

# **Trabajo de Fin de Máster**

**Revisión sistemática sobre la efectividad de los tratamientos  
psicológicos en pacientes con problemas de ansiedad y consumo de  
alcohol.**

Autor:

**Felix Omar Valcárcel De Nisco**

Tutores:

**Prof. Lilisbeth Perestelo-Pérez**

**Prof. Juan Manuel Bethencourt**

Máster en Psicología General Sanitaria

Universidad de La Laguna

Curso académico 2018-2019

## **Resumen**

Revisión sistemática de la evidencia científica para evaluar la efectividad del tratamiento psicológico dual para reducir el consumo de alcohol y los síntomas de ansiedad en pacientes con problemas de consumo de alcohol y de ansiedad, en comparación con un tratamiento dirigido al abordaje de sólo uno de los problemas. La revisión también pretende identificar qué modalidad de tratamiento psicológico dual (secuencial, paralelo, integrado) es más efectiva para reducir el consumo de alcohol y los síntomas de ansiedad en estos pacientes. Para ello, se hizo una búsqueda sistemática de ensayos controlados aleatorizados en diferentes bases de datos electrónicas hasta mayo de 2019, complementada con una búsqueda manual en las listas de referencias de los artículos incluidos. Finalmente, 6 estudios cumplieron los criterios de elegibilidad y se incluyeron en el análisis cualitativo. Todos los estudios incluidos tuvieron riesgo de sesgo alto o poco claro en alguna dimensión y hubo grandes diferencias en cuanto a los tratamientos utilizados. La limitada evidencia sugiere que, en población comórbida, los tratamientos dirigidos al alcohol podrían ser suficientes por sí solos para reducir el consumo, pero no para reducir los síntomas de ansiedad, para los que parecen tener mayor utilidad los tratamientos duales.

**Palabras clave:** Ansiedad, alcohol, tratamientos duales, tratamientos psicológicos, efectividad.

**Abstract**

Systematic review of scientific evidence for assessing the effectiveness of a dual psychological treatment to reduce alcohol consumption and anxiety symptoms on patients with alcohol consumption and anxiety problems, in comparison to a single-focused treatment approach. The revision also aims to identify which modality of dual psychological treatment (sequential, parallel or integrated) is more effective to reduce alcohol consumption and anxiety symptoms on these patients. Therefore, a systematic search on different electronic databases was conducted for randomized controlled trials published until May 2019, complemented with a manual search in the reference lists of included papers. Finally, 6 studies fulfilled the eligibility criteria and were included in the narrative synthesis. All included studies had high or unclear risk of bias in some dimension and there were many differences with regard to the applied treatments. The limited evidence suggests that, on comorbid population, alcohol-focused treatments could be sufficient by themselves to reduce alcohol consumption but not to reduce anxiety symptoms, for which dual treatments seem to be more useful.

**Key words:** anxiety, alcohol, dual treatments, psychological treatments, effectiveness.

**Agradecimientos**

Se agradece a la Profesora Lilisbeth Perestelo-Pérez y al Profesor Juan Manuel Bethencourt Pérez por haber aceptado tutorizar este trabajo y por su apoyo durante la realización del mismo.

## Índice

<a href="#">Introducción</a> .....	7
<a href="#">Objetivos</a> .....	9
<a href="#">Método</a> .....	9
<a href="#">Criterios de inclusión y exclusión</a> .....	10
<a href="#">Estrategia de búsqueda</a> .....	12
<a href="#">Proceso de selección</a> .....	12
<a href="#">Extracción de los datos</a> .....	13
<a href="#">Evaluación de la calidad</a> .....	14
<a href="#">Síntesis de los datos</a> .....	14
<a href="#">Resultados</a> .....	14
<a href="#">Resultados de la búsqueda</a> .....	14
<a href="#">Características de los estudios incluidos</a> .....	15
<a href="#">Riesgo de sesgo de los estudios incluidos</a> .....	15
<a href="#">Efectos de las intervenciones</a> .....	17
<a href="#">Discusión</a> .....	20
<a href="#">Resumen de la evidencia</a> .....	20
<a href="#">Limitaciones</a> .....	21
<a href="#">Conclusiones</a> .....	21

<a href="#">Referencias</a> .....	23
-----------------------------------	----

## Apéndice

<a href="#">Tabla 1. Estrategia de búsqueda</a> .....	27
<a href="#">Tabla 2. Formulario de extracción de datos (parte I)</a> .....	29
<a href="#">Tabla 3. Herramienta Cochrane de evaluación del riesgo de sesgo para RCT's</a> .....	30
<a href="#">Tabla 4. Motivos de exclusión de los estudios preseleccionados</a> .....	31
<a href="#">Tabla 5. Referencias de los estudios excluidos</a> .....	32
<a href="#">Tabla 6. Características de los estudios incluidos</a> .....	34
<a href="#">Tabla 7. Cambios significativos respecto al valor inicial</a> .....	40
<a href="#">Tabla 8. Diferencias significativas entre grupos después del tratamiento</a> .....	42
<a href="#">Tabla 9. Estudios elegibles para el meta-análisis</a> .....	43
<a href="#">Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección</a> .....	45
<a href="#">Figura 2. Resumen del riesgo de sesgo de los estudios incluidos</a> .....	46
<a href="#">Figura 3. Re análisis de diferencia de medias entre grupos en línea base</a> .....	47
<a href="#">Figura 4. Re análisis de diferencia de medias entre línea base y seguimiento</a> .....	48
<a href="#">Figura 5. Re análisis de diferencia de medias entre grupos en seguimiento</a> .....	51
<a href="#">Figura 6. Resultados del meta-análisis para intensidad de consumo de alcohol</a> .....	52

## Introducción

La evidencia existente sugiere una fuerte asociación entre los trastornos de ansiedad (TA) y los trastornos por consumo de sustancias ([Lai, Cleary, Sitharthan y Hunt, 2015](#)); concretamente, se estima que el 17% de las personas con un trastorno por consumo de alcohol (TCA) tienen también un TA, y a su vez, el 13% de las individuos con un TA tienen también un trastorno por consumo de alcohol. Estas cifras son aún mayores en contextos terapéuticos, en donde 1 de cada 3 pacientes en tratamiento por consumo de alcohol tiene un TA diagnosticable ([Grant et al., 2004](#)).

La importancia de que esta población reciba un tratamiento adecuado está cada vez más justificada. Existen estudios que señalan que las personas que sufren ambos síndromes (TA junto con TCA) puntúan peor en determinados indicadores de salud mental, incluso después del tratamiento: en comparación con que los que solamente tienen el TCA, su intensidad de consumo es mayor y sufren de mayores niveles de discapacidad ([Burns, Teesson y Oneill, 2005](#)); en comparación con los que sólo tienen el TA, su nivel de sintomatología ansiosa es más alto ([Wolitzky-Taylor et al., 2015](#)).

Aunque en el pasado ha quedado constada la utilidad de los tratamientos psicológicos sobre los pacientes con problemas de ansiedad y consumo de alcohol ([Baker, Thornton, Hiles, Hides y Lubman, 2012](#)), aún no está del todo clara cuál es la modalidad de tratamiento más efectiva para abordar esta comorbilidad. En líneas generales, una intervención psicológica puede dirigirse a sólo una de las dos condiciones (*single-focused treatment*) o dirigirse a ambas (tratamiento dual). Los que apoyan la primera opción consideran que la remisión en el trastorno tratado provocaría una mejoría en el otro, como ocurre en el estudio de [Gallagher, Radmall, O'Gara y Burke, 2017](#), en el que se produce una reducción de los síntomas de ansiedad tras un tratamiento dirigido a reducir el consumo de alcohol. Sin embargo, recientemente ha ganado fuerza la opción del tratamiento dual, bajo el hallazgo de que algunos individuos no mejoran sus síntomas de ansiedad después del tratamiento dirigido al consumo de alcohol, y que, de hecho,

la presencia de ansiedad incrementa los síntomas de *craving* durante la abstinencia al alcohol ([Mccaul, Hutton, Stephens, Xu y Wand, 2017](#)) así como la probabilidad de recaída. Desde esta perspectiva, los dos trastornos se estarían retroalimentando y que, por lo tanto, la mejoría completa podría no alcanzarse si no se abordan ambos.

Hasta el momento, sólo un meta-análisis ha comparado la efectividad de los tratamientos duales con la del tratamiento estándar dirigido a una sólo una de las condiciones, pacientes con problemas de ansiedad y de consumo de consumo de alcohol ([Hobbs, Kushner, Lee, Reardon y Maurer, 2011](#)); en esta revisión, se encontró que los que reciben medicación para la ansiedad además del tratamiento dirigido al consumo de alcohol (condición de tratamiento dual) tienen síntomas de ansiedad y de consumo de alcohol significativamente inferiores en comparación con aquellos que sólo reciben el tratamiento estándar dirigido a reducir el consumo. No obstante, en ese meta-análisis: 1) no se compararon tratamientos duales frente a tratamientos dirigidos a los síntomas de ansiedad, por lo que no es posible saber si un tratamiento dual realmente sería más efectivo que uno dirigido sólo a la ansiedad, 2) el tratamiento adicional que recibe la condición dual fue farmacológico, por lo que las conclusiones pueden no aplicarse para los tratamientos psicológicos; 3) la población tenía que estar diagnosticada de TA y de trastorno por consumo de sustancias, dejando por fuera a individuos que, aunque no cumplieren los criterios diagnósticos, tuviesen necesidad de tratamiento debido a un consumo problemático o de riesgo y un nivel de ansiedad elevado.

Otro aspecto importante que también queda por clarificar es qué modalidad de tratamiento psicológico dual es la más efectiva. Dentro del tratamiento psicológico dual, hay tres modalidades posibles: 1) un tratamiento secuencial, en el que se aborda un trastorno primero y luego otro, 2) un tratamiento en paralelo, en el que se intervienen ambas condiciones a la vez pero de forma independiente, o 3) un tratamiento integrado, en el que se tratan los dos trastornos de forma conjunta en la misma intervención. Son varias las guías internacionales que recomiendan el tratamiento integrado ([Centre for Addiction and Mental Health, 2002](#);

[Department of Health \(England\) and the Devolved Administrations, 2007](#); [Kleber, Weiss, Anton et al., 2007](#)), pero la mayoría de la evidencia existente se ha extraído a partir de estudios de población con distintos problemas de salud mental y de consumo de sustancias. Hasta la fecha no se ha encontrado ninguna revisión sistemática o meta-análisis que arroje conclusiones específicas sobre la modalidad de tratamiento dual más efectiva para pacientes con ansiedad y alcoholismo.

## **Objetivos**

En pacientes con problemas de ansiedad y de consumo de alcohol:

a) ¿son más efectivos los tratamientos psicológicos duales dirigidos los síntomas de ansiedad y al consumo de alcohol, frente a los tratamientos psicológicos estándares dirigidos sólo al consumo de alcohol?

b) ¿son más efectivos los tratamientos psicológicos duales dirigidos los síntomas de ansiedad y al consumo de alcohol, frente a los tratamientos psicológicos estándares dirigidos sólo a los síntomas de ansiedad?

c) ¿qué modalidad de tratamiento psicológico dual es la más efectiva para reducir el consumo de alcohol y los síntomas?

## **Método**

La revisión sistemática se llevó a cabo de acuerdo a las directrices de la declaración PRISMA ([Moher et al., 2009](#)), utilizando la lista de comprobación de 27 ítems para asegurar que el estudio se realiza de la forma más exhaustiva posible. Antes de comenzar esta investigación, se efectuó una búsqueda en PROSPERO (una base de datos en donde se registran de manera prospectiva revisiones sistemáticas de temas relacionados con la salud) con el objetivo de identificar protocolos potencialmente relacionados con el objeto de estudio, pero no se obtuvo ningún resultado similar.

## **Criterios de inclusión y exclusión**

**Diseño.** Con el objetivo de preservar la calidad metodológica de las conclusiones, sólo se incluyeron ensayos controlados aleatorizados (RCT), es decir, investigaciones cuyos participantes hayan sido asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento o a una condición control.

