

# Dificultades para la elección de criterios en la evaluación de programas de tratamiento del alcoholismo

---

## Difficulties for the election of criteria for the evaluation of programs for the treatment of alcoholism

P. CUADRADO CALLEJO (\*) y R. GARCIA GONZALEZ (\*\*)

---

### RESUMEN

*Se estudian los factores que determinan la elección de criterios de seguimiento para la evaluación de programas de tratamiento del alcoholismo. Las dificultades encontradas se agrupan en tres categorías: 1) dificultades en la definición y delimitación del problema; 2) dificultades derivadas de la escasa estabilidad de las conductas de bebida, y 3) dificultades en la fijación de objetivos terapéuticos. Se revisan los tipos de criterios utilizados en la literatura y se consideran el patrón de bebida, las repercusiones del consumo de alcohol y la adherencia al tratamiento, como aspectos esenciales para la evaluación de programas de tratamiento del alcoholismo.*

### ABSTRACT

*The factors which determine the choice of criteria for the evaluation of the programmes of treatment of alcoholism are studied. The problems are put into three categories: 1) difficulties in the definition and delimitation of the problem; 2) difficulties derived from the lack of stability in drinking patterns, and 3) difficulties in establishing the aims of therapy. Various criteria used in the relevant literature are reviewed and drinking patterns, the repercussions of consumption and the following of the treatment are taken into account as essential criteria for the evaluation of programmes for the treatment of alcoholism.*

### PALABRAS CLAVE

*Alcoholismo. Tratamiento del alcoholismo. Evaluación de resultados.*

### KEY WORDS

*Alcoholism. Treatment of alcoholism. Outcome evaluation.*

---

### INTRODUCCION

La eficacia de los tratamientos del alcoholismo es un tema de discusión permanente en la última década. Las opiniones van, desde aquellos que apuntan que el tratamiento es mejor que el no tratamiento, en aquellos sujetos que permanecen el tiempo suficiente en el mismo (1, 2); hasta los que afirman, apoyándose en estudios de seguimiento a largo plazo (3, 4, 5, 6, 7, 8), que "cuando se alarga el tiempo de estudio, se tiene la conciencia de que el tratamiento tiene una influencia escasa y efímera en la evolución de la vida de los sujetos" (9). La evaluación de un programa de trata-

---

(\*) Psiquiatra. C.S.M. de Retiro. Programa de Alcoholismo.

(\*\*) Psicóloga. C.S.M. de Retiro. Programa de Alcoholismo.

miento se basa en la cuantificación de las modificaciones que éste introduce en una situación dada y el procedimiento por el que se realiza esta cuantificación es comparando la situación existente antes del tratamiento (línea base) con la situación después del tratamiento (resultados). En el caso del alcoholismo existen una serie de dificultades que afectan tanto al establecimiento de la línea base, como a la evaluación de los resultados y que explican la disparidad de criterios utilizados (10, 11) y la escasa contrastabilidad de la eficacia de los tratamientos en el alcoholismo.

El objetivo de este trabajo es revisar las dificultades existentes para la elección de criterios de evaluación y plantear aquellos aspectos que consideramos relevantes para valorar la eficacia de un programa de tratamiento del alcoholismo.

## **DIFICULTADES PARA LA ELECCION DE CRITERIOS DE EVALUACION**

Los problemas para el establecimiento de criterios de evaluación estandarizados, los podemos centrar en tres aspectos: 1) dificultades en la definición y delimitación del problema; 2) dificultades derivadas de la escasa estabilidad de las conductas de bebida, y 3) dificultades en la fijación de objetivos terapéuticos. El primer aspecto, incide directamente en el establecimiento de una línea base de partida; el segundo y tercer aspecto, repercuten de manera fundamental en la valoración de los resultados del tratamiento.

### **DIFICULTADES EN LA DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA**

La primera pregunta que se plantea VAILLANT, en su libro *The Natural History of Alcoholism* (1983) (8), es si el alcoholismo es un síntoma o una en-

