VIH del grupo intervención: 3,38 copias/ml, DE = 2,03) VS la carga viral de VIH del grupo control: 4,88 copias/ml, DE = 2,34), t(49) = 2,42, p = 0,02; d = 0,68.</p>
Kayaoglu et al. ¹⁶ (2021) Turquía	62 sujetos ECA	Alcohol y drogas (no específica)	100,00% varones. 20 sujetos con edades entre 18 y 23 años. 42 sujetos con más de 24 años.	8 semanas con seguimiento a los 4 y meses posteriores.	<p>Estudio donde la intervención consiste en sesiones de terapia cognitiva y posteriormente escucha de música relajante.</p> <p>Grupo intervención: 25-30 min de psicoeducación y terapia cognitiva y 30 min de música relajante turca («Maqams») posteriormente junto con ejercicios de relajación.</p> <p>Grupo control: seguimiento rutinario a demanda del paciente.</p> <p>Medición del nivel de estrés al final de la intervención, a los 4 y a los 6 meses mediante la escala del estrés percibido.</p> <p>Los temas de las sesiones de psicoeducación fueron acordados previamente en una sesión preliminar con el grupo de intervención. El investigador principal con formación en terapia cognitiva realizó las sesiones. No especifican si dicho investigador recibió formación previa en técnicas de relajación.</p>	<p>No hubo diferencias en el tiempo de abstinencia estadísticamente significativas a los 4 meses tras la intervención recogidas en el cuestionario PSS.</p> <p>A los 6 meses hubo un 66,7% de abstinencia en el grupo intervención frente al 40,6% de abstinencia en el grupo control. ($\chi^2 = 4,21$) (Δ: 60; DE: 15,38)</p>	<p>Puntuaciones medias post test, a los 4 meses y a los 6 meses del PSS: Grupo intervención: 31,36 (DE: 10,72) 37,06 (DE: 9,53) 42,13 (DE: 8,36)</p> <p>Grupo control: 45,43 (12,06) 45,15 (8,52) 44,34 (7,51)</p>

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Price et al. ¹⁷ (2019) EE.UU.	187 sujetos ECA	Cannabis Alcohol Opioides bajo prescripción médica Narcóticos	100.00% mujeres. Edad media 35 años (DE: 20-61).	3 meses de intervención con seguimiento a los 6 y 12 meses.	<p>Estudio donde una intervención consiste en un programa de continuidad de cuidados que incluye sesiones de psicoeducación sobre prevención de recaídas, abstinencia y <i>mindfulness</i>; y otra intervención que consiste en EPS sobre salud sexual y reproductiva y salud cardiovascular y hábitos de vida saludables.</p> <p>Grupo TAU (control): 2-3 sesiones a la semana de 1,5 h durante 14 semanas basadas en un programa de continuación de cuidados (seguimiento, prevención de recaídas)</p> <p>Grupo WHE + TAU: EPS para la mujer sobre salud reproductiva, nutrición y salud cardiovascular repartidos en 30 min de debate, 45 min de EPS y 15 min de discusión sobre lo aprendido.</p> <p>Grupo MABT+ TAU: psicoeducación (30 min) <i>mindfulness</i> y conciencia corporal y emocional (45 min) y debate sobre la práctica (15 min).</p> <p>Las sesiones fueron impartidas por personal sanitario investigador experto formado en el ámbito de adicciones y en psicoeducación.</p> <p>Los datos relativos a la disregulación emocional fueron recogidos mediante entrevista, llamadas telefónicas y consulta de historias clínicas.</p> <p>Los resultados se recogieron interrogando a los pacientes y a través de cuestionarios.</p>	<p>A los 6 meses los grupos MABT y WHE presentan más días de media de abstinencia comparados con el TAU: 11,6 (IC 95%: 2,2-21,0) y 10,6 (IC 95%: 0,7-20,6)</p> <p>A los 12 meses el grupo MABT observó más días de abstinencia frente al TAU: 22,4 (IC 95%: 4,5-40,3) ($\chi^2 = 6,95$).</p> <p>No se han observado reducción de los síntomas de abstinencia entre los grupos MABT y WHE. Se han observado diferencias significativas entre el grupo MABT y TAU en los síntomas del síndrome de abstinencia a los 6 y 12 meses, respectivamente (-5,5; IC 95%: -8,5- -2,5) (-4,0; IC 95%: -7,4- -0,5) ($\chi^2 = 13,7$).</p>	<p>A los 3 meses se observó menor disregulación emocional en el grupo MABT frente al TAU (-14,2 (IC 95%: -23,6- -4,9) así como para el grupo MABT y WHE (-13,8; IC 95%: -24,3- -3,3).</p> <p>No se han observado diferencias significativas en el grado de depresión entre los 3 grupos.</p>

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Zhang et al., ¹⁸ (2018) EE.UU.	451 sujetos ECA	Amfetaminas Metaanfeta- minas Cocaína	100,00% de sujetos con sexo no binario. Edad media: 34,25 años (DE: 8,20).	12 semanas con seguimiento a los 4 y 8 meses.	<p>Estudio donde la intervención consiste en la incorporación de una enfermera gestora de casos que realiza seguimiento de los pacientes, EPS sobre vacunación, consumo de sustancias, prevención de ETS y refuerzo positivo por el mantenimiento de la abstinencia.</p> <p>«Nurse Case Management»/enfermera gestora de casos (NCM) + CM: 8 sesiones de 20 minutos. Formación sobre los beneficios de la vacunación, reducción del uso de estimulantes, prevención de ETS, refuerzo de los logros y empoderamiento del paciente.</p> <p>SE (tratamiento convencional) + CM: una sesión de 20 min sobre riesgos de la drogadicción y recomendación de la vacunación para VHA y VHB.</p> <p>Los/as enfermeros/as encargados del CM pertenecen a equipos de enfermeros/as que abordan e investigan específicamente estrategias de afrontamiento, gestión de las relaciones interpersonales, recursos comunitarios, fomento de la vacunación y de la educación para la salud. Se recogieron muestras de orina para el control del consumo.</p>	<p>Reducción del porcentaje de muestras de orina positivas para metaanfetaminas, cocaína y anfetaminas en ambos grupos ($p: 0,001$); ($t = 2,04$). Porcentaje inicial de muestras positivas en cocaína: NCM + CM: 31,85% y SE + CM: 33,33%. Porcentaje a los 8 meses de muestras positivas en cocaína: NCM + CM: 10,37% y SE + CM: 6,09%.</p> <p>Porcentaje inicial de muestras positivas en metaanfetaminas: NCM + CM: 73,33% y SE + CM: 72,34%. Porcentaje a los 8 meses de muestras positivas en cocaína: NCM + CM: 24,44% y SE + CM: 29,79%. Porcentaje inicial de muestras positivas en anfetaminas: NCM + CM: 49,63% y SE + CM: 48,74%. Porcentaje a los 8 meses de muestras positivas en cocaína: NCM + CM: 21,48% y SE + CM: 24,82%.</p>	A los 8 meses el 85,9% del grupo NCM + CM recibió vacunas contra el VHB y VHA frente al 84,8% del grupo SE + CM ($t = 11,75$; $d: 0,13$).

