

M. Monras
N. Freixa
S. Mondon
A. Lligoña
A. Gual

Grupos de terapia para alcohólicos jóvenes: ¿especialización o integración?

Unidad de Alcoholología
Instituto Clínico de Psiquiatría y Psicología
Hospital Clínico de Barcelona

Introducción. A pesar de la amplia utilización de la terapia grupal (TG) para tratar el alcoholismo no existen criterios para su indicación individualizada a los distintos pacientes ni para el diseño de tipos o técnicas específicas de TG para algunas clases o grupos de enfermos con características homogéneas.

Método. Se ha comparado la adherencia a la TG de 459 pacientes alcohólicos menores de 36 años, de los cuales 303 fueron asignados a grupos de TG específicos para jóvenes (grupos J) y 156 a grupos de TG convencionales (grupos NJ).

Resultados. Los resultados del estudio han revelado similares porcentajes de altas (16,8 frente a 18,6 %), bajas y abandonos (63,4 frente a 61,5 %), así como similar supervivencia una vez ajustada la edad y el sexo, en ambos tipos de grupos de TG (J: 27,2 % y NJ: 33,3% al año; J: 18,4 % y NJ: 21 % a los 2 años).

Conclusiones. Se concluye que no hay evidencias científicas que apoyen el uso de grupos de TG especializados para pacientes jóvenes. En cambio sigue abierta la posibilidad de que el empleo de grupos con composición, técnicas y objetivos específicos puede proporcionar una mejora en la adherencia y en los resultados terapéuticos siempre que se identifiquen convenientemente las características de los enfermos que pueden beneficiarse de un tratamiento homogéneo.

Palabras clave:
Alcoholismo. Terapia grupal. Adherencia.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(1):28-35

Group psychotherapy with young alcoholics: specialization or integration?

Introduction. Group therapy (GT) is widely used in the treatment of alcoholism. Nevertheless, few data are available on the inclusion criteria for specific individual,

as well as on specific group, techniques for the management of some types or groups of patients with homogeneous characteristics.

Method. Compliance with group therapy has been analyzed in a sample of 459 alcoholics under 36 years of age, 303 of whom were placed in specific GT for young people (Y groups) and 156 were allocated in standard GT (NY) groups.

Results. Similar rates of discharge (16.8 % vs 18.6 %), withdrawals and drop-outs (63.4 % vs 61.5 %) of patients have been found in both groups. No differences were found in the survival function of time of compliance adjusted for gender and age (Y: 27.2 %, and NY: 33.3 % at one year, and Y: 18.4 %, and NY: 21 % at 2 years).

Conclusions. There is no scientific evidence to support the use of Y groups in the treatment of young alcoholics. On the other hand, the possibility still exists that the use of groups with composition, techniques and specific objectives may provide improvement in compliance and in the therapeutic results as long as they adequately identify the characteristics of the patients who may benefit from a homogeneous treatment.

Key words:
Alcoholism. Group psychotherapy. Compliance.

INTRODUCCIÓN

La terapia grupal (TG) para alcohólicos es una técnica utilizada de forma amplia desde hace muchos años. Sólo recientemente se está empezando a verificar experimentalmente su eficacia¹, que depende de la corrección de las técnicas usadas, el entrenamiento en ellas de los terapeutas y de los criterios de selección de los pacientes, pues no siempre se revelan efectivas².

Sin embargo, al igual que con otros tratamientos psicoterapéuticos existe el problema de tratar a cada tipo de enfermo con la técnica específica más adecuada para él³. En el caso de las TG se conoce poco el tipo de enfermos

Correspondencia:
Miquel Monras
Unidad de Alcoholología
Recinto Hospital Casa Maternidad
Hospital Clínico de Barcelona
Mejía Lequerica, 1. Edificio Helios II
08028 Barcelona
Correo electrónico: momnras@clinic.ub.es

que puede beneficiarse mejor de ellas y de sus diferentes variantes^{4,5} y no siempre se ha hallado que este emparejamiento paciente-tratamiento mejore los resultados⁶.

Existen una serie de criterios de inclusión y exclusión para indicar TG en pacientes alcohólicos, que difieren levemente entre diversos autores. La presencia de patología psiquiátrica, deterioro cognitivo o limitaciones físicas o sensoriales graves son comúnmente motivo de exclusión en este tipo de TG⁷⁻⁹. La reindicación de TG después de abandonos o inasistencias previas también se ha demostrado que es ineficaz¹⁰.

Sin embargo, una vez que el terapeuta piensa que el paciente puede ser candidato a una TG surge la necesidad de que el grupo también tenga unas características que favorezcan su adecuada integración en él. Entre éstas existe la homogeneidad dentro del grupo, lo que puede facilitar los mecanismos de identificación y proyección entre los diferentes miembros.

Inicialmente el sexo y la edad han sido dos características que habitualmente se ha pensado que su homogeneidad podía influir en la adherencia en el grupo, pero no siempre se ha demostrado esta suposición.

