

El tratamiento del alcoholismo en la República Federal Alemana

Amparo Victorio Estrada*

Summary

Alcoholism is one of the most extended addictive behaviors. This article describes the formal (the ones provided by health professionals), and the informal approaches (self-help organizations), to the treatment of alcoholism in the Federal Republic of Germany, as well as their results.

Since the last century preoccupation has existed about the effects of alcohol abuse. This is shown, with respect to the informal approach, in the establishment of agencies of service, like self-help groups, and the proliferation of specialized clinics for a formal approach. The development of these clinics also date from the last century, but an accelerated growth of these clinics can be observed after the Second World War. They currently sum about 250 clinics, whereas three recognized counselling agencies are in charge of orienting people who are seeking for inpatient treatment of alcoholism. With respect to informal treatment, there are four recognized self-help organizations.

The formal treatment approach of alcoholism and alcohol abuse in Germany includes inpatient desintoxication, outpatient counselling, inpatient treatment, and to a lesser degree, posttreatment care. Specialized clinics for the treatment of alcoholism are both private and state semifinanced, but treatment is normally paid from pension insurance. The inpatient treatment takes from six weeks to six months, with six months treatment as the rule, and costs from 3 235 to 13 235 dollars.

Results obtained from follow-up studies indicate continued abstinence during six months of 67 % of the patients and of 41 % of them four years after inpatient treatment. These outcomes are very appealing compared to the ones obtained from Anglosaxon follow-up studies. Nevertheless, perhaps a sort of self-selection is carried out, as people intending to be admitted to the inpatient treatment have to obtain their access through the counselling agencies, so many aspirants drop out.

The treatment model of alcoholism in Germany is very complete, with intervention approaches at different levels, from desintoxications to posttreatment care. This model of treatment requires the coordinated work of different agencies and can be considered as an expensive approach.

Resumen

El alcoholismo es una de las conductas adictivas más generalizadas. Esta monografía describe el tratamiento formal del alcoholismo en Alemania Federal; es decir, el otorgado por profesionales de la salud dentro del ámbito hospitalario,

así como el tratamiento informal del alcoholismo implementado por los mismos alcohólicos, y los resultados que se obtienen con ambos enfoques.

La preocupación por los efectos del abuso del alcohol data del siglo pasado. Esta se ha manifestado en la creación y extensión de servicios tanto de los grupos de autoayuda como de las clínicas creadas exprofeso. La creación de clínicas de tratamiento también se remonta al siglo pasado, observándose su acelerada proliferación a partir de la posguerra. En la actualidad hay aproximadamente 250 clínicas especializadas, mientras que tres agencias de consejo están destinadas a asesorar a los posibles usuarios de terapias hospitalarias. En cuanto al tratamiento informal, hay cuatro grupos reconocidos de autoayuda.

El tratamiento formal del alcoholismo y del abuso del alcohol, en Alemania, incluye desintoxicaciones hospitalarias, asesoría para la psicoterapia, psicoterapia hospitalaria y, en menor grado, seguimiento postratamiento. Las clínicas son tanto privadas como de financiamiento bipartita, pero el tratamiento es cubierto por el seguro de pensiones. El tratamiento hospitalario tiene una duración promedio de seis semanas a seis meses; por lo general el tratamiento es de seis meses y con un costo aproximado de 3 235 a 13 235 dólares.

Los resultados de los estudios de seguimiento indican que hay un porcentaje de abstinencia que oscila entre el 67 % a los seis meses y el 41 % al cabo de cuatro años después del tratamiento hospitalario. Los resultados obtenidos son muy alentadores cuando se les compara con los obtenidos en las investigaciones anglosajonas. Sin embargo, es posible que haya una cierta autoselección de pacientes, ya que aquellos que desean ingresar a una terapia hospitalaria primero deben lograr que se les admita por medio de las agencias de consejo, por lo que desiste una buena parte de los aspirantes.

El modelo de atención al alcoholismo en Alemania Federal es integral, con intervenciones a varios niveles, desde la desintoxicación hasta el apoyo postratamiento. Este modelo requiere del trabajo coordinado de varias instancias y se considera como muy costoso.

Introducción

El propósito de esta monografía es el de describir el sistema de tratamiento para el abuso y la adicción al alcohol en la República Federal Alemana. Se analizará la información sobre el uso de bebidas alcohólicas, los antecedentes históricos de las modalidades de tratamiento y los resultados obtenidos en los estudios de seguimiento. Para efectos de esta monografía se dividieron los enfoques de tratamiento en formal e informal. Al primero se le denomina así, debido a que es otorgado por profesionales de la salud dentro del ámbito hospitalario o de una agencia especializada, mientras que al segundo se le denomina informal debido a que está proporcionado por los mismos alcohólicos en un marco de autoayuda y sin supervisión profesional.

* Lic. en Psicología. Doctora en Ciencias Naturales (RFA). Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. División de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de Educación y Comunicación.