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Setodji et al. ¹⁹ (2019) EE. UU.	258 sujetos ECA	Opioides Alcohol	24,04% mujeres, 75,96% varones. Edad media: 42,10 años (DE: 12,10).	30 días y seguimiento 6 meses.	<p>Estudio que evalúa la eficacia del cuidado colaborativo mediante la figura de una enfermera gestora de casos encargada del seguimiento de los pacientes para su deshabituación.</p> <p>Grupo intervención: modelo del cuidado colaborativo: existe una coordinadora de cuidados con una base de datos para captar pacientes con adicciones. Tras confirmar la dependencia a sustancias, los deriva a un profesional sanitario para seguimiento y tratamiento de la adicción.</p> <p>El progreso del paciente y las ausencias a terapia, son registrados por un programa informático que avisa al coordinador de cuidados.</p> <p>Tanto el coordinador de cuidados como los profesionales sanitarios reciben una formación previa en entrevistas motivacionales y en terapia cognitiva del programa «<i>Motivational Interviewing Network of Trainers</i>».</p> <p>Grupo control: se facilitó a los sujetos un número telefónico de centros médicos y se ofertó la posibilidad de hablar con un terapeuta.</p> <p>El control del consumo se realizó interrogando a los pacientes.</p>	<p>El cuidado colaborativo aumentó un 11,7% la abstinencia en el grupo intervención al inicio de la intervención (IC 95%: 0,9%, 22,3%; p: 0,03) o proporción del 32% del efecto total).</p> <p>No hay diferencias significativas en el mantenimiento de la abstinencia a lo largo de los 6 meses entre ambos grupos.</p>	<p>En el grupo de consumidores de drogas y alcohol la abstinencia fue del 19,4% frente a la abstinencia del grupo de consumidores de alcohol únicamente que fue del 11,7%.</p> <p>Los pacientes del grupo control no solicitaron ayuda médica o terapéutica.</p>

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Prochaska et al. ²⁰ (2021) EE. UU.	180 sujetos ECA	Benzodiacepinas <i>Cannabis</i> Cocaína Metaanfetaminas Opioides Alcohol Opioides prescritos Alucinógenos	65,00% mujeres y 35,00% varones. Edad media: 40 años (DE: 12).	8 semanas.	Estudio donde la intervención es una aplicación móvil con contenido formativo, donde además el usuario registra cada día su estado en relación a la deshabituación. Grupo intervención: uso de una aplicación móvil (Woebot®) en la cual el usuario recibe mensajes a diario ofreciéndole apoyo al tratamiento, herramientas para reducir el consumo y el síndrome de abstinencia. Ofrece servicios de <i>mindfulness</i> , prevención de recaídas y contenido relacionado con la terapia cognitiva. El usuario puede registrar su estado anímico, los síntomas del síndrome de abstinencia y el grado de dolor. Grupo control: servicios sanitarios asistenciales a demanda del usuario (hospitalización y atención primaria). El equipo de investigación recibió una formación previa sobre el funcionamiento de la aplicación.	Disminución del consumo de sustancias en el grupo intervención (F [1.148] = 4,53). En los primeros 30 días la reducción media del consumo fue mayor en el grupo intervención (-9,6 [DE: 2,3]) frente al grupo control (-3,9 [DE: 2,2]; eta ² : 0,029).	No hubo diferencias significativas en el grado de depresión, ansiedad o dolor entre ambos grupos.

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Tracy et al. ²¹ (2020) EE. UU.	65 sujetos ECA	<i>Cannabis</i> Cocaína Opioides Alcohol	73,84% varones y 23,16% mujeres. Edad media: 47 años (DE: 13).	12 semanas con seguimiento hasta 24 semanas.	<p>Estudio donde la intervención es una mentoría entre pacientes consumidores. Los pacientes que llevan más tiempo en deshabituación tutorizan a los que la inician.</p> <p>Grupo intervención: se formó a un grupo de ex consumidores (mentores) desde hace más de 6 meses, 2 h en semana durante un mes (explicación del proceso, establecimiento de límites, herramientas para que el alumno permanezca abstinentes, mantenimiento de la abstinencia del propio mentor, manejo de los intentos autolíticos, reducción de conductas de riesgo para el VIH y manejo de problemas de salud mental.</p> <p>Los mentores forman a sus alumnos en el proceso de deshabituación (de una a 4 h por semanas en persona o por mensaje de texto) Se forma una relación basada en la abstinencia.</p> <p>Los mentores, el alumno y el profesional de la salud se reúnen durante una hora/una vez en semana para seguimiento y resolución de conflictos.</p> <p>Grupo control: tratamiento farmacológico y seguimiento en consulta.</p> <p>La coordinación de este proyecto está llevada a cabo por un/a sanitario/a con formación previa en mentorización y consecución de objetivos.</p> <p>Se midió la abstinencia utilizando el índice de gravedad de la abstinencia (ASI-6) y mediante análisis de orina.</p>	<p>Se observó una disminución del tiempo medio de uso de sustancias, medido en días, en el grupo intervención frente al control durante las primeras 12 semanas. (Grupo intervención: 4,10 (DE: 7,30) vs. grupo control: 16,60 (DE: 21,00) (Z (1): 2,50, D: 0,6).</p> <p>Se observó una disminución del tiempo medio de uso de sustancias, medido en días, en el grupo intervención frente al control durante las semanas 13 a 24. (Grupo intervención: 1,90 (DE: 4,80) vs. grupo control: 5,60 (DE: 7,40) (Z (1) = -2,03, D: 0,76).</p>	Disminución de las puntuaciones del ASI-6 entre las semanas 13 y 24 sobre el consumo de drogas (b: -0,02; DE: 0,01, t (47): -2,36) frente al grupo control, donde aumentaron (datos no disponibles).

