CAPÍTULO V

Dra. C. Julia Lizeth Villarreal Mata

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-8829-0537; lizethvillarrealmata@gmail.com

Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-8937-7909; gerardo.munozm@uanl.mx

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-7197-8116; maria.alonsocs@uanl.edu.mx

Citar como: Villarreal Mata, J. L., Muñoz Maldonado, G. E., & Alonso Castillo, M. M. (Eds.). (2026). Redes de Apoyo y Tratamiento Profesional. In (Ed.), *Craving en la adicción al alcohol y drogas: fundamentos neurobiológicos, estrategias terapéuticas y perspectivas de innovación* (pp. 128–158). Editorial PLAGCIS. https://doi.org/10.69821/PLAGCIS.54.c89

Recibido: 20 Enero 2026 | Aceptado: 10 Abril 2026 | Publicado: 05 Mayo 2026

Redes de Apoyo y Tratamiento Profesional

La recuperación de los trastornos por uso de sustancias (TUS) rara vez ocurre en aislamiento. La evidencia científica acumulada durante las últimas décadas ha demostrado consistentemente que los resultados del tratamiento mejoran significativamente cuando se integran intervenciones profesionales especializadas con sistemas robustos de apoyo social, familiar y comunitario (Kelly & White, 2022). Este reconocimiento ha conducido a un cambio paradigmático desde modelos de tratamiento exclusivamente centrados en el individuo hacia modelos ecológicos que reconocen la recuperación como un proceso inherentemente relacional, contextual y sostenido en el tiempo.

El presente capítulo examina los componentes fundamentales del tratamiento profesional y las redes de apoyo para personas con TUS, organizados en tres dimensiones interrelacionadas: (1) la intervención profesional especializada, incluyendo evaluación comprehensiva, psicoterapias basadas en evidencia y tratamiento psicofarmacológico; (2) las modalidades de tratamiento (individual, grupal y residencial) con sus respectivos beneficios y enfoques terapéuticos; y (3) el papel crucial de la familia y la comunidad como sistemas de apoyo para la recuperación sostenida. Para cada componente, se presentan los fundamentos teóricos, las estrategias específicas y la evidencia empírica actualizada.

La conceptualización contemporánea de la recuperación enfatiza que esta no se reduce a la cesación del consumo, sino que implica un proceso de transformación vital más amplio. William White, pionero en el campo de los estudios de recuperación, la define como “un proceso de cambio a través del cual los individuos mejoran su salud y bienestar, viven una vida autodirigida y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial” (White, 2007). Esta definición subraya la naturaleza activa, autónoma y orientada al

crecimiento de la recuperación, trascendiendo la mera abstinencia para abarcar el florecimiento humano integral.

5.1. Intervención Profesional en el Tratamiento del *Craving*

5.1.1 Evaluación Comprehensiva del Paciente con TUS

5.1.1.1 Principios de la Evaluación Diagnóstica

La evaluación inicial constituye el fundamento sobre el cual se construye todo el plan de tratamiento. Una evaluación comprehensiva debe caracterizar no solo el patrón de uso de sustancias sino también los factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que contribuyen al mantenimiento del problema y que constituirán recursos o barreras para la recuperación. La evaluación debe ser conceptualizada como un proceso continuo que se actualiza a lo largo del tratamiento conforme emerge nueva información y cambian las circunstancias del paciente (*American Society of Addiction Medicine* [ASAM], 2023).

Los dominios esenciales de evaluación incluyen: (a) historia detallada del uso de sustancias, incluyendo sustancias primarias y secundarias, vías de administración, frecuencia, cantidad, patrón de uso (continuo vs. episódico), duración del uso problemático, períodos previos de abstinencia y circunstancias de recaídas; (b) evaluación de síntomas de intoxicación, abstinencia y *craving* actuales; (c) consecuencias del uso en múltiples dominios (salud física, salud mental, funcionamiento cognitivo, relaciones, empleo, situación legal, vivienda, finanzas); (d) historia de tratamientos previos y respuesta a los mismos; (e) evaluación de comorbilidades psiquiátricas y médicas; (f) evaluación del riesgo de suicidio y autolesión; (g) fortalezas, recursos y capital de recuperación del paciente.

Los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) para los trastornos por uso de sustancias proporcionan el marco

nosológico estándar, definiendo un continuum de gravedad (leve, moderado, severo) basado en el número de criterios cumplidos. La CIE-11 (OMS, 2019) ofrece un sistema diagnóstico alternativo que distingue entre uso nocivo y dependencia. Instrumentos estandarizados como el Addiction Severity Index (ASI), el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) y el DAST (Drug Abuse Screening Test) complementan la entrevista clínica proporcionando mediciones cuantificables que facilitan el monitoreo del progreso.

5.1.1.2 Evaluación Específica del *Craving*

Dada la centralidad del *craving* en el mantenimiento de la adicción y la predicción de recaída, su evaluación específica merece atención particular. El *craving* puede evaluarse mediante autorregistro retrospectivo (cuestionarios que preguntan sobre la intensidad y frecuencia del *craving* en un período determinado), autorregistro momentáneo (evaluación ecológica momentánea mediante aplicaciones móviles que capturan el *craving* en tiempo real), escalas visuales analógicas (EVA) durante la sesión clínica, y paradigmas de laboratorio de exposición a claves con medición de respuestas subjetivas y fisiológicas (Vafaie & Kober, 2022).

Entre los instrumentos más utilizados se encuentran: el Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) para alcohol, que evalúa componentes obsesivos (pensamientos intrusivos sobre el alcohol) y compulsivos (urgencia de consumir); el Penn Alcohol *Craving* Scale (PACS); el Questionnaire on Smoking Urges (QSU) para tabaco; el Cocaine *Craving* Questionnaire (CCQ); y medidas genéricas como el Desires for Drug Questionnaire (DDQ). La selección del instrumento debe considerar la sustancia específica, el contexto de evaluación (clínico vs. investigación), y la necesidad de capturar diferentes dimensiones del *craving* (intensidad, frecuencia, cualidad experiencial).

