

Lo bueno, si breve, dos veces bueno... a veces

Alicia Rodríguez-Martos

Agencia de Salud Pública de Barcelona

Resumen

Los bebedores pueden distribuirse dentro de un continuum, de acuerdo con su nivel de riesgo y problemas. Las intervenciones deberían distribuirse y administrarse también sin solución de continuidad, incluyendo desde la prevención hasta la rehabilitación.

La intervención breve es una de las mejores estrategias para reducir la carga morbosa del alcohol; por otra parte, los pacientes dependientes deberían ser tratados con intervenciones amplias y personalizadas con años de seguimiento. Breve y extenso al mismo tiempo, ¿es una contradicción?

Se presenta una reflexión en torno a la ampliación de la base del tratamiento y la necesidad de identificar las dimensiones psíquica, física y social dentro del sistema terapéutico. Se propone el modelo de la intervención escalonada, con diferentes niveles de complejidad e intensidad. El abordaje motivacional debería inspirar toda intervención orientada a un cambio.

Las intervenciones deberían ser personalizadas, aplicando en cada caso, los recursos necesarios, tanto en cuanto a su intensidad como su duración.

Palabras Clave

Ampliación de la base del tratamiento, intervención escalonada, intervención breve, intervención extensa.

Summary

Drinkers can be distributed into a continuum according to their level of risk and problems. Interventions should be also distributed and delivered from prevention to rehabilitation without discontinuation.

Brief intervention is among the best strategies to reduce alcohol burden; on the other hand, dependent patients should receive tailored and comprehensive interventions and followed-up for years. Short and broad at the same time, is it a contradiction?

A reflection is presented about the concept of broadening the base of treatment, and the need of identifying the psychological, physical and social dimensions within the treatment sys-

— Correspondencia a:
aliciarmd@telefonica.net



tem. The model of scaled intervention is proposed, compatible with a broad spectrum of interventions, from the brief to the extended one, with different levels of complexity and intensity. The motivational approach should inspire every intervention aimed at a change. Interventions should be personalised, applying, in each case the needed resources, both concerning intensity and duration.

Key Words

Broadening the treatment base, scaled intervention, brief intervention, extended intervention

Résumé

Les buveurs peuvent être distribués dans un continuum selon leur degré de risques et problèmes. Les interventions devraient être aussi distribuées et administrées d'une manière continue, allant de la prévention jusqu'à la réhabilitation.

L'intervention brève est une des meilleures stratégies pour réduire la charge morbide de l'alcool, par contre, les patients dépendants devraient être traités avec des interventions plus longues et personnalisées avec des années de traitement. Bref et long au même temps, est ce une contradiction ?

On présente une réflexion à propos de l'ampliation de la base du traitement et le besoin d'identifier les dimensions psychiques, physiques et sociales dans le système thérapeutique.

On propose le modèle de l'intervention échelonné avec plusieurs niveaux de complexité et intensité. Toute intervention devrait se faire avec un abordage motivationnel.

Les interventions devraient être personnalisées, utilisant dans chaque cas les ressources nécessaires, aussi bien à niveau de l'intensité et de la durée.

Mots Clés

Ampliation de la base du traitement, intervention échelonnée, intervention brève, intervention longue.

INTRODUCCIÓN

Los bebedores de alcohol se distribuyen a lo largo de un continuum (Skinner, 1990) donde los niveles de riesgo aumentan de forma paralela al nivel de consumo. De ahí

que también se haya propuesto extender el abanico de las intervenciones sin solución de continuidad, de forma que las estrategias preventivas se engargen con las terapéuticas. A los bebedores ligeros se les hará educación sanitaria; a los bebedores de riesgo se



les aportará un consejo de reducción de la ingestión de alcohol; a los bebedores con consumo perjudicial se les ofrecerá el oportuno tratamiento reparador; además del consejo de reducción de consumos; al paciente con dependencia alcohólica habrá que ofrecerle un tratamiento completo de deshabituación (Rodríguez-Martos, 1994), con el seguimiento prolongado que necesita toda enfermedad de naturaleza recidivante.