**Participantes.** Para poder incluirse en esta revisión, los estudios debían contar con participantes adultos (mayores de 18 años) con problemas de consumo de alcohol y problemas de ansiedad. En consonancia con el modelo dimensional de la psicopatología, se consideró que un estudio incluía participantes con problemas de ansiedad y de consumo de alcohol si dichos participantes: a) habían sido diagnosticados de un TA o de un TCA, respectivamente, o b) tenían síntomas de ansiedad elevados en una escala estandarizada o un consumo problemático o de riesgo, respectivamente. Tanto el diagnóstico del TA como el del TCA, en caso estar presentes, debían haber sido realizados en base a sistemas de clasificación recientes: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3ª edición (DSM-III) en adelante ([APA, 1987](#)) o Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª edición (CIE-9) en adelante ([WHO, 1977](#)).

Con el objetivo de obtener una muestra lo más representativa posible de la población objetivo, se admitieron estudios cuyos participantes, además de presentar problemas de ansiedad y de consumo de alcohol, tuviesen depresión o problemas de consumo de otras sustancias, debido a la elevada comorbilidad de estos trastornos con la ansiedad y el consumo de alcohol, respectivamente. Del mismo modo, se decidió aceptar estudios con participantes diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o de trastorno por estrés post-traumático (TEPT), ya que, a pesar de no estar considerados como trastornos de ansiedad actualmente, estuvieron incluidos en este grupo hasta la actual edición del DSM ([APA, 2013](#)). En la [tabla 2](#) pueden consultarse los criterios de inclusión específicos que se utilizaron para valorar la elegibilidad de

estudios cuyos participantes tuviesen problemas comórbidos como depresión, consumo de otras sustancias, TOC o TEPT. Estudios con comorbilidades distintas a la depresión, el consumo de sustancias, el TOC o el TEPT fueron excluidos de la selección.

**Intervención.** Todos los estudios en los que se aplicase un tratamiento psicológico dual se tuvieron en cuenta para su inclusión en esta revisión, entendiendo como tratamiento psicológico dual cualquier intervención de carácter no-farmacológico dirigida a reducir el consumo de alcohol y los niveles de ansiedad. Asimismo, se tuvieron en cuenta estudios en los que el uso de fármacos fuese un componente del tratamiento, siempre y cuando el tratamiento tuviese al menos un componente psicológico. Se excluyeron estudios en los que el tratamiento aplicado era exclusivamente farmacológico.

**Comparador.** Se tuvieron en cuenta para su elegibilidad todos aquellos estudios con un grupo de tratamiento psicológico dirigido exclusivamente a la ansiedad o al consumo de alcohol. Se excluyeron estudios en los que el tratamiento aplicado era exclusivamente farmacológico.

**Medidas de resultados.** Las medidas resultados primarias fueron el consumo de alcohol y la gravedad de los síntomas de ansiedad, por lo que los estudios elegibles de esta revisión sistemática debían disponer de una medida post-tratamiento de al menos una de estas variables. Además, en el caso de la evaluación de los síntomas ansiedad, las medidas tenían que haber sido tomadas con un instrumento estandarizado e informarse de forma separada del resto de síntomas; en el caso del consumo de alcohol, se aceptaron artículos con al menos una medida continua, como la frecuencia de consumo (p.e.: número de días en los que se bebe alcohol), la intensidad de consumo (p.e.: porcentaje de días en los que se bebe en exceso) o la cantidad de consumo (p.e.: número de bebidas por día o semana) y además que informara los resultados de consumo de alcohol de forma separada de los del consumo del resto de sustancias.

**Otros criterios.** Además de las condiciones especificadas en el resto de apartados, para poder ser incluidos, los estudios debían estar publicados en inglés o español en una revista científica. Por motivos económicos, sólo se seleccionaron artículos con una versión de texto completo disponible de forma gratuita. Se recurrió a los tutores del trabajo para intentar conseguir aquellos artículos que no eran accesibles con las credenciales del alumno y se terminaron excluyendo los que no pudieron conseguirse.

### **Estrategia de búsqueda**

A lo largo del mes de mayo de 2019 se llevó a cabo una búsqueda sistemática por título y abstract en las siguientes bases de datos: PubMed, MEDLINE (EBSCOhost), PsycINFO (EBSCOhost), EMBASE, Web of Science y Scopus. A grandes rasgos, la búsqueda estuvo basada en una combinación de tres tipos de términos, inspirada en los utilizados en revisiones anteriores: 1) ansiedad, 2) alcohol/drogas y 3) tratamiento. Asimismo, se utilizaron filtros para restringir los resultados por grupo de edad (adultos), idioma (inglés o español), grupo de población (humanos) y tipo de publicación (ensayos controlados aleatorizados); en los casos en los que la base de datos no contaba con un filtro para el tipo de publicación, se añadieron los términos “randomized AND controlled” a los anteriormente especificados. En la [Tabla 1](#) se pueden consultar con más detalle los términos de búsqueda y los filtros utilizados en cada una de las bases de datos, así como la fecha en que se realizaron las diferentes búsquedas. La búsqueda se completó con una comprobación manual de las referencias de los artículos seleccionados, evitando excluir cualquier estudio relevante.

### **Proceso de selección**

El proceso de selección se llevó a cabo por el autor de este trabajo y no se aplicó cegamiento al título de las revistas, los autores, los resultados ni a las instituciones involucradas en los artículos. Los estudios identificados a través de las distintas bases de datos se combinaron usando Mendeley y se eliminaron los duplicados. El screening inicial se hizo en base a la

información contenida en título y abstract, catalogando como “Pendiente” cualquier estudio que aparentemente cumpliera los criterios y sólo descartando aquellos que claramente no los cumplían. Los estudios preseleccionados pasaron a una segunda fase en la que se examinó el texto completo para identificar si eran definitivamente elegibles para su inclusión en esta revisión. Por último, se llevó a cabo una búsqueda manual en las listas de referencias de los estudios incluidos, analizando los títulos por su posible relevancia y los artículos identificados fueron guardados en Mendeley; después de eliminar los duplicados, se les sometió a las dos fases de selección que siguieron los estudios provenientes de las bases de datos. Fueron finalmente excluidos de esta revisión aquellos artículos que no contaban con información suficiente para determinar su elegibilidad.

En la [Tabla 2](#) se puede consultar el formato del “Formulario de extracción de datos (parte I)”, que se utilizó como listado de comprobación de los criterios de inclusión y exclusión para todos los estudios, tanto en la fase de cribado por título y abstract como en la de texto completo. Para cada estudio se registró el cumplimiento o no de cada uno de los criterios, así como la decisión final con respecto a su elegibilidad.

### **Extracción de los datos**

La obtención de los datos se llevó a cabo a través de un formulario de extracción de datos elaborado expresamente para esta revisión, basado en las recomendaciones de la Colaboración Cochrane ([The Cochrane Collaboration, 2011](#)). En la Parte I del formulario (véase [tabla 2](#)) se extrajeron los datos necesarios para decidir sobre la elegibilidad de cada estudio, por lo que fue rellenado para la totalidad de los estudios identificados a través de búsquedas sistemáticas o manuales; sin embargo, en la Parte II del formulario se incluyeron datos mucho más detallados, por lo que sólo se utilizó para los estudios finalmente incluidos. Debido a la extensión de este segundo formulario, decidió no incluirse en el apéndice pero algunos de los datos rRCTbados fueron: características del diseño (tipo de diseño, unidad de asignación,

método de generación y ocultación de la secuencia, entre otros) características de la población (criterios de inclusión y exclusión, diagnóstico, instrumento diagnóstico, comorbilidades aceptadas, edad, género, entre otros), características de las intervenciones (contexto, modalidad, foco de la intervención, contenidos, duración del tratamiento, entre otros), características de los resultados (mediciones, medidas de resultado, instrumentos, valores post-tratamiento para ambos grupos, métodos estadísticos utilizados, entre otros). En los casos en los que no se encontró algún dato requerido en el formulario, ese espacio fue dejado en blanco y se añadió una pequeña explicación en el apartado de “Notas”.

### **Evaluación de la calidad**

La calidad los estudios seleccionados fue realizada por el autor utilizando el instrumento de la Colaboración Cochrane para la evaluación del riesgo de sesgo en los RCT ([The Cochrane Collaboration, 2011](#)), que ayuda a estimar el riesgo de sesgo en 8 dimensiones para cada estudio (véase [Tabla 3](#)). Se utilizó la información recabada en la parte II del formulario de extracción de datos para decidir sobre el riesgo de sesgo en cada dimensión y en los casos en los que no había datos suficientes, el riesgo de sesgo de esa dimensión fue clasificado como “riesgo poco claro”. El autor no estuvo cegado al título de las revistas, los autores, los resultados del estudio o las instituciones involucradas.

### **Síntesis de los datos**

El meta-análisis fue llevado a cabo con el software RevMan (The Cochrane Collaboration, 2014). Se consideraron elegibles para el análisis cuantitativo aquellos estudios en los que se pudo obtener media, desviación típica y número de participantes para cada grupo en una medición de seguimiento.

## **Resultados**

### **Resultados de la búsqueda**

En la [Figura 1](#) se puede encontrar el “Diagrama de flujo del proceso de selección”, elaborado de acuerdo a la declaración PRISMA ([Moher et al., 2009](#)), en el que se registró el número de estudios incluidos y excluidos en cada fase del proceso y las razones para su exclusión. En total, 7 artículos fueron seleccionados por cumplir los criterios de inclusión y exclusión. En la [Tabla 4](#) se detallan los motivos concretos de exclusión para cada estudio preseleccionado y en la [Tabla 5](#), las referencias de dichos estudios.

### **Características de los estudios incluidos**

En la [Tabla 6](#) se presentan las características de los estudios incluidos en cuanto a los participantes, intervenciones, comparadores y medidas de resultados. Por motivos de espacio, en algunos casos se decidió utilizar siglas para referirse a determinados trastornos, componentes de los tratamientos o escalas de medida; el significado de todas las siglas utilizadas puede consultarse al final de la tabla.

A pesar de cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, se decidió prescindir del estudio de [Anker et al. \(2016\)](#) al considerarse irrelevante para los objetivos de esta revisión, ya que su propósito fue únicamente detectar variables moderadoras del efecto del tratamiento. El estudio en cuestión es un re análisis de la muestra de [Kushner et al. \(2013\)](#) y toda la información sobre participantes, intervenciones y medidas de resultados utilizados puede consultarse en la [Tabla 6](#), en la columna correspondiente a Kushner et al., 2013.

### **Riesgo de sesgo de los estudios incluidos**

En la [Figura 2](#) se detalla la estimación del riesgo de sesgo para cada estudio incluido, en cada una de las dimensiones evaluadas. Como puede verse en la figura, todos los estudios tienen una estimación de “riesgo de sesgo poco claro” para las dimensiones de generación de la secuencia y ocultamiento de la asignación, ya que en ninguno de los estudios se especificó con suficiente detalle el método utilizado para generar la secuencia aleatoria o para ocultar la asignación, respectivamente. Ningún estudio especificó si los participantes o el personal

estuvieron cegados a las intervenciones pero se decidió estimar “riesgo de sesgo alto” en lugar de poco claro en estas dimensiones porque se consideró improbable que un ensayo de tratamientos psicológicos pudiese llevar a cabo este tipo de cegamiento; en cambio, ningún estudio especificó si se aplicó un cegamiento a los evaluadores del resultado pero se estimó “riesgo de sesgo poco claro” por considerar que al menos es posible aplicar este cegamiento en ensayos de tratamientos psicológicos. Del mismo modo, todos los estudios se estimaron con un “riesgo de sesgo poco claro” para la dimensión notificación selectiva de resultados, porque no se encontraron protocolos disponibles.

Por otro lado, en la dimensión datos de resultados incompletos, se estimó “riesgo de sesgo alto” para un total de dos estudios: el estudio de [Wolitzky-Taylor et al. \(2018\)](#), en el que las pérdidas antes de la evaluación de línea base fueron significativas y no se imputaron, y el estudio de [Randall et al. \(2001\)](#), en el que se imputaron los datos en base a la última observación realizada, con riesgo de camuflar recaídas o empeoramientos. En esta misma dimensión, se estimó “riesgo de sesgo poco claro” para otros dos estudios: en el estudio de [Black et al. \(2012\)](#) no se especificó cómo se imputaron los datos faltantes para el análisis por intención de tratar; en el estudio de [Bowen et al. \(2000\)](#) no se imputaron las pérdidas que se produjeron antes de la evaluación de línea base pero no se especifica si estas pérdidas fueron significativas o si hubo diferencias entre grupos. Sólo dos estudios tuvieron una estimación de “riesgo de sesgo bajo” para esta dimensión: el estudio de [Kushner, et al. \(2013\)](#), porque especificó que las pérdidas estuvieron equilibradas entre los dos grupos, y [Schadé et al \(2005\)](#), porque realizó un análisis por intención de tratar en el que se imputaron los datos faltantes como recaídas para el consumo de alcohol y se hizo una estimación de las medias con un modelo lineal generalizado mixto para los síntomas de ansiedad.

