



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Intervenciones psicosociales para el trastorno por consumo de cannabis (Revisión)

Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L

Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L.
Psychosocial interventions for cannabis use disorder
(Intervenciones psicosociales para el trastorno por consumo de cannabis).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD005336.
DOI: [10.1002/14651858.CD005336.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub4).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Intervenciones psicosociales para el trastorno por consumo de cannabis

Peter J Gates¹, Pamela Sabioni², Jan Copeland³, Bernard Le Foll², Linda Gowing⁴

¹National Cannabis Prevention and Information Centre, UNSW Medicine, Sydney, Australia. ²Translational Addiction Research Laboratory, Centre for Addiction and Mental Health; University of Toronto, Toronto, Canada. ³National Cannabis Prevention and Information Centre, UNSW Medicine, Sydney, Australia. ⁴Discipline of Pharmacology, University of Adelaide, Adelaide, Australia

Dirección de contacto: Peter J Gates, National Cannabis Prevention and Information Centre, 22-32 King St, UNSW Medicine, Sydney, 2031, Australia. p.gates@unsw.edu.au.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Drogas y Alcohol.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 1, 2020.

Referencia: Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder (Intervenciones psicosociales para el trastorno por consumo de cannabis). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD005336. DOI: [10.1002/14651858.CD005336.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub4).

Copyright © 2020 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El trastorno por consumo de cannabis es el trastorno por consumo de sustancias ilícitas que se informa con más frecuencia en la población general; aunque la demanda de asistencia de los servicios de salud ha aumentado a nivel internacional, solo una minoría de los pacientes con este trastorno busca asistencia profesional. Se han publicado estudios de tratamiento, pero la presión para establecer políticas públicas requiere de una revisión sistemática actualizada de tratamientos específicos para el cannabis en adultos.

Objetivos

Evaluar la efectividad de las intervenciones psicosociales para el trastorno por consumo de cannabis (en comparación con control inactivo o tratamiento alternativo) proporcionadas a los adultos en un contexto ambulatorio o comunitario.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL; 2015, Número 6), MEDLINE, EMBASE PsycINFO, el Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) y las listas de referencias de los artículos. La búsqueda en la literatura incluyó todos los artículos publicados antes de julio de 2015.

Criterios de selección

Todos los estudios controlados aleatorizados que examinaron una intervención psicosocial para el trastorno por consumo de cannabis (sin intervención farmacológica), en comparación con un control con tratamiento mínimo o inactivo o combinaciones alternativas de intervenciones psicosociales.

Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar recomendados por La Colaboración Cochrane.

Resultados principales

Se incluyeron 23 ensayos controlados aleatorizados con 4045 participantes. Un total de 15 estudios se realizaron en los Estados Unidos, dos en Australia, dos en Alemania y uno en Suiza, Canadá, Brasil e Irlanda. Los investigadores proporcionaron los tratamientos durante aproximadamente siete sesiones (rango: una a 14) durante aproximadamente 12 semanas (rango: una a 56).

En general, el riesgo de sesgo entre los estudios fue moderado, o sea, ningún ensayo tuvo alto riesgo de sesgo de selección, sesgo de desgaste o sesgo de informe. Además, los ensayos incluyeron un número total grande de participantes, y cada ensayo aseguró

la fidelidad de los tratamientos proporcionados. Por el contrario, debido a la naturaleza de las intervenciones proporcionadas, el cegamiento de los participantes no fue posible y a menudo los informes del cegamiento del investigador no estuvieron claros o no se proporcionaron. La mitad de los estudios revisados incluyeron la comprobación complementaria o un análisis de orina para confirmar los datos autoinformados, lo que da lugar a inquietud con respecto al sesgo de realización y detección. Finalmente, las inquietudes con respecto a otro sesgo se basaron en la falta relativamente consistente de evaluación del consumo de sustancias diferentes del cannabis o la administración de tratamientos adicionales antes o durante el período del ensayo.

