

Tendencias actuales en el tratamiento de la dependencia alcohólica

ANTONIO GARCIA-ESTRADA PEREZ*, RAMON GARCIA MARCO**

RESUMEN

Una revisión de los trabajos publicados en los últimos 10 años acerca del tratamiento de la adicción alcohólica sugiere que:

1. La duración de los programas de tratamiento en régimen de hospitalización no tiene influencia alguna sobre los resultados a largo plazo.
2. Existe una proporción de pacientes que pueden continuar bebiendo de una forma controlada.
3. No hay evidencia de que ningún tipo de tratamiento sea globalmente más efectivo que otro.

SUMMARY

A revision of papers published in the last ten years about the treatment of alcohol addiction suggests that:

1. The duration of in-patient treatment programmes does not have any influence on the long-term results.
2. There is a proportion of patients that can continue drinking in a controlled way.
3. There is no evidence that any treatment is globally more effective than other.

PALABRAS CLAVE: Alcoholismo, tratamiento recibido.

* Médico Adjunto del Departamento de Psiquiatría del Hospital General y Clínico de Tenerife.

** Jefe Clínico del Departamento de Psiquiatría del Hospital General y Clínico de Tenerife.
Dirección: Antonio García-Estrada Pérez. Departamento de Psiquiatría del Hospital General y Clínico de Tenerife.

El problema de la adicción al alcohol, continuamente presente en nuestra práctica diaria, tanto a nivel de consulta como con el paciente hospitalizado, invariablemente nos lleva a enfrentarnos con el alcohólico con un cierto sentimiento de impotencia que muchas veces se convierte en impaciencia e incluso rechazo, sobre todo cuando se trata de un paciente que ya ha recaído varias veces a pesar de nuestros esfuerzos terapéuticos. De hecho, el tratamiento de la adicción al alcohol (y no me refiero a las psicosis alcohólicas ni a las complicaciones somáticas del alcoholismo), sigue siendo un campo poco claro en el que se entremezclan múltiples variables que afectan al curso y pronóstico de la enfermedad.

Prácticamente se han ensayado todo tipo de terapias, que van desde el psicoanálisis a las terapias aversivas, desde los grupos de toma de conciencia hasta la psicofarmacología, y a veces todas a la vez, y siempre con resultados variables, y a pesar de que diversos autores aleguen excelentes resultados con un tipo u otro de método terapéutico, pocos trabajos de investigación publicados resisten un escrutinio cuidadoso desde el punto de vista metodológico (Ends y Page, 1957; Glatt, 1961; Jensen, 1962; Jensen y Ramsay, 1963; Charnoff, 1963; Clancy, 1965; Aharan, 1967; Bateman y Peterson, 1971; Fitzgerald, 1971; Bhakta, 1971).

En los últimos años, y gracias a la importancia que ha cobrado la investigación en el campo del alcoholismo, sobre todo en los Estados Unidos, van emergiendo nuevos datos que, poco a poco, aportan nuevas ideas y a veces destruyen viejos dogmas. La mayoría de los trabajos publicados sobre evaluación de tratamientos para el alcoholismo en los últimos diez años coinciden en varios puntos fundamentales, que enumeraré brevemente para más tarde analizarlos con más detenimiento:

1.º El tiempo de estancia en un establecimiento hospitalario no guarda relación con los resultados a largo plazo del tratamiento, y, de hecho, muchos estudios sugieren que cuanto más breve sea esta estancia mejores son los resultados.

2.º En una población alcohólica determinada existe una proporción más o menos alta de pacientes que son capaces de seguir bebiendo de una manera controlada, lo que va en contra del dogma clásico de considerar la abstinencia total como la única meta terapéutica posible.

3.º No existe evidencia de que ningún

tipo de tratamiento sea globalmente más efectivo que otro.

Para ilustrar el primer punto voy a mencionar algunos trabajos recientes que tratan de evaluar la relación existente entre duración de la hospitalización y el porcentaje de recuperación.

Kish y cols., en 1980, compararon dos programas de tratamiento, uno de 84 días y otro de 60 días, sin encontrar diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a resultados terapéuticos.

Page y cols. (1979) compararon un programa de tres semanas con otro de cinco, con parecidos resultados.