Con respecto a la dimensión “Otras fuentes de sesgo”, se verificó la presencia o no de desequilibrio en línea base en las medidas de resultado entre ambos grupos. En los estudios de [Black et al. \(2012\)](#), [Schadé et al \(2005\)](#) y [Wolitzky-Taylor et al. \(2018\)](#) no se informó sobre si

hubo o no diferencias significativas entre grupos en línea base pero tenían los datos necesarios para calcularlo, por lo que se decidió hacer un re análisis (véase [Figura 3](#) para más detalles). Se estimó un “riesgo de sesgo alto” para los estudios de [Black et al. \(2012\)](#) y [Schadé et al \(2005\)](#), por haberse detectado en el re análisis desequilibrios iniciales en intensidad de consumo de alcohol. Se estimó “riesgo de sesgo poco claro” para el estudio de [Bowen et al. \(2000\)](#), por no especificar si hubo o no diferencias significativas en línea base en ninguna variable y por no informar de los datos necesarios para hacer los re análisis. En los estudios de [Kushner, et al. \(2013\)](#), [Randall et al. \(2001\)](#) y [Wolitzky-Taylor et al. \(2018\)](#) se estimó un “Riesgo de sesgo bajo” para esta dimensión, ya que en los se especificó que no hubo desequilibrios y en el tercero el re análisis no arrojó diferencias significativas.

El estudio de [Anker et al. \(2016\)](#) no se incluyó en la evaluación del riesgo de sesgo por ser parte del estudio de [Kushner et al. \(2013\)](#) y por no considerar que aportase información adicional a los objetivos de esta revisión. Toda la información sobre la calidad metodológica de este estudio puede encontrarse en la [Figura 2](#), en la columna correspondiente a Kushner et al. (2013).

### **Efectos de las intervenciones**

Para realizar el análisis cualitativo, se extrajo el efecto de las intervenciones para todas las variables y comparaciones disponibles en los estudios incluidos. En la [Tabla 7](#) se pueden consultar los cambios con respecto al valor inicial y en la [Tabla 8](#), las diferencias significativas entre grupos en el seguimiento. En la mayoría de los estudios, se informó explícitamente de la significación estadística de las comparaciones; sin embargo, en algunos estudios, no se informó sobre si hubo o no diferencias entre línea base y seguimiento o diferencias entre grupos en seguimiento, pero en los casos en los que informaban los datos necesarios para calcularlo, se decidió hacer un re análisis (véase [Figura 4](#) y [Figura 5](#) para más detalles).

En la [Tabla 9](#), pueden consultarse los estudios que miden cada medida de resultado en cada una de las tres comparaciones posibles de tratamientos psicológicos: a) tratamiento dual vs. tratamiento dirigido al consumo de alcohol, b) tratamiento dual vs. tratamiento dirigido a la ansiedad o c) tratamiento dual vs. tratamiento dual. Como puede verse en dicha tabla, la intensidad de consumo es la única medida de resultado presente en dos estudios dentro de una misma comparación, motivo por el que se decidió realizar el meta-análisis sólo con esta variable. El resto de medidas de resultado y comparaciones fueron abordadas mediante una síntesis narrativa, evitando combinar datos provenientes de estudios con intervenciones diferentes.

**Comparación entre tratamientos duales y tratamientos sólo para el consumo de alcohol.** Entre los estudios incluidos, 5 comparan un tratamiento dual con un tratamiento sólo para el consumo de alcohol. No obstante, como puede verse en la [Tabla 6](#), hay algunas diferencias entre los estudios en cuanto a tratamientos y medidas de resultado, por lo que se decidió agrupar los estudios según el tipo de tratamiento y analizar descriptivo por separado de cada subgrupo, además del análisis general. En la [Tabla 7](#) y [Tabla 8](#) pueden consultarse la significación clínica para todas las medidas de resultado a lo largo de los estudios.

En el único meta-análisis realizado se incluyeron dos estudios (n=137) que compararon la efectividad sobre la intensidad de consumo de alcohol en el seguimiento entre un tratamiento dual y un tratamiento dirigido sólo para el alcohol. Como puede verse en la [Figura 5](#), la heterogeneidad estadística fue baja ( $I^2 = 40\%$ ) y las diferencias entre las medias de ambos grupos en el seguimiento no fueron significativas ( $Z = 0.23$ ;  $p = 0.82$ ). Sin embargo, existen algunas diferencias en cuanto a los tratamientos comparados: el tratamiento dual es de tipo integrado en [Black et al. \(2012\)](#) y paralelo en [Schadé et al \(2005\)](#), mientras que el tratamiento dirigido sólo al alcohol es un tratamiento cognitivo conductual completo en [Schadé et al \(2005\)](#), pero en [Black et al. \(2012\)](#) sólo consistió en psicoeducación. Además, en ambos casos, se detectaron diferencias significativas en línea base a favor del grupo no-dual, concretamente en

la variable intensidad de consumo (véase [Figura 3](#)), por lo que es probable que la ausencia de diferencias en la medición de seguimiento esté influida por este desequilibrio inicial (véase [Figura 2](#)).

En los estudios de [Bowen et al. \(2000\)](#) y [Wolitzky-Taylor et al. \(2018\)](#) se compara una condición de tratamiento cognitivo-conductual (CBT) para la ansiedad junto al tratamiento habitual para el alcohol (TAU) con una condición sólo con el TAU. No hubo diferencias significativas en seguimiento entre los dos grupos en la mayoría de las medidas de resultado de consumo de alcohol y ansiedad, a excepción de ansiedad general, en la que hubo diferencias a favor del grupo dual.

El estudio de [Randall et al. \(2001\)](#) compara un CBT integrado con un CBT sólo para el alcohol. El grupo no-dual fue significativamente más efectivo que el dual para todas las medidas de resultado de consumo de alcohol; no hubo diferencias entre grupos con respecto a las medidas de ansiedad.

**Comparación entre tratamientos duales y tratamientos sólo para la ansiedad.** Entre los estudios incluidos, no hay ninguno que compare tratamientos duales y tratamientos sólo para la ansiedad.

**Comparación entre tratamientos duales.** Entre los estudios incluidos, sólo uno ([Kushner, et al., 2013](#)) compara dos condiciones de tratamiento dual, en este caso ambos paralelos: un tratamiento cognitivo-conductual para la ansiedad junto al tratamiento habitual para el alcohol (CBT+TAU) y un entrenamiento en relajación para la ansiedad junto al tratamiento habitual para el alcohol (PMRT+TAU). Hubo un cambio significativo entre línea base y seguimiento para ambos grupos en todas las medidas de resultado, tanto de consumo de alcohol como de ansiedad (véase [Tabla 7](#)). El grupo CBT+TAU fue significativamente más efectivo que el PMRT+TAU para reducir la mayoría de medidas de resultado de consumo de

alcohol y de ansiedad, excepto en recaída al consumo excesivo y ansiedad-estado por encima del punto de corte, en donde ambos grupos tuvieron valores similares (véase [Tabla 8](#)).

## Discusión

### Resumen de la evidencia

Seis estudios fueron incluidos en el análisis cualitativo, de los cuales, cinco comparaban un tratamiento psicológico dual con un tratamiento psicológico sólo para el consumo de alcohol y uno comparaba dos tratamientos psicológicos duales. Ninguno de los estudios seleccionados comparaba un tratamiento psicológico dual con tratamiento psicológico sólo para los síntomas de ansiedad.

Con respecto a las diferencias entre grupos en el seguimiento en el consumo de alcohol, tampoco hay consenso entre los estudios. En líneas generales no hay diferencias significativas en las medidas de consumo de alcohol para la mayoría de los estudios y variables, excepto para un estudio, en donde es superior el tratamiento dirigido sólo al consumo ([Randall et al., 2001](#)) en las variables de frecuencia, cantidad e intensidad. La ausencia de diferencias significativas es consistente con el meta-análisis realizado para la intensidad de consumo, pero la evidencia del mismo no es tan sólida ya que incluye sólo dos estudios y en ambos hay desequilibrio inicial en contra del grupo dual; esto, unido al hecho de que la mayoría de los estudios (incluyendo [Randall et al., 2001](#)) detectó cambios significativos con respecto al valor inicial en el grupo dual y no para el otro grupo, hace más probable que el efecto del tratamiento dual esté infra estimado en esta comparación. Por otro lado, la ausencia de significación o incluso superioridad en algunos estudios del tratamiento dirigido sólo al alcohol podría explicarse por un posible repunte del consumo en respuesta a la exposición a las situaciones temidas, un factor común a todos los tratamientos duales, en los que éste es un componente fundamental para manejar la ansiedad, y ausente en los tratamientos que se dirigen únicamente al consumo.

En cuanto a las diferencias entre grupos en medidas de ansiedad, en algunos estudios hay diferencias significativas a favor del grupo dual ([Schadé et al., 2005](#); [Wolitzky-Taylor et al., 2018](#)) y en otros las diferencias no son significativas ([Bowen et al., 2000](#); [Randall et al., 2001](#)). La ausencia de diferencias significativas no coincide con las hipótesis previas, pero tiene sentido si se tiene en cuenta que la mayoría de los tratamientos para el alcohol son grupales, lo cual tiene un componente de exposición y de desconfirmación de expectativas negativas que puede reducir por sí solo la ansiedad social.

### **Limitaciones**

La principal limitación de esta revisión es la escasez de estudios que hace cada comparación, algo especialmente notorio en las comparaciones de “tratamientos duales vs tratamientos sólo para la ansiedad” y “tratamientos duales vs. tratamientos duales”, en los que hubo 0 y 1 estudios, respectivamente. Otra importante limitación de esta revisión es la heterogeneidad de los estudios incluidos en cuanto a tratamientos y medidas de resultado, lo que hace que sea difícil analizar los resultados, explicar las diferencias entre estudios y extraer unas conclusiones claras sobre los tratamientos comparados. Otra limitación presente es la estimación de riesgo de sesgo poco claro en la mayoría de dimensiones, debido a la poca información para evaluar cada una de ellas.

### **Conclusiones**

La efectividad de un tratamiento dual frente a uno dirigido sólo al consumo no está tan clara y depende de la medida de resultado que se analice. En la mayoría de los estudios analizados no hay diferencias entre ambos tipos de intervenciones en cuanto al consumo de alcohol, salvo unos pocos estudios que arrojan diferencias a favor del tratamiento dirigido sólo al consumo; esto podría explicarse por el mayor tiempo dedicado a reducir el consumo en estas intervenciones y por determinados componentes dirigidos a la ansiedad en los tratamientos duales que puedan llevar en esta población a reactivar la utilización del alcohol como estrategia

de regulación emocional y de afrontamiento. Con respecto a los síntomas de ansiedad, se encontró que en algunos estudios los tratamientos duales eran más efectivos que los dirigidos sólo al consumo, pero en otros estas diferencias no resultaron significativas. De ser esto cierto, los tratamientos dirigidos al consumo serían suficientes por sí solos para reducir el consumo en población comórbida, pero no para reducir los síntomas de ansiedad, en donde pareciera tener mayor utilidad un tratamiento dual.

En base a la evidencia científica disponible, no es posible afirmar que los tratamientos duales sean superiores a los tratamientos dirigidos sólo a la ansiedad. Tampoco es posible establecer qué modalidad de tratamiento dual es superior, ya que el único estudio que hace esta comparación compara dos tratamientos paralelos. Sin embargo, sí puede concluirse que es más efectivo complementar el tratamiento para el alcohol con un tratamiento para la ansiedad en el que se aborda la relación entre la ansiedad y el consumo, que complementarlo con un tratamiento focalizado exclusivamente en la ansiedad.

