



ELSEVIER



ORIGINAL

Efectos de la integración de grupos de ayuda mutua sobre la adherencia al programa de continuidad en el cuidado a pacientes con dependencia del alcohol realizado en Atención Primaria



Gabriel Rubio^{a,b,c,d}, Marta Marín^{a,b,d,*}, José Ramón López-Trabada^{a,b,d}
y Francisco Arias^{a,b,d}

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Instituto de Investigación 12 de Octubre (I+12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^c Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Anatomía, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^d Red de Trastornos Adictivos (RETIS), Instituto Carlos III, Madrid, España

Recibido el 24 de noviembre de 2019; aceptado el 17 de abril de 2020

Disponible en Internet el 18 de julio de 2020

PALABRAS CLAVE

Alcoholismo;
Continuidad de
cuidados;
Monitorización de la
recuperación;
Grupos de ayuda
mutua;
Programa
Ayúdate-Ayúdanos

Resumen

Objetivo: Comprobar los efectos de integrar las asociaciones de ayuda mutua en el programa de continuidad de cuidados de pacientes dependientes del alcohol realizado por equipos de Atención Primaria.

Emplazamiento: Equipos de Atención Primaria del área de influencia del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Participantes: Se incluyeron 207 participantes dependientes del alcohol y tratados ambulatoriamente de forma intensiva en el hospital en un programa de continuidad de cuidados llevado a cabo por los equipos de Atención Primaria durante cuatro años.

Intervenciones: Los pacientes fueron aleatorizados a dos modalidades de continuidad de cuidados diferentes. Un grupo fue seguido con la modalidad de tratamiento conocida como monitorización de la recuperación (Grupo A, n = 97) y los participantes del otro grupo, además de esta intervención, acudían a las asociaciones de ayuda mutua de la Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA) en las que se llevaba a cabo el programa Ayúdate-Ayúdanos (Grupo B, n = 112).

Mediciones principales: Abandono de las sesiones para monitorizar la recuperación de su dependencia alcohólica y de las otras patologías médicas comórbidas.

Resultados: Los pacientes del grupo B tenían mayores porcentajes de adherencia terapéutica al programa (47,9% vs. 14,7%, p < 0,01), así como para los problemas médicos comórbidos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta.marin@salud.madrid.org (M. Marín).

Conclusiones: La integración de las asociaciones de ayuda mutua que siguen el programa Ayúdate-Ayúdanos mejora los resultados de adherencia terapéutica de pacientes dependientes del alcohol atendidos por los equipos de Atención Primaria.
© 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Alcoholism;
After-care;
Recovery
management
checkup;
Self-help groups;
Help-you-Help-us
program

Effects of including mutual aid groups in the adherence of a continuing care programme of alcohol dependent patients carried out in a Primary Care setting

Abstract

Objectives: To demonstrate the effects of including mutual aid associations into a continuing care programme for patients with alcohol dependence carried out by Primary Care teams.

Site: Primary Care Teams belonging to the attendance area of the University Hospital 12 de Octubre at Madrid.

Participants: 207 participants with alcohol dependence treated in an intensive hospital outpatient-setting programme were included in a continuing care programme carried out by a Primary Care team for a four-year period.

Interventions: Patients were randomised into two intervention modalities. The first group was followed up while receiving a treatment modality known as «monitoring recovery» (Group A, n = 97). The other group, in addition to the above-mentioned intervention, attended to a mutual aid association included in the Federation of Alcoholics of the Community of Madrid (FACOMA) in which the programme «Help Yourself-Help Us» was carried out (Group B, n = 112).

Main Outcomes: Dropout rates on the sessions designed to monitor their recovery from their alcohol dependence and other comorbid medical conditions.

Results: Patients in Group B reached higher rates of therapeutic adherence to the programme (47.9% vs. 14.7%, p < 0.01), as well as for the comorbid medical issues when compared to Group A.

Conclusions: Including mutual aid associations that carried out the «Help yourself-Help Us» programme for a four-year period improves outcomes related to therapeutic adherence in patients with alcohol dependence attending Primary Care teams.

© 2020 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La dependencia del alcohol es una enfermedad con importantes repercusiones médicas, familiares y sociales¹. La relevancia del coste de la dependencia del alcohol se ve agravada por el hecho de ser un trastorno crónico lo que conlleva la puesta en marcha de programas que mejoren la continuidad de cuidados con el objetivo de favorecer la estabilidad de los pacientes, disminuir la tasa de recaídas y la necesidad de futuras intervenciones².