Por un lado, las intervenciones breves, a veces limitadas a una sola sesión de escasos minutos, se han mostrado efectivas y rentables y se promueve su generalización; por otro, se insiste en acompañar al paciente dependiente en su proceso terapéutico durante años. Breve y extenso a un tiempo, ¿es eso contradictorio?

El *Institute of Medicine* de Washington (1990) describió la **ampliación de la base del tratamiento**, instando a los profesionales a no limitarse a intervenir en los casos de dependencia alcohólica ni, ceñirse, en estos casos, al tratamiento de desintoxicación y deshabituación. El espectro terapéutico debía extenderse a la situación anterior al desarrollo de la dependencia y posterior a la superación de la misma, incluyendo así las intervenciones preventivas ante los consumos de riesgo, por un lado, y, por otro, el trabajo psicosocial para la recuperación integral del enfermo, una vez superada su adicción.

Partiendo de esta conceptualización y teniendo en cuenta que los problemas de alcohol son influidos por el entorno y que los sistemas terapéuticos disponibles a menudo no contemplan las diferentes dimensiones (situación personal física, psíquica y social) que condicionarán la intervención de cada paciente, Humphreys & Tucker (2002) proponen atender a poblaciones enteras y que las

intervenciones funcionen como sistemas. Ello implica una distribución racional de recursos, aplicándolos en función de su necesidad y respuesta esperada; es decir: rentabilizándolos. Asimismo significa tener en cuenta el entorno y circunstancias del paciente, que puede condicionar la necesidad de un tratamiento más extenso, tanto en duración como en amplitud.

Estas ideas son coherentes con el modelo de **intervención escalonada**, que sugiere avanzar paso por paso, aplicando recursos de menor a mayor complejidad, según la gravedad del problema. A su vez, este modelo es compatible con un amplio espectro de intervenciones, que abarcan desde las **intervenciones breves** hasta las **intervenciones extensas**, no siendo ambas mutuamente excluyentes, dado que también una intervención breve puede extenderse a través del seguimiento. Las primeras, serían una estrategia de intervención precoz, alcance de cualquier profesional sanitario y constituirían un primer escalón terapéutico. Las segundas implicarían el seguimiento y el tratamiento continuado, estructurado en fases.

Para hacer este camino, corto o largo, el paciente ha de encontrarle un sentido. La **motivación** es el motor del cambio, pero no es un don del cielo. El profesional debe promoverla (Rodríguez-Martos, 1994).

CONCEPTO DE AMPLIACIÓN DE LA BASE DEL TRATAMIENTO

El *Institute of Medicine* (1990) propuso este concepto para describir la necesidad de ampliar el tratamiento de forma que dé cabida a todos los niveles y estadios del proceso adictivo y de su recuperación: "identificación,



intervención breve, evaluación, diagnóstico, consejo, servicios médicos, servicios psiquiátricos, servicios psicológicos y seguimiento de las personas con problemas de alcohol en tanto que factor contribuyente de disfunciones físicas, psicológicas y sociales, así como detener, retrasar o hacer retrogradar el progreso de cualquier problema asociado”.

CONCEPTO DE TRATAMIENTO ESCALONADO

Se puede referir a protocolos o sistemas terapéuticos en los que el paciente puede desplazarse en función de sus necesidades y no presupone una duración concreta. Típicamente, el paciente recibe el nivel más bajo de asistencia, el menos agresivo y más barato que pueda resultar efectivo y se estime adecuado para él (Sobell & Sobell, 2000), aplicándosele estrategias más complejas en caso de no responder a las primeras. Éste podría ser el caso de una persona diagnosticada como bebedor de riesgo, y por tanto subsidiaria de una intervención breve a cargo del médico de cabecera, que fracasa en su intento de reducción de consumos. El siguiente paso sería derivarle a un especialista para que evaluara una posible dependencia y la eventual necesidad de un recurso terapéutico específico. Lo mismo cabría decir de pacientes con complicaciones derivadas de su dependencia alcohólica que les hicieran subsidiarios de una mayor utilización de recursos a diversos niveles.