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Novak et al. ²² (2019) EE. UU.	91 sujetos Fase II de un ECA.	Opioides Cocaína	55.00% varones, 45.00% mujeres. Edad media: 48 años (DE: 8,0).	12 meses con seguimiento a los 3, 6, 9 y 12 meses posteriores.	<p>Estudio donde la intervención es una remuneración económica por el mantenimiento de la abstinencia y por realizar labores comunitarias. Los participantes pueden optar a recibir una cuantía económica por la realización de tareas comunitarias. Comienzan recibiendo una formación básica sobre informática y tras ello pueden optar a una actividad remunerada.</p> <p>Grupo intervención: los participantes trabajan en labores comunitarias y obtienen una paga (8 \$ por hora). Son asesorados por un especialista en empleo. Además, entregan muestras de orina para control de tóxicos 3 veces en semana. Si la muestra es positiva en tóxicos, se les descuenta 1 \$ de la paga.</p> <p>Grupo control: acceso a tratamiento farmacológico y consulta con profesionales sanitarios a demanda. No se especifica si el equipo recibió una formación previa. Los resultados se recogieron interrogando a los pacientes y a través de cuestionarios.</p>	<p>Al finalizar la intervención, el porcentaje de muestras de tóxicos en orina negativas era superior en el grupo intervención (63,6%) frente al grupo control (44,1%) (OR: 2,76 (IC 95%: 1,35-5,63). No se encontraron diferencias significativas en las muestras de orina durante los siguientes 12 meses postintervención.</p>	<p>El porcentaje de empleabilidad en el grupo intervención (38,10%) fue superior al del grupo control (10.10%) al finalizar la intervención. (OR: 5,91; IC 95%: 2,40-14,58). Al finalizar la intervención, el porcentaje de pacientes fuera de la situación de pobreza era superior en el grupo intervención (25,00%) frente al grupo control (9,00%) (OR: 3,37; IC 95%: 1,37-8,28).</p>

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Scott et al. ²³ (2020) EE.UU.	401 sujetos ECA	Alcohol Estimulantes Opioides <i>Cannabis</i> Otros	39% mujeres y 61% varones. Edad media: 44,20 años (DE: 11,00).	6 meses con seguimiento 6 meses postintervención.	<p>Estudio donde la intervención es una aplicación móvil con contenido de EPS en relación con el consumo y hábitos tóxicos, prevención de recaídas y contactos de urgencias con enfermeros/as en el caso de consumo. El equipo recibió una formación previa sobre el manejo de la aplicación.</p> <p>Hubo 3 grupos intervención donde se entregó a los sujetos un móvil con una aplicación basada en EMI o en EMA. Todos recibieron una hora de formación previa sobre el uso del teléfono móvil y otra hora de formación sobre prevención de recaídas.</p> <p>«Ecological Momentary Interventions» (EMI): aplicación basada en la prevención de recaídas: establece líneas de emergencia, localizadores de centros de tratamiento, páginas web donde pedir cita presencial u online con profesionales. Incluye herramientas de <i>mindfulness</i>, música, juegos y ejercicio físico y mental. Incluye también organizadores de horarios y recursos de lectura terapéutica.</p> <p>«Ecological Momentary Assessments» (EMA): conjunto de 28 ítems donde los usuarios registran su consumo y las características del entorno los 30 min previos al consumo (compañía, sentimientos, lugar físico, pensamientos, actividades). Si se mantienen abstinentes registran los factores protectores que favorecen la abstinencia (compañía, sentimientos, lugar físico, pensamientos, actividades). Las preguntas sobre el entorno de consumo están aleatorizadas y el tiempo de respuesta es de 2-3 min.</p> <p>EMI + EMA: los sujetos usan las 2 aplicaciones. Cuando completan el EMA, reciben un mensaje sobre su riesgo de recaídas del 1 al 3, y la aplicación los redirige al EMI.</p> <p>Grupo control: Recibieron una formación e 1 h sobre la prevención de recaídas.</p> <p>El equipo investigador recibió una formación previa sobre el uso de la aplicación.</p> <p>Los resultados se midieron analizando muestras de orina e interrogando a los pacientes.</p>	<p>Grupo EMI: aumento del tiempo medio de abstinencia a los 6 meses. En el grupo EMI se observó una abstinencia de 58 a 66 días (indicador Z: 0,21), frente al grupo EMA y control que pasaron de 62 a 59 días (indicador Z: -0,01). (F (2,734) = 4,85, tamaño del efecto $f = 0,11$; IC 95%: 0,02, 0,18).</p> <p>Grupo EMA: No se encontraron diferencias significativas en los días medios de abstinencia entre el grupo que usó la aplicación EMA frente al grupo control.</p> <p>Grupo EMI + EMA: No hubo diferencias significativas en el tiempo medio de abstinencia. Los pacientes de este grupo usaron más la aplicación EMI (92% en el grupo EMI vs. 96% en el grupo EMI + EMA (F (1,199): 4,1, f de Cohen: 0,14 (IC 95%: 0,00-0,28).</p>	<p>Las variables («proporción de semanas usando EMI» y «frecuencia de escuchar música a través de EMI») predijeron el 7,2% de la varianza en días de abstinencia (F (2,195): 7.56; IC: 0,01-0,14).</p>

