

# Revisión catamnética y comparativa de una muestra de enfermos alcohólicos acogidos, respectivamente, a tratamiento con internamiento y tratamiento ambulatorio

DRA. A. RODRIGUEZ-MARTOS, DRA. C. VECINO

## RESUMEN

Con el fin de objetivar la eficacia respectiva de los tratamientos en régimen de internamiento y ambulatorio, se revisan 50 pacientes de cada una de ambas modalidades con una antigüedad mínima de 1 año de seguimiento.

Los resultados obtenidos apuntan en el sentido de la escasa operatividad de los internamientos a la hora de tratar el síndrome de dependencia del alcohol. El régimen ambulatorio favorece la concienciación y participación más auténtica del enfermo, perfilando mejores resultados y, sin duda, económicamente más rentables.

**PALABRAS CLAVE:** Régimen de internamiento, régimen de ambulatorio, desintoxicación, deshabitación, bebedor excesivo regular, bebedor enfermo psiquiátrico, bebedor caracterópata, alcohólico sintomático, alcoholomanía, alcoholización, disulfiram grupo de discusión, apomorfina.

## Summary

A follow-up check is made on 100 alcoholic patients after a year to evaluate the effectiveness of the outpatient or inpatient treatment. 50% of them were outpatients and 50% inpatients only during desintoxication continuing as outpatients during the stabilization phase.

The results indicate the low effectiveness of the inpatient treatment program for the alcohol dependence syndrome. The outpatients showed greater participation and conscientiousness in the treatment with better results. This modality seems also to be more beneficial.

**KEY WORDS:** Inpatient, outpatient, desintoxication, stabilization phase, regular heavy drinker, psychiatric patient drinker, characteropath drinker, symptomatic alcoholism, alcoholisation, psychological dependence, apomorphine, disulfiram, discussion group.

## Introducción

En la asistencia a los enfermos alcohólicos hemos ido desviando la tendencia de internamientos en favor de los tratamientos ambulatorios, partiendo de unos supuestos teóricos y de la experiencia acumulada.

En cualquier caso, tras un par de años de trabajar predominantemente a nivel ambulatorio (antes el Servicio se ubicaba en el hospital psiquiátrico de psiquiatría), hemos querido efectuar una comparación objetiva de las dos modalidades de tratamiento y sus eventuales diferencias de resultados.

## Material y método

Hemos seleccionado 50 pacientes ambulatorios y 50 que habían sido internados en el Instituto Municipal de Psiquiatría, todos ellos con motivo de su enfermedad alcohólica y a nuestro cargo (se excluyeron los internados por episodios de embriaguez u otros motivos de urgencia, dados de alta sin incluirse en tratamiento específico), empezando por aquellas historias clínicas que, de una u otra muestra, tuvieran una antigüedad mínima de un año, hasta alcanzar el total previsto (remontándonos hasta noviembre del 81; pues rechazamos cualquier historia que incluyera ingresos y tratamiento ambulatorio en momentos distintos).

De cada enfermo se recogieron los datos que consideramos más oportunos para evaluar el programa terapéutico, siendo uniforme esta recopilación al partir, para ello, de historias clínicas protocolizadas. Los ítems seleccionados se exponen en la siguiente tabla de resultados:

TABLE 1  
Revisión catamnética enfermos alcohólicos en tratamiento

Motivo de consulta	Enfermos internados	Enfermos ambulatorio
Deshabitación .....	20 (40%)	41 (82%)
Sínd. Abst. Alc. ....	13 (26%)	—
Desintoxicación .....	6 (12%)	9 (18%)
Intox. etil. aguda .....	8 (16%)	—
Cuadro confusional .....	1 (2%)	—
Intento autolisis .....	5 (10%)	—
<b>Voluntariedad</b>		
Sí .....	20 (40%)	45 (90%)
<b>Tipo de bebedor</b>		
Bebedor excesivo reg. ....	44 (88%)	44 (88%)
Enfermo psíquico .....	5 (10%)	2 (4%)
Caracterópata .....	14 (28%)	4 (8%)

Diagnóstico alcohólico	Enfermos internados	Enfermos ambulatorio
A. sintomático .....	6 (12%)	3 (6%)
Alcoholomanía .....	50 (100%)	50 (100%)
Alcoholización .....	49 (98%)	48 (92%)
<b>Presencia de la familia</b>		
Sí .....	30 (60%)	32 (64%)
<b>Tratamiento realizado</b>		
Apomorfina .....	8 (16%)	—
Disulfiram oral .....	32 (64%)	32 (64%)
Disulfiram implantado .....	5 (10%)	—
(1 Implantación Placebo)	(1 Inyección I.M. Placebo)	
Seguimiento individual .....	9 (18%)	5 (10%)
Psicoterapia individual .....	4 (8%)	—
Grupo de discusión .....	35 (70%)	39 (78%)