Solicitud de sobretiros: Pacífico 159-201, Los Reyes Coyoacán 04330, México, D.F.

Uso de bebidas alcohólicas

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas en la población general de la República Federal Alemana (RFA), y según los datos publicados en Holanda por *Produktschap voor Gedistilleerde Dranken* (12), las dos antiguas repúblicas alemanas ocuparon, en 1987, el primer lugar en el mundo en el consumo de cerveza, y la ex República Democrática Alemana (RDA) ocupó el primer lugar mundial en el consumo de destilados. Respecto al consumo de alcohol puro *per cápita* la antigua RFA, con una población aproximada de 60 millones de habitantes, ocupó el séptimo lugar mundial con 10.6 litros de alcohol puro *per cápita*, mientras que la ex RDA, con una población aproximada de 16 millones de habitantes, ocupó el noveno lugar mundial con 10.5 litros de alcohol puro *per cápita*. Para fines comparativos cabe señalar que, en esta misma clasificación, Francia y Luxemburgo ocuparon el primero y segundo lugar con 13 litros de alcohol puro *per cápita*, mientras que los Estados Unidos se colocaron en el vigesimoprimer lugar con 7.6 litros de alcohol puro *per cápita*.

Al comparar una muestra de 1 201 personas de la población general del estado de Nordrheinwestfalen (RFA) con otra muestra poblacional de 1 182 personas del estado de Illinois (EUA), se observaron mayores niveles de consumo alcohólico en la muestra alemana que en la muestra estadounidense. Esto es, un mayor porcentaje de la muestra alemana estuvo representada en casi todas las categorías estudiadas de consumo, mientras que el porcentaje de abstemios fue mayor en la población estadounidense (32 %) que en la población alemana (15 %) (1).

Es interesante observar que en el citado estudio comparativo de Cockerham y colaboradores (1), las muestras poblacionales alemanas y estadounidenses se diferencian respecto a los niveles bajos, moderados y relativamente altos de consumo alcohólico, pero no respecto a la proporción de personas que consumen excesivamente. Esto es, un consumo semanal que rebasa las 21 copas estándar (315 ml de alcohol etílico). El porcentaje de la población que reporta consumos semanales iguales o mayores de 330 ml de alcohol puro es de 3 % en ambas muestras.

Al respecto puede señalarse que el consumo de alcohol en la población general se distribuye entre una gran parte de la población que consume pocas cantidades de alcohol y en una pequeña parte de la población que ingiere la mayor parte del alcohol que se consume (17). A esta minoría se le reconoce como la proporción de la población que tiene, o eventualmente tendrá, un consumo alcohólico problemático. Respecto a la población con problemas de consumo de alcohol, los cálculos oficiales de la RFA estimaban, en 1986, de acuerdo con la publicación oficial *Bundesdrucksache* No. 10/5856, que aproximadamente un millón y medio de personas requiere de tratamiento por alcoholismo. Sin embargo en otra publicación oficial, en el *Bundesdrucksache* No. 10/6546, se reconoce que no todas estas personas fueron considerados como dependientes del alcohol. Estas cifras se refieren a la antigua República Federal Alemana,

con una población de 60 millones, y son congruentes con el 3 % poblacional que bebe excesivamente, observado por Cockerham y colaboradores (1).

Tratamiento para el abuso y la adicción al alcohol

Desde finales del siglo XVIII se ha venido estudiando el alcoholismo como un problema de salud. Ejemplo de ello son la postulación del alcoholismo en Inglaterra, en 1780, como una enfermedad; la descripción del daño orgánico causado por el abuso de alcohol, en 1804, en los Estados Unidos; y la descripción del delirio por abstinencia de alcohol, en 1813, también en Inglaterra (2), mientras que la definición del concepto de alcoholismo, como la consecuencia de la intoxicación crónica, la establece Magnus Huss por vez primera en 1849, en Suecia (9).

De acuerdo con Feurlein (2), ya desde finales de la Edad Media, los alemanes eran conocidos por su excesivo consumo de alcohol; sobre todo en las cortes principescas y en las universidades, pero también en los gremios de artesanos. Para dar una semblanza de la magnitud del problema en aquella época, el mismo autor relata que en algunas ciudades del sur, como Nürenberg, tenían en ese entonces un carro especial para transportar por las mañanas a su casa a los intoxicados que se habían quedado dormidos en la calle, mientras que en Württemberg, región típicamente vinícola, la embriaguez alcohólica llegó a ocasionar 400 defunciones entre el otoño de 1540 y la cuaresma de 1541, al parecer después de una excelente cosecha. El consumo excesivo de alcohol se volvió una especie de ritual, con reglamentos que dictaminaban el "derecho" a embriagarse y que, posteriormente, dieron lugar a los *Trinkcomments* (Reglamentos del beber) de las asociaciones estudiantiles del siglo pasado y principios de este siglo (2).