Se requieren más ensayos controlados aleatorizados para poder establecer conclusiones robustas sobre la efectividad de los tratamientos duales en comparación con los dirigidos sólo a la ansiedad, así como para determinar si efectivamente los tratamientos integrados deben ser la primera opción para las personas con ambos problemas de salud. Asimismo, sería de gran utilidad conocer la influencia de los diferentes componentes de los tratamientos duales y no-duales y ver en qué medida se complementan o interfieren entre sí, para así poder diseñar intervenciones más adecuadas para población con problemas de ansiedad y de consumo de alcohol.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>a</sup> ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- Anker, J. J., Kushner, M. G., Thuras, P., Menk, J., y Unruh, A. S. (2016). Drinking to cope with negative emotions moderates alcohol use disorder treatment response in patients with co-occurring anxiety disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 159, 93–100. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.11.031>
- Baker, A. L., Thornton, L. K., Hiles, S., Hides, L., y Lubman, D. I. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 217–229. doi:10.1016/j.jad.2011.08.004
- Black, J. J., Tran, G. Q., Goldsmith, A. A., Thompson, R. D., Smith, J. P., y Welge, J. A. (2012). Alcohol expectancies and social self-efficacy as mediators of differential intervention outcomes for college hazardous drinkers with social anxiety. *Addictive Behaviors*, 37(3), 248–255. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.10.004>
- Bowen, R. C., D'Arcy, C., Keegan, D., y Senthilselvan, A. (n.d.). A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. *Addictive Behaviors*, 25(4), 593–597. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10972451>
- Burns, L., Teesson, M., y Oneill, K. (2005). The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction*, 100(6), 787–796. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.001069.x

Centre for Addiction and Mental Health (2002) Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders. Ottawa, ON, Canada: Health Canada. Disponible en: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-599-2001-2E.pdf> [2019, 10 de agosto].

Department of Health (England) and the Devolved Administrations (2007) Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive. Disponible en: [www.drugsandalcohol.ie/13605/1/NTA\\_clinical\\_guidelines\\_2007.pdf](http://www.drugsandalcohol.ie/13605/1/NTA_clinical_guidelines_2007.pdf) [2019, 10 de agosto].

Gallagher, C., Radmall, Z., O’Gara, C., & Burke, T. (2017). Anxiety and depression among patients with alcohol dependence: Co-morbid or substance-related problems? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 35(2), 121-126. doi:10.1017/ipm.2017.25

Grant, B., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, P., Dufour, M.C., Compton, W., Lamb, R., Fletcher, B., Pickering, R.P., Kaplan, K., 2004. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 61, 807–816.

Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Disponible en [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org) [2019, 10 de agosto]

Hobbs, J. D., Kushner, M. G., Lee, S. S., Reardon, S. M., y Maurer, E. W. (2011). Meta-analysis of Supplemental Treatment for Depressive and Anxiety Disorders in Patients Being Treated for Alcohol Dependence. *The American Journal on Addictions*, 20(4), 319-329. doi:10.1111/j.1521-0391.2011.00140.x

- Kleber, H., Weiss, R., y Anton, R. (2007). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders, Second Edition. APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423363.141077>
- Kushner, M. G., Maurer, E. W., Thuras, P., Donahue, C., Frye, B., Menary, K. R., . . . Demark, J. V. (2013). Hybrid cognitive behavioral therapy versus relaxation training for co-occurring anxiety and alcohol disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 429-442. doi:10.1037/a0031301
- Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., y Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 154*, 1-13. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031
- Mccaul, M. E., Hutton, H. E., Stephens, M. A., Xu, X., y Wand, G. S. (2017). Anxiety, Anxiety Sensitivity, and Perceived Stress as Predictors of Recent Drinking, Alcohol Craving, and Social Stress Response in Heavy Drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 41*(4), 836-845. doi:10.1111/acer.13350
- PLoS Medicine (OPEN ACCESS) Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Randall, C. L., Thomas, S., y Thevos, A. K. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 25*(2), 210–220. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11236835>

Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 5.3. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2014.

Schadé, Annemiek, Marquenie, L. A., van Balkom, A. J. L. M., Koeter, M. W. J., de Beurs, E., ... van Dyck, R. (2005). The Effectiveness of Anxiety Treatment on Alcohol-Dependent Patients with a Comorbid Phobic Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Alcoholism: Clinical y Experimental Research*, 29(5), 794–800. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000163511.24583.33>

Wolitzky-Taylor, K., Krull, J., Rawson, R., Roy-Byrne, P., Ries, R., y Craske, M. G. (2018). Randomized clinical trial evaluating the preliminary effectiveness of an integrated anxiety disorder treatment in substance use disorder specialty clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(1), 81–88. <https://doi.org/10.1037/ccp0000276>

World Health Organization. (1977). ICD-9: International statistical classification of diseases and related health problems: ninth revision, 1<sup>a</sup> ed. World Health Organization.

## Tabla 1. Estrategia de búsqueda

### Búsqueda en PubMed (20-05-19): 303 resultados

((("anxiety/therapy"[MeSH Terms] OR "anxiety"[Title/Abstract] OR "anxiety disorder"[Title/Abstract] OR "phobia"[Title/Abstract] OR "panic disorder"[Title/Abstract] OR "agoraphobia"[Title/Abstract]) NOT ("ptsd"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder"[Title/Abstract] OR "ocd"[Title/Abstract] OR "obsessive compulsive disorder"[Title/Abstract])) AND ("alcoholism/therapy"[MeSH Terms] OR "substance addiction"[Title/Abstract] OR "substance dependence"[Title/Abstract] OR "substance use"[Title/Abstract] OR "substance abuse"[Title/Abstract] OR "substance misuse"[Title/Abstract] OR "drug addiction"[Title/Abstract] OR "drug dependence"[Title/Abstract] OR "drug use"[Title/Abstract] OR "drug abuse"[Title/Abstract] OR "drug misuse"[Title/Abstract] OR "alcoholism"[Title/Abstract] OR "alcohol addiction"[Title/Abstract] OR "alcohol dependence"[Title/Abstract] OR "alcohol use"[Title/Abstract] OR "alcohol abuse"[Title/Abstract] OR "alcohol misuse"[Title/Abstract] OR "heavy drinking"[Title/Abstract] OR "problem drinking"[Title/Abstract]) AND ("treatment outcome"[MeSH Terms] OR "treatment"[Title/Abstract] OR "intervention"[Title/Abstract] OR "therapy"[Title/Abstract]))

Sort by: Best Match

Filters: Randomized Controlled Trial; Publication date to 2019/05/20; Humans; English; Spanish; Adult: 19+ years; Adult: 19-44 years; Middle Aged: 45-64 years; Aged: 65+ years

### Búsqueda en MEDLINE, EBSCO (22-05-19): 260 resultados

TI ((("anxiety" OR "anxiety disorder" OR "phobia" OR "panic disorder" OR "agoraphobia") NOT ("ptsd" OR "post traumatic stress disorder" OR "ocd" OR "obsessive compulsive disorder"))) AND ("substance addiction" OR "substance dependence" OR "substance use" OR "substance abuse" OR "substance misuse" OR "drug addiction" OR "drug dependence" OR "drug use" OR "drug abuse" OR "drug misuse" OR "alcoholism" OR "alcohol addiction" OR "alcohol dependence" OR "alcohol use" OR "alcohol abuse" OR "alcohol misuse" OR "heavy drinking" OR "problem drinking") AND ("treatment" OR "intervention" OR "therapy")) OR AB ((("anxiety" OR "anxiety disorder" OR "phobia" OR "panic disorder" OR "agoraphobia") NOT ("ptsd" OR "post traumatic stress disorder" OR "ocd" OR "obsessive compulsive disorder"))) AND ("substance addiction" OR "substance dependence" OR "substance use" OR "substance abuse" OR "substance misuse" OR "drug addiction" OR "drug dependence" OR "drug use" OR "drug abuse" OR "drug misuse" OR "alcoholism" OR "alcohol addiction" OR "alcohol dependence" OR "alcohol use" OR "alcohol abuse" OR "alcohol misuse" OR "heavy drinking" OR "problem drinking") AND ("treatment" OR "intervention" OR "therapy"))

Límites - Humano; Sexo: Male; Relacionado con la edad: Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years; Tipo de publicación: Randomized Controlled Trial; Idioma: English, Spanish

Modos de búsqueda - Booleano/Frase

### Búsqueda en PSYCINFO, EBSCO (23-05-19): 77 resultados

TI ( ((("anxiety" OR "anxiety disorder" OR "phobia" OR "panic disorder" OR "agoraphobia") NOT ("ptsd" OR "post traumatic stress disorder" OR "ocd" OR "obsessive compulsive disorder"))) AND ("substance addiction" OR "substance dependence" OR "substance use" OR "substance abuse" OR "substance misuse" OR "drug addiction" OR "drug dependence" OR "drug use" OR "drug abuse" OR "drug misuse" OR "alcoholism" OR "alcohol addiction" OR "alcohol dependence" OR "alcohol use" OR "alcohol abuse" OR "alcohol misuse" OR "heavy drinking" OR "problem drinking") AND ("treatment" OR "intervention" OR "therapy")) AND "randomized" AND "controlled" ) OR AB ( ((("anxiety" OR "anxiety disorder" OR "phobia" OR "panic disorder" OR "agoraphobia") NOT ("ptsd" OR "post traumatic stress disorder" OR "ocd" OR "obsessive compulsive disorder"))) AND ("substance addiction" OR "substance dependence" OR "substance use" OR "substance abuse" OR "substance misuse" OR "drug addiction" OR "drug dependence" OR "drug use" OR "drug abuse" OR "drug misuse" OR "alcoholism" OR "alcohol addiction" OR "alcohol dependence" OR "alcohol use" OR "alcohol abuse" OR "alcohol misuse" OR "heavy drinking" OR "problem drinking") AND ("treatment" OR "intervention" OR "therapy")) AND "randomized" AND "controlled" )

Límites - Idioma: English, Spanish; Grupos de edad: Adulthood (18 yrs & older), Young Adulthood (18-29 yrs), Thirties (30-39 yrs), Middle Age (40-64 yrs); Grupo de población: Human; Tipo de documento: Journal Article

Modos de búsqueda - Booleano/Frase

### Búsqueda en SCOPUS (23-05-19): 95 resultados

TITLE-ABS ( {anxiety} OR {anxiety disorder} OR {phobia} OR {panic disorder} OR {agoraphobia} ) AND TITLE-ABS ( {substance addiction} OR {substance dependence} OR {substance use} OR {substance abuse} OR {substance misuse} OR {drug addiction} OR {drug dependence} OR {drug use} OR {drug abuse} OR {drug misuse} OR {alcoholism} OR {alcohol addiction} OR {alcohol dependence} OR {alcohol use} OR {alcohol abuse} OR {alcohol misuse} OR {heavy drinking} OR {problem drinking} ) AND TITLE-ABS ( {treatment} OR {intervention} OR {therapy} ) AND TITLE-ABS ( {randomized controlled trial} ) AND NOT TITLE-ABS ( {ptsd} OR {post traumatic stress disorder} OR {ocd} OR {obsessive compulsive disorder} ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Spanish" ) )

**Búsqueda en WEB OF SCIENCE (23-05-19): 305 resultados**

((TI=("anxiety" OR "anxiety disorder" OR "phobia" OR "panic disorder" OR "agoraphobia") NOT TI=("ptsd" OR "post traumatic stress disorder" OR "ocd" OR "obsessive compulsive disorder")) AND TI=("substance addiction" OR "substance dependence" OR "substance use" OR "substance abuse" OR "substance misuse" OR "drug addiction" OR "drug dependence" OR "drug use" OR "drug abuse" OR "drug misuse" OR "alcoholism" OR "alcohol addiction" OR "alcohol dependence" OR "alcohol use" OR "alcohol abuse" OR "alcohol misuse" OR "heavy drinking" OR "problem drinking") AND TI=("treatment" OR "intervention" OR "therapy") AND TI=("randomized") AND TI=("controlled")) OR ((AB=("anxiety" OR "anxiety disorder" OR "phobia" OR "panic disorder" OR "agoraphobia") NOT AB=("ptsd" OR "post traumatic stress disorder" OR "ocd" OR "obsessive compulsive disorder")) AND AB=("substance addiction" OR "substance dependence" OR "substance use" OR "substance abuse" OR "substance misuse" OR "drug addiction" OR "drug dependence" OR "drug use" OR "drug abuse" OR "drug misuse" OR "alcoholism" OR "alcohol addiction" OR "alcohol dependence" OR "alcohol use" OR "alcohol abuse" OR "alcohol misuse" OR "heavy drinking" OR "problem drinking") AND AB=("treatment" OR "intervention" OR "therapy") AND AB=("randomized") AND AB=("controlled"))

Refinado por: IDIOMAS: ( ENGLISH OR SPANISH ) AND Bases de datos: ( WOS ) AND Bases de datos: ( WOS )  
Período de tiempo: Todos los años.