Entre las diferentes estrategias utilizadas en este tipo de programas se ha prestado especial interés a las basadas en los programas de ayuda mutua (principalmente los programas de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos) y en los desarrollados por los equipos de Atención Primaria^{2,3}. El éxito de las primeras parece depender de la filosofía de estos grupos, teniendo como principal inconveniente la elevada tasa de abandonos en los primeros meses⁴. Una de las ventajas de involucrar a los equipos de Atención Primaria radica en la posibilidad de supervisar su situación de abstinencia, así como el de las múltiples patologías que tienen las personas con dependencia del alcohol⁵. A pesar de la relevancia de este problema de salud no son frecuentes las

investigaciones que se hayan centrado en comprobar la eficacia de estos programas².

Nuestro grupo, en 2010, inició un proyecto de integración de las asociaciones de ayuda mutua pertenecientes a la Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA Red CAPA) en el programa de tratamiento del Hospital Universitario 12 de Octubre para pacientes dependientes del alcohol. Dicho proyecto se denomina Ayúdate-Ayúdanos⁶. Demostrábamos que dicha integración mejoraba el pronóstico de los pacientes con dependencia alcohólica y las complicaciones psicológicas de sus familiares^{7,8}. En el presente artículo nos hemos centrado en el periodo relacionado con la continuidad de cuidados (cuatro años), prestando especial atención a las variables implicadas en la adherencia a dicho programa y en su repercusión en el seguimiento de otras patologías médicas comórbidas.

Material y método

Muestra

La muestra fue seleccionada de los pacientes que acudieron al programa de tratamiento ambulatorio del alcoholismo del

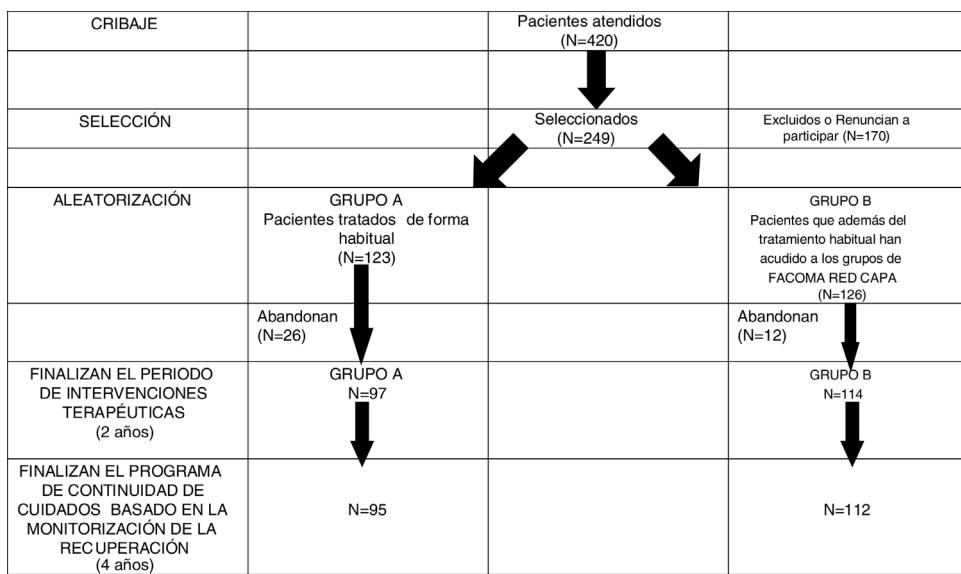


Figura 1 Fluo de pacientes a lo largo del estudio. Estudio aleatorizado de comparación de pacientes tratados de forma habitual (Grupo a) vs pacientes que además asistían a los grupos de FACOMA RED CAPA (Grupo B).

Hospital Universitario 12 de Octubre durante un periodo de 14 meses (fig. 1). La causa más frecuente para renunciar a participar eran la falta de compromiso para llevar a cabo un programa terapéutico de dos años de duración (n = 132) y la presencia de deterioro cognitivo (n = 38). Los criterios de inclusión fue tener una edad entre 18 y 69 años, y cumplir criterios DSM-IV de dependencia del alcohol. Los únicos criterios de exclusión fueron la presencia de deterioro cognitivo moderado y/o de trastornos psicóticos.

Diseño

Se trata de un estudio aleatorizado donde se compara el abordaje tradicional (Grupo A) frente a otro experimental consistente en añadir al tratamiento usual, el realizado en una de las dos asociaciones de la red FACOMA-RED CAPA, en el área de influencia del Hospital Universitario 12 de Octubre (Grupo B). La aleatorización se llevó a cabo mediante una tabla de números aleatorios con una proporción 1.1.