Se trató de solucionar el problema del consumo excesivo de alcohol con la creación de diversas medidas para promover la moderación. Ejemplos de ello fueron la orden de la Moderación (*orden der Mässigkeit*), fundada por el emperador Federico III a principios del siglo XV, y las ordenes de la Temperancia (*Temperanzordens*), fundadas en 1600 por el landgrave de Hessen. Esta última consistía en el compromiso de no embriagarse durante dos años, y beber sólo de dos a siete vasos diarios de vino en las comidas, aparte de la cerveza. Quien infringiera esta regla debía presentarse él solo ante el presidente de la orden (2). Al parecer ninguna de estas medidas propiciadas por los gobernantes tuvo éxito.

El movimiento de temperancia, que surgió en EUA a principios del siglo pasado, como la llamada *American Temperance Society*, dio origen a la proliferación acelerada de asociaciones civiles similares que promovían la moderación del consumo alcohólico tanto en Inglaterra como en la Alemania del siglo XIX. Como ejemplo de las actividades de estas agrupaciones, y de lo que en ese entonces se entendía por moderación en Alemania, en 1845, alrededor de un millón 65 mil personas pertenecientes a las Asociaciones de Temperancia (*Mäßigkeitsvereinen*) se ha-

bian comprometido por escrito ante su asociación a abstenerse de consumir brandy, no así del vino y la cerveza. Al igual que en la Edad Media, el consumo de vino y cerveza, sobre todo el de esta última, no era considerado como dañino ni susceptible de modularlo. Después de la Revolución de 1848, estas asociaciones de temperancia fueron consideradas como reaccionarias, por lo que desaparecieron con rapidez (2).

Tratamiento informal

Como se señaló anteriormente, se le denomina informal al servicio otorgado por los grupos de autoayuda, debido a que éstos no están dirigidos por profesionales de la salud ni se desarrollan en un ámbito hospitalario. Esta denominación es, sin embargo, artificial; ya que como veremos más adelante, en algunos casos hay un vínculo directo entre los grupos de autoayuda y las clínicas especializadas en el tratamiento hospitalario del alcoholismo.

Con respecto a la creación y proliferación del movimiento de grupos de autoayuda contra el alcoholismo, Feuerlein (2) señala que el grupo de autoayuda más antiguo en Alemania es el denominado *Blaues Kreuz* (Cruz Azul), fundado en Ginebra, en 1877. Las actividades de este grupo se remontan, en Alemania, a 1885, y están financiadas por la iglesia protestante. Posteriormente inicia sus actividades el grupo *Independent Order of Good Templers* (IOGT). Fundado en 1851 en la antigua Nueva Inglaterra, llegó a Alemania y permanece activo desde 1889. De formación relativamente más reciente es el grupo *Kreuzbund* (Liga de la Cruz), fundado en Aachen, Alemania, en 1896, y cuyas actividades están financiadas por la iglesia católica. El grupo de Alcohólicos Anónimos, de origen estadounidense y fundado en 1935, es el grupo más reciente; sus actividades se extendieron rápidamente en Alemania durante la posguerra (2).

Estos grupos de autoayuda siguen dando servicio en forma muy activa y son, en general, el primer contacto entre la persona con problemas de alcohol y la red de servicios institucionalizados para el tratamiento del alcoholismo. Son también el enlace, después del tratamiento hospitalario, con las personas que tienen el mismo problema, en un esfuerzo por mantener el cambio logrado. La asesoría que brindan estos grupos la llevan a cabo, generalmente, los ex adictos. Algunos de ellos, como en el caso de los grupos *Blaueskreuz* y *Kreuzbund*, reciben un curso de especialización terapéutica en adicciones, financiado por la misma institución, para fungir posteriormente como conductores de grupo.

Las reuniones de los grupos de autoayuda se llevan a cabo, regularmente, una vez a la semana en forma grupal y, salvo en el caso del grupo Alcohólicos Anónimos, todas las modalidades están abiertas al alcohólico y su pareja. En algunos casos, es la pareja del alcohólico quien primero establece contacto con los grupos de autoayuda y quien posteriormente lleva al adicto al grupo. La inclusión de la pareja del alcohólico en las reuniones grupales tiene la ventaja de que se pueda obtener información adicional sobre el avance de éste y de que se puede prevenir cualquier

posible sabotaje que el cónyuge del alcohólico pudiera implementar contra los esfuerzos que éste realiza para mantener su abstinencia y su estabilidad psicológica.

En estos grupos se maneja, con frecuencia, la noción de que son las relaciones familiares, como el encubrimiento del alcoholismo de un miembro de la familia y el relevarlo de sus deberes por parte de la pareja o de los hijos, las que en un momento dado impiden al alcohólico asumir la responsabilidad de sí mismo. Al conseguir la abstinencia, readquiere también responsabilidades y derechos en la familia, de los cuales se había desentendido durante la fase de intoxicación. Esta situación es, muchas veces, fuente de conflictos familiares que ponen en peligro la recién lograda abstinencia; también el llamado sabotaje por parte del cónyuge, para quien es más fácil tratar con un alcohólico intoxicado sin derechos, que con un abstemio que los quiere recuperar. Por estas razones, los grupos de apoyo prefieren incluir a la pareja del alcohólico.