Por un lado hace años que en los grupos terapéuticos para alcohólicos se intentaba separar hombres de mujeres en la creencia de que éstas eran un tanto «expulsadas» y criticadas por ellos o de que las mujeres sufrían más vergüenza ante los hombres. Con los años se ha comprobado el buen funcionamiento de las mujeres dentro de los grupos mixtos, incluso mucho mejor que los hombres^{1,11,12}. Es posible que los cambios en la mentalidad de la sociedad también hayan influido, pero lo cierto es que debemos adaptarnos al correr de los tiempos.

Por otro lado también se ha procurado separar los pacientes más jóvenes en la creencia de que pueden exponer mejor sus problemas relacionados con el consumo de alcohol, profundizar en ellos y sentirse mejor entendidos ante personas semejantes en edad. Sabemos que en general los pacientes menores de 35 años se adhieren peor a los grupos de terapia^{1,12} que los pacientes de mayor edad, pero desconocemos si el hecho de asistir a grupos específicos para alcohólicos jóvenes, distintos de los grupos generales, mejora su adherencia terapéutica y las tasas de abstinencia.

Entre las características diferenciales de los alcohólicos jóvenes hay: *a)* su distinta situación familiar, con un porcentaje de casados o con hijos a su cargo mucho menor; *b)* menores tasas de incapacidad laboral, ligadas a un menor deterioro psíquico y físico; *c)* un mayor uso de otras drogas, especialmente cannabis y cocaína, y finalmente *d)* un proceso de socialización en muchas ocasiones poco desarrollado, con pacientes llamados «adolescentes no cronológicos», que sólo se han relacionado con su grupo de iguales, muchas veces formado sólo por otros consumidores de alcohol

y drogas, sin independencia de los padres en cuanto a residencia, aunque la mayoría tienen ocupaciones laborales, si bien a veces poco estables.

El objetivo del presente estudio es, pues, comparar la adherencia a la TG de los pacientes alcohólicos jóvenes (menores de 36 años) en función de si son incluidos en grupos específicos para ellos (de jóvenes) o en los grupos convencionales, junto con el resto de pacientes alcohólicos.

MÉTODO

Seguimiento a los 2 años de la cohorte formada por 459 primeras indicaciones consecutivas de terapia grupal realizadas desde el 1 de enero de 1987 hasta el 31 de diciembre de 2000 a pacientes alcohólicos de 35 años o menos que se trataron en la Unidad de Alcohología del Hospital Clínico de Barcelona (UA-HCB).

Criterios de inclusión: pacientes que cumplen criterios DSM-III, DSM-III-R o DSM-IV de dependencia del alcohol, que les fue indicado por sus terapeutas individuales la realización de una TG y que eran menores de 36 años en el momento de esta indicación.

Criterios de exclusión: se excluyen del estudio los pacientes a los que se hubiera indicado TG en la UA-HCB en alguna ocasión anterior.

En caso de que un paciente, de acuerdo con sus terapeutas, cambie de grupo de terapia se tiene en cuenta como si hubiera sido una sola indicación, sumándose el tiempo total de asistencia, que es consecutivo en los distintos grupos a que hubiera acudido el enfermo. A efectos de analizar la pertenencia a un grupo de terapia determinado se tiene en cuenta sólo cronológicamente el último.

Los criterios para indicar una TG ya han sido detallados en otros trabajos^{9,13}. No se indica TG a pacientes con marginación social, déficit cognitivos, mnésicos o sensoriales o con trastornos psiquiátricos que puedan interferir en el funcionamiento de la dinámica grupal o que tengan un consumo activo de alcohol o cualquier otra droga, excepto tabaco, o una dependencia a opiáceos que no esté en remisión completa. También se evita incluir a pacientes con un historial de tratamientos alcohólicos inacabados y fracasados, que se consideran alcohólicos cronificados y serían candidatos a otros tipos de tratamiento.

Los criterios para medir la adherencia han sido: *a)* el tiempo en días hasta la última sesión de TG asistida, con un límite de 2 años y el abandono de la TG como el suceso a medir; *b)* el tipo de finalización de la TG (alta, abandono, baja justificada o inasistencia), y *c)* la asistencia o no a la TG al cabo de 1 año de su indicación.

Procedimiento

Después de la indicación de TG por parte del terapeuta individual el paciente es entrevistado siempre por un psicólogo que se encarga de revisar el cumplimiento de los criterios de indicación, investigar la existencia de otros impedimentos psicológicos, sociofamiliares u orgánicos que pudieran dificultar la adherencia a la TG, evaluar la motivación o dudas del enfermo ante la TG e informar al paciente sobre el funcionamiento y utilidad de la TG.

Si está de acuerdo con su realización se pacta y concreta uno de los grupos de terapia disponibles en la UA-HCB en función de disponibilidad horaria y adecuación a las características de los restantes miembros, entregándose además un contrato terapéutico con las normas grupales. En caso de ser un paciente joven se intenta su asignación a uno de los grupos de terapia específicos para su edad (J). Sólo en caso de dificultad horaria se asigna a uno de los grupos de terapia habituales, para adultos y sin características diferenciales (NJ).