Las intervenciones realizadas por todos los pacientes tenían lugar en dos momentos diferentes (tabla 1). El primer periodo, el **de intervenciones terapéuticas**, tenía una duración de dos años y se realizaba de forma ambulatoria en las consultas externas hospitalarias del servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre. En este periodo de tiempo, los pacientes de ambos grupos (Grupo A y Grupo B) asistían a este programa terapéutico en el que se realizaban intervenciones multimodales, a lo largo de cinco etapas y en el transcurso de 24 meses: a) desintoxicación y motivación para la abstinencia (2-3 meses), b) prevención de recaídas, c) programa de habilidades sociales, d) consolidación de los cambios en el estilo de vida, y e) preparación para el alta. A continuación, los pacientes de ambos grupos (Grupo A y Grupo B) pasaban a la **fase de continuidad de cuidados**, de cuatro años de duración, que se llevaba a cabo

por los equipos de Atención Primaria en los centros donde los pacientes recibían sus atenciones médicas. La modalidad de intervención es la conocida como «monitorización de la recuperación» (*recovery management checkup*). Según este modelo, la supervisión regular de cómo se está recuperando el paciente y las intervenciones tempranas facilitan la rápida detección de las recaídas, disminuye el tiempo para reiniiciar el tratamiento y mejora los resultados de salud³. Los *pacientes del grupo A*, durante el primer año tras el alta de las intervenciones terapéuticas (T3, año tres del estudio) eran citados por el médico o el personal de enfermería cada dos meses para conocer específicamente su situación respecto del consumo de alcohol y de sus complicaciones médicas. El segundo año postal (T4, año cuatro del estudio) las visitas se realizaban cada cuatro meses y, los años restantes (T5 y T6, años cinco y seis del estudio), cada seis meses. En esas entrevistas la enfermera repasaba la historia de consumo de alcohol desde la entrevista anterior, y si había asistido a las citas con los otros especialistas. Los datos del seguimiento por parte de los profesionales de Atención Primaria se obtenían de la historia clínica electrónica y, en caso de que el sujeto se hubiera trasladado a otra área sanitaria, se consultaba con el responsable de Atención Primaria del caso.

Los pacientes del grupo B, además de asistir a las mismas intervenciones del grupo A, acudían a alguna de las dos asociaciones de FACOMA-RED CAPA ubicadas en dos distritos próximos a nuestro hospital. Un profesional del equipo terapéutico acudía dos veces al mes a la asociación para tareas de coordinación. En cada asociación de ayuda mutua se realizaban grupos para pacientes y también para familias con una frecuencia de 2-4 veces por semana con una duración de dos horas por sesión. Los profesionales que acudieron para la coordinación dispusieron del listado de asistencia semanal, tanto del paciente como del familiar, lo que permitió conocer el número de veces que acudían cada año de seguimiento.

Tabla 1 Cronograma de evaluaciones a lo largo del periodo de intervenciones terapéuticas y de continuidad de cuidados

Periodo de intervenciones terapéuticas (años 1 y 2)		Periodo de continuidad de cuidados basado en la monitorización de la recuperación realizado en los centros de Atención Primaria			
Evaluación basal (T0)	Final de tratamiento (T2)	Seguimiento (año 3) (T3)	Seguimiento (año 4) (T4)	Seguimiento (año 5) (T5)	Seguimiento (año 6) (T6)
Entrevista	TLFB	TLFB	TLFB	TLFB	TLFB
DSM-IV-TR	Escala de impulsividad	Citas de seguimiento	Escala de impulsividad	Citas de seguimiento	Escala de impulsividad
TLFB	Escala de ansiedad		Escala de ansiedad		Escala de ansiedad
Escala de impulsividad	Escala de depresión		Escala de depresión		Escala de depresión
Escala de ansiedad	Cuestionario sobre sentido de la vida		Cuestionario sobre sentido de la vida		Cuestionario sobre sentido de la vida
Escala de depresión	GGT		GGT		GGT
Cuestionario sobre sentido de la vida			Citas de seguimiento		Citas de seguimiento
GGT					

EIDA: Escala de Intensidad de la Dependencia por Alcohol; TLFB: Evaluación Retrospectiva del Consumo de Alcohol (*Alcohol Timeline Follow Back*); GGT: gamma-glutamil-transpeptidasa.

