
**EVALUACION DE METODOS
DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO:
CONSIDERACIONES METODOLOGICAS***Dr. Ramón Florenzano U.*

La mayoría de los múltiples estudios (1,2,3,4) que han intentado cuantificar el resultado de la terapia del alcoholismo y/o beber problema, concluyen señalando la necesidad de investigaciones metodológicamente mejor diseñadas para corroborar sus hallazgos. Esta conclusión subraya lo complejo del tema, y las múltiples variables intervinientes existentes en el área de la evaluación de las intervenciones terapéuticas en general, y en el de la terapia del alcoholismo en particular. El objeto de este informe es el revisar algunas de las variables involucradas. Muchas de éstas se dan en común con todas las psicoterapias, ya que el común denominador de la mayoría de los programas terapéuticos del alcoholismo es alguna variedad de intervención psicoterapéutica. Revisaremos a continuación seis de estas variables.

1. EL TERAPEUTA COMO VARIABLE BAJO ESTUDIO

La persona que trata al alcohólico no está utilizando una técnica quirúrgica standard, sino utilizándose a si mismo como el agente de cambio. Su actitud y emociones hacia el paciente y su condición son pues determinantes en el desenlace final de la terapia. Los psicoanalistas, desde Freud, le han prestado atención a las reacciones emotivas y actitudes del terapeuta, bajo el nombre de "contratransferencia". Los estudios de Hollingshead y Redlich (5,6,7) realizados en la Universidad de Yale en las décadas del 50 y el 60 demostraron co-

mo los terapeutas provenientes de la clase media tienen una visión pesimista ya muy de partida en cuanto a las posibilidades de recuperación de los pacientes provenientes de estratos socio-económicos más bajos que los propios. En el caso específico del alcoholismo, este sesgo se aplica. Chafetz, Blain y Hill (8) estudiaron como la actitud del médico hacia los alcohólicos influenció la evaluación, el manejo y la derivación de los bebedores-problemas que llegaban al Servicio de Urgencia de un Hospital General en Boston. Al modificarse estas actitudes a través de un programa de educación en servicio mejoró radicalmente el porcentaje de casos que eran diagnosticados y derivados satisfactoriamente. El considerar pues la interacción paciente - terapeuta puede utilizarse en mediciones comparativas de la efectividad del tratamiento hecho por profesionales de distinto nivel de entrenamiento (médicos, enfermeras, asistentes sociales/o por voluntarios entrenados o alcohólicos recuperados).

2. EL PACIENTE Y SU MOTIVACION COMO VARIABLES.

Las expectativas del cliente acerca de la terapia influirán en el resultado de ésta. Jerome Franck (9) en la Universidad de Johns Hopkins, por ejemplo, estudió la respuesta de 109 pacientes que acudieron al consultorio externo de Psiquiatría al administrárles un placebo durante una semana. Al seguirlos prospectivamente después de una y dos semanas, y al cabo de un año, encontró una tendencia general a

la mejoría después del uso de la sustancia química inerte en todo el grupo, pero más en especial en aquellos casos que tenían mayores expectativas de ser mejorados en el momento de acudir a consultar. La esperanza y confianza que el cliente coloca en el terapeuta es la contrapartida de la actitud positiva o negativa de éste hacia aquél; ambas actitudes influyen en el resultado final de la terapia y dificultan la evaluación objetiva de los méritos relativos de una técnica terapéutica específica (por ejemplo de psicoterapia de grupos vs. terapia de familia). En el caso de uso de una sustancia química es posible utilizar un diseño de doble - ciego, pero no así en la gran mayoría de las intervenciones psico-sociales.

El mismo grupo de Hopkins demostró (10) la utilidad de la preparación previa del paciente ("inducción de rol") para el tipo de tratamiento que se utilizaría. Aquellos casos que sabían qué esperar del terapeuta y lo que éste esperaba de ellos, tuvieron mejores resultados tanto desde el punto de vista del proceso (adherencia al régimen prescrito, asistencia y cooperación) como desde el resultado final de la terapia.

La motivación inicial influye tanto en el desenlace de la terapia que hace inválidos aquellos grupos controles formados por pacientes que abandonaron el tratamiento en forma precoz, ya que si bien a veces son diagnósticamente comparables, se trata en realidad de dos grupos diferentes dadas sus motivaciones y expectativas iniciales.