Tratamiento formal

Para poder situar en el contexto adecuado la dimensión que tiene la red de servicios formales en el tratamiento del alcoholismo en Alemania, denominados así por ser otorgados por profesionales de la salud, se hará a continuación una breve semblanza del sistema de salud de este país.

En Alemania Federal no hay ninguna red de servicios privados y públicos de salud. Los servicios de salud son uniformes para todos y son pagados por el seguro de salud. Salvo algunas excepciones, como aquellas personas que no están integradas a ningún empleo ni a la red de seguridad social, los habitantes de Alemania Federal están inscritos en alguna caja de seguro de enfermedad, sea ésta la general para todos los trabajadores, alguna de las cajas alternativas para otros empleados, o bien un seguro privado. El seguro de enfermedad lo pagan el patrón y el empleado, a quién se le descuenta directamente de su sueldo. El seguro privado lo paga el mismo asegurado; este es el caso de las personas que trabajan independientemente; mientras que las cuotas de los que están inscritos en la red de seguridad social, los desempleados y los asilados que no perciben ningún salario, son cubiertas por la seguridad social. El seguro de enfermedad cubre tanto al asegurado como a su familia. Las cuotas del seguro son adecuadas a la edad e ingresos del asegurado. Por ejemplo, las cuotas de los estudiantes y de los aprendices son las más bajas.

El seguro de enfermedad le permite al asegurado consultar al médico de su preferencia, y la caja de seguro de enfermedad paga los honorarios del médico. El tratamiento médico requerido y las medicinas necesarias son cubiertas, prácticamente en su totalidad, por el seguro. A raíz de la última revisión del reglamento de salud, en 1992, disminuyeron algunos de los servicios, como el pago de transporte de las personas minusválidas al consultorio; aumentó la cuota estándar que el asegurado paga por la medici-

na que recibe, así como el porcentaje que aporta el asegurado para algunos tratamientos odontológicos, como puentes e implantes, y para el tratamiento psicológico. La venta de medicamentos en las farmacias se lleva a cabo sólo con receta médica, salvo en el caso de analgésicos y antigravídeos de uso común. Por lo tanto, el enfermo debe de visitar primero al médico para poder obtener medicinas, aún los anticonceptivos, cuyo costo no cubre el seguro.

A excepción de los servicios terapéuticos de un psicólogo, para los que es necesario presentar un dictamen del psiquiatra, el enfermo puede recurrir directamente al médico de la especialidad que necesite sin que tenga que enviarlo el médico familiar. Esto, sin embargo, varía de acuerdo con la caja de seguro de que se trate. Para ingresar al hospital es necesario tener una orden del médico, pero sí se trata de una emergencia, el paciente puede acudir directamente al hospital. El seguro de enfermedad es válido en los países de la Comunidad Europea, de manera que el asegurado puede ser atendido en estos países sin costo adicional.

El tratamiento formal del alcoholismo comprende la desintoxicación hospitalaria, las agencias de consejo y las clínicas de tratamiento. La desintoxicación normalmente dura de 7 a 14 días y se lleva a cabo en hospitales generales. El servicio hospitalario es cubierto por el seguro de enfermedad, pero para ingresar al hospital el paciente requiere de la orden del médico.

Las agencias de consejo son la alternativa formal a los grupos de autoayuda y sirven de enlace entre el usuario y las clínicas especializadas. Los servicios de las agencias de consejo los paga la comunidad por medio del instituto de salud pública de la ciudad o de las iglesias católica y protestante, que tienen sus propias agencias de consejo paralelas a sus grupos de autoayuda.

En 1983 estaban registradas alrededor de 550 agencias de consejo en la antigua Alemania Federal, de las cuales sólo 262 pertenecían al sistema de captura de datos estadísticos denominado EBIS. En el lapso de un año, estas 262 agencias dieron servicio a cerca de 40 mil personas (8). No se tienen datos acerca de la atención que brindan las 288 agencias restantes, por lo que es difícil saber si ésta es suficiente. Si consideramos que el cálculo oficial del número de personas que requería tratamiento por alcoholismo ascendía, en 1986, a un millón y medio de personas, podríamos deducir que la capacidad de servicio de las agencias de consejo probablemente esté rebasada. Sin embargo, es preciso señalar que muchas de las personas que tienen problemas de alcoholismo no buscan atención, y otras se atienden con su médico familiar o recurren a los grupos de autoayuda.