Instrumentos de evaluación utilizados

Los pacientes fueron entrevistados y diagnosticados según criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*⁹. Los instrumentos de evaluación utilizados para determinar el estado psicológico de los participantes fueron: Escala de intensidad de la dependencia alcohólica¹⁰, Escala de impulsividad de Barrat¹¹, Escala de ansiedad de Hamilton¹², Escala de depresión de Hamilton¹³ y el Cuestionario sobre el sentido de la vida¹⁴.

La evaluación del seguimiento del consumo de alcohol se realizó mediante una entrevista para determinar retrospectivamente el consumo de alcohol (*alcohol timeline followback, TLFB*)¹⁵. Como marcador indirecto de consumo de alcohol se utilizó el nivel de gamma-glutamil-transferasa (GGT) basal en las diferentes evaluaciones. La adherencia al programa de continuidad de cuidados se realizaba mediante entrevistas con el paciente y la familia y dicha información se cotejaba con la historia clínica informatizada.

Variables

La adherencia al programa de continuidad de cuidados se contabilizaba por el número de abandonos y de citas con el equipo de Atención Primaria durante el periodo de continuidad de cuidados. Se contabilizaron también las asistencias a las citas con los otros especialistas de las diferentes patologías médicas de los pacientes, así como los motivos de las inasistencias.

VARIABLES DE CONSUMO: meses de abstinencia acumulada (número de meses en abstinencia), recaída (cualquier día en que hubiese consumo de riesgo), número de recaídas, número de veces que tuvieron que ser derivados para reiniciar una nueva desintoxicación o para retomar el tratamiento de su adicción.

ESTADO PSICOLÓGICO: puntuaciones en escalas de impulsividad, ansiedad, depresión y sentido de la vida.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En la visita basal (T0), las diferencias entre las variables cuantitativas se compararon empleando el estadístico t de Student, mientras que las diferencias entre las variables cualitativas se compararon usando el test de χ^2 . Los cambios en las puntuaciones de las escalas psicológicas y los niveles de la GGT durante el periodo de tratamiento (T0 vs. T2) fueron comparados utilizando el ANOVA de dos factores (2×2), considerando como variables la puntuación total en las escalas (en la visita basal [T0] y al final del periodo de tratamiento [T2]) y el grupo de tratamiento (Grupo A vs. Grupo B). Durante el periodo de continuidad de cuidados (T2-T6), los cambios en la puntuación de las escalas y en los valores de la GGT también fueron comparados empleando el ANOVA de dos factores (2×2), considerando las variables: puntuación total de las escalas o niveles de GGT (entre los periodos de tiempo T2-T6) y el grupo de tratamiento (Grupo A vs. Grupo B). Los resultados del estudio de seguimiento eran recogidos por los integrantes del equipo y no de forma ciega. Únicamente se han utilizado los datos de los pacientes que finalizaron el estudio de tratamiento.

Se llevó a cabo un modelo de regresión para determinar la adherencia al final del seguimiento en el programa de continuidad de cuidados (T6). Se consideró buena adherencia cuando un sujeto había acudido al 75% de las citas de seguimiento con el equipo de Atención Primaria ($n = 67$). Las variables que discriminaban significativamente entre ambos grupos se introdujeron en un modelo de regresión lineal (método ENTER) donde la variable dependiente era: adherencia al programa de continuidad de cuidados durante T2-T6.

RESULTADOS

Los pacientes incluidos en el estudio eran predominantemente varones (80%), con 15 años de escolarización, y en su mayor parte tenían empleo (80%). Cumplían criterios de dependencia del alcohol al menos 12 años antes del estudio,

Tabla 2 Medias, desviaciones típicas y diferencias estadísticas en variables clínicas y psicológicas entre los grupos

