

Alcohólicos Anónimos y otros programas de 12 pasos para el trastorno por consumo de alcohol

Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder

Comentado de:

Kelly JF et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, CD012880. PMID: 32159228¹

Introducción

El trastorno por consumo de alcohol (TCA) genera una enorme carga de enfermedad, discapacidad, mortalidad prematura, y altos costos económicos por la pérdida de productividad, accidentes, violencia, reclusión y por una mayor utilización de la atención médica. Por más de 80 años, Alcohólicos Anónimos (AA) ha colaborado en la recuperación de millones de miembros en todo el mundo, brindando tratamiento gratuito en el punto de acceso, pero solo recientemente se ha llevado a cabo una investigación rigurosa sobre su efectividad.

Objetivos

Evaluar si los tratamientos de AA dirigidos por pares y administrados por profesionales que facilitan su participación (intervenciones de facilitación de doce pasos [F12P]) logran resultados importantes, específicamente: abstinencia, menor intensidad de consumo de alcohol, menores consecuencias relacionadas con el alcohol, gravedad de la adicción al alcohol y reducción de los costos de atención médica.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas, sin restricción de idiomas, en el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Drogas y Alcohol, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), PubMed, Embase, CINAHL y PsycINFO desde el inicio hasta agosto de 2019. Se realizaron búsquedas de estudios en curso y no publicados a través de ClinicalTrials.gov y la Plataforma Internacional de Registro de Ensayos Clínicos (ICTRP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta noviembre de 2018. Se realizaron búsquedas manuales de referencias de revisiones sistemáticas relacionadas con el tema y referencias bibliográficas de los estudios incluidos.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados (ECA), cuasi-aleatorizados, estudios no aleatorizados y estudios de costos de atención médica, que compararon AA o F12P (AA/F12P) con otras intervenciones, como la terapia de mejora motivacional o la terapia cognitivo conductual (TCC), variantes de F12P o sin tratamiento, en adultos con TCA no coaccionados al tratamiento.

Recolección y análisis de datos

Se clasificaron los estudios por: diseño, grado de apego al manual (todas las intervenciones de manual versus algunas o ninguna), tipo de comparación (es decir, si AA/F12P se comparó con una variante en estilo o intensidad u orientación teórica). Se realizó meta-análisis de efectos aleatorios para agrupar los efectos siempre que fue posible, calculando la diferencia de medias

estandarizada (DME) para las variables continuas o el riesgo relativo (razones de riesgo [RR]) para las variables dicotómicas.

Resultados principales

Se incluyeron 27 estudios con 10.565 participantes (21 ECA/cuasi-ECA, cinco estudios no aleatorizados, y uno puramente económico). La edad promedio de los participantes en los estudios varió de 34 a 51 años. Se consideró con alto riesgo de sesgo de selección a 11/27 estudios incluidos, y con alto riesgo de sesgo de deserción a nueve estudios. El riesgo de sesgo por cegamiento inadecuado del investigador fue alto en un estudio e incierto en 22. El riesgo de sesgo derivado de los dominios restantes fueron predominantemente bajos o inciertos.

Evidencia de alta certeza mostró que para las personas con TCA, AA/F12P en comparación con intervenciones alternativas (ambas durante cinco horas/semana, cinco días a la semana durante 3 a 6 meses) conduce a más personas completamente abstinentes a los 12 meses (367 vs 304 cada 1000 personas), y estos beneficios persisten al menos 36 meses.

El porcentaje de días de abstinencia fue mayor con los programas AA/F12P que con intervenciones clínicas alternativas a los 24 y 36 meses, aunque este desenlace es incierto a los 12 meses.

Evidencia de baja a moderada certeza sugirió que no hay una diferencia importante en el período de abstinencia a los seis meses, en las consecuencias relacionadas con el alcohol (físicas, sociales o psicológicas) en todos los tiempos de seguimiento evaluados, ni en el número de bebidas diarias a los 12 y 24 meses, pero probablemente favorece AA/F12P a los 36 meses. Los resultados para el índice de gravedad de la adicción pueden ser mejores con los programas AA/F12P que con una intervención clínica alternativa a los 6 y 12 meses de seguimiento.