La función de las agencias de consejo es la de asesorar a las personas con problemas de alcoholismo y, si es necesario, remitirlas a los servicios hospitalarios de desintoxicación; prepararlas para la terapia hospitalaria; proporcionarles terapia ambulatoria cuando sea posible; asignar la clínica de tratamiento hospitalario y dar seguimiento después del tratamiento hospitalario. Sin embargo, su tarea más frecuente es la

de preparar al paciente para la terapia hospitalaria. Esta preparación, denominada terapia de motivación, dura, en promedio, tres meses, en los cuales el consejero, que por lo general es un trabajador social, se encarga de evaluar al candidato que va a recibir terapia hospitalaria y de la tramitación de dicha terapia, ya que el trámite para ingresar a la terapia hospitalaria para el alcoholismo no se hace directamente entre el usuario y la agencia de seguro de retiro, sino que es necesario tener un dictamen profesional de la agencia de consejo acerca de la necesidad de este servicio.

En algunos casos, como en la agencia de consejo *Blaues Kreuz*, los participantes son asignados a diferentes grupos de autoayuda, y es aquí donde inician su preparación para recibir una terapia hospitalaria. Los participantes permanecen hasta un año en estos grupos, en los que se les hacen visitas semanales y entrevistas individuales de valoración antes de admitirlos a una terapia hospitalaria. En el curso de estas visitas, las personas cuyo consumo de alcohol les causa problemas, firman contratos de abstinencia ante los conductores de su grupo. Estos contratos de abstinencia tienen una duración variable de una semana o de un mes, según la confianza que tenga el paciente en sus habilidades para mantenerse abstemio, y se renuevan constantemente. Aquellos que logran pasar por lo menos seis meses continuos sin beber son considerados como candidatos aptos para recibir una terapia hospitalaria.

Otro de los servicios que prestan las agencias de consejo es la de apoyar al paciente después del tratamiento para evitar que recaiga. Una evaluación realizada por Paul y colaboradores, (11) acerca de los servicios de postratamiento, reveló que después de dos años de la entrada en vigor de este servicio, éste no ha tenido demanda ni ha funcionado bien debido a los problemas conceptuales en su implementación y a la falta de interés de los clientes. Otra alternativa es integrarse a algún grupo de autoayuda después del tratamiento hospitalario. El costo aproximado de los servicios que prestan las agencias de consejo por asesoría pre y postratamiento es de 1 500 a 6 000 marcos alemanes por cliente, esto es, entre 882 y 3 529 dólares (8).

Uno de los problemas más frecuentes de las agencias de consejo es la deserción. En un estudio sobre el servicio brindado por las agencias de consejo en el lapso de un año, Simón y colaboradores (15) informaron que el 34 % de los usuarios no había tenido más de cinco contactos con la agencia, además de que un promedio de 44 % de los alcohólicos desertaba en ese lapso, y a otro 16 % se le enviaba a otros servicios. De las personas que permanecieron en contacto con la agencia, a las que se intentó darles terapia ambulatoria, 40.5 % desertó en el lapso de un año.

Si bien las agencias de consejo sirven de enlace entre el usuario y la clínica de tratamiento especializado en alcoholismo, en realidad funcionan como un filtro, de manera que sólo aquellos que tienen mayores posibilidades de tener éxito reciben terapia hospitalaria. Uno de los objetivos más importantes que cumplen las agencias de consejo es lograr que el sujeto deje de beber por lo menos temporalmente,

antes de recibirlo en la terapia hospitalaria. De hecho, algunas clínicas exigen de sus clientes un periodo mínimo de abstinencia de varias semanas antes de recibirlos. Sin embargo, en el estudio de una muestra de 1 410 pacientes de 21 clínicas se encontró que el 38 % había ingerido bebidas alcohólicas hasta el momento de ingresar a la clínica, mientras que el 34 % había dejado de beber más de un mes antes de ingresar a ésta (5).

El tratamiento hospitalario del alcoholismo se lleva a cabo, por lo general, en clínicas creadas exprofeso o en pabellones especializados de hospitales generales. A partir del reconocimiento legal del alcoholismo como una enfermedad, en 1968, se puede considerar su tratamiento como una medida de rehabilitación, por lo que lo puede pagar la caja del seguro de pensiones. Tanto el seguro de pensión, como el seguro de enfermedad, lo pagan el patrón y el trabajador en abonos mensuales de acuerdo con el salario, de manera que aun cuando la clínica sea privada o de financiamiento bipartita, el paciente no tiene que pagar su tratamiento. Si el cliente no tiene seguro de pensión, entonces los gastos los absorbe el seguro de enfermedad.

La política que se sigue respecto al tratamiento del alcoholismo ha cambiado a lo largo de los años. De acuerdo con Feuerlein (2), el primer asilo para rehabilitar al alcohólico se fundó en 1851, y en 1879 se convirtió en la primera clínica de atención hospitalaria al alcohólico. Para 1900 las clínicas de atención hospitalaria al alcohólico sumaban ya 27, y en 1914, su número había aumentado a 54; todas estas clínicas eran privadas (2). El mismo autor calcula que en los años de la II Guerra Mundial, probablemente por la política fascista que se seguía en dicha época, las clínicas de tratamiento para el alcoholismo se redujeron enormemente: de 43 en 1928 a 29 en 1934. Sin embargo, en los años de la posguerra, había 250 clínicas de atención especializada al alcohólico y, para finales de 1985, algunas tenían una capacidad hospitalaria de hasta 200 personas.