Variable	Grupo A Tratamiento habitual (T6) (n = 95)	Grupo B Tratamiento adicional en los centros de FACOMA Red CAPA (T6) (n = 112)	p
Género (varón), n (%)	62 (65,20)	68 (60,71)	X = 0,45, gl = 1, p = 0,49
Visitas de seguimiento en A. Primaria durante el seguimiento, x(DT)	4,31 (3,02)	7,75 (3,03)	T = 8,14, gl = 205, p = 0,00
Porcentaje de pacientes con buena adherencia al programa (> 75%)	14,7%	47,9%	X = 23,4, gl = 1, p = 0,00
Porcentaje de pacientes que realizan el seguimiento de sus patologías con otros especialistas	62%	81%	X = 7,60, gl = 1, p = 0,005
Media de recaídas durante seguimiento, x(DT)	2,72 (1,68)	1,27 (1,80)	T = 5,93, gl = 205, p = 0,002
Porcentaje de recaídas detectadas por el médico de Atención Primaria	34,8%	47,3%	X = 0,153, gl = 1, p = 0,69
Meses de abstinencia durante la de continuidad de cuidados, x(DT)	29,41 (12,85)	41,58 (9,80)	T = 7,702, gl = 205, p = 0,00 d = 1,08
Número de tratamientos reiniciados durante el seguimiento, n y x(DT)	273 (2,8 ± 1,51)	153 (1,36 ± 0,80)	T = 2,27, gl = 204, p = 0,03
Evaluaciones psicológicas y biológicas*	Diferencias T6-T2	Diferencias T6-T2	
Escala de impulsividad de Barrat, x(DT)	-1,32 (4,03)	-5,07 (6,35)	T = 4,95, gl = 205, p = 0,00
Escala de ansiedad de Hamilton, x(DT)	3,16 (5,98)	-0,50 (4,38)	T = 5,69, gl = 2, p = 0,00
Escala de depresión de Hamilton, x(DT)	1,38 (3,73)	-1,94 (4,98)	T = 5,36, gl = 205, p = 0,00
Cuestionario de sentido de la vida, x(DT)	4,78 (9,70)	10,02 (8,56)	T = -4,12, gl = 2, p = 0,00
Niveles de GGT, x(DT)	6,57 (18,59)	-4,47 (13,53)	T = 4,93, gl = 205, p = 0,00

* Los datos de estas columnas se obtuvieron de restar las puntuaciones/resultados de los participantes al final del periodo de seguimiento (T6) de las obtenidas cuando fueron dados de alta del tratamiento intensivo (T2). La negatividad en las puntuaciones indica mayor descenso en las puntuaciones de los participantes, lo que significa mayor nivel de mejoría, con la excepción del Cuestionario de sentido de la vida donde a mayor puntuación significa un mejor nivel de conciencia de esta dimensión.

todos habían sido tratados previamente por su dependencia y en las semanas previas a la desintoxicación consumían una media de 26,3 unidades de bebida estándar (UBE) al día.

Como puede observarse en la [tabla 2](#), el número de asistencias para monitorizar su recuperación y el porcentaje de adherentes eran significativamente superiores en el grupo de los pacientes integrados en las asociaciones (Grupo B) que en el otro. Los participantes de ese grupo también habían acudido con mayor frecuencia a las citas de seguimiento con los otros especialistas.

Los motivos para la inasistencia a las entrevistas de continuidad de cuidados fueron: a) estaban bebiendo (52%), b) considerar que no necesitaban estar en el programa (24%), c) se les olvidó acudir (21%); otros (3%). El porcentaje de participantes que no acudieron por estar bebiendo fue similar en ambos grupos, sin embargo, entre los del grupo A era más frecuente considerar que no necesitaban acudir al programa.

La proporción de pacientes en recaída, los días de consumo de alcohol y el porcentaje de pacientes que tuvieron que reiniciar el tratamiento de desintoxicación por su recaída eran significativamente menores en los pacientes que acudían a las asociaciones (Grupo B).

Respecto de las puntuaciones en las escalas psicológicas, los pacientes del grupo B experimentaron mejorías significativamente mayores que los del grupo A.

Variables que explicaban la mejor adherencia (acudir a > 75% de las citas) al programa de continuidad de cuidados

Como puede verse en la [tabla 3](#), cuatro variables entraron en el modelo de regresión (R^2 corregida = 0,40, $F = 26,44$, gl = 5; $p = 0,001$): pertenecer al grupo de pacientes que acudieron a las asociaciones de ayuda mutua, puntuaciones en la escala de ansiedad, puntuaciones en la escala de impulsividad y en sentido de la vida. Las puntuaciones en ansiedad y en impulsividad se asociaban negativamente con la adherencia, mientras las alcanzadas en la escala de sentido de la vida lo hacían de forma positiva.