<b>Tabla 2. Formulario de extracción de datos (parte I)</b>					
<b>Información general</b>					
<b>Título</b>					
<b>Autor y año</b>					
<b>Fecha de la revisión</b>	<b>Título y abstract</b>		<b>Texto completo</b>		
<b>Criterios de inclusión y exclusión</b>					
<b>Características</b>	<b>Criterio de elegibilidad</b>	<b>¿Cumple con el criterio?</b>			<b>Localización en el texto</b>
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Dudoso</b>	
Participantes	1. Mayores de 18 años.				
	2. Con problemas de ansiedad (al menos una de la siguientes): a) Diagnosticados de un trastorno de ansiedad con criterios diagnósticos actuales (DSM-III en adelante o CIE-9 en adelante), sin contar TOC o TEPT. b) Sin diagnóstico de trastorno de ansiedad pero con síntomas de ansiedad elevados en una escala estandarizada.				
	2.1. Una de las siguientes: a) Muestra sólo con problemas de ansiedad (sin contar TOC o TEPT). b) Muestra con problemas de ansiedad y/o depresión pero con al menos un 50% de los participantes con problemas de ansiedad (sin contar TOC o TEPT). c) Muestra con problemas de ansiedad y/o TOC o TEPT pero con al menos un 50% de los participantes con problemas de ansiedad (sin contar TOC o TEPT).				
	3. Con problemas de consumo de alcohol (al menos una de la siguientes): a) Diagnosticados de trastorno por consumo de alcohol con criterios diagnósticos actuales (DSM-III en adelante o CIE-9 en adelante). b) Sin diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol pero con un consumo problemático o de riesgo.				
	3.1. Una de las siguientes: a) Muestra sólo con problemas de consumo de alcohol. b) Muestra con problemas de consumo de sustancias en general pero con al menos un 50% de los participantes con problemas de consumo de alcohol. c) Muestra con problemas de consumo de sustancias en general pero con al menos un 50% de los participantes con alcohol como sustancia principal de consumo.				
	4. Sin comorbilidad adicional (además de depresión).				
Intervención	5. Tratamiento psicológico dirigido a la ansiedad y/o al consumo de alcohol.				
Comparador	6. Condición control (tratamiento psicológico dirigido a la ansiedad y/o al consumo de alcohol).				
Resultados	7. Medición post-tratamiento de al menos una de las siguientes variables:				

<b>Tabla 3. Herramienta Cochrane de evaluación del riesgo de sesgo para RCT's</b>					
<b>Autor y año</b>			<b>Fecha de la evaluación</b>		
<b>Sesgo</b>	<b>Dominio</b>	<b>Riesgo de sesgo</b>			<b>Justificación y localización en el texto</b>
		<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Poco claro</b>	
Sesgo de selección	Generación de la secuencia				
	Ocultamiento de la asignación				
Sesgo de realización	Cegamiento de los participantes				
	Cegamiento del personal				
Sesgo de detección	Cegamiento de los evaluadores del resultado				
Sesgo de desgaste	Datos de resultado incompletos				
Sesgo de notificación	Notificación selectiva de los resultados				
Otros sesgos	Otras fuentes de sesgo				
Notas					

<b>Tabla 4. Motivos de exclusión de los estudios preseleccionados.</b>											
<b>Estudio</b>	<b>Motivos de exclusión</b>										
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2.1</b>	<b>3</b>	<b>3.1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>10</b>
Areán et al., 2008			X		X						
Baillie et al., 2013											X
Blevins y Stephens, 2016		X		X							
Book et al., 2013								X			
Bradley et al., 2017		X									
Clayton, O'Connell, Bellamy, Benedict y Rowe, 2013		X		X			X		X		
Clerkin, Magee, Wells, Beard y Barnett, 2016							X				
Grothues et al., 2008								X			
Kushner et al., 2009										X	
Kushner et al., 2006 (II)	X									X	
Moran, Watson, Brown, White y Jacobs, 1978		X				X		X			
Morley et al., 2016			X								
Oslin et al., 2004				X				X			
Pachankis, Hatzenbuehler, Rendina, Safren y Parsons, 2015			X	X							
Price, Wells, Donovan y Rue, 2012		X									
Thomas, Thevos y Randall, 1999							X	X		X	
Watt, Stewart, Birch y Bernier, 2006		X		X					X		
Wolitzky-Taylor et al., 2015				X							
Worden, Genova y Tolin, 2017		X									
Wüsthoff, Waal y Gräwe, 2014						X					
<b>Nº de estudios excluidos por motivo</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<p>Nota: Motivos de exclusión</p> <p>1 = No se especifica la edad de los participantes.</p> <p>2 = Participantes sin problemas de ansiedad.</p> <p>2.1 = Participantes con ansiedad no llegan al 50%.</p> <p>3 = Participantes sin problemas de alcohol.</p> <p>3.1 = Participantes con alcoholismo no llegan al 50%.</p> <p>4 = Otros trastornos además de depresión, TOC, TEPT y TCS.</p> <p>5 = Sin intervención psicológica o no se especifica.</p> <p>6 = Sin comparador psicológico o no se especifica.</p> <p>7 = Sin medidas de resultado de ansiedad o consumo de alcohol.</p> <p>8 = No es un ensayo controlado aleatorizado o no se especifica.</p> <p>9 = No es un estudio publicado.</p>											

**Tabla 5. Referencias de los estudios excluidos**

- Areán, P. A., Ayalon, L., Jin, C., McCulloch, C. E., Linkins, K., Chen, H., ... Estes, C. (2008). Integrated specialty mental health care among older minorities improves accer Recuperados but not outcomes: results of the PRISMe study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(10), 1086–1092. <https://doi.org/10.1002/gps.2100>
- Baillie, A. J., Sannibale, C., Stapinski, L. A., Teesson, M., Rapee, R. M., & Haber, P. S. (2013). An investigator-blinded, randomized study to compare the efficacy of combined CBT for alcohol use disorders and social anxiety disorder versus CBT focused on alcohol alone in adults with comorbid disorders: the Combined Alcohol Social Phobia (CASP) trial. *BMC Psychiatry*, 13(1), 199. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-199>
- Blevins, C. E., & Stephens, R. S. (2016). The impact of motives-related feedback on drinking to cope among college students. *Addictive Behaviors*, 58, 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.02.024>
- Book, S. W., Thomas, S. E., Smith, J. P., Randall, P. K., Kushner, M. G., Bernstein, G. A., ... Randall, C. L. (2013). Treating individuals with social anxiety disorder and at-risk drinking: Phasing in a brief alcohol intervention following paroxetine. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 252–258. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.008>
- Bradley, K. A., Ludman, E. J., Chavez, L. J., Bobb, J. F., Ruedebusch, S. J., Achtmeyer, C. E., ... Kivlahan, D. R. (2017). Patient-centered primary care for adults at high risk for AUDs: the Choosing Healthier Drinking Options In primary CarE (CHOICE) trial. *Addiction Science & Clinical Practice*, 12(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s13722-017-0080-2>
- Clayton, A., O'Connell, M. J., Bellamy, C., Benedict, P., y Rowe, M. (2013). The Citizenship Project Part II: Impact of a Citizenship Intervention on Clinical and Community Outcomes for Persons with Mental Illness and Criminal Justice Involvement. *American Journal of Community Psychology*, 51(1–2), 114–122. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9549-z>
- Clerkin, E. M., Magee, J. C., Wells, T. T., Beard, C., y Barnett, N. P. (2016). Randomized controlled trial of attention bias modification in a racially diverse, socially anxious, alcohol dependent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 58–69. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.010>
- Grothues, J. M., Bischof, G., Reinhardt, S., Meyer, C., John, U., y Rumpf, H.-J. (2008). Effectiveness of brief alcohol interventions for general practice patients with problematic drinking behavior and comorbid anxiety or depressive disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1–3), 214–220. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2007.11.015>
- Kushner, M. G., Sletten, S., Donahue, C., Thuras, P., Maurer, E., Schneider, A., ... Demark, J. Van. (2009). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder in patients being treated for alcohol dependence: Moderating effects of alcohol outcome expectancies. *Addictive Behaviors*, 34(6–7), 554–560. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2009.03.011>
- Kushner, M. G., Donahue, C., Sletten, S., Thuras, P., Abrams, K., Peterson, J., y Frye, B. (2006). Cognitive behavioral treatment of comorbid anxiety disorder in alcoholism treatment patients: Presentation of a prototype program and future directions. *Journal of Mental Health*, 15(6), 697–707. <https://doi.org/10.1080/09638230600998946>
- Moran, M., Watson, C. G., Brown, J., White, C., y Jacobs, L. (1978). Systems releasing action therapy with alcoholics: an experimental evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 34(3), 769–774. Recuperado from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/690225>
- Morley, K. C., Baillie, A., Leung, S., Sannibale, C., Teesson, M., y Haber, P. S. (2016). Is Specialized Integrated Treatment for Comorbid Anxiety, Depression and Alcohol Dependence Better than Treatment as Usual in a Public Hospital Setting? *Alcohol and Alcoholism*, 51(4), 402–409. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg131>

- Oslin, D. W., Thompson, R., Kallan, M. J., TenHave, T., Blow, F. C., Bastani, R., ... Jarvik, L. (2004). Treatment Effects from UPBEAT: A Randomized Trial of Care Management for Behavioral Health Problems in Hospitalized Elderly Patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 17(2), 99–106. <https://doi.org/10.1177/0891988703262539>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., y Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 875–889. <https://doi.org/10.1037/ccp0000037>
- Price, C. J., Wells, E. A., Donovan, D. M., y Rue, T. (2012). Mindful awareness in body-oriented therapy as an adjunct to women's substance use disorder treatment: A pilot feasibility study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 94–107. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.09.016>
- Thomas, S. E., Thevos, A. K., y Randall, C. L. (1999). Alcoholics with and without social phobia: a comparison of substance use and psychiatric variables. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 472–479. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10463803>
- Watt, M., Stewart, S., Birch, C., y Bernier, D. (2006). Brief CBT for high anxiety sensitivity decreases drinking problems, relief alcohol outcome expectancies, and conformity drinking motives: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Mental Health*, 15(6), 683–695. <https://doi.org/10.1080/09638230600998938>
- Wolitzky-Taylor, K., Brown, L. A., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Stein, M. B., Sullivan, G., ... Craske, M. G. (2015). The impact of alcohol use severity on anxiety treatment outcomes in a large effectiveness trial in primary care. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 88–93. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.011>
- Worden, B. L., Genova, M., y Tolin, D. F. (2017). Randomized Pilot of an Anxiety Sensitivity-Based Intervention for Individuals in a Substance Use Day Program. *Journal of Psychoactive Drugs*, 49(4), 333–343. <https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1329570>
- Wüsthoff, L. E., Waal, H., y Gräwe, R. W. (2014). The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co-occurring with anxiety and/or depression--a group randomized trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-67>