CONCEPTO DE INTERVENCIÓN BREVE

Es toda intervención limitada en el tiempo y siempre de duración inferior a un tratamiento tradicional, cuyo objetivo es proactivo

(avanzarse a la demanda del paciente) y su estrategia oportunista (aprovecha la consulta del paciente por cualquier otro motivo). Su fundamento teórico se halla en la conjunción del modelo transteórico del cambio (Prochaska & DiClemente, 1986) y el abordaje motivacional (Miller & Rollnick, 1991). Su población diana son los bebedores con un consumo de riesgo o perjudicial, capaces de modificar sus consumos y evitar así la progresión del riesgo y de problemas empleando sus recursos personales a partir de la información que se les facilita sobre su propia situación, como motor de reflexión y motivación para el cambio.

Las intervenciones breves se consideran (Babor et al., 2003) entre las mejores estrategias para reducir el daño relacionado con el consumo de alcohol. Su eficacia y efectividad han sido demostradas por numerosos estudios y metaanálisis (Bien et al., 1993), sobre todo en atención primaria de salud (Fleming et al., 1997) y empiezan a evidenciarse asimismo en terrenos como las consultas de urgencias (Cherpitel & Rodríguez-Martos, 2005) o los colectivos universitarios (Murphy et al., 2001). Es importante difundir este modelo a los centros de reconocimiento, los servicios médicos de las empresas y la propia comunidad, existiendo incluso experiencias de intervención breve por internet en población general (Sainz et al., 2004) y universitaria (Kypri et al., 2004), donde se han mostrado tan efectivas como las intervenciones breves administradas a la población general por el médico de cabecera. En efecto, la intervención breve permite “alcanzar” al paciente que espontáneamente no consultaría, entroncado así con las estrategias de reducción de daños.

La intervención breve está a caballo entre la prevención y el tratamiento. Consta básicamente de **evaluación y consejo**, aunque es



deseable siquiera un cierto **seguimiento**, de variable duración, habitualmente no superior al año. El consejo puede limitarse a cinco minutos de devolución de la información recogida sobre el enfermo, contrastándola con los límites de riesgo conocidos, y a la administración de la correspondiente recomendación, o prolongarse a lo largo de un cuarto o media hora e incluso más al desplegar estrategias motivacionales. El seguimiento es opcional y depende de las circunstancias (fácil en atención primaria, difícil en urgencias). Aunque parezca paradójico, las intervenciones breves, también pueden extenderse en el tiempo a base de seguimientos y a veces sesiones de refuerzo periódicas. Poikolainen (1999) encontró mayor efectividad en las intervenciones breves extendidas frente a las de una única sesión. También se ha descrito una efectividad superior en las intervenciones breves administradas en urgencias, cuando se siguen de una sesión de refuerzo (Longabaugh et al., 2001; Mello et al., 2005).

CONCEPTO DE INTERVENCIÓN EXTENSA

Se entiende por intervención extensa toda aquella que ha sido planificada para alargarse más de 6 meses (Mc Kay, 2005) y se refiere al tratamiento de largo alcance, clásicamente concebido en fases de a) contacto o preparatoria; b) desintoxicación; c) deshabituación; d) poscura, seguimiento o inserción.

La intervención extensa se justifica por la propia naturaleza de la dependencia alcohólica, enfermedad crónica y recidivante. La atención continuada y el cumplimiento terapéutico facilitarían la recuperación estable. La viabilidad y sostenibilidad de un tratamiento extenso dependerá, sin embargo, de su rentabilidad

y aceptación por parte del paciente, sujeto activo de un proceso que le pertenece.