Anderson y Ray (1977) llegan aún más lejos, al encontrar una relación inversa entre el número de días que ha durado el tratamiento y el éxito del mismo. En este trabajo los autores dividieron a sus sujetos en tres grupos de acuerdo con su evolución, a saber, abstinentes o pacientes que no habían vuelto a beber y que formaban el 38% de la muestra; bebedores no destructivos, o sea, que seguían bebiendo pero de forma controlada y sin sufrir efectos adversos (44% de la muestra) y pacientes reincidentes que seguían bebiendo en exceso y que constituían el 18% de la muestra. Los mismos autores (1981) hacen un estudio de seguimiento de 5 años con una muestra de 106 alcohólicos varones, de los que 24 habían muerto, 37% mantenían la abstinencia, 34% entraban en la categoría de bebedores no-destructivos y 29% habían recaído.

Willems, Letamendia y Arroyave (1973), en un estudio muy interesante, siguieron durante dos años a dos grupos de alcohólicos, uno tratado en un hospital durante 20 días y el otro durante 82 días, concluyendo que el porcentaje de pacientes recuperados al cabo de los dos años difería muy poco en los dos grupos.

Otros estudios que llegan a las mismas conclusiones son los de Stein y cols. (1975) y de Mosher y cols. (1975), en los que se comparaban programas de 9 y 30 días sin que la prolongación de la estancia en el hospital se tradujera en un mayor índice de recuperación. En el cuadro (1) se exponen tanto el método utilizado en estos tres estudios como los resultados obtenidos.

Booth (1981) confirma estos hallazgos al estudiar la evolución de un grupo de residentes de una «casa a medio camino» para alcohólicos. Mientras que las implicaciones teóricas de estos datos no están claras, las implicaciones positivas, pragmáticas, como el

CUADRO 1

AUTORES	CARACTERÍSTICAS	METODO	RESULTADOS (% recuperación)
Willems y cols.	38 ptas. - 20 días 31 ptas. - 82 días Todos varones Edad media: 45 Excluidos: psicosis	Grupos abiertos Alcohólicos anónimos Sesiones de apoyo en régimen ambulatorio	A los 12 meses: Corta estancia: 29% Larga estancia: 44% A los 24 meses: Corta estancia: 39% Larga estancia: 54%
Stein y cols.	29 ptas. - 9 días 29 ptas. - 30 días Todos varones Edad media: 43 Excluidos: psicosis	Detoxificación Grupos de discusión, A.A., charlas	A los 13 meses: Corta estancia: 38% Larga estancia: 35%
Mosher y cols.	105 ptas. - 9 días 29 ptas. - 30 días 20% mujeres 80% hombres Edad media: 40 Excluidos: psicosis	Terapia de grupo A.A., entrevistas individuales de apoyo	A los 3 meses: Corta estancia: 35% Larga estancia: 32% A los 6 meses: Corta estancia: 18% Larga estancia: 23%

menor costo del tratamiento al acortar el tiempo de hospitalización, son obvias (Kish y cols., 1980).

Sin embargo, Baekeland y cols. (1975) y Sheehan y cols. (1981) encuentran una relación positiva entre la duración del tratamiento con la abstinencia futura del paciente.

Bremer y Janas (1980) encuentran un porcentaje de total abstinencia del 23% después de un programa de 4, 5 meses en el que se incluían terapia ocupacional, sesiones de grupo, entrevistas individuales, relajación autógena y terapia familiar.

En la actualidad la tendencia general es a elaborar programas terapéuticos más cortos y de gran intensidad como el que describen Müller y cols. (1982).

Pasando al segundo punto, que trata de la posibilidad de que cierto número de alcohólicos podrían volver a beber moderadamente, existen también muchos trabajos publicados al respecto. Dos de estos estudios han marcado un hito, no sólo por su extensión y rigor científico, sino también por haber suscitado una amplia polémica a nivel mundial; se trata de los trabajos de Armor, Polich y Stambul (1976) y de Polich, Armor y Braiker (1980), miembros de la Rand Corporation de los Estados Unidos, que realizaron el estudio por encargo del Instituto Nacional del Abuso del Alcohol y Alcoholismo.