La UA-HCB ha tenido un total de 18 grupos de terapia ambulatorios durante los años de duración del estudio, de los que 4 han sido para jóvenes (J). Durante la duración del estudio han sido abiertos (iniciados), cerrados (finalizados) y cambiados de horario diversos grupos, pero siempre han existido simultáneamente en funcionamiento un mínimo de 12, de los que 2 han sido para jóvenes y el resto son grupos de terapia convencionales para alcohólicos (NJ).

Durante el período estudiado, la edad media de todos los pacientes (tanto los menores de 36 años incluidos en el estudio como los que no) asignados a grupos J para jóvenes ha sido de $30,1 \pm 5$ años, mientras que en los grupos NJ ha sido de $45,4 \pm 8,9$ años.

El tipo de grupo de terapia utilizado es semiabierto lento, de entre 8 y 12 pacientes, centrado en la discusión de problemas relacionados y/o derivados del consumo de bebidas alcohólicas. El estilo de liderazgo es poco autoritario, del tipo definido como de «autoconvencimiento o automotivación» (*self-convincing approach*)^{14,8} y son conducidos por dos coterapeutas fijos entre un total de ocho (dos psicólogos, cuatro psiquiatras, una asistente social y una enfermera) que se combinan en parejas distintas entre los diferentes grupos de terapia. Tienen una periodicidad semanal, con 1 h de duración y siguen un método que puede calificarse del tipo «grupo de discusión», de «autoconocimiento e introspección interpersonal y situacional»⁸, de «autoconocimiento y apoyo»¹⁵ y «orientado a los problemas personales»¹⁶.

La duración aproximada de la TG es de unos 2 años, pero siempre según el criterio principal del terapeuta individual del paciente y de acuerdo con los terapeutas grupales y los miembros del grupo de terapia al que pertenece. En todos los casos los pacientes siguen de forma paralela, simultánea

y coordinada con la TG un tratamiento psicoterapéutico individual de apoyo psicológico, concienciación de la enfermedad y prevención de recaídas por parte de un terapeuta individual, psiquiatra y/o psicólogo en la propia UA-HCB. Estos tratamientos pueden incluir diversos fármacos, según estime conveniente en momento, duración y dosificación el psiquiatra que les atiende. Los más habitualmente utilizados son los interdictores, especialmente disulfiram, los antidepresivos de tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y en los últimos años también naltrexona y acamprosato, pero con mucha menor frecuencia. Se intenta evitar el uso de cualquier benzodiazepina una vez acabada la desintoxicación. De cualquier modo un objetivo secundario del tratamiento es lograr el mantenimiento de la abstinencia alcohólica sin ayuda de ningún fármaco lo antes posible.

Se sigue la evolución de estos pacientes hasta el alta de la TG o su abandono, aunque en el análisis de supervivencia en el tratamiento se establece el límite de los 2 años.

El mayor problema de los grupos de terapia, de forma similar al tratamiento del alcoholismo en general, es el alto porcentaje de abandonos, que en el caso de los grupos de terapia se ve agravado por los pacientes que no llegan a asistir ni tan sólo a la primera sesión después de que haya sido pactada y concertada. Estos abandonos son los sucesos terminales que se miden con el análisis de supervivencia.

Sin embargo, antes del alta pueden existir cambios de grupos de terapia o bajas terapéuticas justificadas y pactadas con los terapeutas individuales, que no se consideran abandonos.

Análisis estadístico

Frecuencias, medias y desviaciones típicas para la descripción de los sujetos. *T* de Student para la comparación de medias, análisis de la varianza en caso de más de dos medias y la chi al cuadrado (χ^2) para comparaciones entre variables cualitativas.

Análisis de supervivencia en el tratamiento de terapia grupal según el método de Kaplan-Meier, considerando el abandono (incluso si no se ha llegado a asistir a la primera sesión) como el evento analizado y el tiempo correspondiente hasta éste, hasta los 2 años (720 días) en que se da el alta para la terapia grupal. Se han considerado censurados los pacientes dados de baja antes de finalizar la terapia por diversas causas justificadas.

La evaluación de diferencias en el mantenimiento en tratamiento de TG según el tipo de grupo (específico de pacientes alcohólicos jóvenes «J» o convencional para todos los pacientes alcohólicos «NJ»), ajustando por edad y sexo, se ha realizado mediante modelos de riesgos proporcionales de Cox.

RESULTADOS

La edad de la muestra estudiada es de $29,9 \pm 3$ años, con un rango de 18 a 35. El 69,8 % son varones. No hay diferencias de edad entre ambos sexos.

Las edades siguen una distribución asimétrica (coeficiente de asimetría: $-0,824$), desplazada hacia las edades superiores (abundan más pacientes a medida que aumenta la edad).

El 40 % son solteros, el 44 % casados o en pareja, el 15 % separados y el resto viudos.

Los hombres están más frecuentemente solteros o en pareja que las mujeres (41,5 y 44,9 % frente a 37,1 y 41,9 %, respectivamente), mientras que las mujeres tienden a estar más a menudo separadas o viudas que los hombres (18,5 y 2,4 % frente a 13,6 y 0 %; χ^2 : 8,9; $p = 0,03$).