El tratamiento hospitalario del alcohólico dura de seis a ocho semanas si se aplica la terapia breve, y de cuatro a seis meses si se aplica la terapia prolongada. Sin embargo, hay una preferencia por las terapias hospitalarias de seis meses (2). Se calcula que el costo de una terapia hospitalaria es de 5 500 a 8 000 marcos alemanes (que equivalen aproximadamente, a 3 235 y 4 706 dólares, respectivamente) por una terapia personal breve, y hasta 22 500 marcos alemanes (aproximadamente 13 235 dólares) por una terapia personal prolongada (8).

El tratamiento hospitalario está normalmente a cargo de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales con entrenamiento especial en adicciones. La orientación terapéutica del tratamiento varía entre psicoanalítica, gestáltica, centrada en el cliente y conductual. Dado que la escuela psicoanalítica es la orientación terapéutica con más adeptos en Alemania, es este tipo de terapia el de mayor prevalencia en las clínicas de tratamiento, aún en las terapias consideradas como breves. Sin embargo, en un estudio realizado en 21 clínicas, la mitad de ellas consideraba

que su aproximación terapéutica era ecléctica, es decir, no se ubicaba predominantemente dentro de una corriente terapéutica (5). Además del tratamiento psicológico, se ofrecen regularmente otras intervenciones terapéuticas de apoyo como: técnicas de relajación, entrenamiento autogénico, terapia musical, ergoterapia, fisioterapia y actividades deportivas.

El tratamiento psicológico se lleva a cabo en sesiones diarias de psicoterapia en pequeños grupos de 8 a 10 personas, con una duración aproximada de dos horas. Por lo regular se hacen, además, entrevistas individuales para valorar al paciente y para profundizar en temas que no hayan sido tratados en el grupo. La meta del tratamiento es lograr la abstinencia completa; las reglas de los hospitales y clínicas de atención especializada son severas al respecto. El ingerir bebidas alcohólicas o interrumpir la abstinencia es causa de expulsión del tratamiento, así como tener relaciones sexuales con otros pacientes. A los clientes no les es permitido abandonar el recinto hospitalario y, en algunas ocasiones, transcurre hasta un mes antes de que puedan recibir visitas, y hasta dos meses antes de que el cliente pueda visitar su antiguo domicilio. Algunas clínicas sólo dan atención a hombres o a mujeres. En algunas clínicas para mujeres se acepta que las madres lleven a sus hijos para que pueda atenderlos durante el tratamiento.

Debido al reconocimiento legal del derecho del alcohólico a recibir tratamiento hospitalario como medida de rehabilitación, el cliente puede hacer uso de este servicio sin correr el riesgo de perder su empleo. Por el contrario, muchos de los clientes se someten a este tratamiento hospitalario por la amenaza de quitarles el empleo si no lo hacen. Sin embargo, no siempre es bien recibida una separación tan prolongada del núcleo familiar, por lo que es importante la etapa de preparación anterior a la terapia, en la que, junto con el consejero, se investiga si el interesado y su familia están dispuestos a soportar esta separación.

Cabe señalar que dentro del sistema de salud de Alemania también es usual que el asegurado reciba atención en la convalecencia, que puede abarcar de unas semanas hasta varios meses, por lo que un tratamiento hospitalario de seis meses por alcoholismo no se considera como algo extraordinario; de hecho las terapias hospitalarias de los drogadictos duran un año. En general, la terapia hospitalaria se considera como el procedimiento disponible más efectivo para el tratamiento del alcoholismo y siempre se intenta como último recurso. No es fácil conseguirlo ni se aconseja indiscriminadamente.

Además del tratamiento hospitalario, también hay centros de rehabilitación para los alcohólicos sin hogar o que, debido a su avanzado deterioro psicosocial no pueden vivir solos. De la misma manera, en algunos hospitales psiquiátricos hay pabellones para los alcohólicos crónicos que no pueden vivir solos. En algunas ciudades hay hogares para desamparados que proporcionan albergue y comida; a éstos recurren los alcohólicos que han perdido su trabajo y su hogar, pero aquí no reciben tratamiento terapéutico. Estos asilos son normalmente financiados por la iglesia católica y por la protestante.

Resultados del Tratamiento

Para evaluar el tratamiento del alcohólico se le hacen encuestas periódicas llamadas seguimientos. Los estudios actuales más ambiciosos al respecto fueron realizados por Feuerlein y colaboradores (3) en un seguimiento de 18 meses, y por Küfner y colaboradores (6) en un seguimiento de 48 meses. En ambos estudios se tomaron en consideración 21 clínicas de diferentes estilos (terapias de dos, cuatro y seis meses) y diferente capacidad de atención (de 10 a 169 camas), ubicadas en diferentes regiones de la antigua RFA. Participaron 1410 pacientes: 73 % de sexo masculino, de 39 años de edad en promedio y que ingerían un promedio de 186 g (234 ml) de alcohol puro al día (5). Seis meses después, estos estudios arrojaron como resultado una tasa de abstinencia continua de 67 %; de 53 % 18 meses después y de 46 % 4 años después de concluido el tratamiento. No se observó ninguna relación entre la duración del tratamiento o la tendencia terapéutica y, la abstinencia (6).