### Alta

Del centro hospitalario	Del seguimiento ambulatorio
Tras días promedio .....	Tras promedio meses .. 23'7
	(sólo en 3 enfermos)

### Seguimiento ambulatorio

	Enfermos internados	Enfermos ambulatorio
0 .....	5 (10%)	—
Menos 1 mes .....	10 (20%)	8 (16%)
1-3 meses .....	13 (26%)	14 (28%)
3-6 meses .....	4 (8%)	11 (22%)
6-12 meses .....	9 (18%)	4 (8%)
1-2 años .....	6 (12%)	12 (24%)
más de 2 años .....	—	1 (2%)

### Seguimiento en grupo discusión enfermos (2 sesiones por semana)

	Enfermos internados	Enfermos ambulatorio
0 .....	15 (30%)	11 (22%)
Menos 1 mes .....	11 (22%)	12 (24%)
1-3 meses .....	15 (30%)	7 (14%)
3-6 meses .....	6 (12%)	9 (18%)
6-12 meses .....	2 (4%)	5 (10%)
1-2 años .....	1 (2%)	6 (12%)
Más de 2 años .....	—	—

### Recaldas

	Enfermos internados	Enfermos ambulatorio
Sí .....	27 (54%)	16 (32%)
Promedio ínter. rec. ....	1.1	1.06

### Enfermos derivados

	Enfermos internados	Enfermos ambulatorio
.....	7 (14%)	4 (8%)

### Abandonos (entre 1 y 3 años)

	Enfermos internados	Enfermos ambulatorio
.....	40 (80%)	33 (66%)

### Evolución (hasta noviembre 84: de 1 a 3 años, averiguada por control directo o indirecto)

	Enfermos internados	Enfermos ambulatorio
Positiva .....	25 (50%)	30 (60%)
Negativa .....	10 (20%)	6 (12%)
Se ignora .....	15 (30%)	14 (28%)

### Fase terapéutica alcanzada (consolidada)

	Enfermos internados	Enfermos ambulatorio
Desintoxicación .....	22 (44%)	15 (30%)
Deshabitación .....	26 (56%)	35 (70%)

## Resultados

### Motivo de consulta

Es la deshabitación en el 82% de los pacientes ambulatorios, en tanto que constituye sólo el 40% en los casos internados.

### Voluntariedad

Para el tratamiento se da sólo en el 40% de los internamientos; aparece en cambio en el 90% de los que acuden al ambulatorio.

### El tipo de bebedor

Es el BER en el 88% de ambas muestras. Los caracterópatas y enfermos psíquicos están más representados en los internados.

### El diagnóstico alcohólico

Es el de alcoholomanía en todos los casos de ambas muestras, presentando asimismo la gran mayoría una alcoholización. El alcoholismo sintomático (no excluyente de alcoholomanía ulteriormente consolidada) se daba con mayor frecuencia en los ingresados.

### La presencia de la familia

(Siquiera inicial y con connotaciones variables) se da en el 60-64% de casos respectivamente. La presencia de la familia en el grupo de discusión se da en cerca de la cuarta parte de casos.

### Tratamiento realizado

La cura aversiva con clorhidrato de apomorfina se ha realizado sólo en pacientes internados (16%). Recibe disulfiram oral el 64% de ambas muestras. Un 10% de los internados recibió disulfiram implantado (1 implantación placebo). No se implantó a ningún ambulatorio; a 1 se le inyectó un placebo I.M.

El seguimiento individual sin grupo se hace más en los internados (18%); a un (8%) de ingresados se les prescribe psicoterapia. La inclusión en el grupo de discusión tiene lugar en el (78%) de los ambulatorios y el 70% de los internados.

### El alta

Se da a los ingresados a los 14'7 días de promedio. El alta ambulatoria se acostumbra a dar a los 24 meses de recuperación estable, de acuerdo con los criterios vigentes. En ese sentido, sólo contamos con 3 enfermos (a los 23'7 meses de promedio).

### Seguimiento

Los internados presentan un 10% de seguimiento nulo. El período de seguimiento más representado es el de 1-3 meses en ambas muestras. A partir del segundo trimestre se muestra una inflexión en favor de un mayor seguimiento de los ambulatorios (38%) frente al (56%). Un seguimiento superior al año se da en el 26% de los ambulatorios, pero sólo en el 12% de los que estuvieron ingresados.

Paralelamente, la permanencia en grupo (reuniones bisemanales), inicialmente incluso superior en los internados (53%) frente al (38%), en los ambulatorios, durante el período 1-3 meses, se invierte también a partir del segundo trimestre, en que sigue acudiendo a grupo el 18% de los internados frente al 40% de los ambulatorios. Después de medio año, sólo acude a grupos el 6% de los que habían estado internados, frente al 22% de los ambulatorios.