También la edad es superior entre viudos/as y separados/as ($31,3 \pm 2$ y $31,2 \pm 3$ años) que en solteros/as, casados/as ($28,6 \pm 4$ y $30,7 \pm 2$ años, respectivamente; F : 15,6; $p < 0,0001$).

El 66 % de pacientes se asignaron a algún grupo específico para jóvenes (J) y el resto a los grupos NJ.

En los grupos J el porcentaje de mujeres incluidas es inferior al de los grupos NJ (27,4 frente a 36,5 %; χ^2 : 4; $p = 0,04$). En cambio los pacientes que se incluyen en los grupos J son más jóvenes que los incluidos en los grupos NJ ($28,8 \pm 3$ frente a 32 ± 2 años, respectivamente; t : 11,1; $p = 0,000$).

La edad de los pacientes no presenta diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de finalización de la terapia grupal (alta, abandono, baja justificada o no acudir a la primera sesión). Tampoco si se analizan de forma separada los pacientes incluidos en grupos específicos J o en no específicos NJ. Sin embargo, hay una ligera correlación positiva entre la edad y la duración del tiempo de seguimiento de la TG (r : 0,114; $p < 0,05$).

La situación final de los 459 pacientes con indicación de terapia grupal (TG) fue: 81 (17,6 %) no llegaron a acudir en ninguna ocasión, 11 (2,4 %) fueron dados de baja de acuerdo con sus terapeutas debido a causas justificadas, 287 (62,5 %) abandonaron la TG prematuramente y contra criterio terapéutico y 80 (17,4 %) lograron el alta terapéutica de la TG.

Asistencia a la primera sesión

No acuden a la primera sesión concertada de terapia grupal un porcentaje similar de pacientes en los grupos J y los NJ (18,5 frente a 16 %, respectivamente; χ^2 : 0,427; $p = ns$). Se da el mismo caso cuando analizamos por separa-

do a los pacientes mayores (14 frente a 16,2 %, respectivamente; χ^2 : 0,2; $p = ns$) y a los menores de 30 años (20,9 frente a 15,4 %, respectivamente; χ^2 : 0,6; $p = ns$).

Asimismo, la edad es similar entre los pacientes que no acuden a la primera sesión y los que sí lo hacen ($29,4 \pm 3$ frente a $29,9 \pm 3$ años; t : 1,1; $p = ns$).

Sin embargo el porcentaje de mujeres que no acude a esta primera sesión es mucho más bajo que el de hombres (12,1 frente a 20,1 %; χ^2 : 4,1; $p = 0,04$).

Bajas justificadas de la terapia grupal

El porcentaje de bajas justificadas es menor en los grupos J que en los NJ (1,6 frente a 5,3 % del total, respectivamente; χ^2 : 4,2; $p = 0,04$), aunque su número es escaso (11; un 2,4 % del total).

La edad es similar entre los pacientes con bajas justificadas que en el resto ($29,9 \pm 3,6$ frente a $29,8 \pm 3,9$ años; t : 0,2; $p = ns$).

Abandonos de la terapia grupal

Una vez excluidos los 81 pacientes que no llegaron a acudir nunca a TG y los 11 que la dejaron justificadamente y de acuerdo con el terapeuta, obtenemos 367 pacientes que habían acudido efectivamente a TG y no existían motivos objetivos para abandonarla.

Se realiza entonces la comparación de los pacientes que lograron el alta de TG y los que la abandonaron, mostrando que los porcentajes de abandono son similares entre los asignados a grupos J y los asignados a grupos NJ (79 frente a 76,6 %, respectivamente; χ^2 : 0,27; $p = ns$), sin que tampoco tengan una edad distinta las altas y los abandonos ($30,6 \pm 3$ frente a $29,8 \pm 3$ años; t : 1,7; $p = ns$).

El resultado del análisis es parecido si se estudian los pacientes estratificados por distintas edades: en menores de 31 años los asignados a grupos J abandonan en un 81 % y los asignados a grupos NJ en un 86,7 % (χ^2 : 0,5; $p = ns$). En el caso de los mayores de 35 años los porcentajes respectivos son 75,6 y 73,4 %, respectivamente (χ^2 : 0,1; $p = ns$).

El porcentaje hombres/mujeres tampoco es significativamente distinto entre los que abandonan y los que consiguen el alta, independientemente del grupo de edad, o de si fueron incluidas en un grupo de terapia de jóvenes (J) o de adultos (NJ).

Un caso particular son los pacientes menores de 26 años y que fueron asignados a un grupo NJ: todos ellos abandonaron la TG, pero los escasos casos existentes (sólo tres) imposibilitan que exista una significación estadística.

Asistencia al cabo de un año

Al cabo de un año de TG acuden el 26,7 % de los asignados a grupos de terapia de tipo J y el 30,1 % de los asignados a grupos tipo NJ (χ^2 : 0,5; $p = ns$).