En el primer estudio se manejaron datos de 11.505 pacientes obtenidos en 44 centros de tratamiento de alcohólicos. De estos 11.505 pacientes se siguieron a 2.371 durante seis meses y además se hizo otro seguimiento de 600 pacientes durante 18 meses. Las conclusiones más interesantes que se obtuvieron fueron:

- 1.º Que la duración de la estancia en el centro de tratamiento no tenía ningún efecto sobre la evolución posterior del paciente.
- 2.º Que asistir regularmente a alcohólicos anónimos era casi tan efectivo como el tratamiento especializado.
- 3.º Que los índices de remisión para los alcohólicos que no habían recibido tratamiento era del 50% y que el tratamiento añadía un 20-25% a estos índices de remisión espontánea.
- 4.º Que una proporción importante de pacientes puede continuar bebiendo periódica o regularmente sin efectos adversos por lo menos durante el período de tiempo que abarcó el estudio.

Los autores sugieren que el principal factor para la remisión pudiera ser la decisión del paciente de recibir y permanecer en tratamiento y concluyen, que investigaciones futuras deberían intentar definir las diferencias

fisiológicas y psicológicas que caracterizan a los alcohólicos que podrían volver a beber normalmente.

En 1980, o sea, cuatro años después del estudio inicial, los autores obtuvieron datos del 85% de los pacientes del mismo y comprobaron que un 18% continuaba bebiendo sin problemas y concluyeron que el tiempo total pasado por el paciente sin problemas es una mejor medida de éxito terapéutico que el tiempo que ha pasado en abstinencia total. Sin embargo, los autores advierten que aunque aceptan que beber normalmente pudiera considerarse una forma de remisión de la enfermedad, no aconsejan que los pacientes intenten continuar bebiendo de forma moderada, ya que los conocimientos actuales no nos permiten identificar a aquellos que pueden hacerlo sin riesgo. De este problema se ocupan también Davies (1962), Gerard (1962), Pattison y cols. (1968), Sobell y Sobell (1973), Orford y cols. (1976), Mansell Pattison (1977), Bromet y Moos (1979) y Finney y Moos, (1981).

Alford (1980) hizo un seguimiento de dos años a un grupo de 56 alcohólicos y encontró un porcentaje de éxito para varones y mujeres del 33 y 65% respectivamente, siguiendo los criterios de total abstinencia y del 41 y 72% siguiendo el criterio de considerar un hábito etílico moderado como un éxito terapéutico.

Por lo tanto, parece ser que la abstinencia puede ser menos importante que el desarrollo de aptitudes personales y sociales que permitan al paciente una adaptación satisfactoria, tanto si bebe como si no lo hace. (Brisset y cols. 1980), y se ha llegado a elaborar programas terapéuticos que pretenden enseñar al alcohólico a volver a beber con moderación (Cohen y cols. 1972; Shaeffer, 1972; Gotthell y cols. 1973; Pattison, 1976).

El tercer punto a discutir es el problema de identificar qué tipo de tratamiento es el más efectivo, y qué tipo de pacientes son los que mejor responden a la intervención terapéutica (Moos y cols. 1980).

Por un lado, el estudio de la Rand Corporation no encontró diferencias significativas en los resultados de las distintas terapias empleadas ni evidencia de que las intervenciones más costosas e intensivas fueran las más eficaces, por lo que aconsejan que siempre se escoja el método terapéutico que resulte más barato.

Ya en 1941, Bowman y Jellinek teorizaban que no existía una única modalidad terapéutica que pudiera tratar con éxito a todo tipo de pacientes con un problema alcohólico.

Cole y cols. (1981), tras revisar la literatura referente a la terapéutica de los problemas derivados del abuso del alcohol sugieren que los programas de tratamiento deberían ser muy flexibles, teniendo la hospitalización más efectividad en algunos casos y el tratamiento ambulatorio en otros.

Edwards y Guthrie (1966 y 1967) compararon el tratamiento hospitalario y el ambulatorio sin hallar diferencias en su efectividad. No obstante, el internamiento pudiera estar indicado en pacientes con poca estabilidad social y psicológica (Matakas y cols. 1978).

Míguez (1981) comparó la efectividad de cuatro orientaciones terapéuticas, la conductista, psicosocial, ocupacional y múltiple en un grupo de 145 pacientes, encontrando que las dos primeras orientaciones conseguían un período medio de abstinencia de 5 meses, mientras que la orientación psicosocial conseguía una media de 7 meses de abstinencia. La integración en un tratamiento fundamentado en distintas orientaciones teóricas producía un descenso general de la efectividad.