fermedad. A pesar de que la OMS definió el alcoholismo como enfermedad a principios de la década de los 50 y que esta definición fue asumida por la A.P.A. poco tiempo después y asentada definitivamente por el libro de JELLINEK: *The Disease concept of Alcoholism* (1960) (12); siguen apareciendo publicaciones recientes que critican este modelo (13, 14). Por otro lado, los estudios de patrones de consumo de alcohol encuentran dificultades para establecer los límites entre consumo normal y patológico (15). Una solución a este problema es la consideración del consumo de alcohol como un *continuum*, en uno de cuyos extremos se encontraría la enfermedad del alcoholismo (8). Es una buena solución desde un punto de vista teórico; pero desde un punto de vista diagnóstico y de investigación, no resuelve la exigencia básica de establecer criterios operativos delimitados. La DSM III-R (16) intenta compaginar la idea del *continuum* con el establecimiento de criterios operativos, al considerar la dependencia como una forma grave del abuso (presencia de mayor número de ítems). La aceptación y uso de estos criterios diagnósticos, facilita y resuelve el entendimiento entre los profesionales, sin embargo, sigue siendo necesaria la utilización de otros instrumentos que maticen y especifiquen las características de este trastorno, ya que desde las primeras clasificaciones de JELLINEK, se tiende a hablar de alcoholismos más que de alcoholismo (17).

### **DIFICULTADES DERIVADAS DE LA ESCASA ESTABILIDAD DE LAS CONDUCTAS DE BEBIDA**

El alcoholismo es una enfermedad crónica; pero tanto sus víctimas como la naturaleza de la enfermedad, cambia a lo largo del tiempo (8). KLERMAN (18) afirma que la historia natural de la enfermedad es usualmente episódica, con

frecuentes remisiones y recaídas. CLARK y CAHALAN (19) también sostienen la idea de que la conducta de bebida es de naturaleza altamente variable a lo largo del tiempo. Este carácter de cronicidad y recurrencia que parece ligado a la enfermedad del alcoholismo, condiciona la valoración que podemos hacer de los tratamientos y explica los hallazgos encontrados en los estudios de seguimiento a largo plazo, ya citados, así como el papel de los tratamientos en la evolución de la vida de los sujetos con esta enfermedad. Este hecho hace que muchos estudios se centren más que en la evolución de la enfermedad, en la evolución de los enfermos en general; concibiendo la evolución como compuesta por varias dimensiones de las cuales, la conducta de bebida es sólo una de ellas (20). Este punto de vista es apoyado por los estudios de predictores de evolución, que encuentran que los factores sociodemográficos, clínicos, personalidad, etcétera, predicen mejor el funcionamiento en múltiples áreas de la vida, que la evolución del patrón de bebida (21). Dado que la evolución del patrón de bebida no puede predecirse, algunos autores (9) estudian aquellos componentes de la evolución que sí se pueden predecir, estableciendo varias formas de evolución consideradas como buenas. Este hecho dificulta el establecimiento de criterios de seguimiento únicos, puesto que para cada grupo de pacientes los objetivos deben de ser distintos.

Otro hecho derivado de la poca estabilidad de las conductas de bebida, es la dificultad para establecer la duración que deben tener los seguimientos y la duración de los intervalos del mismo. Determinados estudios muestran que, en el tratamiento del alcoholismo, los resultados a corto plazo no predicen los resultados a largo plazo; así POLICH y col. (22) señalan que la abstinencia a los seis meses de seguimiento no es un predictor suficiente

de abstinencia para los seguimientos posteriores. Se ha recomendado un mínimo de seguimiento de 18 a 24 meses (23, 24), y cuando se utiliza como criterio de evolución, el conducir bajo los efectos del alcohol, se recomienda un período de tres años de seguimiento (25). En cuanto a la duración de los intervalos, la distorsión de la información cuando transcurren largos períodos de tiempo, hace necesario que los intervalos de evaluación sean cortos. De uno a tres meses parecen los intervalos más adecuados para recoger la información con suficiente fiabilidad (24).

## **DIFICULTADES EN LA FIJACION DE OBJETIVOS TERAPEUTICOS**

Sobre la base de las dificultades en la definición del problema y en la escasa estabilidad del mismo, asientan las dificultades en la fijación de objetivos terapéuticos.

El objetivo de abstinencia absoluta, que propone el modelo médico del alcoholismo, surge de una concepción del alcoholismo basado en la pérdida de control: empezar a beber supone seguir bebiendo. Contra esta idea existen varias evidencias: a) en condiciones de laboratorio los alcohólicos son capaces de beber controladamente; b) algunos alcohólicos pueden volver a ser bebedores sociales, y c) los alcohólicos abstinentes no necesariamente funcionan mejor que los alcohólicos que beben. Sobre estos hechos, PATTISON y col. (26) sugieren que "la abstinencia puede no ser ni un objetivo necesario ni deseable". Si el objetivo terapéutico que se persigue es la mejoría del funcionamiento general, los criterios de seguimiento no tienen que hacer hincapié en el patrón de bebida, así hay estudios como el de AKERLIND y col. (27) que, desde esta posición, utilizan como criterio de seguimiento la cantidad de meses trabajados en un determinado in-

tervalo de tiempo, o FIORE y col. (28) que reconocen como primer objetivo del tratamiento el restablecer las relaciones sociales y familiares. Sin embargo, LA JEUNESSE y THORESON (29), revisando estudios desde 1958 hasta 1984, encuentran que la gran mayoría de ellos utilizan como criterio primario de seguimiento la conducta de bebida. Por otro lado, hay trabajos que ligan la mejoría en el funcionamiento general a una mejoría en el patrón de bebida (30) y utilizan este argumento para mantener la abstinencia absoluta como objetivo terapéutico.