Discusión

Es la primera vez que se lleva a cabo en nuestro país un estudio de cuatro años de seguimiento para evaluar la

Tabla 3 Variables que entraron en el modelo de regresión para explicar la adherencia al programa de continuidad de cuidados en Atención Primaria

Variable	B	Error de B	Beta estandarizada	T	p	IC 95
Grupo de pacientes que acudían a las asociaciones de ayuda mutua (Grupo B)	0,404	0,057	0,405	7,123	0,001	0,292-0,516
Puntuación en la Escala de ansiedad de Hamilton en T2	-0,031	0,007	-0,291	-4,805	0,001	-0,044-(0,018)
Puntuación en la Escala de impulsividad de Barrat en T2	-0,009	0,003	-0,186	-3,215	0,002	-0,014-(0,003)
Puntuación en el Cuestionario de sentido de la vida en T2	0,009	0,004	0,134	2,261	0,025	0,292-0,516

adherencia a un programa de continuidad de cuidados de pacientes dependientes del alcohol en Atención Primaria. Hemos comparado un programa basado en la monitorización de la recuperación frente a otro que incluía, además de la monitorización, la asistencia a los grupos de ayuda mutua de FACOMA.

Los resultados más significativos de nuestro estudio fueron que la sinergia de acudir a los grupos de ayuda mutua mejoraba la adherencia al programa de continuidad de cuidados desarrollado por los equipos de Atención Primaria (47,3%) y que las variables que se asociaban a una mejor adherencia eran: estar integrado en una asociación de ayuda mutua de la red CAPA de FACOMA, las puntuaciones en ansiedad, impulsividad y sentido de la vida al inicio del programa de continuidad de cuidados.

El porcentaje de adherentes de nuestro trabajo se encuentra dentro del rango (35-90%) señalado por algunos autores². En el ámbito de la dependencia alcohólica han sido muy pocos los trabajos que hayan evaluado la adherencia terapéutica. Pelc y cols.¹⁶ llevaron a cabo el seguimiento de pacientes adictos al alcohol que estaban siendo tratados con acamprosato a lo largo de 26 semanas. Un grupo era seguido por el equipo de investigación y por el de enfermería y el otro únicamente por el equipo investigador. Los pacientes que realizaban el seguimiento con la participación de las enfermeras de Atención Primaria tenían un 46% de adherencia al tratamiento, frente al 24% del otro grupo. O'Farrell y cols.¹⁷ siguieron durante tres meses a dos grupos de pacientes alcohólicos que habían sido ingresados para ser desintoxicados y tras el alta fueron aleatorizados a una intervención de terapia familiar o al seguimiento habitual de continuidad de cuidados. Los autores concluían que la adherencia al programa era significativamente más elevada en el grupo de terapia familiar (92 vs. 62%). Los estudios derivados del proyecto MATCH demostraban que la asistencia a los grupos de Alcohólicos Anónimos conseguía, tras 10 años de seguimiento, tasas de adherencia del 9%¹⁸.

Las sinergias entre la monitorización realizada por los equipos de Atención Primaria y la asistencia a la asociaciones FACOMA-Red CAPA son la base del proyecto Ayúdate-Ayúdanos⁶, por lo tanto, nuestros resultados no deberían de interpretarse como fruto de un efecto sumatorio. Es decir, no creemos que las tasas de adherencia obtenidas en nuestro trabajo puedan conseguirse con otros grupos de ayuda

mutua ajenos al programa Ayúdate-Ayúdanos. Hay que tener en cuenta que uno de los elementos nucleares de la filosofía de este programa es la consideración de que el alcoholismo es una enfermedad médica y que en la primera etapa del programa se explicita que «los pacientes deben acudir a los profesionales para ser diagnosticados y tratados por su enfermedad»⁶. Este hecho no se recoge en los programas basados en los 12 pasos.

Respecto a las variables psicológicas que también se asociaron con una adecuada adherencia, no hay trabajos que hayan explorado esas variables en el marco de la continuidad de cuidados, sin embargo, dado que puntuaciones elevadas en ansiedad e impulsividad se relacionan con mayor frecuencia de recaídas¹⁹⁻²³, y que puntuaciones elevadas en sentido de la vida lo hacen con la abstinencia⁸, cabe hipotetizar que la relación de estas variables con el consumo de alcohol pudiera explicar también su implicación en la adherencia. De hecho, una de las causas que nuestros pacientes referían para justificar la falta de asistencia a las citas era que «estaban consumiendo».