5.1.2 Intervenciones Psicológicas Basadas en Evidencia

5.1.2.1 Jerarquía de Evidencia y Guías Clínicas

La medicina basada en evidencia proporciona el marco para evaluar y seleccionar intervenciones psicológicas. Las revisiones sistemáticas con meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) representan el nivel más alto de evidencia. Las guías de práctica clínica, como las publicadas por el National Institute on Drug Abuse (NIDA), la American Psychological Association (APA), y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), sintetizan esta evidencia en recomendaciones clínicas graduadas según la fortaleza de la evidencia y el balance beneficio-riesgo.

Las intervenciones psicológicas con mayor respaldo empírico para TUS incluyen: Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Entrevista Motivacional (EM) y Terapia de Mejora Motivacional (MET), Manejo de Contingencias (MC), Terapia de Facilitación de 12 Pasos (TSF), Terapia Conductual de Parejas (BCT), y más recientemente, las terapias de tercera generación como ACT, DBT y MBRP (Magill et al., 2023). La selección de la intervención debe individualizarse considerando las características del paciente, sus preferencias, la sustancia de uso, la disponibilidad de recursos, y la experticia del terapeuta.

5.1.2.2 Entrevista Motivacional y Terapia de Mejora Motivacional

La Entrevista Motivacional (EM), desarrollada por William Miller y Stephen Rollnick, es un estilo de comunicación colaborativo y orientado a fortalecer la motivación y el compromiso con el cambio (Miller & Rollnick, 2013). La EM se fundamenta en el reconocimiento de que la ambivalencia hacia el cambio es normal y esperable, y que los intentos directivos de persuadir al paciente frecuentemente generan resistencia (“reactancia psicológica”) que paradójicamente refuerza el *status quo*. En lugar de argumentar a favor del

cambio, el terapeuta crea las condiciones para que el paciente articule sus propias razones para cambiar ("discurso de cambio").

Los cuatro procesos centrales de la EM son: (1) Vincular (engaging): establecer una relación de trabajo colaborativa caracterizada por empatía, aceptación y genuino interés por la perspectiva del paciente; (2) Enfocar (focusing): acordar una dirección clara para la conversación, identificando el comportamiento diana del cambio; (3) Evocar (evoking): elicitar del paciente sus propias motivaciones para el cambio, explorando valores, metas, preocupaciones y discrepancias entre la conducta actual y la vida deseada; (4) Planificar (planning): cuando el paciente está suficientemente preparado, desarrollar colaborativamente un plan de acción concreto. Las técnicas específicas incluyen preguntas abiertas, afirmaciones, escucha reflexiva y resúmenes (OARS).

El meta-análisis de Smedslund et al. (2011), basado en 59 estudios, demostró que la EM produce efectos significativos sobre el uso de sustancias comparado con ningún tratamiento, con tamaños del efecto pequeños a moderados. Los efectos fueron mayores en seguimientos cortos (post-tratamiento) que en seguimientos prolongados, sugiriendo que la EM puede ser particularmente útil como intervención inicial o complementaria. La combinación de EM con otras intervenciones activas (como TCC o manejo de contingencias) puede potenciar los efectos de ambas.

5.1.2.3 Manejo de Contingencias

El Manejo de Contingencias (MC) aplica principios del condicionamiento operante al tratamiento de las adicciones, proporcionando reforzadores tangibles contingentes a conductas objetivo verificables, típicamente abstinencia documentada mediante análisis de orina o aliento. El MC se fundamenta en la premisa de que la conducta adictiva persiste en parte porque las consecuencias reforzantes del consumo (inmediatas y confiables) superan a las consecuencias negativas (frecuentemente diferidas e

inciertas). El MC busca reequilibrar esta contingencia proporcionando reforzamiento positivo inmediato y confiable para la abstinencia (Petry, 2011).

Los protocolos típicos de MC utilizan un sistema de vales (vouchers) canjeables por bienes o servicios, o un sistema de premios basado en "pesca" (prize draws). El valor de los reforzadores generalmente se incrementa con la abstinencia sostenida (escalada) y se reinicia con evidencia de consumo, incentivando cadenas largas de abstinencia. El meta-análisis de Ainscough et al. (2017), basado en 69 ensayos controlados, demostró que el MC produce efectos significativos y robustos sobre la abstinencia durante el tratamiento, con tamaños del efecto moderados a grandes (d = 0.46-0.62 según la sustancia). Sin embargo, un desafío importante es el mantenimiento de los efectos después de la discontinuación de las contingencias.

5.1.2.4 Terapia de Facilitación de 12 Pasos

La Terapia de Facilitación de 12 Pasos (TSF, Twelve-Step Facilitation) es una intervención diseñada para facilitar la participación del paciente en programas de 12 pasos como Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA). A diferencia de simplemente "referir" al paciente a AA, la TSF trabaja activamente para superar barreras a la participación, desarrollar un compromiso con el programa, y facilitar la incorporación de los principios de 12 pasos en la vida del paciente (Nowinski et al., 1992).

El proyecto MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity), uno de los ensayos clínicos más grandes en la historia del tratamiento de adicciones, comparó TSF con TCC y MET para el tratamiento del trastorno por uso de alcohol. Los resultados demostraron que TSF fue tan efectiva como las otras intervenciones durante el tratamiento, y mostró ventajas en seguimientos a largo plazo, particularmente en la proporción de días de abstinencia completa (Project MATCH Research Group, 1997). La

revisión Cochrane actualizada de Kelly et al. (2020), basada en 27 estudios con más de 10,000 participantes, concluyó que la TSF produce tasas de abstinencia continua superiores a otras intervenciones conductuales activas, con beneficios clínicos y económicos sustanciales.

5.1.3 Tratamiento Psicofarmacológico del *Craving*

5.1.3.1 Principios del Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico de los TUS opera a través de diversos mecanismos: (a) manejo de la intoxicación aguda y las emergencias relacionadas; (b) tratamiento de la abstinencia (desintoxicación); (c) tratamiento de mantenimiento para prevenir recaída; y (d) tratamiento de comorbilidades psiquiátricas. Los medicamentos aprobados para el tratamiento de mantenimiento actúan principalmente reduciendo el *craving*, atenuando los efectos reforzantes de la sustancia, o produciendo efectos aversivos ante el consumo. La farmacoterapia debe conceptualizarse como un componente de un plan de tratamiento integral que incluye intervenciones psicosociales, no como un tratamiento aislado (SAMHSA, 2024).