Un subgrupo de estudios proporcionó detalles suficientes para la comparación de los efectos de cualquier intervención versus control inactivo sobre los resultados primarios de interés al seguimiento temprano (mediana, cuatro meses). Los resultados mostraron evidencia de calidad moderada de que aproximadamente siete de cada diez participantes con la intervención finalizaron el tratamiento en la forma prevista (tamaño del efecto [TE] 0,71; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,63 a 0,78; 11 estudios, 1424 participantes) y que los pacientes que recibieron intervención psicosocial consumieron cannabis menos días en comparación con los pacientes del grupo control inactivo (diferencia de medias [DM] 5,67; IC del 95%: 3,08 a 8,26; seis estudios, 1144 participantes). Además, evidencia de calidad baja mostró que los que recibieron la intervención tuvieron mayores probabilidades de informar una prevalencia puntual de abstinencia (riesgo relativo [RR] 2,55; IC del 95%: 1,34 a 4,83; seis estudios, 1166 participantes) e informaron menos síntomas de dependencia (diferencia de medias estandarizada [DME] 4,15; IC del 95%: 1,67 a 6,63; cuatro estudios, 889 participantes) y problemas relacionados con el cannabis, en comparación con los que recibieron control inactivo (DME 3,34; IC del 95%: 1,26 a 5,42; seis estudios, 2202 participantes). Finalmente, evidencia de calidad muy baja indicó que los pacientes que recibieron la intervención informaron consumir menos porros por día en comparación con los que recibieron control inactivo (DME 3,55; IC del 95%: 2,51 a 4,59; ocho estudios, 1600 participantes). En concreto, los análisis de subgrupos encontraron que las intervenciones de más de cuatro sesiones proporcionadas por más de un mes (alta intensidad) produjeron sistemáticamente mejores resultados (en particular en cuanto a la frecuencia del consumo de cannabis y la gravedad de la dependencia) a corto plazo, en comparación con las intervenciones de baja intensidad.

La evidencia más consistente apoya la administración de la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de estímulo motivacional (TEM) y en particular su combinación, para ayudar a la reducción de la frecuencia de consumo de cannabis al seguimiento temprano (TEM: DM 4,45; IC del 95%: 1,90 a 7,00; cuatro estudios, 612 participantes; TCC: DM 10,94; IC del 95%: 7,44 a 14,44; un estudio, 134 participantes; TEM + TCC: DM 7,38; IC del 95%: 3,18 a 11,57; tres estudios, 398 participantes) y en la gravedad de la dependencia (TEM: DME 4,07; IC del 95%: -1,97 a 6,17; dos estudios, 316 participantes; TEM + TCC: DME 7,89; IC del 95%: 0,93 a 14,85; tres estudios, 573 participantes), aunque ninguna intervención particular fue sistemáticamente efectiva a los nueve meses de seguimiento o después. Además, los datos de cinco de seis estudios apoyaron la utilidad de agregar incentivos basados en vales a los pacientes con orina negativa al cannabis para mejorar el efecto del tratamiento sobre la frecuencia de consumo de cannabis. Un único estudio encontró resultados contradictorios a lo largo de un período de seguimiento de 12 meses, ya que los resultados posteriores al tratamiento relacionados con la reducción general de la frecuencia de consumo de cannabis favorecieron a la TCC sola sin el agregado de tratamiento de contingencias basado en la abstinencia o basado en el cumplimiento del tratamiento. Por el contrario, la evidencia del asesoramiento con respecto a las drogas, el apoyo social, la prevención de las recaídas y la meditación basada en la conciencia plena fueron débiles porque los estudios identificados fueron pocos, la información sobre los resultados del tratamiento fue insuficiente y las tasas de cumplimiento del tratamiento fueron bajas. De acuerdo con los tratamientos para el consumo de otras sustancias, las tasas de abstinencia fueron relativamente bajas en general, con aproximadamente un cuarto de los participantes con abstinencia al seguimiento final. Finalmente, tres estudios encontraron que la intervención fue equivalente al tratamiento habitual entre los participantes en consultorios psiquiátricos y no informaron diferencias entre los grupos en cualquiera de los resultados incluidos.

Conclusiones de los autores

Los estudios incluidos fueron heterogéneos en muchos aspectos, y surgieron y se resolvieron parcialmente preguntas importantes con respecto a la duración, la intensidad y el tipo de intervención más efectivas. La generalizabilidad de los resultados no estuvo clara, particularmente debido al número limitado de lugares y las muestras homogéneas de los que solicitaban tratamiento. La tasa de abstinencia fue baja e inestable, aunque comparable con los tratamientos para el consumo de otras sustancias. La intervención psicosocial mostró, en comparación con los controles con tratamiento mínimo, una reducción en la frecuencia de consumo y la gravedad de la dependencia de una manera bastante duradera, al menos a corto plazo. Entre los tipos de intervención incluidos, una intervención intensiva proporcionada por más de cuatro sesiones basada en la combinación de TEM y TCC con incentivos basados en la abstinencia recibió un apoyo más consistente para el tratamiento del trastorno por consumo de cannabis.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Intervenciones psicosociales para el trastorno por consumo de cannabis

Antecedentes

El trastorno por consumo de cannabis es el trastorno por consumo de sustancias ilegales más frecuente en la población general. A pesar del gran número de consumidores de cannabis que buscan tratamiento, los ensayos clínicos realizados para explorar la efectividad de las intervenciones psicosociales para el trastorno por consumo de cannabis son escasos.