En tres estudios, AA/F12P tuvo un mayor ahorro de costos de atención médica que el tratamiento ambulatorio, la TCC o no realizar tratamiento, y en un cuarto estudio se encontró que entre los participantes de peor pronóstico la AA/F12P tuvo un ahorro potencial mayor que la terapia motivacional (evidencia de moderada certeza).

Conclusiones

Existe evidencia de alta calidad de que las intervenciones AA/F12P de manual son más efectivas que otros tratamientos establecidos, como la TCC, para aumentar la abstinencia. Las intervenciones AA/F12P pueden ser al menos tan efectivas como otros tratamientos para otros resultados relacionados con el alcohol. AA/F12P probablemente produce ahorros sustanciales en costos de atención médica entre las personas con trastorno por consumo de alcohol.

Conflicto de interés de los autores: Ninguno

Comentario

Esta revisión sistemática reciente encontró que los beneficios mencionados de AA/F12P se observaron tanto en rigurosos ECA, como en estudios no aleatorizados, menos rigurosos. Las intervenciones de F12P más intensivas (por ejemplo, aquellas que incluyen la prescripción activa de la participación de AA, el monitoreo continuo de la asistencia a AA y los vínculos



personales con los miembros existentes de AA) a menudo funcionaron mejor que F12P usuales. Esto sugiere que, aunque muchos profesionales pueden creer que ya realizan "la facilitación de 12 pasos" porque distribuyen literatura de 12 pasos o mencionan grupos de 12 pasos a los pacientes, esto por sí solo puede ser insuficiente para lograr los beneficios que alcanzan las F12P más intensivas que mejoran las tasas de participación². Algunas de estas estrategias podrían ser la vinculación clínica con los miembros existentes^{3,4} o la prescripción activa de asistencia versus dejar que las personas decidan por sí mismas si desean asistir a AA^{3,5}. La principal razón por la cual AA/F12P supera a otros tratamientos bien establecidos es porque vincula con éxito a las personas con una extendida organización de apoyo de pares gratuita y de recuperación a largo plazo (es decir, AA), que aumenta las habilidades para prevenir recaídas, la autoeficacia de la abstinencia, la motivación de recuperación y la reducción del deseo y la impulsividad, y facilita los cambios de apoyo de recuperación en las redes sociales de las personas^{6,7}.

Conclusiones del comentarador

Las intervenciones AA/F12P de manual son más efectivas en términos de abstinencia, severidad de adicción, y al menos tan efectivas como otros tratamientos establecidos para otros resultados relacionados con el alcohol, e incluso pueden ser costo-ahorrativas.

Agustín Ciapponi [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos aires; Centro Cochrane Argentina, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. aciapponi@iecs.org.ar]

Ciapponi A Alcohólicos Anónimos y otros programas de 12 pasos para el trastorno por consumo de alcohol. *Evid Actual Pract Ambul.* 2020;23(2):e002056.

Comentado de: Kelly JF et al. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;3(3):CD012880.

PMID: 32159228

Referencias

1. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2020;3:12880–12880. Available from: [10.1002/14651858.cd012880.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.cd012880.pub2); <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012880.pub2>.
2. Kelly JF, Yeterian JD. The role of mutual-help groups in extending the framework of treatment. *Alcohol Res Health.* 2011;33(4):350–355.
3. Manning V, Best D, Faulkner N, 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 and Alcohol Dependence.* 2012;126(1-2):131–137. Available from: [10.1016/j.drugalcdep.2012.05.004](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.05.004); <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.05.004>.
4. Timko C, DeBenedetti A, Billow R. Intensive referral to 12-Step self-help groups and 6-month substance use disorder outcomes. *Addiction.* 2006;101(5):678–688. Available from: [10.1111/j.1360-0443.2006.01391.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01391.x); <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01391.x>.
5. Walitzer KS, Dermen KH, Barrick C. Facilitating involvement in Alcoholics Anonymous during out-patient treatment: a randomized clinical trial. *Addiction.* 2009;104(3):391–401. Available from: [10.1111/j.1360-0443.2008.02467.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02467.x); <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02467.x>.
6. Kelly JF, Magill M, Stout RL. How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory.* 2009;17(3):236–259. Available from: [10.1080/16066350902770458](https://doi.org/10.1080/16066350902770458); <https://dx.doi.org/10.1080/16066350902770458>.
7. Kelly JF. Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of behavior change research. *Addiction.* 2017;112(6):929–936.