Es fundamental reconocer que la respuesta a los medicamentos es variable entre individuos, y que la optimización del régimen farmacológico frecuentemente requiere ajustes iterativos basados en la respuesta clínica y los efectos secundarios. La adherencia al tratamiento farmacológico representa un desafío significativo; las tasas de discontinuación prematura son elevadas, comprometiendo la efectividad. Estrategias para mejorar la adherencia incluyen la psicoeducación sobre el mecanismo y beneficios esperados, el monitoreo regular, el abordaje de efectos secundarios, y las formulaciones de liberación prolongada o depósito cuando estén disponibles.

5.1.3.2 Farmacoterapia para el Trastorno por Uso de Alcohol

Tres medicamentos cuentan con aprobación de la FDA para el tratamiento del trastorno por uso de alcohol: disulfiram, naltrexona y acamprosato. El disulfiram (Antabuse) inhibe la aldehído deshidrogenasa, enzima que metaboliza el acetaldehído producido en el metabolismo del alcohol. La acumulación de acetaldehído produce una reacción aversiva desagradable (rubor facial, náusea, vómito, taquicardia, hipotensión) ante el consumo de alcohol. Su efectividad depende críticamente de la adherencia, que puede mejorarse mediante supervisión (Jorgensen et al., 2011).

La naltrexona, un antagonista de receptores opioides, reduce el *craving* y los efectos reforzantes del alcohol, presumiblemente bloqueando la liberación de beta-endorfinas mediada por el alcohol en el sistema de recompensa. Está disponible en formulación oral diaria (50 mg) y en formulación inyectable de liberación prolongada mensual (Vivitrol 380 mg). El meta-análisis de Jonas et al. (2014), basado en 95 ensayos con más de 15,000 participantes, encontró que la naltrexona reduce significativamente el retorno al consumo excesivo (NNT = 12) y los días de consumo excesivo.

El acamprosato (Campral) modula la neurotransmisión glutamatérgica, restaurando el equilibrio entre excitación e inhibición neuronal alterado por el uso crónico de alcohol. Se postula que reduce el *craving* asociado con la hiperexcitabilidad del sistema nervioso central durante la abstinencia temprana. El meta-análisis de Jonas et al. (2014) encontró que el acamprosato reduce el retorno a cualquier consumo (NNT = 12). Un estudio de comparación directa (COMBINE) no encontró diferencias significativas entre naltrexona y acamprosato, y su combinación no fue superior a ninguno por separado.

5.1.3.3 Farmacoterapia para el Trastorno por Uso de Opioides

El tratamiento con agonistas opioides (TAO), que incluye metadona y buprenorfina, representa el estándar de oro para el tratamiento del trastorno por uso de opioides. Estos medicamentos activan los receptores opioides mu de manera controlada y estable, eliminando los ciclos de intoxicación-abstinencia, reduciendo el *craving*, y permitiendo la estabilización funcional del paciente. El TAO reduce dramáticamente la mortalidad por sobredosis, el uso de opioides ilícitos, la transmisión de VIH y hepatitis, y la criminalidad asociada (Mattick et al., 2014).

La metadona, un agonista completo de receptores mu con vida media larga (24-36 horas), permite una dosificación diaria única. Su dispensación en Estados Unidos está restringida a programas de tratamiento con opioides (OTPs) certificados, aunque esta regulación se ha flexibilizado recientemente. La dosis óptima es individualizada, típicamente en el rango de 80-120 mg/día, y dosis subóptimas se asocian con peores resultados. La buprenorfina, un agonista parcial con "efecto techo" que limita el riesgo de depresión respiratoria, puede prescribirse desde consultorios médicos regulares, mejorando significativamente el acceso al tratamiento.

La naltrexona inyectable de liberación prolongada (Vivitrol) representa una alternativa para pacientes que prefieren un tratamiento no agonista o para quienes el TAO está contraindicado. Al bloquear completamente los receptores opioides, previene los efectos reforzantes de cualquier opioide consumido durante el período de cobertura (aproximadamente 4 semanas). El estudio X:BOT (Lee et al., 2018) comparó naltrexona inyectable con buprenorfina-naloxona y encontró efectividad comparable en quienes completaron la inducción, aunque la inducción de naltrexona fue más difícil de completar.

5.1.3.4 Farmacoterapia para Otras Sustancias

Para el trastorno por uso de tabaco, las terapias de reemplazo de nicotina (TRN) incluyen parches, chicles, pastillas, inhaladores y spray nasal. Estas proporcionan nicotina de forma controlada, reduciendo el *craving* y los síntomas de abstinencia. El bupropión (Wellbutrin), un antidepresivo que inhibe la recaptación de dopamina y norepinefrina, reduce el *craving* y los síntomas de abstinencia. La vareniclina (Chantix), un agonista parcial de receptores nicotínicos alfa4-beta2, reduce tanto el *craving* como los efectos reforzantes del tabaco y ha demostrado ser el medicamento más efectivo para dejar de fumar en comparación directa (Cahill et al., 2016).

Para estimulantes (cocaína, metanfetamina), no existen medicamentos aprobados por la FDA, aunque varios candidatos están en investigación. Los ensayos con antagonistas dopaminérgicos, agonistas parciales, moduladores glutamatérgicos, y vacunas han mostrado resultados mixtos. El topiramate, un anticonvulsivante con múltiples mecanismos de acción, ha mostrado eficacia preliminar en algunos ensayos. Para cannabis, tampoco hay medicamentos aprobados, aunque la N-acetilcisteína ha mostrado resultados prometedores en adolescentes. Esta brecha farmacológica subraya la importancia crítica de las intervenciones psicosociales para estas sustancias.

5.2. Terapia Individual, Grupal y Residencial

5.2.1 Terapia Individual

5.2.1.1 Características y Ventajas

La terapia individual proporciona un espacio confidencial para la exploración profunda de la historia personal, los patrones de uso, los desencadenantes idiosincráticos, las comorbilidades, y los recursos individuales del paciente. La relación terapéutica diádica permite una

atención completamente personalizada, la posibilidad de abordar material sensible que el paciente no se sentiría cómodo compartiendo en grupo (trauma, vergüenza, secretos), y la flexibilidad para adaptar el ritmo y las técnicas a las necesidades específicas del momento (Connors et al., 2013).