Cuando se utiliza la abstinencia absoluta como objetivo del tratamiento, los resultados del mismo tienden a ser muy discretos, así, ARMOR y col. (31) encuentran que menos de un 10 % se mantienen abstinentes después de dos años, e ITO y DONOVAN (32) observan que los tratamientos de mantenimiento en pacientes dados de alta de unidades de internamiento, sólo mejoran los patrones de bebida y no influyen en las tasas de abstinencia. Estos hechos hacen que la tendencia general sea la utilización de criterios de abstinencia más flexibles. SOBELL y col. (11), en un estudio sobre la metodología de los estudios de evaluación de resultados del tratamiento del alcoholismo, agrupan los diferentes criterios de los distintos autores, en tres categorías: 1) abstinencia absoluta; 2) abstinencia esencial, y 3) bebida controlada. Más de la mitad de los estudios que revisaron, utilizaron el criterio de bebida controlada, procedente de una concepción teórica, tanto en la génesis como en el tratamiento, fundamentalmente psicológica. La profusión de este criterio se debe a que la revisión se centró en la literatura de habla inglesa, el 87 % de los artículos procedían de USA y Canadá, donde esta orientación está muy arraigada. Los objetivos para cada sujeto son individuales y los criterios, por lo tanto, muy dispersos.

Un 25 % de los estudios utilizaron el criterio de abstinencia esencial, considerada como una abstinencia en la cual el sujeto puede consumir determinadas cantidades de alcohol en el intervalo de seguimiento. Ejemplos de esta abstinencia son los criterios propuestos por VAILLANT (8) (permite beber una vez al mes y no más de un episodio de intoxicación de menos de una semana de duración en el período de dos años), SANDAHL y col. (33) (un 80 % del tiempo abstinentes unido a la ausencia de síntomas de dependencia), THURSTIN y ALFANO (34) (un máximo de un día de bebida por nueve abstinentes y una embriaguez por cada 18 días en seis meses de seguimiento). En nuestro medio, VILALTA (35), propone como recaída: el consumo de alcohol, con independencia de la cantidad, en más de dos ocasiones sin necesidad de llegar a la intoxicación o un solo episodio de intoxicación durante el intervalo de tiempo que dure el estudio.

La abstinencia absoluta supone un criterio muy restrictivo. Nosotros utilizamos este criterio en un estudio previo que evaluaba un programa de tratamiento ambulatorio (36); la razón que dábamos para su uso era que "si la prescripción era la abstinencia absoluta, cualquier violación de la misma debería de considerarse como recaída. Considerábamos la prescripción como objetivo del tratamiento y el objetivo de tratamiento como criterio de evaluación. El ajustarse a la prescripción es la mayor virtud de la abstinencia absoluta como criterio de evaluación; pero las características del problema que nos ocupa, cronicidad y recurrencia, como ya indicábamos anteriormente, hace que su utilización lleve a una valoración a la baja de la eficacia de los programas y queden fuera situaciones de mejoría que no alcanzan la categoría del criterio elegido. Este hecho hace que en muchos programas que utilizan como objetivo la abstinencia absoluta, se produzca una disocia-

ción aparente entre los objetivos del tratamiento y los criterios de seguimiento. La solución a este problema pasa por diferenciar la prescripción terapéutica del objetivo del tratamiento, como veremos más adelante.

## **ASPECTOS RELEVANTES PARA LA EVALUACION DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO**

La evaluación de un programa de tratamiento del alcoholismo debe abarcar tres aspectos: 1) patrón de bebida; 2) repercusiones del consumo de alcohol, y 3) adherencia al tratamiento.