McKay (2005) incluye, entre las intervenciones extensas, diversos abordajes: intervenciones conductuales de larga duración (en general de 6 a 12 meses); intervenciones de tratamiento continuado, que incluyen seguimiento de 1 o más años, a veces domiciliario o mediante entrevistas ambulatorias o seguimiento telefónico, tras un periodo de internamiento o tratamiento ambulatorio intensivo; tratamientos en comunidades terapéuticas – inclusive de prisioneros–; intervenciones farmacológicas prolongadas, de hasta 12 meses.

En nuestro país, el tratamiento de deshabituación incluye entrevistas psicoterapéuticas, tratamiento farmacológico y, habitualmente, intervenciones grupales y alguna forma de inclusión de la familia, de forma más intensiva durante el primer año y con seguimientos progresivamente más espaciados durante al menos otro año.

Kay et al., (2005) comprobaron la efectividad de la extensión telefónica del tratamiento (monitorización telefónica y consejo breve) tras 4 semanas de tratamiento ambulatorio intensivo orientado a la abstinencia. Durante las 12 meses subsiguientes, compararon las intervenciones telefónicas con el tratamiento continuado estándar (dos sesiones semanales de terapia de grupo inspirada en los 12 pasos) y la prevención individualizada de recaídas (una sesión de prevención de recaídas y una sesión de grupo cada semana). La intervención telefónica consistió en una combinación de contactos telefónicos semanales de 15 minutos de duración para el seguimiento y consejo, precedidos de una entrevista personal para explicar el protocolo y complementados con la asistencia semanal a una sesión de



grupo de ayuda sólo durante el primer mes, para facilitar la transición. A los 12 meses, esta modalidad de extensión terapéutica produjo análogos resultados a las visitas de seguimiento cara a cara y a la prevención individualizada de recaídas. El mismo equipo investigador (McKay, Lynch, Shepard and Pettinati, 2005) comprobó una superioridad de resultados (mayores tasas de abstinencia y niveles significativamente inferiores de GGT), a los 2 años de seguimiento, en los pacientes que recibieron la atención telefónica continuada.

La extensión del tratamiento debería ser una prioridad en la provisión de servicios (Humphreys & Tucker, 2002), aunque fuera a costa de una menor intensidad de las intervenciones y menor inversión de recursos sanitarios. Es decir, se trataría de evitar el modelo menos rentable y más intenso de asignar muchos recursos en periodos cortos de tiempo en contraposición a una atención menos intensa, pero más extendida en el tiempo.

Un modelo de intervención extensa sería la **monitorización extensa del caso** (Stout et al, 1999), que incluye entrevistas telefónicas de 15-30 minutos, al principio mensuales, y que se van espaciando a lo largo de 2 años. Incluye soporte telefónico a familiares. Estos contactos sirven de refuerzo y para resolver situaciones de crisis o recaída y son una forma barata de extender el tratamiento a lo largo de varios años.

La familia debe ser objeto y agente del tratamiento, ya se trabaje desde un programa especializado, ya desde la atención primaria de salud, donde la enfermera puede actuar como punto de contacto y trabajar con la familia organizada como unidad de tratamiento (Barnett, 2003).

La extensión del tratamiento puede referirse asimismo a su amplitud en el sentido de abarcar diversos tipos de ayudas confluyentes. Así, el trabajo de soporte psico-social de los voluntarios y organizaciones de autoayuda puede amplificar el espectro terapéutico.

IMPORTANCIA DE LA MOTIVACIÓN

Hace tres lustros que el abordaje motivacional se ha incorporado como doctrina y estrategia a nuestro quehacer terapéutico. Se ha dicho que el secreto de que la intervención breve funcione es que ayuda al paciente a encontrar motivos para cambiar. Cuando se trata de un bebedor de riesgo, dicho cambio lo consigue con sus propios recursos. Pero también en dependencias graves, la motivación es básica, aunque, por sí sola, insuficiente para superar el problema. La motivación favorece la propia responsabilización en el proceso terapéutico, porque es al paciente – no a su familia o al médico- a quien le interesa dejar de beber; la motivación favorece por tanto el compromiso y cumplimiento terapéutico y la retención en el programa, factores de buen pronóstico en cualquier programa de deshabituación. Los principios y espíritu de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1991) deberían inspirar cualquier intervención destinada a facilitar un cambio de hábitos, pues son tan importantes para promover la primera reflexión de cambio como para sostenerlo y para reconvertir episodios de recaída.