La investigación sobre la alianza terapéutica ha demostrado consistentemente que la calidad de la relación entre terapeuta y paciente es un predictor significativo de resultados en el tratamiento de adicciones, independientemente de la orientación teórica específica. La alianza terapéutica comprende tres componentes: (a) acuerdo sobre los objetivos del tratamiento, (b) acuerdo sobre las tareas y métodos para alcanzar esos objetivos, y (c) vínculo afectivo de confianza, respeto y cuidado mutuo. Meta-análisis han encontrado correlaciones moderadas (r = 0.22-0.28) entre alianza y resultados en tratamiento de TUS (Meier et al., 2005).

Las modalidades de terapia individual para TUS abarcan un amplio espectro de orientaciones teóricas. Además de las ya descritas TCC, EM, ACT y DBT, otras modalidades incluyen: terapia psicodinámica, que explora los conflictos inconscientes, las defensas y las relaciones objetales que subyacen al uso de sustancias; terapia centrada en la persona de Rogers, que enfatiza las condiciones facilitadoras del cambio (empatía, aceptación incondicional, congruencia); terapia Gestalt, que trabaja con la conciencia del aquí y ahora y la integración de partes fragmentadas del *Self*; y enfoques integradores que combinan flexiblemente técnicas de diferentes orientaciones.

5.2.1.2 Terapias Motivacionales y Enfoque Centrado en la Persona

El enfoque centrado en la persona, desarrollado por Carl Rogers, sostiene que los seres humanos poseen una tendencia inherente hacia el crecimiento y la autorrealización que puede ser facilitada (pero no dirigida) por el terapeuta. Las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico son: empatía (comprensión profunda del marco de referencia

interno del cliente), aceptación positiva incondicional (valoración del cliente como persona digna independientemente de su conducta), y congruencia (autenticidad y transparencia del terapeuta). Estas condiciones crean un clima de seguridad psicológica que permite al cliente explorar aspectos de sí mismo que ha negado o distorsionado (Rogers, 1957).

La Entrevista Motivacional, descrita anteriormente, puede conceptualizarse como la integración de los principios rogerianos con técnicas directivas específicas para evocar y fortalecer la motivación para el cambio. Miller, uno de los creadores de la EM, ha reconocido explícitamente la influencia de Rogers en el desarrollo del enfoque. La EM preserva el "espíritu" rogeriano de colaboración, aceptación y respeto por la autonomía del cliente, mientras añade una direccionalidad estratégica hacia la resolución de la ambivalencia y la movilización del cambio.

La terapia centrada en soluciones (TCS), desarrollada por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, representa otro enfoque que enfatiza las fortalezas y recursos del cliente. En lugar de analizar extensamente los problemas, la TCS se orienta hacia la construcción de soluciones, preguntando por excepciones (momentos en que el problema no ocurre o es menos severo), visualizando el futuro preferido (la "pregunta del milagro"), e identificando pequeños pasos hacia las metas. La TCS ha sido adaptada específicamente para el tratamiento de adicciones, mostrando resultados prometedores particularmente en entornos de atención primaria y como intervención breve (Kim et al., 2019).

5.2.2 Terapia Grupal

5.2.2.1 Fundamentos y Factores Terapéuticos

La terapia grupal ocupa un lugar central en el tratamiento de las adicciones, tanto por razones de costo-efectividad como por sus propiedades terapéuticas únicas que no pueden replicarse en el formato individual. Irvin

Yalom identificó 11 factores terapéuticos que operan en los grupos: (1) infundir esperanza, (2) universalidad ("no estoy solo"), (3) compartir información, (4) altruismo, (5) recapitulación correctiva del grupo familiar primario, (6) desarrollo de habilidades sociales, (7) conducta imitativa, (8) aprendizaje interpersonal, (9) cohesión grupal, (10) catarsis, y (11) factores existenciales (Yalom & Leszcz, 2020).

En el contexto específico de las adicciones, varios de estos factores adquieren particular relevancia. La universalidad proporciona alivio del estigma y el aislamiento: descubrir que otros comparten experiencias similares de vergüenza, pérdida de control, consecuencias negativas y deseo de cambio puede ser profundamente normalizador y validante. El infundir esperanza es especialmente potente cuando proviene de pares en recuperación que han atravesado experiencias similares y han logrado una vida satisfactoria sin sustancias; este testimonio encarnado tiene una credibilidad que el terapeuta profesional difícilmente puede igualar.

El aprendizaje interpersonal en el grupo proporciona un microcosmos social donde el paciente puede examinar y modificar sus patrones relacionales. Los déficits en habilidades sociales, la dificultad para establecer límites, la evitación del conflicto o su escalada agresiva, la dependencia excesiva o la contra-dependencia rígida, pueden manifestarse y trabajarse en tiempo real dentro del grupo. La retroalimentación de múltiples miembros y la posibilidad de ensayar nuevas conductas en un ambiente seguro facilitan el desarrollo de competencias interpersonales que transferirán a las relaciones fuera del grupo.

5.2.2.2 Tipos de Grupos Terapéuticos

Los grupos psicoeducativos proporcionan información estructurada sobre la naturaleza de la adicción, sus efectos en el cerebro y el cuerpo, las etapas del cambio, las estrategias de prevención de recaídas, y otros temas relevantes. El formato es primariamente didáctico, con oportunidades para

preguntas y discusión. Estos grupos son particularmente útiles en las etapas tempranas del tratamiento para establecer un marco conceptual compartido y para programas intensivos ambulatorios o residenciales con rotación continua de participantes.

Los grupos de habilidades se enfocan en el aprendizaje y la práctica de competencias específicas para el afrontamiento del *craving*, el manejo del estrés, la regulación emocional, la comunicación asertiva, la solución de problemas, y la prevención de recaídas. El formato típicamente incluye instrucción didáctica breve, modelado por el facilitador o grabaciones, ensayo conductual (*role-playing*) entre participantes, retroalimentación del grupo, y asignación de práctica entre sesiones. Los módulos de entrenamiento en habilidades de DBT ejemplifican este formato.