Análisis de supervivencia a los 2 años

Al año del inicio de la terapia grupal la proporción acumulada de los que permanecen en ella es de un 27 % de los enfermos, porcentaje que a los 2 años baja al 18,5 %. Sin embargo, el primer mes es el de mayor riesgo de abandono. Durante este primer mes abandonan un 34 % de pacientes, de los que un 17,4 % no acuden a la primera sesión y el 16 % el resto del primer mes.

Las mujeres tienen mayor supervivencia a 2 años en la TG que los hombres, tanto usando pruebas estadísticas actuariales (tiempo medio de supervivencia en días: 199,7 en mujeres y 97 en hombres; Wilcoxon: 5,8; $p = 0,01$) como el método de Kaplan-Meier (Breslow: 5,6; $p = 0,01$).

Aunque no hay una diferencia significativa en el tiempo de supervivencia si dividimos a los pacientes en tres grupos de edad (18 a 25, 26 a 30 y 31 a 35 años), sí que se ha hallado que el grupo de 31 a 35 años se mantiene más tiempo que el de 26 a 30 años (119 días frente a 108 días de tiempo medio de supervivencia; Wilcoxon: 3,6; $p = 0,05$), lo cual tiene relación con la correlación positiva entre la edad y la duración del seguimiento grupal.

Comparando los pacientes asignados a grupos J y grupos NJ mediante el análisis de supervivencia hasta el abandono grupal se evidencia una supervivencia media menor en los pacientes que fueron asignados a grupos J (88,8 días de tiempo medio de supervivencia frente a 199,9 días; Wilcoxon: 5,4; $p = 0,01$), tal como refleja la figura 1. Similares resultados se obtienen utilizando el método de Kaplan-Meier (Breslow: 5,3; $p = 0,02$). Al año el porcentaje de supervivientes en TG es del 27,2 % en grupos J y del 33,3 % en grupos NJ. A los 2 años estos porcentajes bajan al 18,4 y 21 %, respectivamente.

Análisis de supervivencia estratificado por edades

Al repetir el análisis de supervivencia entre los pacientes asignados a grupos J o NJ, pero separando los pacientes mayores de 30 años de los menores o iguales a esa edad obtenemos que ni en unos ni otros hay diferencias en la supervivencia en ambos tipos de grupos (84 días de tiempo medio de supervivencia frente a 202,1 días; Wilcoxon: 2,6; $p = 0,1$ y 94 días frente a 197,6; Wilcoxon: 1; $p = 0,3$, respectivamente). Tampoco se hallan diferencias calculando los estadísticos Log-Rank y Breslow.

Sin embargo, en el caso de los menores de 30 años sus abandonos se concentran en los primeros 10 meses de su asistencia a grupos J (tiempo medio de supervivencia de

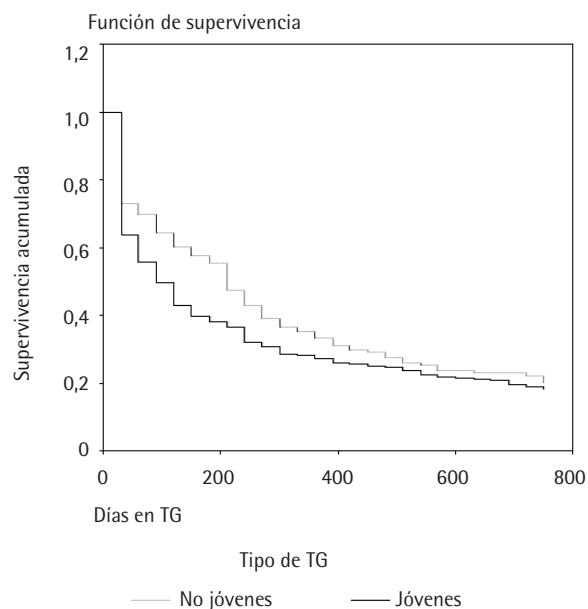


Figura 1 Función de supervivencia hasta el momento del abandono de la terapia grupal (TG) en función de la asignación a un grupo de terapia para jóvenes (J) o uno convencional (NJ).

84 días) y posteriormente tienden a estabilizarse y cronificarse, permaneciendo largo tiempo (fig. 2). En cambio cuando se asignan a grupos NJ se mantienen más al principio,

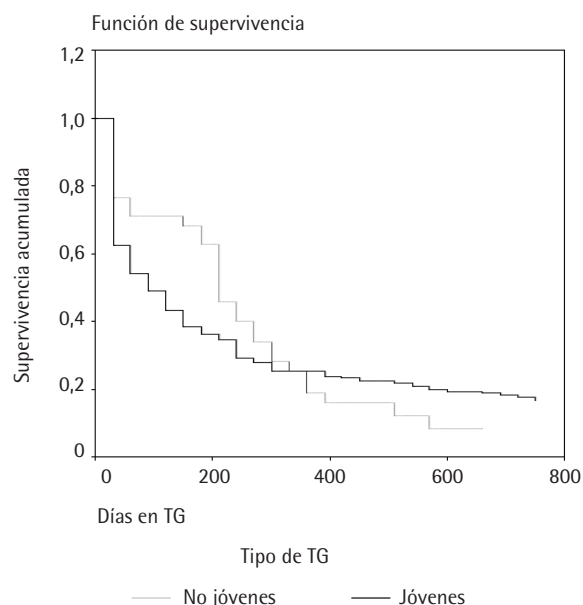


Figura 2 Función de supervivencia hasta el momento del abandono de la terapia grupal (TG) en función de la asignación a un grupo de terapia para jóvenes (J) o uno convencional (NJ), incluyendo tan sólo a pacientes menores de 30 años.