Sin embargo, en estos estudios no se consideró la mortandad experimental como fracaso del tratamiento, sino que se descontó de la cantidad total. Para resolver este problema metodológico Jung y colaboradores (4) hicieron un estudio de seguimiento con una muestra menor (N = 491) y obtuvieron tasas de abstinencia continua de 47 % un año después, y de 41 % cuatro años después de terminado el tratamiento. Una de las agencias de seguros de pensiones, la *Landesversicherungsanstalt Berlin*, llevó a cabo otra investigación de seguimiento entre sus clientes que se habían sometido a una terapia hospitalaria. Esta Institución estableció una tasa de abstinencia de 50 a 51 % 18 meses después de terminado el tratamiento, menos el 4 % de defunciones (14). Es conveniente señalar que Jung y colaboradores (4) encontraron un índice de deserción del tratamiento hospitalario de 22 % de su muestra, mientras que Küfner y colaboradores, en su muestra de 21 clínicas, observaron un 17 % de deserción que aumentaba a medida que duraba más el tratamiento: 8.5, 18.7 y 21.3 % a dos, cuatro y seis meses, respectivamente (5).

Respecto al seguimiento de tiempo prolongado, Längle y Schied (7) determinaron una tasa de recaídas de 74 % diez años después de terminado el tratamiento, en una muestra pequeña de 96 clientes de terapia combinada hospitalaria y ambulatoria. Treinta y siete de los 69 clientes con recaídas volvieron a someterse a otra terapia hospitalaria en ese lapso, y 26 de ellos pudieron ser considerados de nuevo como abstemios 10 años después. Esto nos indica que alrededor de 38 % de los clientes que recayeron, alcanzó la meta del tratamiento a los 10 años, en un segundo intento, mientras que en ese mismo lapso un porcentaje reducido de 7 a 8 % de la muestra se pudo clasificar como mejorado: con recaída, pero con por lo menos algunas semanas de abstinencia en el año anterior; con menos de seis meses de ingerir alcohol, bebiendo diariamente no más de 60 g (75 ml) de alcohol puro y sin aumentar esta cantidad en el último año. Al cabo de diez años, el 22 % de la muestra

había fallecido; de éstos, sólo 3 % era abstemio antes de morir (7).

Las tasas de éxito, en este caso de abstinencia, son muy elevadas si se comparan con los estudios de seguimiento realizados en otros países. En un estudio documental, Riley y colaboradores (13) concluyeron que los estudios controlados del tratamiento del alcoholismo con un seguimiento mínimo de 6 meses obtienen un promedio de éxito de 34 % entre los que mejoran y los abstemios, mientras que Nathan (10) reportó una tasa de abstinencia de 50 % en los clientes con buen pronóstico, y de menos del 25 % en los clientes con pronóstico desfavorable después de un año de haber terminado el tratamiento. Por su parte, Smart (16), en Canadá, reportó un 43 % de éxito entre los que mejoraron y los abstemios después de un año de haber terminado el tratamiento.

Sin embargo, si consideramos el seguimiento a largo plazo, nos encontramos con un cuadro muy parecido a lo que se observa en otros países: a lo largo de la vida del alcohólico su alcoholismo varía entre periodos agudos de intoxicación y periodos de remisión. Al respecto cabe señalar que la evidencia obtenida en un sólo estudio de una muestra pequeña probablemente no sea suficiente para apoyar esta hipótesis, por lo que es necesario contar con más datos.

Uno de los factores que pueden haber influido en la obtención de cifras tan elevadas de éxito terapéutico, aparte de la eficiencia terapéutica en si misma, es la autoselección de clientes que llevan a cabo las agencias de consejo. La duración promedio de la preparación para la terapia hospitalaria es de tres meses o más, en los que usualmente se les pide a los candidatos a terapia una abstinencia absoluta. Este es ya en si un procedimiento terapéutico que resulta en la autoselección de los clientes: sólo aquellos que han demostrado tener motivación, estabilidad y abstinencia ingresan a la terapia hospitalaria; los otros quedan fuera de la red de atención. Es conveniente recordar que las agencias de consejo tienen un índice de deserción de 44 %, mientras que el de las clínicas es de entre 17 y 22 %, aproximadamente. Algunos de los que desertan ingresan a grupos de autoayuda y otros vuelven a intentar ingresar a una terapia hospitalaria por medio de otra agencia.