Los grupos de proceso interpersonal, más cercanos al modelo de Yalom, enfatizan la exploración de la dinámica relacional que emerge espontáneamente en el aquí y ahora del grupo. El foco está en las interacciones entre los miembros, los patrones que se repiten, las transferencias, las reacciones emocionales evocadas, y la retroalimentación interpersonal. Este tipo de grupo requiere mayor capacitación del facilitador y mayor estabilidad de la membresía, y es más apropiado para fases posteriores del tratamiento o programas prolongados.

5.2.2.3 Evidencia de Eficacia de la Terapia Grupal

El meta-análisis de Weiss et al. (2004) sobre terapia grupal para TUS encontró efectos significativos comparado con condiciones de control, aunque sin diferencias significativas respecto a la terapia individual. La revisión de Orchowski y Johnson (2012) sobre terapia grupal cognitivo-conductual para TUS en mujeres encontró evidencia de efectividad, particularmente cuando se adaptaba para abordar temas específicos de género como trauma, roles, relaciones y parentalidad. El meta-análisis de Lo Coco et al. (2019) confirmó que la terapia grupal es efectiva para TUS, y

que la cohesión grupal es un predictor significativo de resultados, consistente con la teoría de Yalom.

5.2.3 Tratamiento Residencial

5.2.3.1 Indicaciones y Niveles de Cuidado

El sistema de criterios de ubicación de la American Society of Addiction Medicine (ASAM) proporciona un marco para determinar el nivel de cuidado apropiado basado en la evaluación de seis dimensiones: (1) intoxicación/potencial de abstinencia, (2) condiciones médicas, (3) condiciones emocionales/conductuales, (4) disposición al cambio, (5) recaídapotencial de uso continuo, y (6) ambiente de recuperación. El tratamiento residencial está indicado cuando la severidad en una o más dimensiones requiere un entorno estructurado 24 horas que no puede proporcionarse ambulatoriamente (ASAM, 2023).

Los niveles de tratamiento residencial incluyen: Nivel 3.1 (residencial de baja intensidad), que proporciona al menos 5 horas de servicios clínicos semanales en un entorno de vida estructurado; Nivel 3.5 (residencial de alta intensidad), con servicios clínicos diarios y supervisión 24 horas; Nivel 3.7 (residencial con manejo médico), que añade capacidad de monitoreo médico y enfermería; y Nivel 4.0 (tratamiento intensivo hospitalario), reservado para condiciones médicas o psiquiátricas agudas que requieren servicios hospitalarios completos.

Las indicaciones típicas para tratamiento residencial incluyen: múltiples intentos fallidos de tratamiento ambulatorio; entorno de vida con alta exposición a sustancias, personas que consumen, o conflicto severo; comorbilidad psiquiátrica que requiere estabilización intensiva; ausencia de apoyo social para sostener la recuperación ambulatoria; y necesidad de alejamiento geográfico de circunstancias de alto riesgo. La duración del tratamiento residencial tradicionalmente era de 28-30 días, aunque

programas más prolongados (90 días o más) muestran mejores resultados a largo plazo para pacientes con mayor severidad.

5.2.3.2 Componentes del Tratamiento Residencial

Un programa residencial comprehensivo típicamente integra múltiples modalidades: terapia individual regular, terapia grupal diaria (grupos de proceso, grupos de habilidades, grupos psicoeducativos), evaluación y tratamiento médico, evaluación y tratamiento psiquiátrico, actividades de 12 pasos o alternativas seculares, terapia ocupacional y recreativa, servicios de trabajo social (planificación del alta, vinculación con recursos comunitarios), servicios espirituales/capellanía para quienes lo deseen, y educación y terapia familiar.

El ambiente terapéutico ("*milieu*") del programa residencial constituye en sí mismo un agente de cambio. La estructura y rutina proporcionan predictibilidad y seguridad para un sistema nervioso desregulado. La separación del ambiente de uso permite la interrupción de patrones condicionados y la experiencia de que la vida sin sustancias es posible. La comunidad de pares proporciona apoyo, validación, confrontación constructiva, y modelos de recuperación. Las reglas y expectativas claras establecen límites que pueden haber estado ausentes en la vida del paciente, mientras que el apoyo incondicional proporciona la base segura desde la cual explorar el cambio.

Las comunidades terapéuticas (CTs) representan un modelo distintivo de tratamiento residencial de larga duración (6-12 meses o más), originado en los años 1950s-60s con programas como Synanon, Daytop y Phoenix House. Las CTs conceptualizan la adicción como un "desorden de toda la persona" y el tratamiento como un proceso de resocialización y desarrollo del carácter. La comunidad de pares es el principal agente de cambio, con roles de autoridad progresivamente asumidos por residentes senior. El confronto constructivo de conductas desadaptativas es una técnica característica. La

revisión de De León (2000) documenta la efectividad de las CTs, particularmente para individuos con mayor severidad y múltiples problemas asociados.

5.2.3.3 Evidencia y Consideraciones sobre Tratamiento Residencial

La investigación comparativa sobre tratamiento residencial vs. ambulatorio ha producido resultados matizados. El estudio Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) y sus predecesores (TOPS, DARP) demostraron que el tratamiento residencial de larga duración se asocia con mejores resultados, aunque estos estudios observacionales tienen limitaciones metodológicas. El meta-análisis de Reif et al. (2014) encontró que el tratamiento residencial es efectivo, aunque no necesariamente superior al tratamiento ambulatorio intensivo para pacientes comparables. Esto sugiere que el emparejamiento entre nivel de cuidado y necesidades del paciente es crucial.

La transición del tratamiento residencial a la comunidad representa un período de alto riesgo para la recaída. La planificación del alta debe comenzar desde el ingreso e incluir: vinculación con tratamiento ambulatorio de seguimiento, conexión con grupos de apoyo comunitarios (AA-NA, SMART Recovery), estrategias para el manejo de situaciones de alto riesgo identificadas, desarrollo de una red de apoyo sobria, planificación de vivienda segura, y abordaje de necesidades prácticas (empleo, transporte, cuidado infantil). El “continuing care” o cuidado continuo después del episodio de tratamiento intensivo ha demostrado mejorar significativamente los resultados a largo plazo (McKay, 2009).