La elección de los criterios de evaluación dependerá de las características del programa de tratamiento. El Programa de Tratamiento Ambulatorio del Alcoholismo en el C.S.M. de Retiro es un programa multiprofesional y multisistémico cuya prescripción fundamental es la abstinencia absoluta. Entendemos la prescripción no como un objetivo del tratamiento sino como un instrumento para conseguir unos objetivos. Compartimos con SANDAHL y col. (34) la idea de que el síndrome de dependencia es muy estable y poco sensible a la evolución del tratamiento y que los objetivos del tratamiento no son, normalmente, disminuir el grado de dependencia sino hacer que el paciente beba menos. Desde estas ideas, consideramos que el criterio fundamental de evaluación debe estar centrado en torno al patrón de bebida. Los criterios desarrollados por SANDAHL y col.,

que combinan el patrón de bebida de los últimos seis meses con la presencia de sintomatología de dependencia y que establece cuatro categorías: 1) favorable; 2) intermedio positivo; 3) intermedio negativo, y 4) desfavorable; permiten no alejarse excesivamente de la prescripción y al mismo tiempo flexibilizar el criterio de consumo.

El segundo criterio de evaluación debe girar en torno a la evolución de las repercusiones del consumo de bebida en sus tres áreas: psíquicas, somáticas y sociales. La resolución de estos problemas nos permitirá abordar un tema básico, que incide directamente en el pronóstico, que es el de la calidad de la abstinencia (37). Un programa de tratamiento debe abordar estos problemas e intentar solucionarlos. La clasificación propuesta por LLOPIS y SANTO-DOMINGO (38) permite la recogida de estas repercusiones del consumo y el estudio de la evolución de las mismas.

La capacidad de un programa para mantener a los sujetos en el mismo es un indicador importante de la eficacia de dicho programa. Este hecho tiene mucha más importancia en el tratamiento del alcoholismo donde la mayoría de los autores informan de tasas de abandono muy altas (39), lo que hace difícil establecer unos límites concretos para este tercer aspecto de la evaluación. Consideramos que el mantenimiento en tratamiento de alrededor de 1/3 de la muestra inicial al año de tratamiento puede ser un buen objetivo.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) HOLDEN, C.: "Is Alcoholism treatment effective?". *Science*, 1987; vol. 236, págs. 20-22.
- (2) NACE, E. P.: "The Natural History of Alcoholism versus Treatment Effectiveness: Methodological Problems". *Am. J. Drug. Alcohol Abuse*, 1989; 15 (1), págs. 55-60.
- (3) GOODWIN, D. y col.: "Felons who drink: an 8 year Follow-up". *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1971; 32, págs. 136-147.
- (4) LUNDQUIST, G. A. R.: "Alcohol Dependence". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1973; 49, págs. 332-340.
- (5) HYMAN, H. M.: "Alcoholics 15 years later". *Annals of the New York Academy of Science*, 1976; 273, págs. 613-623.
- (6) OJESJO, L.: "Long-term outcome in alcohol abuse and alcoholism among males in the Lundby general population, Sweden". *British Journal of Addiction*, 1981; 76, págs. 391-400.
- (7) POLICH, J. M. y col.: *The Course of Alcoholism Four years After Treatment*. 1981. New York, Jhon Wiley.
- (8) VAILLANT, G. E.: *The Natural History of Alcoholism*. 1983. Cambridge, Ma, Harvard University Press.
- (9) EDWARDS, G. y col.: "Long-term outcome for patients with Drinking Problems: the search for predictors". *British Journal of Addiction*, 1988; 83, págs. 917-927.
- (10) SOBELL, L. C., y SOBELL, M. B.: "Alcoholism treatment outcome evaluation methodology". En: "National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Prevention, intervention and treatment: Concerns and models" (*Alcohol and Health*. Monograph n.º 3. DHNS Publication n.º-ADM 82-1192). Washington, DC.U.S. Government Printing Office.
- (11) SOBELL, M. B. y col.: "Alcohol Treatment outcome evaluation Methodology: State of the Art 1980-1984". *Addictive Behaviors*, 1987; vol. 12, págs. 113-128.
- (12) JELLINEK, E. M.: *The Disease concept of Alcoholism*. 1960. Hill House Press. New Haven.
- (13) DAVIES, D. L.: "Alcoholism as a disease" (Editorial). *Psychological Medicine*, 1974; 4, págs. 130-132.
- (14) DOUGLAS, D. B.: "Alcoholics as an addiction: The disease concept reconsidered". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1986; 3, págs. 115-120.
- (15) CAHALAN, D.: *Problem Drinkers: A National Survey*. 1970. San Francisco. Jossey Bass.
- (16) APA. DSM III-R: *Criterios Diagnósticos*. 1988. Masson, S. A. Barcelona.
- (17) ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: *Alcoholdependencia. Personalidad del Alcohólico* (2.ª edición). 1988. Salvat Editores, S. A. Barcelona.
- (18) KLERMAN, G. L.: "Treatment of Alcoholism". *The New England Journal of Medicine*, 1989; feb., 9, págs. 394-395.
- (19) CLARK, W. B., y CAHALAN, D.: "Changes in problem drinking over a four years span". *Addictive Behaviors*, 1976; 1, págs. 251-259.
- (20) PATTISON, E. M., y KAUFMAN, F.: "The Alcoholism Syndrome: definitions and models". En: E. M. PATTISON y F. KAUFMAN (eds.): *Encyclopedic Handbook of Alcoholism*. 1982. New York. Gardner.
- (21) SCHUCKIT, M. A. y col.: "Prediction of outcome in inpatient alcoholics". *Journal of Studies on Alcohol*, 1986; 47, págs. 151-155.
- (22) POLICH, J. M. y col.: *The course of alcoholism: Four years after treatment*. 1981. New York. Wiley.
- (23) NATHAN, P. E., y LANSKY, D.: "Common methodological problems in research on the addictions". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978; 46, págs. 713-726.
- (24) SOBELL, L. C.: "Critique of alcoholism treatment evaluation". En: G. A. MARLATT y P. E. NATHAN (eds.): *Behavioral approaches to alcoholism* (págs. 166-182). 1978. New Brunswick, N. J. Rutgers University Center of Alcohol Studies.
- (25) MAISTO, J. A. y col.: "Driving records of persons convicted of driving under the influence of alcohol". *Journal of Studies on Alcohol*, 1979; 40, págs. 70-77.
- (26) PATTISON, E. M. y col.: *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. 1977. New York. Springer.
- (27) AKERLIND, I. y col.: "Prognosis in Alcoholic Rehabilitation: The relative significance of social, psychological, and medical factors". *The International Journal of the Addictions*, 1988; 23 (11), págs. 1.171-1.195.
- (28) FIORE, A. y col.: "Evaluation of an Italian Program for the Treatment of alcoholism". *Alcoholism*, 1989; vol. 25 (1-2), págs. 57-61.
- (29) LA JEUNESSE, C. A., y THORESON, R. W.: "Generalizing a Predictor of male Alcoholic Treatment outcomes". *The International Journal of the Addictions*, 1988; 23 (2), págs. 183-205.
- (30) COOK, C. C. H.: "The Minnesota Model in the Management of drug and Alcohol Dependence: Miracle, method or myth?". Part II. "Evidence and Conclusions". *British Journal of Addictions*, 1988; 83, págs. 735-748.
- (31) ARMOR, D. J. y col.: *Alcoholism and treatment*. 1978. New York. Wiley.
- (32) ITO, J. R., y DONOVAN, D. M.: "Aftercare in Alcoholism treatment: a review". En: W. R. MILLER and N. HEATHER (eds.): *Treating Addictive Behaviors. Processes of change* (págs. 435-452). 1986. New York. Plenum Press.