Conclusiones

De acuerdo con la información disponible se puede afirmar que la meta del tratamiento del alcohólico en Alemania Federal sigue siendo la abstinencia total, y que entre 50 y 53 % de los casos tratados la alcanzan y la mantienen durante los primeros 18 meses, y entre 41 y 46 % durante los primeros 4 años. El modelo de tratamiento practicado en la República Federal Alemana ha demostrado ser muy eficaz comparado con el de otros países, aunque por la cantidad de tiempo invertido en la atención brindada, desde la preparación hasta la culminación del tratamiento, este modelo de atención al alcohólico resulta bastante costoso. Y es que el tratamiento exige que se coordinen diferentes instituciones, como: las agencias de consejo, las

clínicas de tratamiento y los grupos de autoayuda, de manera que la atención brindada se va graduando de acuerdo con las necesidades del usuario. La auto-selección de los clientes, debido a la deserción durante los trámites anteriores al tratamiento es, sin embar-

go, un factor que permite interpretar los resultados bajo un enfoque menos optimista. Actualmente no se tienen datos disponibles que permitan evaluar el impacto de la deserción en la eficacia del tratamiento.

REFERENCIAS

1. COCKERHAM W C, KUNZ G, LUESCHEN G: Alcohol use and psychological distress: A comparison of Americans and West Germans. *Int J Addict*, 24:951-961, 1990.
2. FEUERLEIN W: Die behandlung von alkoholikern in deutschland von den anfangen bis heute. *Suchtgefahren*, 34:389-395, 1988.
3. FEUERLEIN W, KÜFNER H, FLOHRSCHÜTZ T, KAUFMANN F, DIEHL R: Die stationäre entwöhnungsbehandlung von alkoholabhängigen ergebnisse einer katamnästischen untersuchung. *Dtsch Rentenversicherung*, 3-4:219-236, 1986.
4. JUNG U, KOESTER W, SCHNEIDER R, BÜHRINGER G, MAI N: Katamnesen bei behandelten alkoholabhängigen mit wiederholten messzeitpunkten über 4 Jahren. En: D Kleiner (Hrsg). *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten*. Springer Berlin, 89-113, 1987.
5. KÜFNER H, FEUERLEIN W, HUBER M, ANTONS K, FLOHRSCHÜTZ T: Die stationäre behandlung von alkoholabhängigen: Merkmale von patienten und behandlungseinrichtungen, katamnästische ergebnisse. *Suchtgefahren*, 32:1-86, 1986.
6. KÜFNER H, FEUERLEIN W, HUBER M, ANTONS K, FLOHRSCHÜTZ T: Die stationäre behandlung von alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34:157-272, 1988.
7. LANGLE G, SCHIED H W: Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungs-programmen für Alkoholiker. *Suchtgefahren*, 36:97-105, 1990.
8. LOCHERBACH P: Kosten einer ambulanten behandlung alkoholabhängigen. *Suchtgefahren*, 32:350-359, 1986.
9. MILLER W R: Haunted by the zeitgeist: Reflections on contrasting treatment goals and concepts of alcoholism in Europe and the United States. En: T F Babor (ed) *Alcohol and culture: Comparative perspectives from Europe and America*. Annals of the New York Academy of Sciences Vol. 472. The New York Academy of Sciences, New York, 110-129, 1986.
10. NATHAN P N: outcomes of treatment for alcoholism: Current data. *Ann Behav Med*, 8:40-46, 1986.
11. PAUL K, KULICK B, BUSCHMANN-STEINHAGE R: Zur Förderung der ambulanten Suchtnachsorge. Ergebnisse einer regionalen Befragung von Suchtberatungsstellen und Trägern 2 Jahre nach dem Inkrafttreten der Empfehlungsvereinbarung Nachsorge. *Sucht*, 37:253-262, 1991.
12. PRODUKTSCHAP VOOR GEDISTILLEERDE DRANKEN: Hoeveel alcoholhoudende dranken worden er in de wereld gedronken? Produktschap voor Gedistilleerde Dranken, Schiedam, 1988.
13. RILEY D M, SOBELL L C, LEO G I, SOBELL M B, KLAJNER F: Behavioral treatment of alcohol problems: A review and a comparison of behavioral and nonbehavioral studies. En: W M Cox (ed). *Treatment and prevention of alcohol problems: A resource Manual*. Academic Press, Nueva York, 73-115, 1987.
14. ROGHMANN R, LUDTKE G P: Ergebnisse einer 18-Monats Katamnese der LVA Berlin über stationäre Entwöhnungs behandlungen. *Sucht*, 37:37-41, 1991.
15. SIMON R, HELAS I, SCHMIDTBORECK B, ZIEGLER H, BÜHRINGER G: *Jahresstatistik 1987 der ambulanten Beratungs und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland*. EBIS, Hamm, 1988.
16. SMART R G: Do some alcoholics do better in some types of treatment than others? *Drug Alcohol Depend*, 3:65-75, 1978.
17. ZIEGLER H: Alkoholkonsum 1987. En: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hrsg). *Jahrbuch '87 zur Frage der Suchtgefahren*. Neuland, Hamburg, 139-157, 1987.