Tabla 1 Porcentajes de cada tipo de finalización de la terapia grupal en función del tipo de grupo de terapia asignado. Estratificación por edades. Comparación de porcentajes mediante χ^2

	Tipo de grupo	Altas	Abandonos	Cambios o bajas justificadas	No acude
Incluidos todos los pacientes menores de 36 años ($p = ns$)	J ($n = 303$)	16,8 %	63,4 %	1,3 %	18,5 %
	NJ ($n = 156$)	18,6 %	61,5 %	3,8 %	16 %
	Total ($n = 459$)	17,4 %	62,7 %	2,2 %	17,6 %
Incluidos sólo los pacientes menores de 31 años ($p = 0,04$)	J ($n = 196$)	14,8 %	63,3 %	1 %	20,9 %
	NJ ($n = 39$)	10,3 %	66,7 %	7,7 %	15,4 %
	Total ($n = 235$)	14 %	63,8 %	2,1 %	20 %
Incluidos sólo los pacientes entre 31 y 35 años ($p = ns$)	J ($n = 107$)	20,6 %	63,6 %	1,9 %	14 %
	NJ ($n = 117$)	21,4 %	59 %	3,4 %	16,2 %
	Total ($n = 224$)	21 %	61,2 %	2,7 %	15,2 %
Incluidos sólo los pacientes menores de 26 años ($p = ns$)	J ($n = 51$)	13,7 %	66,7 %	3,9 %	15,7 %
	NJ ($n = 3$)	0	100 %	0	0
	Total ($n = 54$)	13 %	68,5 %	3,7 %	14,8 %
Incluidos sólo los pacientes entre 26 y 30 años ($p = 0,005$)	J ($n = 145$)	15,2 %	62,1 %	0	22,8 %
	NJ ($n = 36$)	11,1 %	63,9 %	8,3 %	16,7 %
	Total ($n = 181$)	14,4 %	62,4 %	1,7 %	21,5 %

pero luego empiezan a abandonar y lo siguen haciendo de forma constante, incluso superados los 10 meses iniciales (tiempo medio de supervivencia de 202 días).

Análisis de supervivencia a los 2 años ajustado por edad y sexo

Dado que tanto la edad como el sexo influyen en la adherencia a TG (mayor adherencia en las mujeres y los sujetos de más edad) y que estos factores no se distribuyen equilibradamente entre los grupos J y NJ (la asignación no fue aleatoria, sino por disponibilidad horaria de los pacientes y de plazas en los grupos de terapia), se ha realizado el análisis de supervivencia comparando los dos tipos de grupos (J y NJ) y ajustando la edad y el sexo siguiendo el método de Cox.

La ecuación obtenida muestra que no tenemos evidencia de la existencia de diferencias en el abandono entre los pacientes del grupo J y los del grupo NJ, ajustando por edad y sexo (*hazard ratio*: 1,11; IC 95 %: 0,83, 1,46), siendo el riesgo relativo instantáneo de abandonar la TG casi idéntico para los pacientes de ambos tipos de grupo (fig. 3).

Comparación de altas y abandonos estratificados por edades

Se ha comparado el porcentaje de altas respecto del de abandonos e inasistencias a la primera sesión consideradas conjuntamente (no teniendo en cuenta los cambios o las bajas grupales justificadas) según asistieran a grupos J o NJ,

separando a los pacientes de 30 años o menos de los mayores de 30.

En el caso de los más jóvenes cuando asisten a grupos J los porcentajes respectivos son 14,9 frente a 85,1 %, mientras que cuando asisten a grupos NJ son 11,1 frente a 88,9 %, sin diferencias estadísticamente significativas.

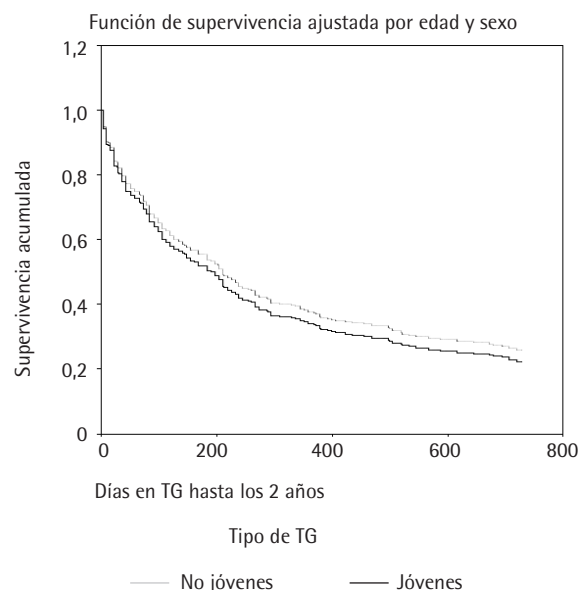


Figura 3 Función de supervivencia hasta el momento del abandono de la terapia grupal (TG) en función de la asignación a un grupo de terapia para jóvenes (J) o uno convencional (NJ), ajustando por la edad y el sexo.