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Timko et al, ²⁴ (2019) EE. UU.	298 sujetos ECA	Alcohol Opioides	94,96% varones, 5,04% mujeres. Edad media: 50,14 años (DE: 13,20).	12 semanas con seguimiento a los 3 y 6 meses.	<p>Estudio que evalúa la eficacia de un seguimiento telefónico durante la deshabituación.</p> <p>Grupo intervención: ETM («monitorización telefónica mejorada»): sesión única e individual de 50 min y 12 sesiones de 15 min vía telefónica durante 12 semanas con el mismo profesional sanitario de la sesión inicial. En la sesión inicial el sanitario explica el funcionamiento de la monitorización telefónica, fomenta la empatía, refuerza el compromiso de abstinencia del paciente y sus herramientas para mantener la abstinencia. Se explican las alternativas farmacológicas y se invita al paciente a las reuniones semanales con otros pacientes en su misma situación. Durante las 12 sesiones, el paciente completa el «Risk Assessment Worksheet». Además, se recuerda al paciente que existen reuniones semanales a las que es aconsejable acudir con pacientes en su misma situación y se insiste en que acuda a recibir su tratamiento farmacológico al centro de detoxificación (si el paciente recibe medicación). Se refuerzan los logros del paciente en forma de diplomas y medallas.</p> <p>Grupo control: farmacoterapia y seguimiento ambulatorio por el personal sanitario del centro de detoxificación. Los profesionales no recibieron una formación previa. El control del consumo se realizó mediante cuestionarios (ASI-6 y «Risk Assessment Worksheet»).</p>	<p>A los 3 meses tras la intervención, se observó que un mayor porcentaje de los pacientes del grupo control tuvieron que ingresar en el hospital para desintoxicación adicional frente a los del grupo intervención que precisaron menos ingresos hospitalarios. Grupo control: 38,60 vs. 24,43% del grupo intervención. (B/F: -0,670).</p> <p>Las puntuaciones del ASI-6 fueron menores para el grupo intervención frente al grupo control.</p> <p>A los 3 meses: Grupo intervención: gravedad de la adicción a las drogas: 0,04 (DE: 0,07). Grupo control: gravedad de la adicción a las drogas: 0,06 (DE: 0,09).</p> <p>A los 6 meses, la gravedad de la adicción a las drogas es menor en el grupo intervención (0,05 (DE: 0,09) frente al grupo control (0,07; DE: 0,10).</p>	<p>El grado de confianza en uno mismo mediante el Cuestionario Breve de Confianza Situacional. Los pacientes del grupo intervención presentaron índices mayores frente al grupo control.</p> <p>A los 3 y 6 meses: Grupo intervención: 3 meses: 75,84 (DE: 25,15), 6 meses: 72,94 (DE: 26,80).</p> <p>Grupo control: 3 meses: 68,98 (DE: 28,91) 6 meses: 68,94 (DE: 26,82)</p>

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Hovhan-nisyan et al. ²⁵ (2020) Suecia	212 sujetos ECA	Alcohol Drogas (no específica).		6 semanas con 12 meses de seguimiento.	<p>Estudio que evalúa el efecto de una intervención de EPS sobre hábitos saludables.</p> <p>Grupo intervención: Very Integrated Program (VIP) Programa integrado): observación y registro de hábitos del paciente (tabaquismo, alimenticios, actividad física). Reunión posterior de 60 a 90 min para definir los cambios a alcanzar en cuanto estilos de vida. Se incluyó asesoramiento para dejar de fumar, asesoramiento nutricional y del ejercicio físico y EPS sobre comorbilidades y consumo de drogas.</p> <p>Grupo control: tratamiento farmacológico y consultas con profesionales sanitarios a demanda. El equipo recibió una formación previa sobre entrevistas motivacionales. Se realizó un control del consumo mediante la elaboración de cuestionarios.</p>	<p>No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número medio de días sin consumir, el porcentaje de recaídas o el número medio de día de tratamiento a los 6 meses.</p> <p>A los 12 meses, se observó un mayor tiempo registrado sin consumir sustancias en el grupo control frente a la intervención (265 días frente a 139).</p>	<p>No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores de riesgo cardiovascular en ningún momento.</p>
Stitzer et al. ²⁶ (2021) EE. UU.	801 sujetos ECA.	Cannabis Opioides Cocaína Alcohol Anfetaminas Éxtasis	67% varones y 33% mujeres. Edad media: 45,00 (DE: 12,10).	6 meses.	<p>Estudio donde la intervención consiste en otorgar a los usuarios incentivos económicos por mantener la abstinencia, asistir a las citas con los sanitarios y tomar el TAR.</p> <p>Grupo intervención «patient navigation» (PN): los pacientes trabajan con un profesional de la salud en 11 sesiones. El profesional destaca las habilidades de los participantes, refuerza su motivación, les informa de los tratamientos sustitutivos a las drogas y favorece la adherencia al TAR.</p> <p>Grupo intervención: PN + CM: los sujetos tienen las mismas sesiones que el grupo PN pero reciben incentivos económicos de hasta 1160 \$ (220 \$ por ir a las sesiones con el PN, 80 \$ por completar documentación y cuestionarios, 230 \$ por acudir a las consultas de seguimiento del VIH, 90 \$ por tomar el tratamiento sustitutivo a las drogas, 220 \$ por aportar muestras de orina negativas en tóxicos).</p> <p>No se especifica si los profesionales recibieron una formación previa.</p> <p>Se realizó un control del consumo mediante el análisis de muestras de orina y la realización de cuestionarios.</p>	<p>El porcentaje de adherencia al tratamiento sustitutivo fue mayor en el grupo PN + CM frente al CM (PN = 25,5%; PN + CM = 47,6%; p < 0,001) (Chi-cuadrado: 28,07 df = 1).</p> <p>Los pacientes del grupo PN + CM entregaron más muestras de orina que los del grupo PN. Media del PN: 2, RIQ = 0,5; Media del PN + CM: 8, RIQ = 5,10; p < 0,0001).</p> <p>A los 3 meses solo el 20% de las muestras de orina del grupo PN fueron negativas, frente al 50% del grupo PN + CM.</p> <p>A los 6 meses solo el 18% de las muestras de orina del grupo PN fueron negativas, frente al 52% del grupo PN + CM. (OR = 4,5; IC 95%: 3,0-6,7).</p>	<p>La supresión de la carga viral en el grupo PN + CM fue del 54% (χ^2: 4,50) frente a los pacientes del grupo PN que presentaron una supresión del 50% (χ^2: 6,70).</p>