5.3. El Papel de la Familia y la Comunidad

5.3.1 La Familia como Sistema

5.3.1.1 Conceptualización Sistémica de la Adicción

La perspectiva sistémica familiar conceptualiza la adicción no como un problema individual sino como un fenómeno que ocurre, se mantiene y se resuelve en el contexto de las relaciones familiares. La familia es vista como un sistema cibernético donde las conductas de cada miembro influyen y son influidas por las conductas de los demás en patrones circulares de retroalimentación. Desde esta perspectiva, el uso de sustancias puede cumplir funciones homeostáticas dentro del sistema familiar, y los intentos de cambio individual pueden ser contrarrestados por fuerzas sistémicas que buscan mantener el equilibrio (Steinglass et al., 1987).

Los conceptos clave de la teoría sistémica aplicados a las adicciones incluyen: codependencia, un patrón de conductas en los familiares que, aunque bien intencionadas, inadvertidamente permiten, refuerzan o perpetúan el uso de sustancias ("enabling"); roles familiares disfuncionales como el "héroe", el "chivo expiatorio", el "niño perdido" y el "mascota", que los miembros asumen para adaptarse a la disfunción familiar; triangulación, donde un tercero (frecuentemente un hijo) es involucrado en los conflictos de la díada parental, desviando la atención del problema real; y transmisión intergeneracional, donde patrones de adicción, trauma y disfunción se repiten a través de generaciones.

La evidencia empírica ha confirmado que la adicción tiene profundos efectos sobre el sistema familiar. Los familiares de personas con TUS experimentan tasas elevadas de ansiedad, depresión, estrés crónico, problemas de salud física, y deterioro de su propio funcionamiento. Los hijos de padres con adicciones tienen mayor riesgo de desarrollar TUS, problemas de salud mental, dificultades académicas y conductuales, y patrones relacionales

disfuncionales en la adultez. Estos hallazgos subrayan tanto la necesidad de involucrar a las familias en el tratamiento como de proporcionar servicios específicos para familiares afectados (Lander et al., 2013).

5.3.1.2 Terapia Familiar y de Parejas

La Terapia Conductual de Parejas (BCT, *Behavioral Couples Therapy*), desarrollada por Timothy O´Farrell, es la intervención de parejas con mayor respaldo empírico para TUS. La BCT incluye componentes específicos para la adicción (contrato de recuperación, apoyo para medicación, manejo de situaciones de riesgo) y componentes generales de terapia de pareja (comunicación, solución de problemas, incremento de actividades positivas compartidas). Los meta-análisis demuestran que la BCT produce mejores resultados tanto en el uso de sustancias como en el funcionamiento de la relación comparado con el tratamiento individual (Powers et al., 2008).

La Terapia Familiar Multidimensional (MDFT, Multidimensional Family Therapy), desarrollada por Howard Liddle, es una intervención comprehensiva para adolescentes con TUS que trabaja simultáneamente en múltiples dominios: el adolescente individual, los padres, la familia como sistema, y los sistemas externos (escuela, pares, comunidad). La MDFT ha demostrado efectividad superior a terapia grupal de pares y tratamiento residencial en múltiples ensayos, con efectos que se mantienen y potencian en seguimientos a largo plazo (Liddle et al., 2018).

La Intervención de Reforzamiento Comunitario y Entrenamiento Familiar (CRAFT, *Community Reinforcement and Family Training*), desarrollada por Robert Meyers, es una intervención para familiares preocupados por un ser querido con TUS que actualmente no está en tratamiento. CRAFT entrena a los familiares en técnicas para: mejorar su propio bienestar, incrementar la probabilidad de que el ser querido busque tratamiento, y dejar de “habilitar” el uso. Los estudios demuestran que CRAFT logra involucrar al ser querido en tratamiento en 64-74% de los casos, significativamente más que

intervenciones de confrontación tipo "intervención" o grupos Al-Anon tradicionales (Roozen et al., 2010).

5.3.2 Estrategias de Apoyo Familiar

5.3.2.1 Psicoeducación Familiar

La psicoeducación para familiares proporciona información sobre la naturaleza de la adicción como un trastorno crónico con base neurobiológica, los efectos de diferentes sustancias, las señales de recaída, las estrategias de respuesta ante el consumo, y los recursos disponibles. Esta información ayuda a los familiares a comprender conductas que pueden parecer incomprensibles ("¿Por qué sigue consumiendo si ve cuánto daño hace?"), a reducir la culpa y el estigma, y a desarrollar expectativas realistas sobre el proceso de recuperación.

Es importante que la psicoeducación aborde los mitos comunes sobre la adicción: que es simplemente una cuestión de "fuerza de voluntad" o "debilidad moral", que el tratamiento "funciona" o "no funciona" en términos binarios, que la recaída indica fracaso del tratamiento, o que los familiares pueden "hacer que" la persona deje de consumir si se esfuerzan lo suficiente. Entender la adicción como una condición crónica recurrente, análoga a la diabetes o la hipertensión, ayuda a los familiares a adoptar una perspectiva de largo plazo y a reducir la frustración y la desesperanza ante los retrocesos inevitables.

5.3.2.2 Establecimiento de Límites Saludables

El establecimiento de límites saludables es fundamental para el bienestar de los familiares y paradójicamente puede facilitar la recuperación del ser querido. Los límites definen qué conductas son aceptables y cuáles no, y especifican las consecuencias que seguirán si los límites son violados. Ejemplos incluyen: no proporcionar dinero que pueda usarse para comprar sustancias, no mentir o encubrir las consecuencias del uso, no permitir

conductas abusivas o violentas, y no descuidar el propio autocuidado para "rescatar" al ser querido.

El concepto de "desapego amoroso" promueve la idea de que los familiares pueden continuar amando a la persona mientras se separan emocionalmente de su enfermedad y sus conductas destructivas. Esto implica reconocer los límites de lo que puede controlarse (solo las propias acciones, no las del otro), soltar la responsabilidad por las elecciones del ser querido adulto, y permitir que experimente las consecuencias naturales de su uso sin intentar rescatarlo constantemente. Este enfoque requiere considerable apoyo, ya que puede evocar intensos sentimientos de culpa, miedo y lealtades conflictivas.

5.3.2.3 Autocuidado de los Familiares

El autocuidado de los familiares no es un lujo sino una necesidad. El estrés crónico de vivir con la adicción de un ser querido cobra un precio significativo en la salud física y mental de los familiares. Estrategias de autocuidado incluyen: mantener las propias actividades, relaciones y fuentes de satisfacción independientes del ser querido; establecer límites de tiempo y energía dedicados a "el problema"; practicar técnicas de manejo del estrés; buscar apoyo profesional individual cuando sea necesario; y conectar con otros que comparten experiencias similares.