**Tabla 6. Características de los estudios incluidos.**

		<b>Black et al., 2012</b>	<b>Bowen, D'Arcy, Keegan y Senthilselvan, 2000</b>	<b>Kushner et al., 2013</b>	<b>Randall, Thomas y Thevos, 2001</b>	<b>Schadé et al., 2005</b>	<b>Wolitzky-Taylor et al., 2018</b>
<b>Participantes</b>	<b>Población de origen</b>	Estudiantes universitarios	Pacientes empezando un programa de desintoxicación para el alcohol.	Pacientes en tratamiento residencial por SUD.	Pacientes de unidades de atención al consumo de sustancias	Pacientes buscando tratamiento en centros de desintoxicación de alcohol	Pacientes de una clínica de SUD
	<b>Criterios de inclusión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al menos 2 episodios de consumo excesivo en el último mes.</li> <li>- Problemas relacionados con el alcohol.</li> <li>- Niveles moderados de ansiedad social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con problemas de consumo de alcohol.</li> <li>- Diagnóstico de PD (DSM-III).</li> <li>- Al menos 1 semana en el programa de desintoxicación o ausencia de consumo de alcohol en la semana previa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico actual de AD.</li> <li>- Diagnóstico actual de un trastorno de ansiedad: GAD, PD o SAD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad &gt; 18.</li> <li>- Diagnóstico actual de fobia social (DSM-III)</li> <li>- Diagnóstico actual de AD (DSM-III)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico primario de AD.</li> <li>- Diagnóstico de un trastorno de ansiedad: PD con agorafobia, agorafobia sin historia de pánico y SAD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico de un trastorno de ansiedad (PD, agorafobia, SAD, SP, GAD) o OCD o PTSD.</li> <li>- Diagnóstico de un SUD.</li> </ul>
	<b>Criterios de exclusión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico actual de AD grave.</li> <li>- Diagnóstico de ansiedad (excepto SP)</li> <li>- Historia de SUD distinto al alcohol</li> <li>- Historia de esquizofrenia, depresión o trastorno bipolar</li> <li>- En tratamiento por una condición psicológica</li> <li>- Embarazo actual</li> <li>- Riesgo actual de suicidio/homicidio</li> <li>- Diagnosticados de una enfermedad importante</li> <li>- Retraso mental</li> </ul>	No se especifica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia de trastorno bipolar o esquizofrenia.</li> <li>- Discapacidad cognitiva.</li> <li>- Riesgo de suicidio grave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No haber consumido alcohol en los 30 días previos.</li> <li>- Diagnóstico actual de dependencia a una sustancia distinta al alcohol (excepto marihuana y/o tabaco).</li> <li>- Diagnóstico de algún trastorno psicótico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico de algún trastorno psicótico o bipolar.</li> <li>- Ideación suicida grave.</li> <li>- En tratamiento psicológico o farmacológico por un trastorno distinto al SUD.</li> <li>- En tratamiento con benzodiacepinas: más de 20mg/día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas maníacos o psicóticos no estabilizados.</li> <li>- Riesgo de suicidio activo.</li> <li>- Discapacidad cognitiva.</li> </ul>
	<b>Comorbilidades aceptadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso de alcohol.</li> <li>- AD leve o moderada</li> </ul>	No se especifica	- MDD o PTSD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependencia al cannabis.</li> <li>- Dependencia al tabaco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependencia a una sustancia distinta al alcohol.</li> <li>- Trastorno de ansiedad distinto a PD, agorafobia y SAD.</li> <li>- Juego patológico.</li> <li>- Trastorno depresivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SUD distinto al alcohol.</li> <li>- OCD o PTSD.</li> </ul>

**Tabla 6.** Características de los estudios incluidos.

<b>Tabla 6.</b> Características de los estudios incluidos.												
		<b>Black et al., 2012</b>	<b>Bowen, D'Arcy, Keegan y Senthilselvan, 2000</b>		<b>Kushner et al., 2013</b>		<b>Randall, Thomas y Thevos, 2001</b>	<b>Schadé et al., 2005</b>		<b>Wolitzky-Taylor et al., 2018</b>		
<b>Intervención</b>	<b>Nombre del tratamiento</b>	<b>BISAD</b>	<b>CBT para ansiedad + TAU para alcohol</b>		<b>CBT para ansiedad + TAU para alcohol</b>		<b>CBT dual</b>	<b>CBT para ansiedad + CBT para alcohol</b>		<b>CBT para ansiedad + TAU para alcohol</b>		
			CBT para ansiedad	TAU para alcohol	CBT	TAU para alcohol		CBT para ansiedad	CBT para alcohol	CBT para ansiedad	TAU para alcohol	
	<b>Modalidad (Dual, no-dual)</b>	Dual (integrada)	Dual (paralelo)		Dual (paralelo)		Dual (integrado)	Dual (paralelo)		Dual		
	<b>Contexto</b>	No se especifica	¿Residencial?		Residencial		Ambulatorio	Ambulatorio	Residencial (hasta la semana 12-16). Ambulatorio (a partir de la semana 12-16).		Ambulatorio	
	<b>Contenidos</b>	Entrevista motivacional Psicoeducación Exposición RC	Relajación muscular Exposición interoceptiva RC	No se especifica	Psicoeducación RC Exposición	Modelo de los 12 pasos	Entrenamiento en relajación Exposición RC Entrenamiento en habilidades Tareas para casa (menos)	RC ISRS (opcional)	Psicoeducación Entrenamiento en autocontrol Entrenamiento en HHSS Sensibilización encubierta Disulfiram	Psicoeducación RC Exposición PR Educación para la familia	Modelo de los 12 pasos PR	
	<b>Formato (individual, grupal)</b>	No se especifica	Grupal	Grupal	Grupal	Grupal	Individual	Individual	- Grupal (hasta la semana 12-16). - Individual o grupal (a partir de la semana 12-16).		Grupal	Grupal
<b>Duración del tratamiento</b>	3 sesiones	6 sesiones de 2hr c/u	No se especifica	6 sesiones diarias de 1hr	6hr diarias, durante 21 días	12 sesiones de 90min, en un máximo de 14 semanas	12 sesiones de 60min c/u	25hr/semana (hasta la semana 12-16). - Sesiones semanales durante 10 semanas (a partir de la semana 12-16).		7 sesiones	No se especifica	

**Tabla 6. Características de los estudios incluidos.**

		<b>Black et al., 2012</b>	<b>Bowen, D'Arcy, Keegan y Senthilselvan, 2000</b>	<b>Kushner et al., 2013</b>	<b>Randall, Thomas y Thevos, 2001</b>	<b>Schadé et al., 2005</b>	<b>Wolitzky-Taylor et al., 2018</b>	
<b>Comparador</b>	<b>Nombre del tratamiento</b>	EASBEP	TAU para alcohol	PMRT para ansiedad + TAU para alcohol		CBT para alcohol	CBT para alcohol	TAU para alcohol
	<b>Modalidad (Dual, no-dual)</b>	No-dual	No-dual	PMRT	TAU	No-dual	No-dual	No-dual
	<b>Contexto</b>	No se especifica	Residencial	Dual (paralelo)		Ambulatorio	Residencial (hasta la semana 12-16). Ambulatorio (a partir de la semana 12-16).	
	<b>Contenidos</b>	Psicoeducación	No se especifica	Ejercicios de liberación de la tensión muscular	Modelo de los 12 pasos	RC Prevención de recaídas Entrenamiento en resolución de problemas Entrenamiento en habilidades Tareas para casa (más)	Psicoeducación Entrenamiento en autocontrol Entrenamiento en habilidades sociales Sensibilización encubierta Uso de disulfiram	Modelo de los 12 pasos Prevención de recaídas
	<b>Formato (individual, grupal)</b>	No se especifica	Grupal	Grupal	Grupal	Individual	- Grupal (hasta la semana 12-16). - Individual o grupal (a partir de la semana 12-16).	Grupal
	<b>Duración del tratamiento</b>	3 sesiones	No se especifica	6 sesiones de 1hr, durante 6 días	6hr diarias, durante 21 días	12 sesiones individuales de 60min, en un máximo de 14 semanas	- 25hr a la semana (hasta la semana 12-16). - Sesiones semanales durante 10 semanas (a partir de la semana 12-16).	No se especifica



**Tabla 6. Características de los estudios incluidos.**

		<b>Black et al., 2012</b>	<b>Bowen, D'Arcy, Keegan y Senthilselvan, 2000</b>	<b>Kushner et al., 2013</b>	<b>Randall, Thomas y Thevos, 2001</b>	<b>Schadé et al., 2005</b>	<b>Wolitzky-Taylor et al., 2018</b>
Medidas de resultado primarias	<b>Mediciones (EN NEGRITA, LOS DATOS DISPONIBLES)</b>	<b>Pre-tratamiento</b> Seguimiento (1 mes) <b>Seguimiento (4 meses)</b>	Pre-tratamiento Post-tratamiento Seguimiento (3, 6 y 12 meses) <u>No hay M y SD</u>	<b>Pre-tratamiento</b> Post-tratamiento (sólo ansiedad) <b>Seguimiento (4 meses)</b>	Pre-tratamiento Final del tratamiento Seguimiento (3 meses) <u>No hay M y SD</u>	<b>Línea base (semana 0)</b> Semana 16 Semana 24 <b>Seguimiento (semana 32)</b> <u>Sólo alcohol</u>	<b>Pre-tratamiento</b> <b>Final del tratamiento</b> <b>Seguimiento (6 meses)</b>
	<b>Frecuencia de consumo de alcohol</b>	No	Días en los que se bebe alcohol (en últimos 3 meses)	Días en los que se bebe alcohol (en 1 mes)	Porcentaje de días en los que NO se bebe alcohol (en 3 meses)	No	Días en los que se bebe alcohol (en 1 mes)
	<b>Cantidad de consumo de alcohol</b>	Cantidad de bebidas consumidas (en 1 mes)	Cantidad de bebidas consumida (en últimos 3 meses)	Cantidad de bebidas consumidas (en 1 mes)	Cantidad de bebidas consumidas (en 3 meses)	No	No
	<b>Intensidad de consumo de alcohol</b>	Días de consumo excesivo de alcohol (en 1 mes)	Bebidas consumidas (en 1 día de consumo)	Días de consumo excesivo de alcohol (en 1 mes)	Bebidas consumidas (en 1 día de consumo) Días de consumo excesivo de alcohol (en 3 meses)	Días de consumo excesivo (en el mes previo)	No
	<b>Consumo de alcohol (variables categóricas)</b>	No	Abstinencia en el consumo de alcohol (en últimos 3 meses)	Recaída al consumo de alcohol Recaída al consumo excesivo de alcohol Recaída a tres días seguidos de consumo de alcohol	No	Recaída al consumo de alcohol (en el mes previo) Abstinencia de alcohol (en el mes previo)	No
	<b>Ansiedad general</b>	No	- Miedos (MM)	Ansiedad-estado (STAI) Ansiedad-rasgo (STAI)	No	Miedos, en general (FQ) Evitación (ADS) Ansiedad (ADS)	Ansiedad (BSI-12)*
	<b>Ansiedad específica</b>	No	- Miedo a la evaluación negativa (FNE) - Evitación social (SADS)	No	Ansiedad social (SPAI) Ansiedad social (LSAS) Miedo social (LSAS) Evitación social (LSAS) Miedo a la evaluación negativa (FNE)	Agorafobia (FQ) Fobia social (FQ) Agorafobia (SCL-90)	No

**Tabla 6.** Características de los estudios incluidos.

		<b>Black et al., 2012</b>	<b>Bowen, D'Arcy, Keegan y Senthilselvan, 2000</b>	<b>Kushner et al., 2013</b>	<b>Randall, Thomas y Thevos, 2001</b>	<b>Schadé et al., 2005</b>	<b>Wolitzky-Taylor et al., 2018</b>
	<b>Ansiedad (variables categóricas)</b>	No	No	Porcentaje de participantes por debajo del punto de corte de ansiedad-estado (STAI) Porcentaje de participantes por debajo del punto de corte de ansiedad-rasgo (STAI)	No	No	No
<p>SUD = Substance Use Disorder (Trastorno por consumo de alcohol); PD = Panic Disorder (Trastorno de pánico); AD = Alcohol Dependence; GAD = Generalized Anxiety Disorder (Trastorno de ansiedad generalizada); SAD = Social Anxiety Disorder (Trastorno de ansiedad social); OCD = Obsessive Compulsive Disorder (Trastorno obsesivo-compulsivo); PTSD = Post Traumatic Stress Disorder (Trastorno de estrés postraumático); SP = Specific Phobia (Fobia específica); MDD = Major Depressive Disorder (Trastorno de depresión mayor)</p> <p>RC = Reestructuración Cognitiva; ISRS = Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina</p> <p>M = Media; SD = Standard Deviation (Desviación típica); MM = Marks-Mathews Fear Questionnaire; STAI = State Trait Anxiety Inventory; FQ = Fear Questionnaire; ADS = Anxiety Discomfort Scale; BSI-12 = Brief Symptom Inventory 12-item version; FNE = Fear of Negative Evaluation; SADS = Social Anxiety and Distress Scales; SPAI = Social Phobia and Anxiety Inventory; LSAS = Liebowitz Social Anxiety Scale; SCL-90 = Symptom Checklist.</p>							