3. FALTA DE DEFINICIONES OPERATIVAS Y DIFICULTADES DE CLASIFICACION.

El beber - problema y el alcoholismo han sido definidos de modos diferentes en la mayoría de los países. Aún dentro de un país, diferentes grupos de trabajo tienden a utilizar conceptos y definiciones diferentes. La nosología psiquiátrica toda, en un sentido, es menos precisa y operacional que la de condiciones orgánicas. Muchas condiciones son descritas en forma puramente descriptiva, y tienen límites muy imprecisos entre sí, lo que hace que la confiabilidad interjuz con respecto a un diagnóstico sea baja. Sin embargo, en los últimos años se ha dado una tendencia bien definida hacia utilizar criterios operacionales bien definidos, como por ejemplo los "Research Diagnostic Criteria" (RDC)

de Feighner y Cols (11) y el nuevo Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM-III) de la Asociación Psiquiátrica Americana (12).

El caso del alcoholismo es un ejemplo claro de lo anterior en términos de las dificultades encontradas para llegar a una definición aceptada por todos. Después de una prolongada lucha para alejarse de las concepciones religioso-legales que veían al beber problema como un pecado o un delito, se llegó a la aceptación del modelo de alcoholismo - enfermedad propuesto por Jellinek (13). Sin embargo, posteriormente éste fue denunciado como parte del "modelo médico" por autores como Szasz (14), y se ha tendido a buscar un modelo multidimensional más amplio, que incluya determinantes psico-sociales. Esta visión tiende a hablar más de "beber-problema" que de alcoholismo en el sentido de dependencia y de pérdida de control sobre la ingesta de alcohol.

4. FALTA DE TECNICAS Y PROGRAMAS TERAPEUTICOS FORMALIZADOS.

Muy pocos de los procedimientos que se utilizan en el tratamiento de los alcohólicos han sido descritos sistemáticamente y aplicados en forma uniforme por los terapeutas que los utilizan. Algunas técnicas conductuales y de terapia familiar son excepciones a la afirmación anterior, pero en general, cuando en un estudio se dice que se trató con psicoterapia a los enfermos, eso puede significar cualquier cosa desde psicoterapia individual prolongada, pasando por cualquiera de las múltiples técnicas psicoterapéuticas en boga, hasta llegar al uso de psicoterapia de apoyo muy superficial mientras se administraban fármacos. En general los investigadores en esta área han resumido indicadores externos (tales como número de consultas o de sesiones o duración de la terapia) más que una descripción concreta de lo que aconteció internamente en el tratamiento. Lo último significa metodologías y diseños de investigación complejos y sofisticados, tales como el utilizado en el Proyecto de Evaluación de Psicoterapia de la Clínica Menninger (16, 17).

En el caso del alcoholismo, la mayoría de los programas ofrecen una combinación de procedimientos terapéuticos. Así por ejemplo, Moore y Buchaman (18) informaron acerca de una encuesta

realizada en 149 hospitales que trataban alcohólicos en los EE.UU. En estos el 78% utilizaban terapia de grupos; el 75% utilizaba quimioterapia psicofarmacológica; el 57% psicoterapia individual, y el 22% antabus. Lo anterior hace difícil el evaluar la efectividad separada de modalidad individual, ya que en general se aplican en combinación. Emrick (3) que es uno de los autores que ha realizado una de las revisiones más completa acerca de este tema, concluye que más importante que la técnica específica, es evaluar los programas globalmente. Esta afirmación se verá avalada por hallazgos de Frank en el sentido de que las terapias individuales y grupales son igualmente efectivas en provocar mejorías sintomáticas y aumentos en la capacidad de funcionamiento social efectivo. Por otra parte, Gerard y Saenger encontraron en su estudio de múltiples clínicas de tratamiento del alcoholismo en Canadá (19) que la terapia de grupo es más efectiva en mantener la asistencia de los pacientes, y que existe una relación directamente proporcional entre asistencia y recuperación.