### La recaída

Se da más entre los ingresados (54% frente a 32%, siendo el promedio de recaídas análogo/enfermo recaído —apenas rebasado el 1%—).

### La derivación

De enfermos a otros centros se hace más en los casos ingresados (14% frente a 8%).

### Los abandonos

A tres años vista son de las 3/4 partes de la población asistida, con cierto predominio de los que ingresaron (80%-70%).

La evolución seguida en este tiempo (1-3 años) por los enfermos, directamente controlada o por sondeos periódicos, último en noviembre de 1984, se perfila más positiva en los ambulatorios (53% frente a 44% de los ingresados), aunque entre los internados haya más casos de evolución ignorada.

### La fase terapéutica de deshabitación

Fue objetivo del 82% de los ambulatorios y fue alcanzada en el 70% de dichos enfermos. En los que ingresaron, figurando dicho objetivo sólo en el 40% de ellos, llegó a seguir el programa de deshabitación el 56%.

## Comentarios

Preferimos hacer comentarios a extraer conclusiones, dada la especial situación de transición y cambio experimentada en el período de tiempo consignado por este servicio, su precariedad y la circunstancia histórica de un traslado del ambulatorio y las sesiones de grupo a un local relativamente distante del centro psiquiátrico en que anteriormente se ubicaba el servicio (que, empero nunca constituyó unidad específica dentro del ámbito hospitalario). La comparación se establece, pues, entre un colectivo de enfermos internados por alcoholismo en un centro psiquiátrico, mezclados con los demás enfermos a cargo de un experto en alcoholismo y con la posibilidad de asistir a grupos (hasta fines del 82 en el mismo centro y, a partir de entonces, en el ambulatorio del servicio, en la calle Dalmases), por un lado, y una muestra de enfermos que, a cargo del mismo equipo terapéutico (2 psiquiatras y 1 A.S.) hicieron tratamiento con carácter ambulatorio desde el principio en el local de la calle Dalmases. No obstante los resultados obtenidos, parecen apuntar las siguientes tendencias.

1. El paciente alcohólico que acude al ambulatorio lo hace voluntariamente y con el objetivo de deshacerse, llegando a integrarse en el programa de deshabitación (el 82'9% de quienes presentan esta demanda). En el paciente que ingresa las motivaciones no están tan claras. Destaca un 10% de actos suicidas. No obstante, llama la atención el hecho de que acceda a realizar una deshabitación el 56%, cuando la demanda en tal sentido era, inicialmente, del 40%. Ello plantea la responsabilidad del médico tratante en cuanto a la reconversión de la demanda.
2. El tipo de bebedor del que proceden nuestros alcohólicos es mayoritariamente el bebedor excesivo regular. La concurrencia de trastornos psiquiátricos caracterizados se da sobre todo entre los que ingresan, lo cual se corresponde con una mayor incidencia del diagnóstico de alcoholismo sintomático y la mayor frecuencia consiguiente de tratamientos individuales, psicoterapias y derivaciones a otros centros.
3. La familia aparece por un igual, en algo más de la mitad de enfermos, siendo esta presencia irregular y de

signo variable (presión para «encerrarlo», colaboración terapéutica...). Cuesta que la familia, incluso presente en las consultas, acompañe al enfermo a los grupos (21'4% de los pacientes asistentes a grupo en 1983 venía acompañado). Los horarios escolares, obligaciones domésticas y las distancias son los obstáculos más invocados.

4. En el capítulo de los tratamientos, observamos la mayoritaria prescripción del interdictor disulfiram (más del 60% de los enfermos) y de grupo de discusión (las 3/4 partes de enfermos). Las curas aversivas, que conservan alguna indicación precisa a nuestro juicio, se limitan a un reducido grupo de enfermos (16% contabilizando enfermos desde fines de 1981, que sería inferior, si revisáramos sólo el último año). La práctica de la implantación de disulfiram se limita a un 10% de internados y se llegó a abandonar totalmente en el último tiempo por muchas motivaciones en contra que no es momento de exponer.
5. La estancia en el hospital fue breve, 14'7 días. Empero, este promedio desciende también a remolque de quienes ingresaron de forma fortuita y se derivaron de inmediato al ambulatorio. Los que ingresaron ya con el motivo específico de iniciar una deshabitación en régimen de internamiento, por no poder consolidarla de otro modo, acostumbraron a estar tres semanas.

El alta del seguimiento ambulatorio se plantea a los 2 años. El traslado del servicio a fines de 1982 y la total desvinculación con el hospital desde junio del 84 hace que apenas mantengamos enfermos tan antiguos (tres altas).