En resumen, la mayor eficacia de la integración de los grupos de ayuda mutua en la monitorización de su recuperación de su adicción y de las otras patologías médicas presentes en el alcoholismo está en concordancia con las propuestas de algunos autores para incluir a los equipos de Atención Primaria en la continuidad de cuidados de pacientes con dependencia alcohólica^{5,8}. En la práctica habitual se podrían aprovechar las citas que tienen estos pacientes con los equipos de Atención Primaria para realizar la monitorización de la abstinencia, lo que supondría un menor coste. La integración de las asociaciones con los equipos de Atención Primaria permite ganar en eficacia y eficiencia, dada la gratuidad de estos grupos de ayuda mutua. Como otros autores²⁴, nosotros apostamos porque los Planes de Salud Mental, como el de la Comunidad de Madrid, consideren la integración de grupos basados en la mutua ayuda en el tratamiento de la dependencia alcohólica y en la continuidad de cuidados^{8,25}.

Entre las limitaciones de este estudio hemos de considerar que algunas de las variables resultado se obtuvieron a partir de los datos referidos por los pacientes. Para evitar, en parte esta limitación se utilizó una entrevista estructurada y los valores de GGT. Otra limitación procede del tipo de coordinación realizada con las asociaciones. En nuestro caso

la cercanía nos permitía acudir con una frecuencia quincenal, pero es posible que en lugares donde la distancia entre el centro de tratamiento y la asociación sean mayores haya que preferir otras fórmulas de coordinación. El hecho de que FACOMA Red CAPA disponga de un programa terapéutico⁶ ha disminuido la heterogeneidad de las intervenciones grupales, por lo que se recomienda utilizar el mismo programa en el supuesto de que se desee replicar este estudio. Además, el análisis que se ha llevado a cabo es por protocolo y no por intención de tratar, de manera que sólo se han evaluado a los pacientes que completaron la fase de intervenciones terapéuticas y de continuidad de cuidados, y no a todos los pacientes que fueron aleatorizados desde el inicio, lo que podría haber afectado a la validez de los resultados. Sin embargo, hay que señalar que las tasas de abandono son efectivamente mucho mayores entre el Grupo A (que no asiste a los grupos de mutua ayuda), que entre el Grupo B (que sí lo hacen), y este resultado tiene que ver precisamente con el objeto de este estudio: demostrar que los pacientes que además del tratamiento habitual se vinculan con asociaciones de ayuda mutua tienen una mejor adherencia terapéutica (y, por tanto, una menor tasa de abandonos) (tabla 3).

Por el contrario, los aspectos más interesantes de este proyecto se derivan de que se realizó en un dispositivo público, con un procedimiento similar al que se lleva a cabo en la práctica habitual. El número de pacientes incluidos y el seguimiento fueron lo suficientemente importantes como para que se hayan podido obtener resultados aplicables a la práctica clínica. Además, no solo se han recogido variables de adherencia, sino variables psicológicas y marcadores biológicos.

¿Qué se conoce sobre el tema?

Los estudios controlados sobre la continuidad de cuidados en el alcoholismo son escasos y muy heterogéneos. La mayor parte de ellos recogen la importancia de los grupos de ayuda mutua y de la participación de los equipos de Atención Primaria, pero son escasas las investigaciones realizadas para evaluar la eficacia de los mismos en combinación.

Qué aporta este estudio

En este trabajo se comparan dos cohortes de pacientes dependientes del alcohol que fueron dados de alta tras realizar un tratamiento intensivo ambulatorio y posteriormente llevaron a cabo la monitorización de su recuperación en diferentes equipos de Atención Primaria. Una de las cohortes asistía, además, a los grupos de ayuda mutua que seguían el programa Ayúdate-Ayúdanos.