Características de los estudios

Los autores de la revisión incluyeron 23 estudios con 4045 participantes adultos que consumían cannabis con frecuencia. Esta revisión incluyó grupos de participantes constituidos por al menos 70% de consumidores diarios o casi diarios, o que informaron tener trastorno por consumo de cannabis o que buscaban tratamiento por el consumo de cannabis. La edad promedio de los participantes fue 28,2 años. La mayoría de los participantes fueron hombres (72,5% como promedio, con la exclusión de dos ensayos que solamente reclutaron mujeres). La mayoría de los estudios (15) se realizaron en los EE.UU., dos en Alemania, dos en Australia y uno en Brasil, Canadá, Suiza e Irlanda.

Los estudios compararon siete tipos diferentes de intervenciones: terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de estímulo motivacional (TEM), una combinación de TEM y TCC (TEM + TCC), terapia de contingencia (TC), apoyo social (AS), meditación basada en la conciencia plena (MCP) y educación y asesoramiento sobre fármacos (EAF).

Hallazgos clave

Similar a otros trastornos por consumo de drogas ilegales, el trastorno por consumo de cannabis no se trata fácilmente mediante las intervenciones psicosociales proporcionadas en ámbitos ambulatorios y comunitarios. La TCC en sesiones individuales y grupales y la TEM en sesiones individuales fueron las terapias exploradas de forma más consistente; han demostrado efectividad con respecto a las condiciones control. En particular, la terapia psicosocial fue consistentemente efectiva con respecto a ningún tratamiento en cuanto a la reducción de la frecuencia de consumo de cannabis (nueve estudios mostraron resultados superiores y cuatro mostraron resultados comparables), la cantidad consumida por ocasión (siete estudios que mostraron resultados superiores y dos que mostraron resultados comparables) y la gravedad de la dependencia (siete estudios mostraron resultados superiores y dos mostraron resultados comparables). Por el contrario, no fue probable que la terapia fuera más efectiva que ninguna terapia en cuanto a la mejoría de los problemas relacionados con el cannabis (cuatro estudios mostraron resultados superiores y siete mostraron resultados comparables), la motivación para el abandono (ningún estudio mostró resultados superiores y tres mostraron resultados comparables), el consumo de otras sustancias (ningún estudio mostró resultados superiores y siete mostraron resultados comparables) o en la salud mental (ningún estudio mostró resultados superiores y cinco mostraron resultados comparables). La comparación de los estudios que informaron ganancias del tratamiento fue posible en un subgrupo de estudios con seguimiento a corto plazo de aproximadamente cuatro meses. Este análisis encontró que los que recibieron cualquier intervención informaron menos días de consumo de cannabis, consumieron menos porros por día e informaron menos síntomas de dependencia y menos problemas relacionados con el cannabis. Las intervenciones de alta intensidad de más de cuatro sesiones y las proporcionadas por más de un mes, en particular las intervenciones de TEM + TCC, fueron muy efectivas. Además, la mayoría de los participantes completaron las intervenciones en la forma prevista. En particular, tres estudios investigaron la efectividad de la intervención psicosocial en comparación con la terapia habitual proporcionada en centros psiquiátricos de pacientes ambulatorios e informaron poca evidencia de diferencias significativas en cuanto a los resultados del tratamiento. Finalmente, los resultados de seis estudios que incluyeron terapias de contingencia complementarias fueron mixtos, pero indicaron que fueron probables las mejorías en cuanto a la frecuencia de consumo de cannabis y la gravedad de la dependencia cuando se combinó con la TCC o con TEM + TCC. Los investigadores no informaron efectos adversos.

Calidad de la evidencia

La evidencia está actualizada hasta julio de 2015. Dos autores de la revisión (Le Foll y Copeland) recibieron donaciones de nabiximols (Sativex) de GW Pharma, aunque ningún revisor recibió financiamiento directo para realizar esta revisión. La calidad de la evidencia entre los resultados primarios fue muy baja a moderada y estuvo afectada por varias limitaciones, ya que ningún ensayo evaluó todos los resultados de interés de la terapia y la variabilidad entre las medidas incluidas fue grande. Además, la evaluación del consumo de otras sustancias como el tabaco, o la administración de tratamientos adicionales durante el período del ensayo, fue escasa. El abandono de los participantes también fue un motivo de preocupación; como promedio, más del 20% de los participantes en los estudios se perdió durante el seguimiento final, pero la mayoría de los estudios analizaron el sesgo de desgaste mediante planes de análisis apropiados. En cambio, se encontró poca evidencia de sesgo de informe selectivo o de selección.