Los programas de 12 pasos para familiares, como Al-Anon (para familiares de alcohólicos) y Nar-Anon (para familiares de adictos a otras sustancias), proporcionan un espacio de apoyo mutuo donde los familiares pueden compartir experiencias, aprender de otros que han atravesado situaciones similares, y trabajar su propio programa de recuperación. El enfoque de estos programas en "los tres C" (no lo Causé, no puedo Controlarlo, no puedo Curarlo) ayuda a los familiares a liberarse de la culpa y la responsabilidad excesiva por la adicción de su ser querido.

5.3.3 Grupos de Autoayuda y Redes Comunitarias

5.3.3.1 Programas de 12 Pasos

Alcohólicos Anónimos (AA), fundado en 1935 por Bill Wilson y Bob Smith, es el programa de recuperación de adicciones más conocido y extendido globalmente. AA define el alcoholismo como una "enfermedad" de naturaleza física, mental y espiritual, y propone un programa de recuperación basado en los 12 pasos y las 12 tradiciones. Los pasos incluyen la admisión de impotencia ante el alcohol, la creencia en un Poder Superior como fuente de sanación, el inventario moral, la confesión, la reparación de daños, y el servicio a otros. Las tradiciones establecen principios de organización que han permitido la supervivencia y expansión del movimiento (*Alcoholics Anonymous*, 2001).

La evidencia científica sobre la efectividad de AA y otros programas de 12 pasos es substancial. La revisión Cochrane de Kelly et al. (2020), basada en 27 estudios y más de 10,000 participantes, concluyó que la facilitación de 12 pasos (TSF) y la referencia a AA/grupos relacionados producen tasas de abstinencia continua significativamente superiores a otras intervenciones conductuales comparadas, con tamaños del efecto clínicamente significativos. Los mecanismos propuestos incluyen el apoyo social de una comunidad de pares en recuperación, el cambio de identidad de "adicto activo" a "adicto en recuperación", la adquisición de habilidades de afrontamiento, y los beneficios espirituales y existenciales del programa.

5.3.3.2 Alternativas Seculares a los 12 Pasos

Para personas que no se identifican con el marco espiritual o no se sienten cómodas con ciertos aspectos de los programas de 12 pasos, han surgido alternativas seculares. SMART Recovery (*Self-Management and Recovery Training*) es un programa basado en principios científicos de TCC y terapia racional-emotiva. Sus cuatro puntos centrales son: construir y mantener

motivación, afrontar urgencias, manejar pensamientos-sentimientos-conductas, y vivir una vida balanceada. SMART utiliza reuniones de apoyo mutuo facilitadas por voluntarios entrenados, complementadas con herramientas y recursos en línea.

Otras alternativas incluyen: *LifeRing Secular Recovery*, que enfatiza la sobriedad como elección personal, el apoyo entre pares, y la abstinencia de todas las sustancias; *Secular Organizations for Sobriety* (SOS), también conocido como *Save Our Selves;* y *Refuge Recovery/Recovery Dharma*, programas basados en principios budistas que enmarcan la adicción como resultado del apego y el *craving*, y la recuperación como un camino de práctica de mindfulness, meditación y ética. La disponibilidad de estas alternativas varía geográficamente; las reuniones en línea han expandido significativamente el acceso.

5.3.3.3 Consejería y Apoyo de Pares

El movimiento de recuperación ha enfatizado crecientemente el valor de los "pares de recuperación" (peer support specialists), personas en recuperación estable que reciben entrenamiento para proporcionar apoyo a otros en diferentes etapas del proceso. Los pares aportan experiencia vivida que genera credibilidad y conexión inmediatas, modelan que la recuperación es posible, proporcionan apoyo práctico y emocional, y ayudan a navegar los sistemas de tratamiento y servicios. La investigación emergente sugiere que los servicios de pares mejoran la vinculación con tratamiento, la retención, los resultados de recuperación, y la satisfacción con los servicios (Reif et al., 2014).

La consejería en adicciones como profesión ha evolucionado desde los orígenes del campo, cuando muchos consejeros eran primariamente personas en recuperación con entrenamiento mínimo, hacia una profesión regulada con credenciales formales, requisitos educativos, y estándares éticos. El consejero en adicciones contemporáneo combina idealmente

competencia clínica basada en evidencia con las cualidades relacionales y, cuando aplica, la perspectiva experiencial de la recuperación personal. La certificación como Consejero de Alcohol y Drogas (CAD) o credenciales equivalentes requiere educación, supervisión clínica y exámenes.

5.3.3.4 Redes Comunitarias y Capital de Recuperación

El concepto de "capital de recuperación", desarrollado por William White y colaboradores, se refiere al conjunto de recursos internos y externos que pueden ser movilizados para iniciar y sostener la recuperación de la adicción. El capital de recuperación incluye cuatro dimensiones: capital social (relaciones, apoyo comunitario, pertenencia a grupos prosociales); capital físico (recursos financieros, vivienda estable, transporte, empleo); capital humano (educación, habilidades, salud física y mental, autoeficacia); y capital cultural (valores, creencias, conexión con tradiciones y comunidades culturales que apoyan la recuperación) (White & Cloud, 2008).

Las comunidades de recuperación ("*recovery communities*") han emergido como una fuerza organizadora que trasciende los grupos de ayuda mutua individuales. Organizaciones como *Faces and Voices of Recovery* en Estados Unidos promueven la recuperación como una realidad positiva, combaten el estigma, y abogan por políticas que apoyen a las personas en recuperación. Las *recovery community organizations* (RCOs) proporcionan múltiples servicios: centros de recuperación comunitarios, vivienda de recuperación, programas de empleo, eventos sociales libres de sustancias, y oportunidades de voluntariado y servicio.

La vivienda de recuperación ("*recovery housing*", "*sober living homes*", "*Oxford Houses*") proporciona entornos de vida seguros, estructurados y libres de sustancias para personas en recuperación temprana. Los residentes típicamente comparten responsabilidades domésticas, asisten a reuniones de recuperación, se apoyan mutuamente en la sobriedad, y trabajan o estudian. La investigación sobre *Oxford Houses*, una red de más

de 2,000 casas de recuperación autogobernadas democráticamente ha demostrado que la residencia se asocia con menor uso de sustancias, mayor empleo y menor encarcelamiento en seguimientos de largo plazo (Jason et al., 2007).