Los pacientes que asistían al programa de continuidad de cuidados de Atención Primaria y a los grupos de ayuda mutua tenían mejor adherencia al programa de continuidad de cuidados que los que únicamente acudían a los equipos de Atención Primaria.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. McKay JR, Hiller-Sturmhofel S. Treating Alcoholism as a Chronic Disease: Approaches to Long-Term Continuing Care. *Alcohol Res Health*. 2011;33:356-70.
2. Lenaerts E, Mathei C, Matthys F, Zeeuws D, Pas L, Anderson P, et al. Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2014;135:9-21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.030>.
3. Dennis M, Scott CK, Funk R. An experimental evaluation of recovery management checkups (RMC) for people with chronic substance use disorders. *Eval Program Plan*. 2003;26:339-52, [http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7189\(03\)00037-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7189(03)00037-5).
4. McKay JR, Foltz C, Leahy P, Stephens R, Orwin R. G, Crowley EM. Step down continuing care in the treatment of substance abuse: correlates of participation and outcome effects. *Eval Program Plan*. 2004;27:321-31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.04.005>.
5. Lieber CS, Weiss DG, Groszmann R, Paronetto F, Schenker S, Veterans Affairs Cooperative Study 391 Group. I. Veterans affairs Cooperative Study of Polyenylphosphatidylcholine in Alcoholic Liver Disease: Effects On Drinking Behavior By Nurse/Physician Teams. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003;27:1757-64, <http://dx.doi.org/10.1097/01.ALC.0000093744.12232.34>.
6. FACOMA. Ayúdate-Ayúdanos: Programa para pacientes y familiares de personas con problemas por el alcohol u otras drogas. 2016. Disponible en: <https://facoma.org/hacemos/>.
7. Rubio G, Martínez-Gras I, Ponce G, Quinto R, Jurado R, Jiménez-Arriero MÁ. [Integration of self-guidance groups for relatives in a public program of alcoholism treatment]. *Adicciones*. 2013;25:37-44.
8. Rubio G, Marín M, Arias F, López-Trabada JR, Iribarren M, Alfonso S, et al. Inclusion of Alcoholic Associations Into a Public Treatment Programme for Alcoholism Improves Outcomes During the Treatment and Continuing Care Period: A 6-Year Experience. *Alcohol Alcohol*. 2018;53:78-88, <http://dx.doi.org/10.1093/alc/alcg078>.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
10. Rubio G, Urosa B, Santo Domingo J. Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psi Biol*. 1998;5:44-7.
11. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;51:768-74, 10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1.
12. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50-5, <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>.
13. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967;6:278-96, <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x>.
14. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *J Counseling Psychol*. 2006;53:80-93, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>.
15. Sobell LC, Sobell MB, Leo GI, Cancilla A. Reliability of a Timeline Method: Assessing Normal Drinkers' Reports of Recent Drinking and a Comparative Evaluation Across Several Populations. *Br J Addict*. 1988;83:393-402, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1988.tb00485.x>.

16. Pelc I, Hanak C, Baert I, Houtain C, Lehert P, Landron F, et al. Effect of Community nurse follow-up when treating alcohol dependence with Acamprosate. *Alcohol Alcohol*. 2005;40:302-7, <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agh136>.
17. O'Farrell TJ, Murphy M, Alter J, Fals-Steward W. Brief family Treatment intervention to promote continuing care among alcoholic patients in inpatient detoxification: A randomized pilot study. *J Subs Abuse Treat*. 2007;34:363-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2007.05.006>.
18. Pagano ME, White WL, Kelly JF, Stout RL, Togni JS. The 10 year course of AA participation and long-term outcomes: A follow-up study of outpatient subjects in Project MATCH. *Subst Abuse*. 2013;34:51-9, <http://dx.doi.org/10.1080/08897077.2012.691450>.
19. Rubio G, Jiménez M, Rodríguez-Jiménez R, Martínez I, Avila C, Ferre F, et al. The role of behavioral impulsivity in the development of alcohol dependence: a 4-year follow-up study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32:1681-7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00746.x>.
20. Stevens L, Verdejo-García A, Goudriaan AE, Roeyers H, Dom G, Vanderplasschen W. Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2014;47:58-72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.008>.
21. Czapala M, Simon JJ, Richter B, Kluge M, Friederich HC, Herpertz S, et al. The impact of cognitive impairment and impulsivity on relapse of alcohol-dependent patients: implications for psychotherapeutic treatment. *Addict Biol*. 2016;21:873-84, <http://dx.doi.org/10.1111/adb.12229>.
22. Rupp CI, Beck JK, Heinz A, Kemmler G, Manz S, Tempel K, et al. Impulsivity and Alcohol Dependence Treatment Completion: Is There a Neurocognitive Risk Factor at Treatment Entry? *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40:152-60, <http://dx.doi.org/10.1111/acer.12924>.
23. Wolitzky-Taylor K, Brown LA, Roy-Byrne P, Sherbourne C, Stein MB, Sullivan G, et al. The impact of alcohol use severity on anxiety treatment outcomes in a large effectiveness trial in primary care. *J Anxiety Disord*. 2015;30:88-93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.011>.
24. Humphreys K, Wing S, McCarty D, Chappel J, Gallant L, Haberle B, et al. Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy. *J Subst Abuse Treat*. 2004;26:151-8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00212-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00212-5).
25. Manning V, Best D, Faulkner N, Titherington E, Morinan A, Keane F, et al. Does active referral by a doctor or 12-Step peer improve 12-Step meeting attendance? Results from a pilot randomised control trial. *Drug Alcohol Depend*. 2012;126:131-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.05.004>.