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Alessi et al. ²⁷ (2020) EE.UU.	120 sujetos ECA	Cocaína Opioides Marihuana Metaanfetas- minas Alcohol	75,83% varones, 24,17 mujeres. Edad media: 38,00 años (DE: 10,35).	15 semanas y 12 meses de seguimiento posterior.	<p>Estudio donde existen 2 tipos de intervenciones, o bien recibir incentivos económicos por mantenerse abstinentes o bien realizar un programa de ejercicio físico.</p> <p>Grupo CM: el paciente recibe incentivos económicos al mantener la abstinencia, asistir a las sesiones de terapia de grupo y entregar muestras de orina. Los incentivos podían ser altavoces, televisiones o tarjetas regalo de 100 \$.</p> <p>Grupo intervención: CM + ejercicio: el Colegio Americano de Medicina Deportiva dio una charla informativa sobre el ejercicio saludable. Pautaron ejercicios para cada paciente en función de su condición física y dieron recomendaciones de ejercicios para el síndrome de abstinencia. El objetivo eran 15-20 min de marcha rápida, 3 o 4 veces en semana. Además, se reforzaban positivamente los logros como en grupo CM. Se realizó un control del consumo mediante el análisis de muestras de orina y la elaboración de cuestionarios.</p>	<p>No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de muestras de orina negativas en tóxicos.</p> <p>No hubo diferencias estadísticamente significativas en el número medio de días de abstinencia.</p>	<p>El grupo CM + ejercicio registró mejoras en la calidad del sueño (Índice de Pittsburg).</p> <p>Al inicio, tiempo B1 para el grupo CM: -0.01, a los 12 meses, -0.07 (t ratio: -2,41 y -0,97 respectivamente).</p> <p>Al inicio, tiempo B1 para el grupo CM + ejercicio: -0,01, a los 12 meses, 0,01. (t ratio: -2,86 y -2,59, respectivamente) (d: 0,50).</p>

Tabla 1 (continuación)

Autores, año de publicación y país.	Tamaño muestral y tipo de estudio.	Drogas consumidas	Edad y género de los pacientes	Tiempo de intervención	Tipo de intervención	Efectos sobre el tiempo de abstinencia y las recaídas	Efectos sobre la salud física o mental
Paris et al. ²⁸ (2018) EE. UU.	92 sujetos ECA	Cocaína Marihuana Opioides Alcohol Benzodiacepinas Heroína	33% mujeres y 66% varones. Edad media: 43 años (DE: 7,03).	8 semanas con 6 meses de seguimiento tras la intervención.	<p>Estudio donde la intervención consiste en un programa informático con contenidos sobre terapia cognitiva, EPS sobre deshabituación y mantenimiento de la abstinencia.</p> <p>Grupo intervención: «Computer Cognitive Behavioral therapy plus treatment as usual» (CBT4CBT) Terapia cognitiva mediante ordenador más tratamiento convencional: página web para hispanohablantes de terapia cognitiva sobre manejo del síndrome de abstinencia, resolución de problemas y asertividad, toma de decisiones, reconocimiento y modificación del pensamiento. Se usan varias estrategias como gráficos, <i>podcasts</i>, ejercicios interactivos y preguntas verdadero/falso para ver si el sujeto ha aprendido el contenido. El manejo de la página web se enseña mediante un vídeo.</p> <p>Los contenidos fueron traducidos y adaptados a los valores latinos (respeto, confianza, caballerismo, «familismo», fatalismo, sabiduría y personalismo).</p> <p>Grupo control: tratamiento convencional: terapia de grupo, seguimiento en consulta y tratamiento farmacológico.</p> <p>No se especifica si el equipo de profesionales recibió una formación previa.</p> <p>Se realizó un control del consumo mediante el análisis de muestras de orina y la elaboración de cuestionarios.</p>	<p>El porcentaje de tiempo medio de abstinencia en días es superior en el grupo intervención frente al control: 76,90% (DE: 24,70) frente al 62,20 (DE: 37,60) (f: 4,54).</p> <p>El porcentaje de orina negativa para drogas fue del 42,90% en el grupo intervención frente al 37,40% en el grupo control (f: 0,37; d: 0,12).</p>	No se observó que el grado de ansiedad o depresión tuviera algún efecto en el tiempo de abstinencia.

ASI: *Addiction severity index*. Índice de gravedad de la adicción; CBT4CBT: *Computer cognitive behavioral therapy plus treatment as usual*. Terapia cognitiva con el ordenador más tratamiento habitual; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; CM: *Contingency management*. Técnica que proporciona incentivos para reforzar los logros; D: D de Cohen; DE: desviación estándar; DSMV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; ECA: ensayo clínico aleatorizado; EE. UU.: Estados Unidos; EMA: *Ecological momentary assessments*. Evaluaciones ecológicas momentáneas; EMI: *Ecological momentary interventions*. Intervenciones ecológicas momentáneas; EPS: educación para la salud; ETM: *Enhanced telephone monitoring*. Monitorización telefónica mejorada; ETS: enfermedades de transmisión sexual; M: media; MABT: *Mindful awareness in body-oriented therapy*. Terapia orientada a la conciencia corporal; NCM: *Nurse case management*. Enfermera gestora de casos; NIC: clasificación de intervenciones enfermeras; OR: *odds ratio*; PN: *Patient navigation*. Programa de navegación de pacientes; PSS: *The perceived stress scale*. Escala de estrés percibido; RIQ: rango intercuartílico; SE: *Standard education*. Educación estándar; TAR: tratamiento anti retroviral; TAU: *Treatment as usual*. Tratamiento estándar; TCS: trastorno por consumo de sustancias; VHA: virus de la hepatitis A; VHB: virus de la hepatitis B; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VIP: *Very integrated program*; vs: versus; WHE: *Women's health education*. Educación en la salud de la mujer; \$: dólares. Se han considerado diferencias estadísticamente significativas aquellos resultados con $p < 0,05$.