5. CRITERIOS PARA EVALUAR RECUPERACION

Dada la dificultad descrita antes para definir operacionalmente el alcoholismo o beber problema, se hace difícil asimismo el constatar su desaparición. Por lo tanto se tienden a aplicar dos criterios externos conceptualmente divergentes: la recuperación sintomática (como sería la abstinencia en el caso del beber - problema), versus la recuperación global, concepto que ha sido operacionalizado por distintos autores tales como Frank (grado de funcionamiento social y de interrelación con otros), Knight (20) (como mejoría en el grado de ajuste a la realidad y en el funcionamiento intrapsíquico) o por Jahoda (21) en sus ya clásicos criterios positivos de Salud Mental (actitud positiva hacia si mismo - realización de las propias potencialidades-integración de la personalidad - funcionamiento independiente y autónoma - percepción adecuada de la realidad y manejo adecuado del medio ambiente externo).

Los criterios negativos (ausencia de síntomas) son más fáciles de medir que los segundos. Las aproximaciones conductuales clásicas se enfocan sobre todo en este nivel. Las intervenciones psico-

terapéuticas, por otra parte, tienden a considerar así mismo la segunda dimensión, fomentando el desarrollo y crecimiento personales. Este nivel tiende a documentarse mediante la evaluación subjetiva, tanto del terapeuta como del paciente, acerca de los resultados del tratamiento. Aunque este tipo de mediciones están afectadas por el sesgo del recuerdo selectivo de hechos, el no investigarlo puede implicar el no apreciar uno de los resultados más importantes y centrales del tratamiento. Es interesante señalar que uno de los principales investigadores de este tema, Strupp (22) ha documentado una correlación positiva entre ambas series de indicadores: cuando mejora la salud mental en el sentido positivo, los síntomas tienden a disminuir en forma proporcional.

En el caso del alcoholismo pudiera plantearse que existe la misma correlación positiva. La abstinencia es el principal criterio de tipo sintomático utilizado por la gran mayoría de los estudios en esta área. Mansell Pattison (23) ha planteado que la abstinencia no implica necesariamente mejoría; y que - al revés - una persona podría mejorar su funcionamiento personal y social sin dejar totalmente de beber. Si bien ambas situaciones existen, lo hacen sólo excepcionalmente. Emrick (13) correlacionó la disminución de la ingesta etílica con otros 17 criterios conductuales, tales como desempeño laboral, relaciones familiares, estado de salud, de nivel social, de ingresos, etc. En 110 estudios con datos acerca de esta correlación, encontró 77 asociaciones positivas. De lo anterior, pudiera concluirse que la ingesta del alcohol es en general un estimador adecuado de resultados y mejoría en estudios de recuperación de alcoholismo.

6. INGRESO SELECTIVO Y ATRICION

Estas dos fuentes de sesgo son muy frecuentes en estudios evaluativos acerca de tratamiento del alcoholismo. Muchos programas ingresan por definición a personas de un nivel económico o que pertenecen a un subgrupo determinado. Por otra parte, no todos los casos que ingresan a un programa de tratamiento, lo terminan: hay un gran número de abandonos, y muchos casos que están inubicables en el momento del seguimiento. Hill y Blain (8) señalan que el porcentaje de los casos encontrados

en el momento del seguimiento en general es inferior al 750/o. El tema de cual es la duración óptima de un seguimiento ha sido muy debatido, pero hoy parece haber consenso (8, 19, 24) que el hacer controles a los seis meses y al año parece lo más adecuado: al cabo de un año la mejoría que se haya alcanzado tiende a estabilizarse, y la atrición posterior no es excesivamente alta.

Un estudio hecho por Miller (25) ilustra bien el punto del ingreso selectivo y de la atrición. Se trata de un grupo seleccionado de partida: veteranos de guerra que pueden ingresar a un programa específico (tratamiento hospitalizados por una duración fija: 90 días). En un período de un año, 343 casos se presentaron para ser tratados, y 69 fueron descartados en la selección inicial por falta de motivación para tratarse, o por presencia de complicaciones médicas o psiquiátricas de alguna índole. De los 206 pacientes admitidos al programa, 9 fueron excluidos por criterios de selección del protocolo de estudio (edad, nivel intelectual) y 51 abandonaron **antes** de completar los 90 días de tratamiento. Los abandonos tenían menor equilibrio social y marital, eran más jóvenes y tendían a tener más historia de hospitalizaciones psiquiátricas previas. De los 146 pacientes restantes, 33 se habían ido de la ciudad del estudio en el momento del seguimiento, 5 habían muerto, 12 no pudieron ser ubicados, y 8 rehusaron ser entrevistados. Estos 20 pacientes "perdidos" al ser comparados con el grupo de 88 que fueron estudiados como "representativos" del grupo que inició su terapia, tenían mayor inestabilidad social, tenían antecedentes personales tempranos más alterados, y una historia médica más avanzada. Este estudio ilustra muy bien, a nuestro juicio, el dilema de la atrición, y las dificultades encontradas en encontrar grupos controles adecuados.