6. El seguimiento nulo se da sólo entre ingresados, lo que revela la inoperancia total de una parte de internamientos (ingresos no voluntarios o con objetivos poco claros). Para los que siguen control (en ambas muestras) el primer trimestre es el que presenta un control más asiduo, como se ha expuesto en los resultados. La permanencia en grupo se perfila más constante entre los internados, para el primer trimestre, lo cual puede deber-

se a que la muestra estudiada de internados se refiere mayoritariamente a pacientes que pudieron asistir al grupo en el propio centro mientras estuvieron ingresados (la población exclusivamente ambulatoria es al mismo tiempo la más reciente), dándose en este sentido un factor de inercia que no existiría en los ambulatorios. En estos últimos, con un seguimiento a largo plazo superior a los que habían ingresado, tanto a nivel de control ambulatorio individual como de permanencia en el grupo de discusión, se perfila sobre todo un despegue con respecto a los internados a partir del 2.º trimestre. Una posible interpretación sería la de que, en tanto que los internados pueden acudir a seguimiento por una sensación de compromiso, por inercia o por haberse asustado más con respecto a su dolencia, los ambulatorios tenderían a desertar más en un principio (selección espontánea de acuerdo con las motivaciones), pero permanecerían más a largo plazo, una vez integrados.

7. La recaída se da con mayor frecuencia entre quienes ingresaron, lo cual también puede hablar en contra de una auténtica meta abstinenencial. En cualquier caso, la incidencia de recaídas, en general una sola por enfermo que recae, no implica evolución seguida hasta la actualidad.
8. Es llamativo el elevado índice de abandonos que, empero, no presupone un índice parejo de evoluciones negativas. Muchos factores confluyen en este abandono: el cambio de ubicación del servicio, la condición de transeúntes de parte de los enfermos que nos llegan, las grandes distancias de una gran ciudad y la amplitud del período (desde noviembre del 81) considerado. También hay que consignar que muchos enfermos que han dejado de acudir, lo han hecho por no considerarlo necesario, dada su buena evolución y las dificultades que con una vida laboral activa tenían para acudir al centro.
9. La evolución positiva se ha podido constatar así, en un porcentaje de enfermos superior a los que están todavía haciendo seguimiento. Esta se da en el 60% de los ambulatorios y en el 50% de quienes estuvieron ingresa-

dos. La evolución negativa confirmada se da en un porcentaje superior para los ingresados. El contingente de evoluciones ignoradas, análogo para ambos grupos, hace que no se pueda saber a ciencia cierta cuál es el resultado del tratamiento. Por tanto, comparando sólo las evoluciones positivas comprobadas, el 60% de los ambulatorios y 50% en los ingresados, sólo podemos decir que se apunta una mejor evolución en los primeros. Ello tampoco es de extrañar dado que, de los internados, un 44% se quedó en la fase de desintoxicación, sin acometer realmente un programa de deshabitación.

Las tendencias apuntadas nos confirman en la idea de la poca operatividad de los internamientos a la hora de tratar un síndrome de dependencia al alcohol. La confusión de objetivos, obligatoriedad y rol pasivo del enfermo no son la mejor garantía para la mentalización y recuperación del enfermo, al menos cuando el ingreso se realice en un centro psiquiátrico sin infraestructura específica que permita una integración en programa especial e intensivo. El tratamiento ambulatorio, por el contrario, aunque con una considerable pérdida de enfermos en el primer trimestre (mientras el paciente toma conciencia de su situación y de los objetivos del programa terapéutico), establece una criba espontánea de enfermos que va a obtener una mayor rentabilidad del tratamiento. Y si no fuera mayor, siquiera su recuperación habría sido más barata para él y para la comunidad. Es por ello que seguimos pensando en potenciar el ambulatorio y desplazar hacia él los tratamientos.

#### BIBLIOGRAFIA

- BACH, LL.; FREIXA, F.: *Problemática del Tratamiento Psicosocial del Enfermo Alcohólico*. En GASULL, M. A. «La Enfermedad Alcohólica», Faragraf de España, Barcelona, 1978.
- FEUERLEIN, W.: *Alcoholismo: Abuso y Dependencia*. (Cap. 8: terapia del Alcoholismo.) Salvat. Barcelona, 1982.
- FEUERLEIN, W.: *Problemas y resultados del tratamiento del alcoholismo*. Ponencia presentada en las XII Jornadas de Socidrogalcohol. Granada, 16, 17 y 18 de diciembre de 1984.
- RODRIGUEZ-MARTOS, A.; FERRER VIDAL, L.; WELSCH PASTOR, T.: *Creación de un Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías dentro de la Asistencia Psiquiátrica Municipal: revisión de los 100 primeros casos*. Comunicación a las V Jornadas de Socidrogalcohol, Granada, de 1977.
- RODRIGUEZ-MARTOS, A.: La Enfermedad alcohólica. Aspectos neuropsiquiátricos. Medicina Integral, volumen 5, núm. 2, febrero 1984: págs. 94-103.