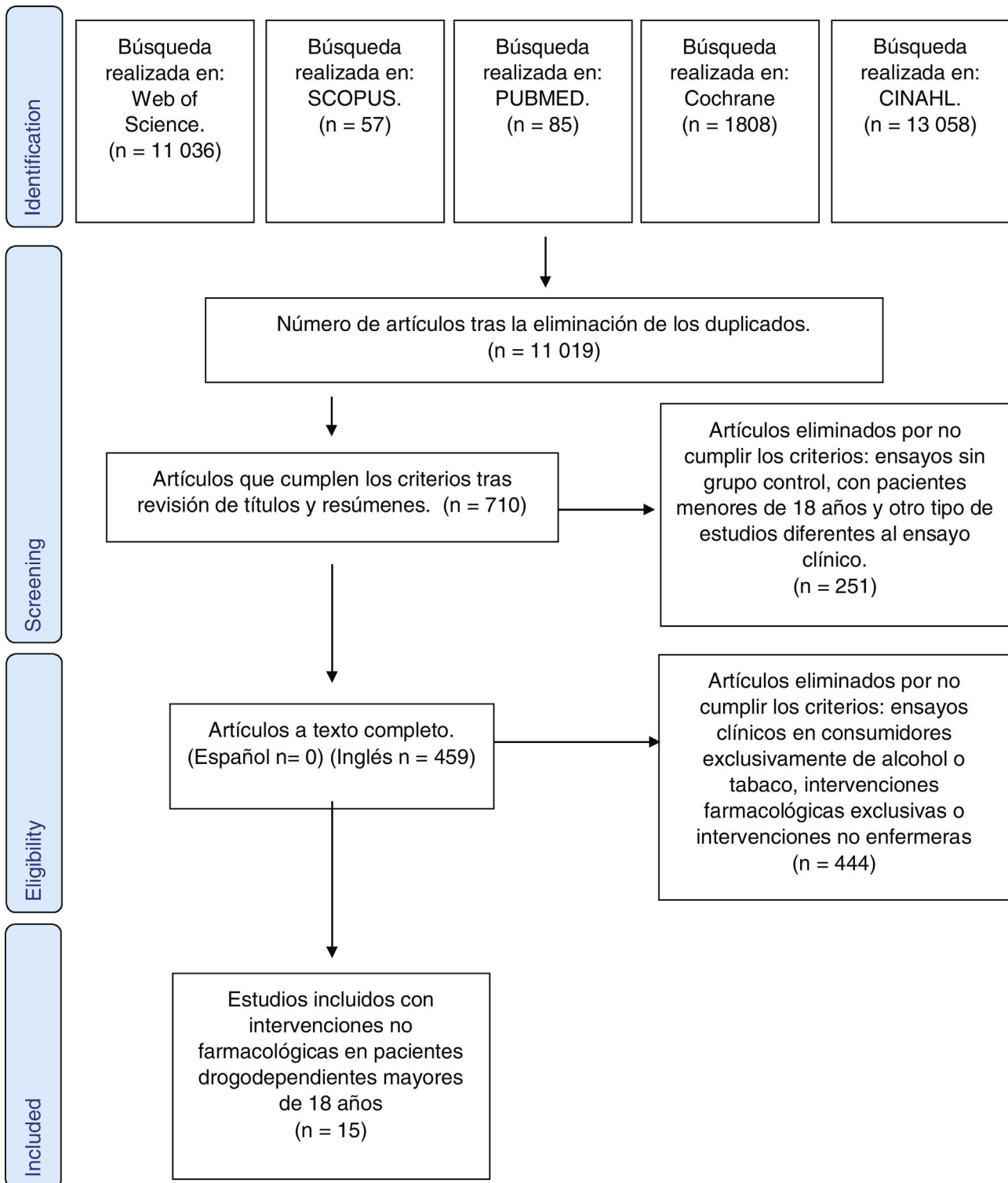


Figura 1 Diagrama de selección de artículos.

Eficacia de la tutorización sobre la abstinencia

Tracy et al. establecieron que aquellos pacientes que se habían mantenido abstinentes durante más de 6 meses tutorizaran a pacientes que iniciaban la deshabituación. Se observó un menor consumo de sustancias durante el seguimiento (Grupo intervención: 1,90 (DE: 4,80) vs. Grupo control: 5,60 (DE: 7,40)) (Z(1): -2,03, d: 0,76)²¹.

Eficacia de incentivos económicos sobre la abstinencia

En 3 estudios los pacientes recibieron una recompensa económica por mantenerse abstinentes, tomar el tratamiento y asistir a consultas^{14,22,26}. En todos los estudios, la abstinencia fue mayor en el grupo intervención. En un estudio, el

	Generación de la secuencia aleatoria (Sesgo de selección)	Ocultación de la asignación (Sesgo de selección)	Cegamiento de los participantes y el personal (Sesgo de realización)	Cegamiento de los evaluadores del resultado (Sesgo de detección)	Datos de resultados incompletos (Sesgo de desgaste)	Notificación selectiva de los resultados (Sesgo de notificación)	Evaluación general del riesgo de sesgo (Sesgo de realización)	Otros
McDonnell et al ¹⁴	+	+	-	-	+	+	+	+
Glasner et al ¹⁵	+	+	-	-	+	+	+	+
Kayaoglu et al ¹⁶	+	+	-	-	-	?	?	+
Price et al ¹⁷	+	+	-	-	+	+	+	+
Zhang et al ¹⁸	+	+	-	-	+	+	+	+
Setodji et al ¹⁹	+	+	-	-	+	+	+	+
Prochaska et al ²⁰	+	+	-	-	-	?	-	+
Tracy et al ²¹	+	+	-	-	+	+	+	+
Novak et al ²²	+	+	-	-	+	+	+	+
Scott et al ²³	+	+	-	-	+	+	+	+
Timko et al ²⁴	+	+	-	-	+	+	+	+
Hovhannisyan et al ²⁵	+	+	-	-	-	?	-	+
Stitzer et al ²⁶	+	+	-	-	+	+	+	+
Alessi et al ²⁷	+	+	-	-	+	+	+	+
Paris et al ²⁸	+	+	-	-	-	+	?	+

Figura 2 Análisis del riesgo de sesgo de los estudios.

porcentaje de pacientes abstinentes del grupo intervención aumentó del 94,42 al 96,83% a los 6 meses postintervención (OR: 4.770 (IC 95%: 3.004-7.573))¹⁴. En otro, a los 6 meses postintervención se observó un 52% de abstinencia en el grupo intervención frente al 18% en el control (OR: 4,5; IC 95%: 3,0-6,7)²⁶.

Eficacia de las intervenciones sobre la salud física y/o mental

En 2 estudios se observó que tras la terapia cognitiva y posterior escucha de música relajante, el grado de estrés disminuyó y aumentó la regulación emocional^{16,17}.

Dos estudios fomentaban la realización de ejercicio físico^{25,27}. Uno de ellos no presentó diferencias significativas

en cuanto a la incorporación de hábitos de vida saludables²⁵. En otro estudio, el grupo intervención registró un aumento de la calidad del sueño (t ratio: -2,59, d: 0,50)²⁷.

Dos estudios observaron la relación entre el seguimiento telemático durante la deshabituación y una mejor adherencia al TAR en pacientes con VIH (t(49)=2,42; d: 0,68)¹⁵ (53 vs. 37%; $\chi^2 = 13,06$; $p < 0,005$)²⁶. En un estudio donde el seguimiento era realizado por enfermeros/as se observó una tasa de vacunación para VHB/VHA del 85,9% en el grupo intervención vs. 84,8% en el control (t: 11,75; d: 0,13)¹⁸.