Dados los hechos anteriores, debe llamarnos poco la atención el que no hayan demasiados estudios que sean metodológicamente adecuados. Emrick, en 1975, analizó 384 investigaciones de evaluación del tratamiento del alcoholismo, encontrando 72 con un diseño apropiado. Enfocó dos temas: efectividad relativa de diferentes aproximaciones terapéuticas, y efectividad del recibir tratamiento (vs. no-tratamiento). En cuanto al primer punto, en todos menos en cinco de los estudios, no hubo diferencias entre las modalidades terapéuticas empleadas.

Al comparar pacientes no tratados con aquellos que tratamiento "más que mínimo" (definidos como más de 5 sesiones de terapia ambulatoria o más de dos semanas de hospitalización), encontró diferencias significativas al seguimiento: 450/o vs. 63.10/o en cuanto a mejoría global, y 13.60/o vs. 280/o en la categoría abstinencia total.

**TABLA No1
RELACION ENTRE DISMINUCION DE LA INGESTA
Y DESEMPEÑO ADECUADO EN OTRAS AREAS
(EMRICK, 1974)**

Variable	Número de estudios con correlación positiva	Porcentaje del total de estudios
Desempeño laboral	22	88 %
Desempeño familiar	12	75 %
Desempeño social	6	50 %
Condición física	3	50 %
Problemas legales	5	100 %

CONCLUSIONES

De lo anterior, puede señalarse que al investigar los resultados de la terapia del alcoholismo, es importante considerar las variables de actitud y motivación tanto del terapeuta como del paciente. Cualquier asignación aleatoria al grupo control debe hacerse considerando, por lo tanto, que el elemento "esperanza" se distribuye igualitariamente en los grupos experimental y control: en tres de los cinco grupos en que Emrick encontró diferencias a favor de una modalidad terapéutica, los controles que no quedaron incluidos en el grupo experimental expresaron su desilusión por ello.

Tanto el ambiente como los procedimientos terapéuticos deberán describirse cuidadosamente, así como las variables de resultados a ser utilizadas. Se detiene informar además las variables de ingreso selectivo y las cifras de atrición del estudio. Más que el tamaño de la muestra debiera aquí cuidarse la calidad de la entrevista de seguimiento.

Quizá de mayor trascendencia que el hacer un gran estudio definitivo acerca de resultados del tratamiento, es el desarrollar en cada programa

TABLA Nº2
INGRESO SELECTIVO Y ATRICION EN UN ESTUDIO DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO

Pacientes descartados del Grupo Final del Estudio	Nº	Porcentaje del Grupo Inicial (N = 343)
RAZON:		
- Rechazo en la selección	69	20.1 0/o
- Abandono precoz	68	19.8 0/o
- Exclusión del protocolo	9	2.6 0/o
- Abandonos durante la terapia	51	14.9 0/o
- Mudanza fuera de la región	33	9.6 0/o
- Muertes	5	1.5 0/o
- No ubicables al seguimiento	12	3.5 0/o
- No contestan la entrevista	8	2.3 0/o
Ttotal de Exclusiones	225	74.3 0/o

(Miller, B.A et al: Biased sampling in alcoholism treatment research, quart. J. Stud. Alc. 29: 97 - 107; 1968).

de tratamiento la capacidad para evaluar éste. Un sistema de información adecuado, como el propuesto por Atkinson, pudiera ser la base para esta evaluación permanente; al planear un programa de tratamiento, sus objetivos y modalidades terapéuticas, debiera estarse ya definiendo cómo serán evaluados sus resultados.