Para los mayores de 30 años la asistencia a grupos J da unos porcentajes de alta respecto a abandonos o inasistencias (21 frente a 79 %) también muy similares a cuando asisten a grupos NJ (22,1 frente a 77,9 %).

Abandonos tardíos

Existen 51 pacientes que siguen presentes en la TG a los 2 años de su inicio, el 64,7 % de ellos en los grupos J.

De estos pacientes presentes, en los grupos J el 42,4 % son mayores de 30 años, mientras que en los grupos NJ lo son el 100 % (χ^2 : 16,5; $p = 0,000$), cuando los porcentajes de pacientes mayores de 30 años asignados en los grupos J y NJ había sido inicialmente del 35,3 y 75 %, respectivamente. Dicho de otra manera, la totalidad de pacientes menores de 30 años que sigue acudiendo a los 2 años de TG lo hace en grupos J para jóvenes, mientras que en los mayores de esa edad sólo lo hace un 43,8 % y al resto van a grupos NJ.

De estos 51 pacientes, 42 lograron el alta, 2 fueron bajas justificadas y 7 abandonaron posteriormente a los 2 años. Uno de los 3 pacientes mayores de 30 años que abandonaron después de 2 años acudía a grupos J frente a la totalidad de los 4 pacientes menores de esa edad (χ^2 : 3,7; $p = 0,05$).

DISCUSIÓN

La mayor supervivencia en TG de las mujeres y de los pacientes de mayor edad confirma hallazgos previos^{1,11,12}.

En los grupos específicos para jóvenes (J) se tiende a asignar a los pacientes de menor edad de entre los jóvenes y más frecuentemente de sexo masculino. Lo primero es lógico, pues desde el punto de vista del terapeuta los pacientes jóvenes de mayor edad, aunque tengan de 30 a 35 años, tienen más puntos en común con los pacientes maduros que los jóvenes menores de 30 años. Respecto del sexo también las mujeres suelen mostrar patrones de conducta más maduros y socializados que los hombres, por lo que es probable que sus terapeutas no vean tan necesario incluirlas en grupos específicos para su edad.

Comparando ambos tipos de grupos, el hecho de que los grupos NJ muestren mayor adherencia de los enfermos está motivado con seguridad por el sesgo debido a su mayor proporción relativa de mujeres y de sujetos de mayor edad.

Sin embargo, los resultados analizados no se advierten diferencias en cuanto a porcentajes de inasistencia a la primera sesión de TG, bajas justificadas o porcentajes de abandonos entre los pacientes incluidos a grupos J o NJ.

Finalmente, utilizando la técnica del análisis de supervivencia y controlando el efecto del sexo y de la edad tampoco

se hallan diferencias entre pacientes jóvenes asignados a grupos J o NJ, confirmando todas las apreciaciones anteriores.

La conclusión obvia es que no hallamos ningún apoyo empírico a la utilización de grupos de terapia específicos por edades.

La creencia clínica de que una mayor homogeneidad entre pacientes jóvenes permite que entre iguales se faciliten los mecanismos de identificación, disminuyan las resistencias y puedan sentirse mejor comprendidos y apoyados al hablar de temas específicos de su edad como el uso de otros tóxicos o la mayor escasez de estructuras familiares de apoyo consolidadas no se confirma con los datos.

Probablemente intervienen otros factores en la adherencia al grupo. Precisamente un aspecto que se echa en falta en los grupos de terapia específicos para jóvenes es la existencia de referentes sociales de quien aprender.

A menudo son personas con procesos de socialización incompletos, o incluso adolescentes no cronológicos. Quizás es superior el efecto beneficioso de compartir experiencias y puntos de vista con personas con mayor edad y experiencia que les pueden aportar aprendizajes, pautas de socialización y una visión de futuro que el *handicap* de estar con personas que pueden ser vistas como «diferentes» o que no entienden de temas como el consumo de cannabis o cocaína. Los terapeutas quizás hemos maximizado la importancia de estos consumos y minimizado la de los procesos de socialización con personas mayores.

No debemos olvidar la existencia de un precedente de estos resultados en la utilización hace más de 20 años de grupos por sexos separados en la creencia de que las mujeres se sentían cohibidas ante los hombres. La realidad es que los grupos de terapia para alcohólicos actuales casi siempre son mixtos, que las mujeres de adhieren y benefician de ellos mucho más que los hombres y que los terapeutas muchas veces agradecen la presencia de mujeres en los grupos por su mucha mayor capacidad de expresar sentimientos y su facilitación de las dinámicas grupales.