Análisis del sesgo

De los quince estudios seleccionados, once fueron calificados con bajo riesgo de sesgo, 2 con alto riesgo; y otros 2

con un riesgo de sesgo poco claro. La evaluación general del riesgo de sesgo aparece en la [figura 2](#). La ausencia de ciego podría conllevar una sobreestimación del efecto, donde la percepción de los pacientes podría variar al ser conocedores de la intervención. Otro posible sesgo es el de regresión a la media en aquellos estudios donde los pacientes realizaron cuestionarios ocasionando una atenuación del efecto real de las intervenciones.

Discusión

Con esta revisión sistemática, se pretenden analizar intervenciones no farmacológicas que puedan ser realizadas por los/as enfermeros/as dentro del equipo multidisciplinar para favorecer la deshabitación de los pacientes con TCS. A la vista de los resultados, los/as enfermeros/as pueden abordar este trastorno desde varias perspectivas.

La educación para la salud (EPS) —definida como «la acción ejercida sobre los individuos para conseguir modificar sus comportamientos y el entorno»²⁹— pertenece al marco de competencias de los/as enfermeros/as. En ninguno de los estudios que plantean EPS sobre hábitos de vida saludables se observaron mejoras sobre la abstinencia^{25,27}, aunque la combinación de EPS y seguimiento telemático sí parece aumentar la abstinencia. Los resultados son más positivos cuando el seguimiento es personalizado y el paciente puede comunicarse diariamente con el profesional, especialmente ante un síndrome de abstinencia^{15,20,23,24,28}. Este seguimiento personalizado tiene otros beneficios como aumentar de la tasa de vacunación para VHB/VHA y la adherencia al TAR en pacientes con VIH^{15,18}. Ambas acciones pertenecen al marco de competencias de los/as enfermeros/as.

Las técnicas de relajación parecen reforzar la abstinencia, pero no durante todo el tiempo de seguimiento. Esto coincide con otra revisión sistemática donde se observó que la meditación y la relajación no están relacionadas con un mayor tiempo de abstinencia³⁰. Aunque, las técnicas de relajación combinadas con un seguimiento telefónico personalizado sí podrían favorecer la abstinencia^{17,24}. Lagisetty et al. observaron cómo la combinación de varias intervenciones no farmacológicas (terapia cognitiva, ejercicio, *mindfulness* y reorientación educacional) favorecían la abstinencia¹⁰.

El refuerzo positivo es clave para afianzar conductas¹². Se observaron resultados positivos mantenidos en estudios donde se remuneraba económicamente a pacientes por acudir a seguimientos y mantenerse abstinentes^{11,19,23}. Esto plantea un conflicto ético pues otros pacientes no reciben remuneraciones por asistir a seguimientos¹². Sería interesante analizar si al terminar la financiación, los pacientes experimentan más recaídas. Una alternativa es la propuesta por Novak et al.²² donde los pacientes recibieron dinero por realizar labores comunitarias y no solo por mantenerse abstinentes. Otra posibilidad sería premiar el progreso de los pacientes con responsabilidades, como la tutorización entre pacientes²¹. Los/as enfermeros/as pueden asumir esta competencia gestionando dicha financiación o estructurando el sistema de tutorización. El papel de la enfermera gestora de casos ya existe y se ha observado que esta figura disminuye las recaídas y aumenta la abstinencia^{18,19}.

El seguimiento telemático, las técnicas de relajación, la EPS, la gestión de casos, la tutorización entre pacientes y la gestión de las recompensas pueden ser desarrolladas con autonomía por los/as enfermeros/as pues estas actividades basadas en una continuidad de cuidados, pertenecen a los ámbitos de la asistencia, gestión y docencia propios de la enfermería. Los programas de ejercicio físico, la terapia cognitiva o la prescripción del TAR son actividades que los/as enfermeros/as pueden realizar de manera interdependiente con otros profesionales.

La principal fortaleza del estudio es que resume los hallazgos más relevantes de las intervenciones no farmacológicas llevadas a cabo en los últimos 5 años que pueden realizarse simultáneamente mientras el paciente recibe el tratamiento farmacológico. Destaca la figura del coordinador de cuidados, resaltando la importancia de la gestión de los/as enfermeros/as. Además, propone el uso de nuevas herramientas como las aplicaciones que no existían cuando se revisó la intervención en 2013. Finalmente plantea intervenciones enfermeras con beneficios claros en la reducción del consumo durante el primer año de seguimiento.

La principal limitación es la ausencia de ciego en las intervenciones. Esto pudo influir positivamente en los resultados; así como la heterogeneidad de las intervenciones y su tiempo de seguimiento. La falta de bibliografía imposibilitó escoger una única intervención. Sería conveniente realizar estudios con mayor seguimiento postintervención e implementar intervenciones en poblaciones homogéneas con patrones de consumo similares.

En conclusión, el seguimiento telemático, el refuerzo de la abstinencia mediante recompensas económicas y la tutorización entre pacientes con TCS son métodos eficaces para aumentar la abstinencia. Estas intervenciones podrían realizarse por enfermeros/as, pero son necesarios estudios con mayor seguimiento para evaluar la eficacia de estas intervenciones a largo plazo.

Financiación

No ha existido ningún tipo de financiación para la realización de este estudio.

Conflicto de intereses

No existe ningún tipo de conflicto de intereses por parte de los autores.

Agradecimientos

Se agradece a todo el personal de la biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid por la ayuda para la obtención de los artículos de esta revisión sistemática.

Bibliografía

1. First MB. Diagnóstico diferencial mediante tablas. En: Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5 Manual de diagnóstico diferencial. Madrid: Panamericana; 2015. p. 303-307 [consultado 4 Ene 2024]. Disponible en: <https://www-medicapanamericana-com.bucm.idm.oclc.org/visorebookv2/>