Viamontes (1972) en una revisión de 89 trabajos sobre el empleo de fármacos para tratar el alcoholismo, encontró que solamente 72 de ellos usaban un grupo control; a pesar de que en el grupo de los incontrolados se aprecia un alto porcentaje de éxitos terapéuticos, de los 17 estudios controlados sólo en uno se encontró que el fármaco era mejor que un placebo, y esto sólo en controlar síntomas como las náuseas y la ansiedad. En realidad no se ha demostrado que ningún fármaco sea más efectivo que un placebo en el tratamiento del alcoholismo crónico; incluso en el tratamiento del síndrome de abstinencia, unos cuidados adecuados de enfermería parecen ser el principal factor de éxito, más que el fármaco empleado.

En 1975 Mandell revisó 22 estudios evaluativos del tratamiento del alcoholismo publicados entre 1960 y 1970 y encontró que a pesar de los variados métodos utilizados (fármacos, hipnosis, psicoterapia de grupo, terapias aversivas y encarcelamiento), no se percibían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a resultados.

Clare (1977) hizo otra revisión del campo de la terapéutica y llegó a la conclusión de que había pocas diferencias en los índices de recuperación con los distintos métodos empleados, y que estos índices a los 6 meses de finalizado el tratamiento parecen predecir con bastante exactitud cuál va a ser la proporción de remisión en el futuro. A las mismas conclusiones habían llegado Levinson y

Sereny (1969) y Ritson (1968).

En 1974 Emrick revisó 265 estudios de evaluación de programas de tratamiento de orientación psicológica y encontró un índice de mejoría de dos tercios, habiendo alcanzado la mitad de los que mejoraron una abstinencia total.

En 1975 el mismo autor realizó una revisión de 384 trabajos mostrando que las diferencias en los métodos terapéuticos no afectaban de manera significativa el pronóstico a largo plazo. Los índices medios de abstinencia no diferían entre los alcohólicos tratados y los no tratados, pero un mayor número de aquellos que habían sido tratados mejoraban, sugiriendo por lo tanto que el tratamiento por lo menos aumenta las probabilidades de que un alcohólico pueda reducir su ingesta.

Edwards y cols. (1977) estudiaron un grupo de alcohólicos al que se le ofreció todo el bagaje terapéutico de que se disponía y lo compararon con un grupo control de pacientes a los que no se les ofreció ningún tratamiento, y al año comprobaron que no había ninguna diferencia entre los dos grupos en cuanto a índices de recuperación. Los autores advierten sin embargo que, aunque no aconsejan un nihilismo terapéutico, estiman que la hospitalización de los pacientes alcohólicos debe ser utilizada solamente para la desintoxicación en aquellos casos en que ésta no pudiera ser llevada a cabo en el domicilio del paciente. Piensan que los servicios para alcohólicos deben organizarse en torno a programas económicos de «baja intensidad» terapéutica aportando una red básica de «primeros auxilios» y orientación e información de los pacientes, formando así la base para estudiar qué tipo de servicios deberían ser establecidos en el futuro.

Este tipo de programas debería:

- a) Poner mayor énfasis en una evaluación social, física y psiquiátrica del paciente.
- b) Tomando como base esta evaluación, definir claramente con el paciente y su familia la naturaleza de su problema y las metas a alcanzar.
- c) Ofrecer un servicio de consulta externa que ofrezca poco más que una supervisión del progreso de los pacientes.

En 1979 un comité especial del Royal College of Psychiatrists de Londres (Bewley y cols. 1979) recomendaba que a la hora de planear servicios terapéuticos para alcohólicos,

habría que hacerlo en función de la eficacia de cada tipo de tratamiento, evaluación de recursos existentes y la proporción de la población que podría beneficiarse de dichos servicios. Añaden que el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol habría que dejarlo en ocasiones en manos de grupos no especializados pero que continúa habiendo un lugar para centros especializados, tanto para el tratamiento de algunos tipos de pacientes como para la formación de los médicos que habrán de enfrentarse con este tipo de problemas. (Glatt, 1982).

Este punto de vista lo comparte la O.M.S. en un informe (1980) y que textualmente dice: ...«parece probable que en el futuro habrá un creciente énfasis en formas de tratamientos muy simples, quizás limitados a poco más que un consejo firme en el sentido de que el paciente deje de beber o que beba menos, unido esto a proporcionar información acerca de las consecuencias de continuar bebiendo excesivamente, de la adopción de estrategias para reducir el consumo y la supervisión de la evolución de los pacientes».