5.4 Conclusiones

El tratamiento efectivo de los trastornos por uso de sustancias requiere un abordaje comprehensivo que integre intervenciones profesionales basadas en evidencia con sistemas robustos de apoyo familiar y comunitario. La evaluación inicial detallada, seguida de intervenciones psicológicas y farmacológicas apropiadas, proporciona la base clínica. Las diferentes modalidades de tratamiento (individual, grupal, residencial) ofrecen contextos complementarios para el trabajo terapéutico. Y las redes de apoyo familiar y comunitario proporcionan el sustrato relacional y social sin el cual la recuperación sostenida es difícil de alcanzar.

El paradigma emergente de la recuperación enfatiza que esta es un proceso a largo plazo que se extiende mucho más allá del episodio de tratamiento formal. La construcción de capital de recuperación (recursos personales, sociales y comunitarios) es tan importante como la reducción de síntomas. Las comunidades de recuperación, los grupos de apoyo mutuo, los servicios de pares, y las familias informadas y empoderadas constituyen el ecosistema en el cual la recuperación puede florecer. El profesional clínico opera dentro de este ecosistema más amplio, aportando experticia especializada mientras reconoce que la recuperación finalmente ocurre en la vida cotidiana de las personas, sus relaciones y sus comunidades.

Referencias

Ainscough, T. S., McNeill, A., Strang, J., Calder, R., & Brose, L. S. (2017). Contingency management interventions for non-prescribed drug use during treatment for opiate addiction: A systematic review and meta-analysis. Drug

and Alcohol Dependence, 178, 318-339. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.028

Alcoholics Anonymous. (2001). Alcoholics Anonymous: The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism (4th ed.). Alcoholics Anonymous World Services.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Society of Addiction Medicine. (2023). The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions (4th ed.). ASAM.

Cahill, K., Lindson-Hawley, N., Thomas, K. H., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, CD006103. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub7

Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasquez, M. M., & Donovan, D. M. (2013). Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions (2nd ed.). Guilford Press.

De Leon, G. (2000). The therapeutic community: Theory, model, and method. Springer Publishing.

Jason, L. A., Olson, B. D., Ferrari, J. R., & Lo Sasso, A. T. (2007). Communal housing settings enhance substance abuse recovery. American Journal of Public Health, 96(10), 1727-1729. https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.070839

Jonas, D. E., Amick, H. R., Feltner, C., et al. (2014). Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: A systematic review and meta-analysis. JAMA, 311(18), 1889-1900. https://doi.org/10.1001/jama.2014.3628

Jørgensen, C. H., Pedersen, B., & Tønnesen, H. (2011). The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 35(10), 1749-1758. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01523.x

Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD012880. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2

Kelly, J. F., & White, W. L. (Eds.). (2022). Addiction recovery management: Theory, research, and practice. Springer.

Kim, J. S., Brook, J., & Akin, B. A. (2019). Solution-focused brief therapy with substance-using individuals: A randomized controlled trial study. Research on Social Work Practice, 28(4), 452-462. https://doi.org/10.1177/1049731516650517

Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. Social Work in Public Health, 28(3-4), 194-205. https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005

Lee, J. D., Nunes, E. V., Novo, P., et al. (2018). Comparative effectiveness of extended-release naltrexone versus buprenorphine-naloxone for opioid relapse prevention (X:BOT): A multicentre, open-label, randomised controlled trial. The Lancet, 391(10118), 309-318. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32812-X

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., & Alberga, L. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. Journal of

Substance Abuse Treatment, 90, 47-56. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.04.011

Lo Coco, G., Melchiori, F., Oieni, V., Infurna, M. R., Strauss, B., Schwartze, D., ... & Gullo, S. (2019). Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. Journal of Substance Abuse Treatment, 99, 104-116. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.016

Magill, M., Helmick, E. C., Lynch-Gadaleta, K., Allen, B., Kiluk, B. D., & Ray, L. A. (2023). Efficacy of cognitive behavioral therapy for alcohol and other drug use disorders: Is a one-size-fits-all approach appropriate? Substance Abuse and Rehabilitation, 14, 1-11. https://doi.org/10.2147/SAR.S362864

Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, CD002207. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002207.pub4

McKay, J. R. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. Journal of Substance Abuse Treatment, 36(2), 131-145. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.004

Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. Addiction, 100(3), 304-316. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change (3rd ed.). Guilford Press.

Nowinski, J., Baker, S., & Carroll, K. M. (1992). Twelve step facilitation therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. NIAAA.

Orchowski, L. M., & Johnson, J. E. (2012). Efficacy of group treatments for alcohol use disorders: A review. Current Drug Abuse Reviews, 5(2), 148-157. https://doi.org/10.2174/1874473711205020148

Petry, N. M. (2011). Contingency management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidence-based practice. Routledge.

Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 28(6), 952-962. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.002

Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol, 58(1), 7-29.

Reif, S., Braude, L., Lyman, D. R., et al. (2014). Peer recovery support for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. Psychiatric Services, 65(7), 853-861. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400047

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 21(2), 95-103. https://doi.org/10.1037/h0045357

Roozen, H. G., de Waart, R., & van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. Addiction, 105(10), 1729-1738. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x

SAMHSA. (2024). Medications for opioid use disorder. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 63. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., et al. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, CD008063. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub2

Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S. J., & Reiss, D. (1987). The alcoholic family. Basic Books.

Vafaie, N., & Kober, H. (2022). Association of drug cues and *craving* with drug use and relapse: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry, 79(7), 641-650. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1240

Weiss, R. D., Jaffee, W. B., de Menil, V. P., & Cogley, C. B. (2004). Group therapy for substance use disorders: What do we know? Harvard Review of Psychiatry, 12(6), 339-350. https://doi.org/10.1080/10673220490905723

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. Journal of Substance Abuse Treatment, 33(3), 229-241. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015

White, W. L., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. Counselor, 9(5), 22-27.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). The theory and practice of group psychotherapy (6th ed.). Basic Books.