- ebook/9788498356168#%7B%22Pagina%22:%22157%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22%22%7D
2. United Nations Office on Drugs and Crime. Global Overview: Drug Demand, drug supply. World Drug Report 2. Global Overview: Drug Demand Drug Supply. Viena; 2021 [consultado 5 Ene 2024]. Disponible en: <https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21.Booklet.2.pdf>
 3. Observatorio Español de las Drogas y las adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [consultado 10 Ene 2024]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
 4. Oldfield B, Muñoz N, MCGovern M, Funaro M, Villanueva M, Tetrault J, et al. Integration of care for HIV and opioid use disorder: A systematic review of interventions in clinical and community-based settings. *AIDS*. 2018;33, <http://dx.doi.org/10.1097/QAD.0000000000002125>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6588508/pdf/nihms-1517250.pdf>
 5. Bulechek GM, Butcher HK. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7.ª ed. Elsevier; 2018.
 6. Bonfiglio NS, Mascia ML, Cataudella S, Penna MP. Digital Help for Substance Users (SU): A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:11309.
 7. Félix-Junior IJ, Donate APG, Noto AR, Galduróz JCF, Simionato NM, Opaleye ES. Mindfulness-based interventions in inpatient treatment for Substance Use Disorders: A systematic review. *Addict Behav Reports*. 2022;16:100467. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9679543/>
 8. Thal SB, Maunz LA, Queded E, Bright SJ, Myers B, Ntoumanis N. Behavior Change Techniques in Physical Activity Interventions for Adults With Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Psychol Addict Behav*. 2023;37:416–33 [consultado 25 Feb 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35666890/>
 9. Sanatkar S, Heinsch M, Tickner C, Hunt S, Teesson M, Geddes J, et al. A systematic literature review and narrative synthesis of effective interventions for family and caregivers of people who use methamphetamine. *Subst Abuse*. 2022;43:1190–6 [consultado 25 Feb 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35617624/>
 10. Lagisetty P, Klasa K, Bush C, Heisler M, Chopra V, Bohnert A. Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review. *PLoS One*. 2017;12:e0186315, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0186315>.
 11. Armoon B, Griffiths MD, Mohammadi R, Ahounbar E, Fleury MJ. Acute care utilization and its associated determinants among patients with substance-related disorders: A worldwide systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2023, <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12936>.
 12. Carlo AD, Benson NM, Chu F, Busch AB. Association of Alternative Payment and Delivery Models With Outcomes for Mental Health and Substance Use Disorders: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e207401, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.7401>.
 13. Wolfenden L, Barnes C, Jones J, Finch M, Wyse RJ, Kingsland M, et al. Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020 [consultado 20 Ene 2024]. Disponible en: <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-08>
 14. Mcdonnell MG, Skalisky J, Burduli E, Sr AF, Granbois A, Smoker K, et al. The Rewarding Recovery Study: A Randomized Controlled Trial of Incentives for Alcohol and Drug Abstinence with a Rural American Indian Community. *Addiction*. 2021;116:1569–79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33220122/>
 15. Glasner S, Patrick K, Ybarra M, Reback CJ, Ang A, Kalichman S, et al. Promising outcomes from a cognitive behavioral therapy text-messaging intervention targeting drug use, antiretroviral therapy adherence, and HIV risk behaviors among adults living with HIV and substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2022;231:109229. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34979421/>
 16. Kayaoglu K, Şahin Altun Ö. The effect of combined cognitive-behavioral psychoeducation and music intervention on stress, self-efficacy, and relapse rates in patients with alcohol and substance use disorders: A randomized controlled trial. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58:968–77, <http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12884>.
 17. Price CJ, Thompson EA, Crowell S, Pike K, Informatics H, Nursing CH, et al. Longitudinal effects of interoceptive awareness training through Mindful Awareness in Body-oriented Therapy (MABT) as an adjunct to women's substance use disorder treatment: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2019;198:140–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30928884/>
 18. Zhang SX, Shoptaw S, Reback CJ, Yadav K, Nyamathi AM. Cost-effective way to reduce stimulant-abuse among gay/bisexual men and transgender women: A randomized clinical trial with a cost comparison. *Public Health*. 2018;154:151–60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.10.024>.
 19. Setodji CM, Watkins K, Hunter SB, McCullough C, Stein BD, Osilla KC, et al. Initiation and engagement as mechanisms for change caused by collaborative care in opioid and alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2018;192:67–73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6334843/>
 20. Prochaska JJ, Vogel EA, Chieng A, Baiocchi M, Maglalang DD, Pajarito S, et al. A randomized controlled trial of a therapeutic relational agent for reducing substance misuse during the COVID-19 pandemic. *Drug Alcohol Depend*. 2021;227:e108986, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108986>.
 21. Tracy K, Wachtel L, Goldmann E, Nissenfeld J, Burton M, Galanter M, et al. Mentorship for Addiction Problems (MAP): A New Behavioral Intervention to Assist in the Treatment of Substance Use Disorders. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81:664–72 [consultado 13 Mar 2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33028480/>
 22. Novak MD, Holtyn AF, Toegel F, Leoutsakos JM, Silverman K. Abstinence-contingent wage supplements to promote drug abstinence and employment: Post-intervention outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 2022;232:e109322, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109322>.
 23. Scott CK, Dennis ML, Johnson KA, Grella CE. A randomized clinical trial of smartphone self-managed recovery support services. *J Subst Abuse Treat*. 2020;117:e108089, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108089>.
 24. Timko C, Below M, Vittorio L, Taylor E, Chang G, Lash S, et al. Randomized controlled trial of enhanced telephone monitoring with detoxification patients: 3- and 6-month outcomes. *J Subst Abuse Treat*. 2019;99:24–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.008>.
 25. Hovhannisyann K, Rasmussen M, Adami J, Wikström M, Tønnesen H. Evaluation of Very Integrated Program: Health Promotion for Patients With Alcohol and Drug Addiction-A Randomized Trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2020;44 [consultado 15 Mar 2024]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acer.14364>
 26. Stitzer ML, Gukasyan N, Matheson T, Sorensen JL, Feaster DJ, Duan R, et al. Enhancing Patient Navigation With Contingent Financial Incentives for Substance Use Abatement in Persons With HIV and Substance Use. *Psychol Addict Behav*. 2019;34 [consultado 18 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7007305/>
 27. Alessi SM, Rash CJ, Pescatello LS. Reinforcing exercise to improve drug abuse treatment outcomes: A randomized controlled study in a substance use disorder

- outpatient treatment setting. *Psychol Addict Behav.* 2020;34:52–64 [consultado 9 May 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31599603/>
28. Paris M, Silva M, Añez-Nava L, Jaramillo Y, Kiluk BD, Gordon MA, et al. Culturally adapted, web-based cognitive behavioral therapy for Spanish-speaking individuals with substance use disorders: A randomized clinical trial. *Am J Public Health.* 2018;108 [consultado 18 Mar 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252519/>
29. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Salud Pública Educ Salud.* 2001;1:19–22.
30. Goldberg SB, Pace B, Griskaitis M, Willutzki R, Skoetz N, Thoenes S, et al. Mindfulness-based interventions for substance use disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;10:CD011723.