A MODO DE REFLEXIÓN

En conjunto, cabría concluir que es importante tener una perspectiva amplia y flexible del espectro terapéutico y contemplar las in-



tervenciones como un conjunto de escalones, de menor a mayor intensidad y complejidad, consecutivos y a veces paralelos. Ante problemas incipientes, un modelo proactivo como el de la identificación precoz e intervención breve, evita desplegar un arsenal terapéutico innecesario y generador de rechazo, aportando en cambio elementos facilitadores de la asunción de responsabilidades y modificación de conducta, que fomentan la autoeficacia. Paso a paso, escalón por escalón, se justificaría el despliegue de recursos específicos y más complejos. Humphreys & Tucker (2002) proponen no proceder a una simple asignación del paciente con criterios profesionales y opinan que los bebedores con problemas deberían también participar en la elección del escalón de entrada al sistema terapéutico. Una intervención sencilla puede seguirse de otra más compleja, pero un tratamiento inicialmente intensivo puede y debe prolongarse mediante un seguimiento de baja intensidad pero extendido en el tiempo. Lo mismo cabe decir de las entrevistas que de los grupos terapéuticos. Su intensidad y nivel de profundización variarán a lo largo del proceso de recuperación del paciente, pero idealmente deben tener un principio y un final, aunque un paciente pueda seguir adherido a grupos o asociaciones de ayuda mutua en su proceso de resocialización. Especialmente en los casos de dependencia, la información disponible aporta cierta evidencia de la superioridad de intervenciones de mayor calado (atención escalonada) y extensas (McKay, 2005). Una dependencia no se supera al desintoxicarse ni los problemas derivados de la misma desaparecen superada aquélla. Antes bien, se convierten en factores de riesgo respecto de una posible recaída. De ahí nuestra conceptualización del tratamiento como un proceso extendido a lo

largo de fases y de duración no inferior al año (Rodríguez-Martos, 1989). Este modelo, claro para nosotros y que se traduce en recuperaciones estables a lo largo de más de 10 años (Gual et al, 2004), no es tan frecuente en otros países, donde muchos tratamientos se limitan a 3 meses. En cualquiera de las modalidades terapéuticas, es deseable la monitorización o seguimiento de la evolución del enfermo, ya sea por vía telefónica, presencial o mediante derivación para ulterior evaluación del caso.

En todo este entramado terapéutico, el paciente hará su camino si está motivado para ello. El abordaje motivacional está centrado en el cliente, auténtico protagonista de la recuperación, aunque el terapeuta le acompañe y guíe en el proceso. El trabajo motivacional es esencial desde el principio y a lo largo de todo el tratamiento, desde la acogida hasta el mantenimiento de la recuperación. Dentro de esta visión holística de la atención y tratamiento de los problemas de alcohol, no podemos dejar fuera a la familia, directamente afectada, a veces parte del conflicto y, casi siempre, parte de la solución. También la familia necesita información y apoyo, de baja intensidad a cargo del propio terapeuta del enfermo o del médico de cabecera, o de alta intensidad, con derivación a recursos especializados (depresión, maltrato, etc.). Y también la familia forma parte de esa atención continuada en tanto que entorno natural del paciente.

¿Breve? ¿Extenso? Se trata de personalizar las intervenciones y ubicar, en cada caso, los recursos necesarios – ni excesivos ni insuficientes- en cuanto a intensidad y duración.

BIBLIOGRAFÍA

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S, Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2003)



Alcohol, no ordinary commodity. Oxford University Press.