**Tabla 7. Cambios significativos respecto al valor inicial**

Comparación	Medida de resultado	N° de estudios en los que la diferencia es significativa / N° de estudios que analizan la variable en esa comparación		Black et al., 2012	Bowen, D'Arcy, Keegan y Senthilselvan, 2000	Kushner et al., 2013	Randall, Thomas y Thevos, 2001	Schadé et al., 2005	Wolitzky-Taylor et al., 2018
		Grupo dual	Grupo no-dual						
Tratamiento dual vs. Tratamiento alcohol	Frecuencia de consumo de alcohol	2/2	½	-	π	-	Ambos	-	Dual
	Cantidad de consumo de alcohol	2/2	½	Dual	◊	-	Ambos	-	-
	Intensidad de consumo de alcohol	1/3	1/3	N.S.*	π	-	Ambos	N.S.	-
	Recaída/abstinencia	1/1	1/1	-	Ambos	-	-	◊	-
	Recaída al consumo excesivo	-	-	-	-	-	-	◊	-
	Ansiedad general	3/3	2/3	-	Ambos	-	-	Ambos	Dual
	Ansiedad social	3/3	3/3	-	Ambos	-	Ambos	Ambos	-
	Agorafobia	1/1	1/1	-	-	-	-	Ambos	-
Ansiedad (variables categóricas)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comparación	Medida de resultado	N° de estudios en los que la diferencia es significativa / N° de estudios que analizan la variable en esa comparación		Black et al., 2012	Bowen, D'Arcy, Keegan y Senthilselvan, 2000	Kushner et al., 2013	Randall, Thomas y Thevos, 2001	Schadé et al., 2005	Wolitzky-Taylor et al., 2018
		Grupo dual CBT+TAU	Grupo dual PMRT+TAU						
Tratamiento dual vs. tratamiento dual	Frecuencia de consumo de alcohol	1/1	1/1	-	-	Ambos*	-	-	-
	Cantidad de consumo de alcohol	1/1	1/1	-	-	Ambos*	-	-	-
	Intensidad de consumo de alcohol	1/1	1/1	-	-	Ambos*	-	-	-
	Recaída al consumo de alcohol	1/1	1/1	-	-	◊	-	-	-
	Ansiedad-rasgo	1/1	1/1	-	-	Ambos*	-	-	-
	Ansiedad-estado	1/1	1/1	-	-	Ambos*	-	-	-
	Ansiedad social	-	-	-	-	-	-	-	-
	Agorafobia	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ansiedad-rasgo (por encima del punto de corte)	1/1	1/1	-	-	Ambos*	-	-	-
Ansiedad-estado (por encima del punto de corte)	1/1	1/1	-	-	Ambos*	-	-	-	

NOTA: Rojo= El estudio mide ese resultado en esa comparación; Dual= Cambios significativos sólo en el grupo dual; No-dual= Cambios significativos sólo en el grupo no-dual; Ambos= Cambios significativos en ambos grupos; -= El estudio no mide ese resultado en la comparación; \*=Re análisis; π= El estudio mide ese resultado pero no lo informa/analiza; ◊= El estudio no pudo hacer este análisis y no se pudo re analizar.



**Tabla 8. Diferencias significativas entre grupos después del tratamiento**

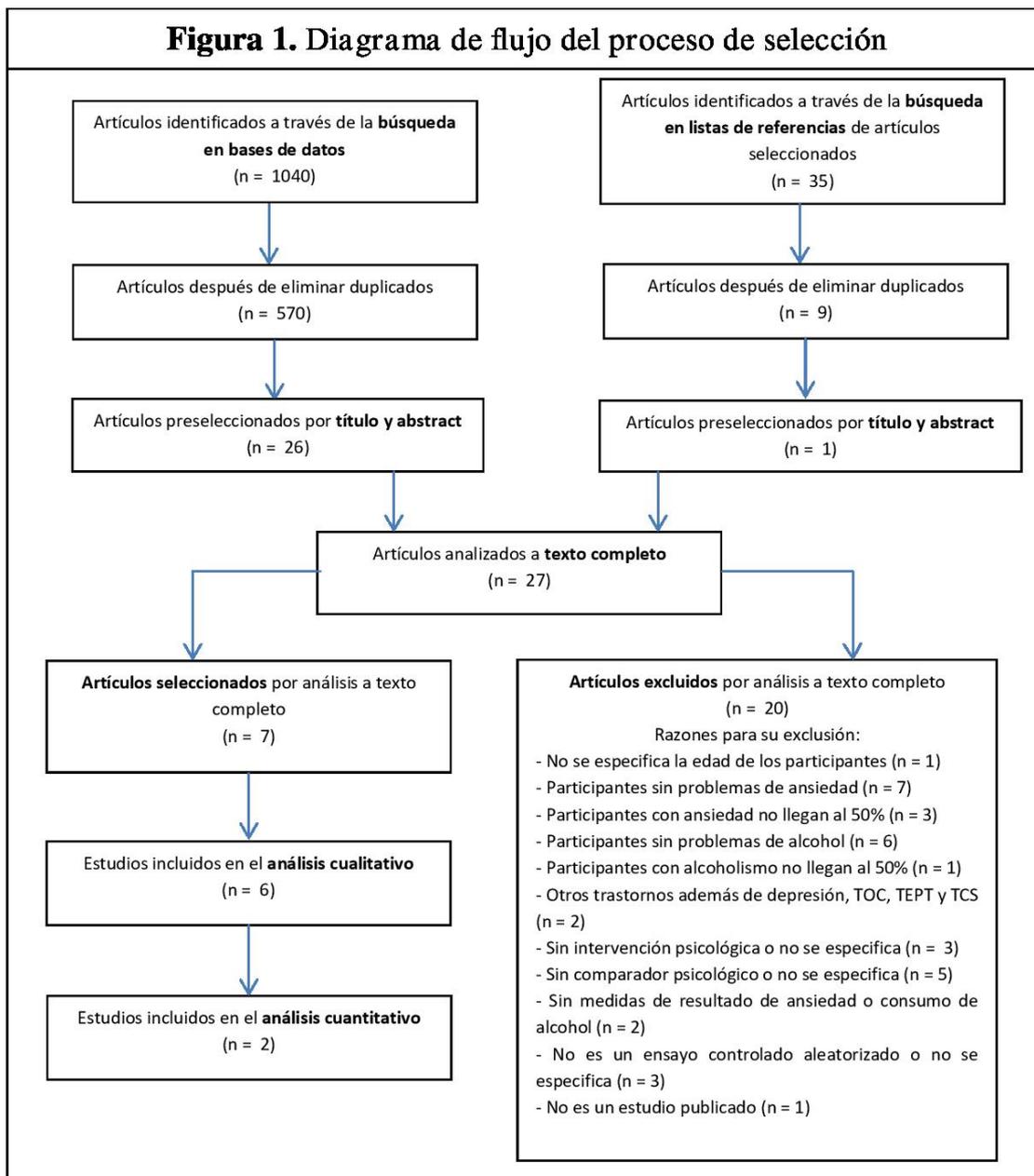
Comparación	Medida de resultado	N° de estudios en los que la diferencia es significativa / N° de estudios que analizan la variable en esa comparación		Black et al., 2012	Bowen, D'Arcy, Keegan y Senthilselvan, 2000	Kushner et al., 2013	Randall, Thomas y Thevos, 2001	Schadé et al., 2005	Wolitzky-Taylor et al., 2018
		Grupo dual	Grupo no-dual						
<b>Tratamiento dual vs. Tratamiento alcohol</b>	Frecuencia de consumo de alcohol	0/2	1/2	-	$\pi$	-	No-Dual	-	N.S.*
	Cantidad de consumo de alcohol	0/3	1/3	N.S.*	N.S.	-	No-Dual	-	-
	Intensidad – Días de consumo excesivo	0/3	1/3	N.S.*	$\pi$	-	No-Dual	N.S.	-
	Intensidad – Bebidas consumidas por día de consumo	0/1	0/1	-	-	-	N.S.	-	-
	Recaída/abstinencia	0/1	0/1	-	N.S.	-	-	N.S.	-
	Recaída al consumo excesivo	0/1	0/1	-	-	-	-	N.S.	-
	Ansiedad general	2/3	0/3	-	N.S.	-	-	Dual	Dual*
	Ansiedad social	1/3	0/3	-	N.S.	-	N.S.	Dual	-
	Ansiedad (variables categóricas)	1/1	0/1	-	-	-	-	Dual	-
Comparación	Medida de resultado	N° de estudios en los que la diferencia es significativa / N° de estudios que hacen el análisis de esa variable		Black et al., 2012	Bowen, D'Arcy, Keegan y Senthilselvan, 2000	Kushner et al., 2013	Randall, Thomas y Thevos, 2001	Schadé et al., 2005	Wolitzky-Taylor et al., 2018
		Grupo dual CBT+TAU	Grupo dual PMRT+TAU						
<b>Tratamiento dual vs. tratamiento dual</b>	Frecuencia de consumo de alcohol	1/1	0/1	-	-	CBT+TAU	-	-	-
	Cantidad de consumo de alcohol	1/1	0/1	-	-	CBT+TAU	-	-	-
	Intensidad de consumo de alcohol	1/1	0/1	-	-	CBT+TAU	-	-	-
	Recaída al consumo de alcohol	1/1	0/1	-	-	CBT+TAU	-	-	-
	Recaída a 3 días seguidos de consumo	1/1	0/1	-	-	CBT+TAU	-	-	-
	Recaída al consumo excesivo	0/1	0/1	-	-	N.S.	-	-	-
	Ansiedad-rasgo	1/1	0/1	-	-	CBT+TAU^	-	-	-
	Ansiedad-estado	1/1	0/1	-	-	CBT+TAU	-	-	-
	Ansiedad social	-	-	-	-	-	-	-	-
	Agorafobia	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ansiedad-rasgo (por encima del punto de corte)	1/1	0/1	-	-	CBT+TAU	-	-	-
Ansiedad-estado (por encima del punto de corte)	0/1	0/1	-	-	N.S.	-	-	-	

NOTA: Rojo= El estudio mide ese resultado en esa comparación; Dual= Diferencias significativas a favor del grupo dual; No-dual= Diferencias significativas a favor del grupo no-dual; CBT+TAU= Diferencias significativas a favor del grupo CBT+TAU; N.S.= Diferencias no significativas entre grupos; -= El estudio no mide ese resultado en la comparación; \*=Re análisis;  $-\pi$ = El estudio mide ese resultado pero no lo informa/analiza;  $-\emptyset$ = El estudio no realiza este análisis.

<b>Tabla 9. Estudios elegibles para meta-análisis</b>			
<b>Medida de resultado</b>	<b>Comparación</b>		
	<b>Tratamiento dual vs. Tratamiento alcohol</b>	<b>Tratamiento dual vs. Tratamiento ansiedad</b>	<b>Tratamiento dual vs. tratamiento dual</b>
<b>Frecuencia de consumo</b>	Wolitzky-Taylor et al., 2018	-	Kushner et al., 2013
<b>Cantidad de consumo</b>	Black et al., 2012	-	Kushner et al., 2013
<b>Intensidad de consumo</b>	Black et al., 2012 Schadé et al., 2005	-	Kushner et al., 2013
<b>Recaída en el consumo</b>	Schadé et al., 2005	-	Kushner et al., 2013
<b>Síntomas de ansiedad</b>	Wolitzky-Taylor et al., 2018	-	Kushner et al., 2013
<b>Ansiedad social</b>	-	-	-



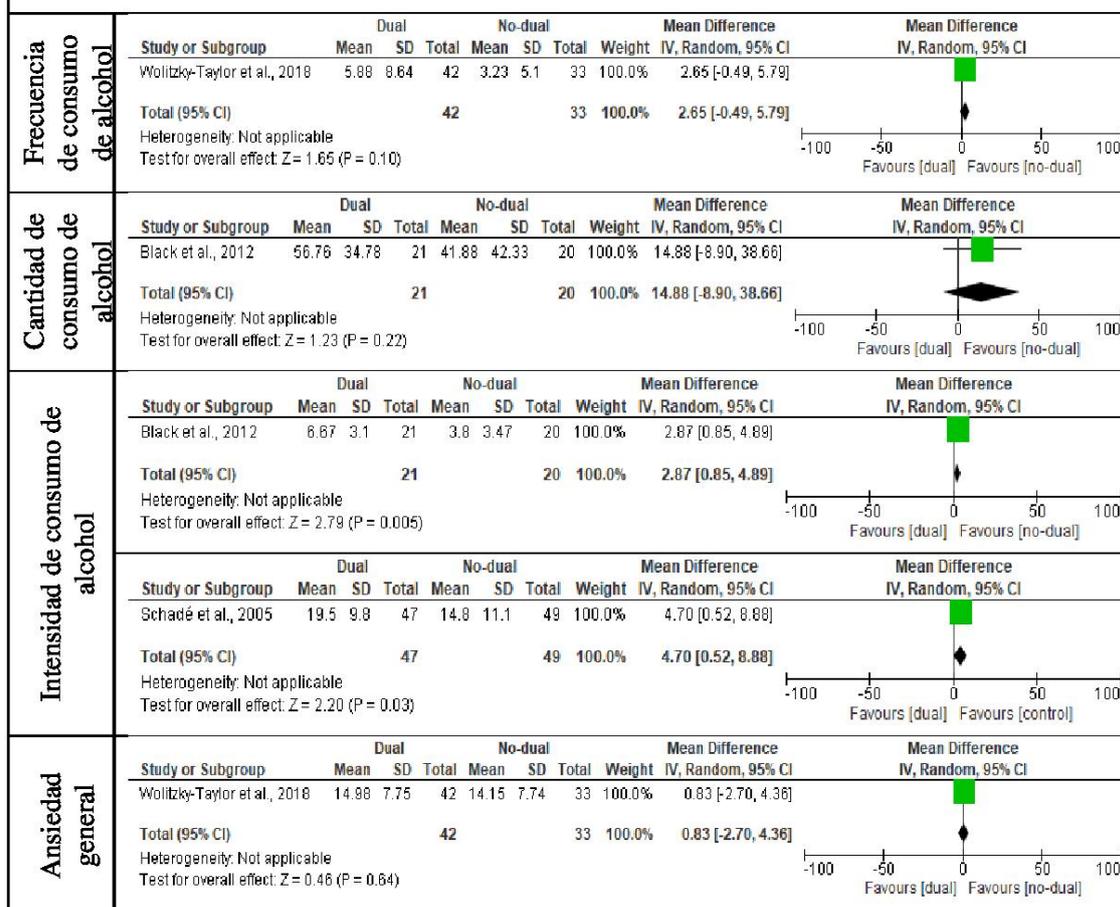
**Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección**