(33) SANDAHL, C. y col.: "Severity of alcohol Problems at follow-up, an outcome measure". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1985; 71, págs. 458-467.

(34) THURSTIN, A. H., y ALFANO, A. M.: "The Association of Alcoholic Subtype with Treatment outcome: An 8 month follow-up". *The International Journal of the Addictions*, 1988; 23 (3), págs. 321-330.

(35) VILALTA, J.: "Tratamiento del Alcoholismo: Factores de mal pronóstico" (II). *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1988; 16 (3), págs. 204-208.

(36) CUADRADO, P. y col.: "Tratamiento del Alcoholismo en un Centro de Salud Mental: Datos

de seguimiento a uno, tres y seis meses". *Psiquiatría Pública*, 1990 (en prensa).

(37) EDWARDS, G.: *Tratamiento de Alcohólicos*. 1986. Editorial Trillas. México, D. F.

(38) LLOPIS, R., y SANTO-DOMINGO, J.: "Conceptos y Clasificación del Alcoholismo". *Archivos de Neurobiología*, 1963; vol. XXVI (3), págs. 227-241.

(39) GARCÍA, R. y col.: "Abandonos terapéuticos en un Programa de Tratamiento Ambulatorio de Alcoholismo: Tasa de abandonos, variables implicadas y papel del abandono en la evolución de los sujetos". *Adicciones*, 1990 (en prensa).

---

Dirección para correspondencia: Pedro Cuadrado Callejo. C.S.M. de Retiro. C/. Francisco Silveira, 40 - 28028 Madrid.

Fecha de recepción: 7-1-1990. Fecha de aceptación: 1-10-1990.