De todas maneras algunos comportamientos particulares de los pacientes más jóvenes, con características como el abandono de todos los menores de 26 años asignados a grupos NJ, la mayor retención inicial de los menores de 30 años en los grupos NJ, o simplemente la peor adherencia de los sujetos más jóvenes, hacen pensar en la existencia de explicaciones complementarias de alguna parte de los datos.

Entre éstas existe la posibilidad de que estemos mezclando pacientes distintos en su problemática, ya que es probable que entre los pacientes más jóvenes (menores de 26 años) se hallen enmascarados y sobrerrepresentados sujetos erróneamente diagnosticados como dependientes del alcohol que deberían haber sido ser catalogados sólo como abusadores o en todo caso en que la dependencia es incipiente.

En este caso este tipo de pacientes no se siente identificado con ninguno de los grupos utilizados y quizá deberían haber recibido indicaciones de grupos específicos, no para jóvenes, sino con objetivos como el entrenamiento en el consumo controlado de alcohol¹⁷.

Aunque la utilización del punto de corte en 35 años para definir quién es joven puede parecer arbitrario, el estudio realizado ha sido muy amplio, teniendo en cuenta la edad por estratos y con un tipo de análisis suficientemente sensible como para neutralizar los posibles efectos distorsionadores de incluir edades muy distintas. Por todo ello pensamos que no hay ningún problema en utilizar este criterio de edad, situada una desviación típica por debajo de la edad media de los grupos de terapia corrientes, y que la muestra estudiada refleja perfectamente las percepciones y las intenciones que tienen los clínicos cuando nos planteamos la utilización de grupos de edad específicos para ciertos conjuntos de enfermos.

En conclusión, las supuestas ventajas de utilizar grupos de terapia homogéneos y especializados para alcohólicos jóvenes son contrarrestadas por las que se derivan de mezclar a personas heterogéneas con distintos años de evolución en sus experiencias, pero que versan sobre problemas que en el fondo son similares respecto a la dependencia al alcohol.

Ello desaconseja utilizar grupos específicos en función únicamente de la edad. Otra cosa sería disponer de grupos de terapia de pacientes homogéneos en función de otras características, como la estructura de personalidad, el consumo de otros tóxicos o sobre todo la presencia de una dependencia o simplemente un abuso del alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monras M, Freixa N, Ortega L, Lligoña A, Mondon S, Gual A. Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. *Medicina Clínica (Barc)* 2000;115:126-31.
2. Marques AC, Formigoni ML. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction* 2001;96:835-46.
3. Karno MP, Longabaugh R. Patient depressive symptoms and therapist focus on emotional material: a new look at project MATCH. *J Stud Alcohol* 2003;64:607-15.
4. John U, Veltrup C, Driessen M, Wetterling T, Dilling H. Motivational intervention: an individual counselling vs a group treatment approach for alcohol-dependent in-patients. *Alcohol Alcohol* 2003;38:263-9.
5. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:118-28.
6. Kadden RM, Litt MD, Cooney NL, Kabela E, Getter H. Prospective matching of alcoholic clients to cognitive-behavioral or interactional group therapy. *J Stud Alcohol* 2001;62:359-69.
7. Mullan H, Sangiuliano I. *Alcoholism: Group psychotherapy and rehabilitation*. Springfield: Charles C Thomas, 1996.
8. Levine B, Gallogly V. *Group therapy with alcoholics. Outpatient and inpatient approaches*. California: Sage Pub. Inc., 1985.
9. Freixa N, Monras M. *Terapia grupal para alcohólicos*. Madrid: Aula Médica Psiquiatría 2003; p. 224-65.
10. Monras M, Gual A, Freixa N. Situaciones especiales de la terapia grupal para alcohólicos: el paciente reacio a iniciar tratamiento. *Adicciones* 1998;10:33-41.
11. Monras M, Freixa N, Martínez M, Bach L. Abandono de la terapia grupal en pacientes alcohólicos. Seguimiento de diez grupos. *Adicciones* 1990;2:93-104.
12. Monras M, Gual A. Attrition in group therapy with alcoholics: a survival analysis. *Drug Alcohol Rev* 2000;19:55-63.
13. Monras M. Indicaciones de terapia grupal para alcohólicos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:298-303.
14. Vannicelli M. Dilemmas and countertransference considerations in group psychotherapy with adult children of alcoholics. *Int J Group Psychother* 1991;41:295-312.
15. Kinney J, Leaton G. *Group work. Loosening the grip*. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing 1987; p. 236-41.
16. Blume S. Group psychotherapy in the treatment of alcoholism. En: Sheldon Zimberg JW, Sheila B. B, editores. *Practical approaches to alcoholism psychotherapy*. New York: Plenum Press, 1985;73-86.
17. Vannicelli M. A dualistic model for group treatment of alcohol problems: abstinence-based treatment for alcoholics, moderation training for problem drinkers. *Int J Group Psychother* 2002; 52:189-213.