De todo esto se deduce la importancia que tiene el poder aislar los factores tanto de tipo personal y socioeconómico como terapéutico que influyen en el pronóstico de los pacientes. Cualquiera que sea la modalidad terapéutica, parece ser que el componente más importante en la recuperación es la relación que se establece entre el paciente y otras personas o grupos (Freedman y cols., 1982 y Gillies y cols. 1974; Kern y cols., 1979; Frank, 1961 y Sobell y Sobell, 1981).

Costello, en dos trabajos publicados en 1975, revisó 58 estudios de seguimiento de un año y 23 estudios de dos años y concluyó que los mejores resultados terapéuticos se obtenían haciendo una selección previa de los pacientes y aplicando programas de amplio espectro terapéutico.

Davies, Shepherd y Myers (1956) describen lo que sería el perfil de un paciente alcohólico de buen pronóstico, el cual sería un bebedor intermitente, de buena personalidad previa, con una historia laboral satisfactoria, capaz de establecer relaciones interpersonales, casado, que pide ayuda por primera vez y que tiene un alto grado de estabilidad social. A una conclusión prácticamente idéntica llegan Labayle y cols. (1981), lo que a primera vista parecería bastante obvio, y le hacen a uno preguntarse qué pudo llevar a una persona de estas características a convertirse en un alcohólico.

Bello y Salinas (1978), en un seguimiento

de 6 meses, encuentran que el 46% de los pacientes permanecían abstinentes, siendo un factor significativo para ello el que los sujetos conservaran relaciones familiares adecuadas.

Crawford (1976), encuentra en un seguimiento de 2 años unos porcentajes del 43'5 y 56'7% de abstinencia y mejoría respectivamente, y una correlación positiva entre el éxito terapéutico y el estar casado y pertenecer a una clase socioeconómica alta.

Rathod (1966) describe el paciente que responde mal al tratamiento como una persona entre 20 y 30 años de edad, con una historia corta de adicción al alcohol, con antecedentes criminales u homosexuales. La promiscuidad sexual antes del matrimonio, infidelidad y fracasos matrimoniales parecen ser también índices de mal pronóstico.

Lundqvist (1973) encuentra en un grupo de 200 pacientes que los más jóvenes, aquellos con problemas de personalidad, con historia familiar de excesos alcohólicos o que han recibido tratamiento varias veces, tienen un peor pronóstico.

Estos resultados son confirmados por Selzer y Holloway (1957), Suwaki (1975), Neubeurger (1981 y 1982), Ojesjö (1981) y Westermeyer (1983), en cuyos estudios se barajan como factores de buen pronóstico la estabilidad emocional y social, y particularmente una combinación satisfactoria de adaptación laboral e interpersonal.

Bedate Villar y cols. (1978) estudiaron la evolución de los alcohólicos tratados por primera vez en el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia) durante el año 1977 y encontraron que al mes, tres meses y seis me-

ses después del alta, los pacientes que seguían asistiendo al dispensario tenían más probabilidades de permanecer abstinentes.

Otros estudios que se ocupan de este tema son los de Levinson (1977), Davidson (1976), Freedberg (1981), Katz y cols. (1981), Roffe (1981), Bonnafoux y cols. (1981), Miller y cols. (1981) y Douglas Reynolds y cols. (1982).

Van Dijk y Van Dijk (1973), en un seguimiento de cinco años y medio hallaron que el 22'5% de los pacientes habían logrado una abstinencia total y el 98% mostraron algún tipo de mejoría, y que uno de los factores que permitían predecir un buen resultado terapéutico era el mantener contacto con la clínica tras del alta.

Podemos concluir diciendo que en los últimos 15 años el tratamiento del alcoholismo ha cambiado de un proceso empírico a uno que conlleva un cierto grado de método científico. Las distintas necesidades terapéuticas de los diferentes tipos de pacientes se van clarificando y la evaluación científica de los tratamientos ha mejorado substancialmente. Sin embargo, todavía existen discrepancias entre los datos científicos y la práctica clínica diaria y uno de los mayores obstáculos para un tratamiento efectivo continúa siendo la actitud negativista de muchos profesionales. En suma, el tratamiento de los pacientes alcohólicos es probablemente más efectivo de lo que muchos escépticos creen, pero todavía están por recoger los frutos de regímenes terapéuticos más completos y más cuidadosamente elaborados (Mansell Pattison, 1977).