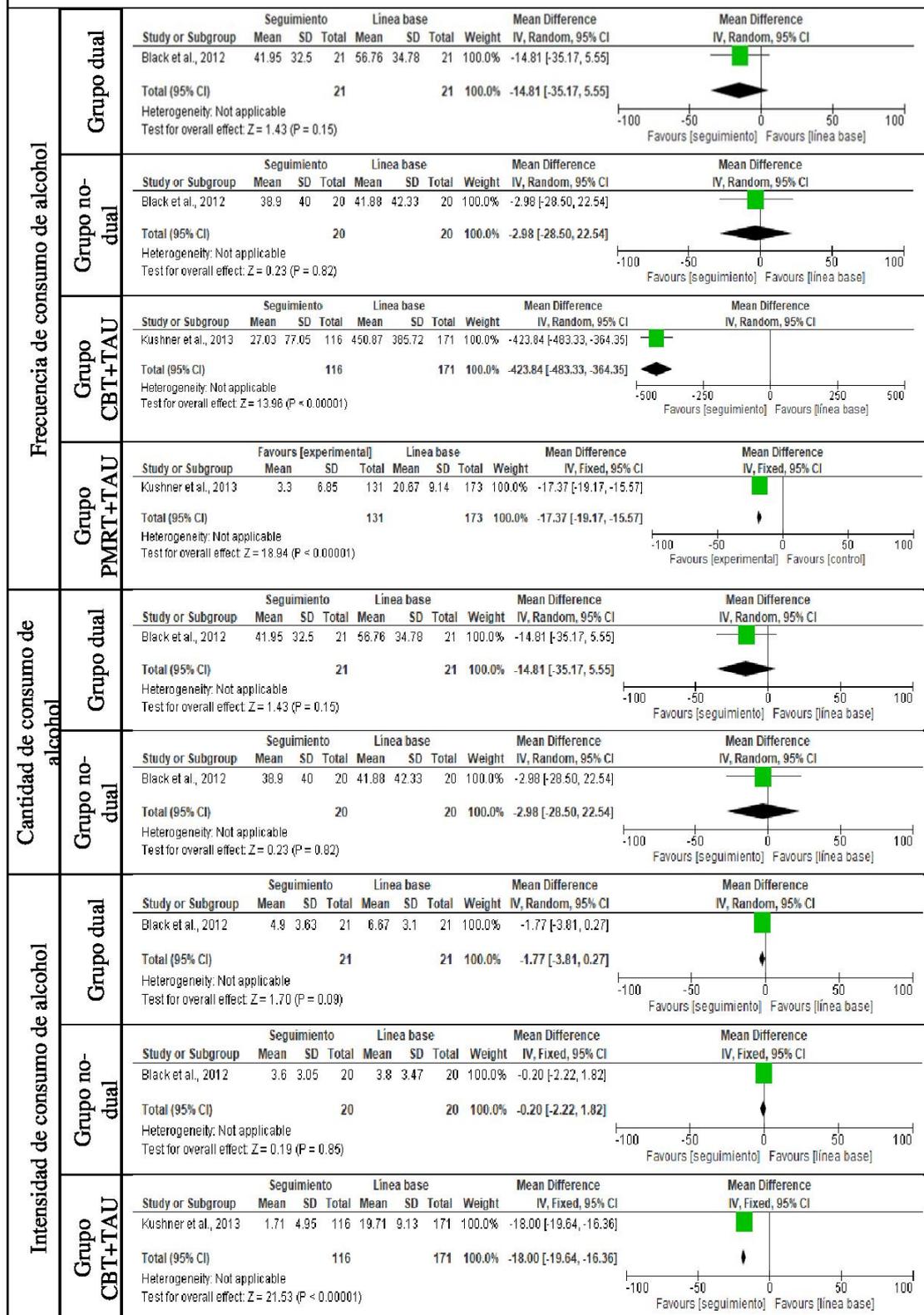
<b>Figura 2. Resumen del riesgo de sesgo de los estudios incluidos</b>								
<b>Sesgo</b>	<b>Sesgo de selección</b>		<b>Sesgo de realización</b>		<b>Sesgo de detección</b>	<b>Sesgo de desgaste</b>	<b>Sesgo de notificación</b>	<b>Otros sesgos</b>
<b>Dominio</b>	Generación de la secuencia	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes	Cegamiento del personal	Cegamiento de los evaluadores del resultado	Datos de resultado incompletos	Notificación selectiva de los resultados	Otras fuentes de sesgo
Black et al., 2012	?	?	-	-	?	?	?	-
Bowen et al., 2000	?	?	-	-	?	?	?	?
Kushner et al., 2013	?	?	-	-	?	+	?	+
Randall et al., 2001	?	?	-	-	?	?	?	+
Schadé et al., 2005	?	?	-	-	?	+	?	-
Wolitzky-Taylor et al., 2018	?	?	-	-	?	?	?	+

NOTA:  
Verde = Riesgo de sesgo bajo  
Amarillo = Riesgo de sesgo poco claro  
Rojo = Riesgo de sesgo alto

**Figura 3. Re análisis de diferencia de medias entre grupos en línea base**

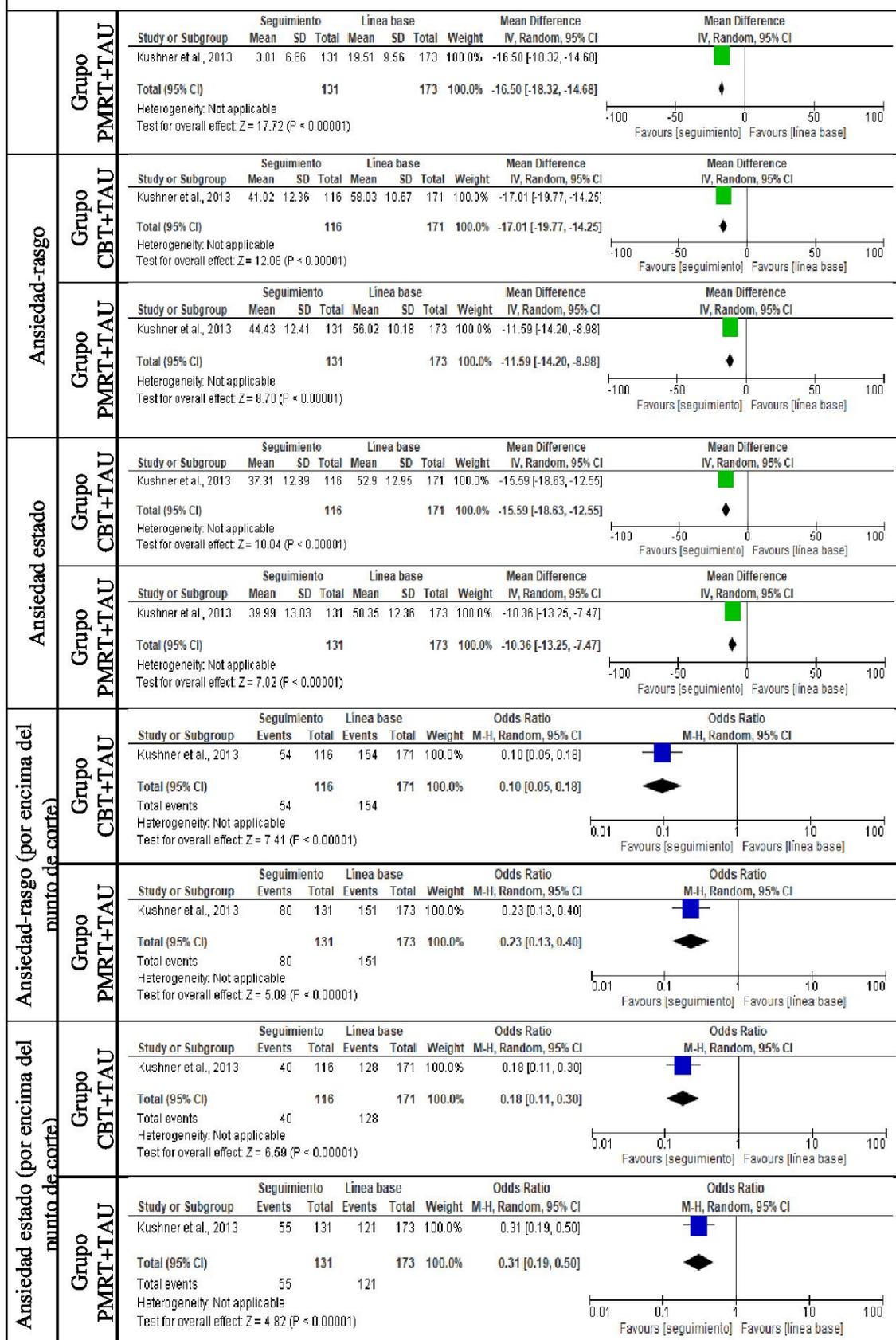


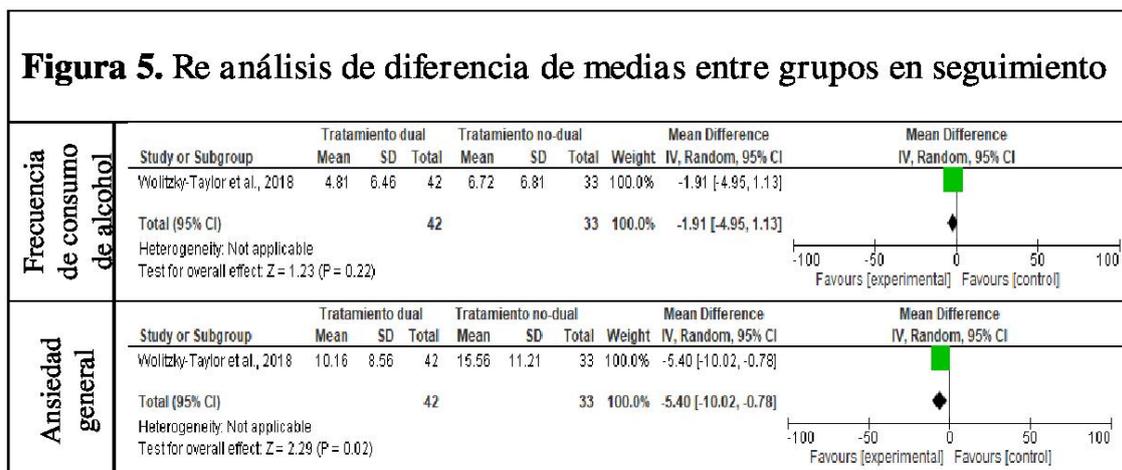
**Figura 4. Re análisis de diferencia de medias entre línea base y seguimiento**





**Figura 4. Re análisis de diferencia de medias entre línea base y seguimiento**



**Figura 5. Re análisis de diferencia de medias entre grupos en seguimiento**

**Figura 6. Resultados del meta-análisis para intensidad de consumo de alcohol**