RESUMEN

En el presente trabajo se hace una revisión de las variables que intervienen en los resultados de las terapias utilizadas en el tratamiento del alcoholismo.

Se ha señalado que en el estudio de los resultados, es importante considerar las variables "actitud" y "motivos", ya sea de parte del especialista o del paciente. No importa cuál pueda ser la asignación aleatoria entregada al grupo de control, ésta deberá ser hecha considerando que el elemento "esperanza" se distribuya por partes iguales en los grupos experimentales y los grupos testigos: en tres de los cinco grupos entre los cuales Enrick encontró diferencias en favor de la naturaleza terapéutica; los grupos testigos que no fueron incluidos en los grupos experimentales demostraron su desilusión.

Tanto el medio ambiente como los procedi-

TABLA Nº3
MEJORIA EN LA INGESTA Y MEJORIA GLOBAL SEGUN LA CANTIDAD DE TRATAMIENTO (EMRICK, 1975)

Cantidad de Tratamiento	Nº	Abstinencia	Porcentaje del total
- Nada o mínimo	1267	172	13.6 0/o
- Más que mínimo	3087	851	28.0 0/o (*)
	N	Mejoría Global	
- Nada o mínimo	634	263	41.5 0/o
- Más que mínimo	1774	1119	63.1 0/o (*)

(*) P ≤ 0.01

mientos terapéuticos deben ser cuidadosamente descritos, como también las variables de los resultados que serán utilizados. Igualmente será necesario hacer una breve descripción de las variables de incorporación selectiva y de las cifras del estudio. Más que la extensión de la muestra, deberá cuidarse de la calidad del control.

Tal vez tendría mayor trascendencia que comprometerse en un gran estudio definitivo de los resultados del tratamiento, el desarrollo para cada programa de la capacidad de evaluación del mismo. Un sistema de controles como el propuesto por Atkinson podría servir de base a esta evaluación permanente. La planificación de un programa de tratamiento, sus objetivos y características terapéuticas deben desde el principio ser capaces de definir la forma para la evaluación de los resultados.

SUMMARY

This paper constitutes a revisión of variables intervening in the results of therapies utilized in the treatment of alcoholism.

It has been pointed out that in the study of results, it is important to consider the variables "attitude" and "motives", whether on the part of the therapist or of the patient. No matter which may be the aleatory assignation given to the control group, it must be done considering that the element "espoir" is distributed by equal parts in the experimental groups and the testimony groups: in three of

the five groups among which Enrick found differences in behalf of the therapeutical nature, the testimony groups that were not included in experimental groups demonstrated their disillusion.

Both the environment and the therapeutical procedures ought to be carefully described, as well as the variables of the results to be utilized. Likewise, it must be necessary to make a brief description of the variables of selective incorporation and on the figures of attrition of the study, More than the extent of the sample, care must be taken about the quality of the control.

Perhaps, it may be more trascendental the development for every programme of treatment the capacity of evaluation of it, than the undertaking of a large definitive study of the results of the treatment. a system of follow-up such as that proposed by Atkinson could serve as a basis to this permanent evaluation. The planning of a programme of treatment, its objectives and therapeutical characters, must from the beggining, be able to define the way for evaluation of the results.

RESUME

Une révision est faite des variables intervenant dans les résultats des thérapies utilisées dans le traitement de l'alcoolisme.

On signale que dans l'étude des résultats il est important de considérer les variables "attitude" et "motivation", tant par rapport au thérapeute comme au malade. N'importe quelle soit l'assignation aléatoire qu'on donne au groupe témoin, elle doit être faite en tenant compte que l'élément "espoir" se distribue en parties égales dans les groupes expérimentaux et les groupes témoins: dans trois des cinq groupes parmi lesquels Emrick trouva des différences en faveur d'une modalité thérapeutique, les groupes témoins qui ne furent pas inclus dans le groupe expérimental montrèrent leur désillusion.

Tant l'environnement comme les procédés thérapeutiques devront être décrits soigneusement, ainsi que les variables des résultats à être utilisés. De même, on doit renseigner sur les variables d'incorporation sélective et sur les chiffres d'attrition de l'étude. Plus que l'ampleur de l'échantillon on doit soigner la qualité du contrôle.