Barnett, M.A. (2003). All in the family: resources and referrals for alcoholism. *Journal of American Academic Medicine*, 15: 467-472.

Bien, T.H., Miller, W.R. & Tosigan, J.S. (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 88: 315-336.

Cherpitel, C. & Rodríguez-Martos, A. (2005) Cribado de problemas de alcohol e intervención breve en los servicios de urgencias: una oportunidad para la prevención. *Adicciones* 17: 181-192.

Fleming, M. E., Barry, K.L., Manwell L.B., Johnson, K. & London, R. (1997) Brief physician advice for problem drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, 277: 1039-1045.

Gual, A., Lligoña, A., Costa, S., Segura, L. & Colom, J. (2004). El tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. Resultados a 10 años de un estudio longitudinal prospectivo de 850 alcohólicos tratados en la red pública de Cataluña. *Medicina Clínica (Barc)*. 123: 364-369.

Humphreys, K., Tucker, J.A. (2002) Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction*, 97: 126-132.

Institute of Medicine (1990) *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC. National Academy Press.

Kypri, K., Saunders, J., Williams, S.M., McGee, R.O., Langley J.D., Cashell-Smith, L. & Gallagher S.J. (2004). Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomised controlled trial. *Addiction*, 99: 1410-1417.

Longabaugh, R., Woolard, R.F., Nirenberg, T.D., Minugh, A.P., Becker, B., Clifford, P.R. et al. (2001). Evaluating the effects of a brief motivational intervention for

injured drinkers in the emergency department. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 806-816.

McKay, J.R., Lynch K.G., Shepard, D.S. & Pettinati, H.M. (2005) The effectiveness of telephone-based continued care for alcohol and cocaine dependence: 24-months outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 62: 199-207.

McKay, J.R., Lynch, K.G., Shepard, D.S. Morgenstern, J. & Forman R.F. (2005)

Do patients characteristics and initial progress in treatment moderate the effectiveness of telephone-based continuing care for substance use disorders? *Addiction*, 100: 216-226.

McKay, J.R. (2005) Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders? *Addiction*, 100: 1594-1610.

Mello, M.J., Nirenberg T.D., Longabaugh, R., Woolard, R., Minugh, A., Becker, B., Baird, J., Stein, L. (2005) Emergency department brief motivational interventions for alcohol with motor vehicle crash patients. *Annals of Emergency Medicine*, 4, 620-625.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York, Guilford Press.

Murphy, C., Duchnick, J.J., Vuchinich, R.E., Davison, J.W., Karg, R.S., Olson, A.M., Smith, A.F. & Coffey, T.T. (2001) Relative efficacy of brief motivational intervention for college student drinkers. *Psychological Addictive Behavior*, 15: 373-379.

Poikolainen, K. (1999). Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in pri-



mary health care populations: A meta-analysis. *Preventive Medicine*, 28: 503-509.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1986) Towards a comprehensive modelo f change. En: Miller, W.R. & Heather, N. (eds): *Treating Addictive Behavirs: Processes of Change*. New York, Plenum Press.

Rodríguez-Martos, A. (1989) *Manual de alcoholismo para el médico de cabecera*. Barcelona, Salvat Editores.

Rodríguez-Martos, A. (1994) Papel de la atención primaria en el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol: motivación para el cambio. *Atención Primaria*, 14: 743-751.

Saitz, R., Helmuth, E.D., Aromaa, S.E., Guard, A. Belanger, M. & Rosenbloom, D.L. (2004) Web-based screening and brief intervention for the spectrum of alcohol problems. *Preventive Medicine*, 39: 969-975.

Skinner, H.A. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. *Canadian Medical Association Journal*, 143: 1054-1059.

Sobell M.B. & Sobell, L.C. (2000) Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 573-579.

Stout, R.L., Rubin, A., Zwiak, W. & Bellino, L. (1999) Optimizing the cost-effectiveness for alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring. *Addictive Behaviors*, 24: 17-35.