Il est peut-être plus trascendental que d'entre-

prendre une grande étude définitive des résultats du traitement, de développer dans chaque programme de traitement la capacité d'évaluation de celui-ci. Un système de renseignement comme celui proposé par Atkinson pourrait servir de base à cette évaluation permanente. La planification d'un programme de traitement, ses objectifs et ses modalités thérapeutiques, doivent dès le commencement être capables de définir la façon dont seront évalués les résultats.

REFERENCIAS

1. Edwards, G. et al. A. Comparison of In-patient and Outpatient Treatment of Alcohol Dependence. *The Lancet*, Vol 1 (467-468), 1966.
2. Seizer, M.L. et al. A Follow-Up of Alcoholics Committed to a State Hospital. *Quart. J. Stud. Alc.* 18:98-120 (1957).
3. Emrick, C.D. A Review of Psychologically Oriented Treatment of Alcoholism. I: The Use and Interrelationships of Outcome Criteria and Drinking Behavior Following Treatment. *Quart. J. Stud. Alc.* 38: 523-549 (1974).
4. Emrick, C.D. Same title (3): II. The Relative Effectiveness of Different Treatment Approaches and the Effectiveness of Treatment versus No Treatment *J. Stud. Alc.* 36: 88-108 (1975).
5. Hollingshead, A.B. and Redlich, F. C. *Social Class and Mental Illness*. New York, Wiley, 1958.
6. Myers, J.K. and Roberts, B.H. *Family and Class Dynamics in Mental Illness*. New York, Wiley, 1959.
7. Myers, J.K. and Bean L. L. *A Decade Later: A Follow-Up of Social Class and Mental Illness*. New York, Wiley, 1968.
8. Chafetz, M.E., Blain, H.T. and Hill, M.J. *Frontiers of Alcoholism*. New York, Science House, 1970.
9. Frank, J.D. *Persuasion and Healing*. New York, Schocken Books, 1963.
10. Frank, J.D. *How do Emotionally Sick People Get Better?* N.I. M.H., Mental Health Program Reports, Bethesda, 1967.
11. Woodruff, R.À., Goodwin, D.W. and Guze, S.B. *Psychiatric Diagnosis*. Oxford University Press, London, 1974.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III*. Washington D.C. 1980.
13. Jellinek, E.M. *The Disease Concept of Alcoholism*, New Haven: Hillhouse Press, 1960.
14. Szaz, T. *The Myth of Mental Illness*, New York, Hoeber - Harper, 1961.
15. Larkin, E.J. *The Treatment of Alcoholism. Theory, Practice and Evaluation*. Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto, 1974.

16. Strupp, H.H. et al. Psychotherapy Experience in Retrospect. Psychol. Monog. 78 (1964)
17. Kernberg, O.F. The Menninger Psychotherapy Evaluation Project Report: A Summary. Bull. Menn. Clinic, Sept. 1972.
18. Moore, R.A. and Buchanan, F. State Hospitals and Alcoholism: A Nation-wide Survey of Treatment Techniques and Results Quart. J.Stud. Alc. 27:459-468 (1960).
19. Gerard, D.L., and Saenger, G. Out-Patient Treatment of Alcoholism. Toronto, University of Toronto Press, 1966.
20. Knight, R.P. Evaluation of Results of Psychoanalytic Therapy. Amer. J. Psychiat., 98: 434-446 (1941).
21. Jahoda, M. Current Concepts of Positive Mental Health New York, Basic Books, 1958.
22. Strupp, H.H. Psychotherapy: Clinical, Research, and Theoretical Issues. Jason Aronson, New York, 1973.
23. Pattison, E.M. A Critique of Alcoholism Treatment Concepts. Quart. J. Stud. Alc. 27: 49-71 (1966)
24. Gibbins, R.J. Alcoholism in Ontario. A Survey in Ontario county. Quart. J. Stud, Alc. 15: 47-62 (1954).
25. Miller, B.A. et al. Biased Sampling in Alcoholism Treatment Research. Quart. J. Stud. Alc. 31: 97-107 (1970).
26. Atkinson, C.C. et al. A Working Model for Mental Health Program Evaluation. Amer. J. Orthopsychiat. 44: 751-753 (1974).