

Análisis sociodemográfico, patología y abordaje terapéutico en una muestra de alcohólicos

A. LORENZO LAGO, C. GONZALEZ BORRAS

RESUMEN

Se estudian las características sociodemográficas y el tratamiento seguido para una muestra de pacientes alcohólicos atendidos en la Unidad de Tratamiento a Alcohólicos, situada en el Hospital General de Galicia en Santiago. Hay una incidencia mayor de varones en edad media de la vida, de nivel socioprofesional bajo. Presenta una alta incidencia de deterioro laboral. Las zonas productoras de vino y las marineras están más representadas en la muestra. Se analizan los distintos tratamientos y los resultados a largo plazo. Se concluye que la terapia de grupo resulta más eficaz que el tratamiento individualizado.

PALABRAS CLAVE: Alcoholismo. Características sociodemográficas. Tratamiento del alcoholismo.

SUMMARY

This paper study the sociodemographic characteristics and the treatment of a sample of alcoholic patients. This sample is treated in a Unit of Treatment of Alcoholics patients, in a General Hospital. There is a high porcentaje of men. The mean is 44 years. They have a low socioprofesional with a progressive deterioration in this area. There are a great porcentaje of patients which live at geographic areas producing wine. We analyse two modality of treatment and how they have repercussion on the outcome. We concluye that the group-therapy is more effective than the single therapy.

KEY WORDS: Alcoholism. Sociodemographic characteristics of alcoholic patients. Treatment of alcoholism.

Introducción

El alcoholismo es uno de los problemas de salud más importantes en nuestro medio. En un estudio epidemiológico realizado por ICESA-GALLUP en España, en 1980, se encuentra que España es uno de los primeros países del mundo en consumo de bebidas alcohólicas. Al contrario que en Francia o Italia, en donde el consumo está estancado o va en disminución, en España va en aumento, pasando de una cifra de 8'1 litros de consumo de alcohol puro por habitante y año en

1950 a 14 litros en 1976.

La cifra de muerte por cirrosis hepática también aumenta desde 1950, en que era de 10 muertes por 100.000 habitantes, a 1976 en que es de 22'35 por 100.000. La muerte por este concepto es el 2'85% de todas las causas de muerte.

Los ingresos en centros psiquiátricos causados por el alcoholismo suponen en España el 32% de todas las causas de internamiento, el 39% de los hombres y el 6'6% de las mujeres, según datos de SANZ JIMENEZ (1971).

La situación no es mejor en Galicia. El noroeste ocupa el segundo lugar de España en consumo de alcohol absoluto per cápita, con un total de 11'4 litros de alcohol puro al año por habitante. Galicia ocupa el primer lugar en porcentaje de bebedores excesivos (de más de 150 cc. de alcohol puro al día) en España, tanto en días laborales como festivos.

Hasta ahora no se ha abordado el estudio de las características que presenta la población de alcohólicos en Galicia. En este trabajo intentamos delimitar las características de una muestra de alcohólicos que acuden a una Unidad de Tratamientos de Alcohólicos situada en un Hospital General. Esto puede ayudar a clarificar cuáles son las características de estos pacientes y por lo tanto, adecuar la oferta terapéutica a las necesidades de éstos.

Para ello hemos estudiado cuáles son las características sociodemográficas de todos los pacientes que acuden solicitando tratamiento a la Unidad de Tratamiento a Alcohólicos situada en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Galicia de Santiago de Compostela, en el período comprendido entre abril de 1975 y octubre de 1980.

Resultados

La muestra está constituida por 674 pacientes de ambos sexos remitidos de otros servicios de dicho Hospital General para tratamiento de deshabituación alcohólica. Estos pacientes son atendidos en régimen ambulatorio, ya que el Servicio de Psiquiatría no dispone de unidad de internamiento.

El resumen de los resultados está en las tablas del apéndice.

1. Características sociodemográficas

Sexo

El 85% de la muestra son varones y el 15% restante mujeres. La relación, por lo tanto, es de 6/1. Esta proporción es similar a la encontrada en otros trabajos epidemiológicos realizados en otros lugares de España, confirmándose el dato de que es un problema que afecta con más frecuencia al hombre que a la mujer, al contrario de lo que ocurre con la patología psiquiátrica general en el mismo Servicio de Psiquiatría en el cual la incidencia de mujeres en la consulta es de algo menos del doble.

La mayor incidencia del alcoholismo crónico en hombres viene apoyada por el estudio epidemiológico de la zona geográfica del área de influencia del Hospital General de Galicia (BORRAS, 1984) que muestra un consumo mucho más alto y un porcentaje mucho mayor de bebedores excesivos en hombres que en mujeres.

Edad

La edad media es de 44 años. La distribución se muestra en la tabla 1. No existen diferencias significativas en la distribución entre hombres y mujeres.

CUADRO 1
Distribución por edad y sexo

	Varones		Mujeres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
-20	4	0'71	—	—	4	0'61
20-29	69	12'28	12	12'50	81	12'31
30-39	132	23'49	26	27'08	158	24'01
40-49	182	33'28	32	33'33	214	32'52
50-59	103	18'33	16	16'67	119	18'09
60-69	61	10'85	7	7'92	68	10'33
70-79	9	1'60	3	3'13	12	1'82
+79	2	0'36	—	—	2	0'30
TOTAL	562	100	96	100	658	100

Estado civil

El 76% son casados, 14% solteros, 5% viudos y 4% separados. El porcentaje de personas separadas es muy pequeño, comparado con otras muestras de pacientes alcohólicos españoles. Podría ser debido a que la conducta de beber está muy arraigada en nuestro medio y cuando se hace en exceso esto no provoca un gran rechazo ya que hay una alta aceptación social de esa conducta.

Lugar de residencia

El mapa de la figura 1 muestra el lugar de residencia de las personas atendidas en nuestra unidad. La zona que abarca se corresponde con el área de influencia del hospital en la cual está situada. Se aprecian, sin embargo, las siguientes características específicas:

Una primera zona de mayor incidencia es la comarca de Santiago, que remite para tratamiento el 43% de toda la muestra.

FIGURA 1
Distribución geográfica



La zona costera también muestra una incidencia mayor de enfermos en nuestra unidad. Esto puede estar en relación con el hecho de que según un trabajo epidemiológico realizado en la zona, un factor determinante de un consumo más alto es la profesión de marineró (BORRAS, 1984), profesión más frecuente en los pueblos de la costa que en los del interior.

Una tercera zona que presenta una incidencia alta es la de la ribera del río Ulla. Esta es una zona viticultora, productora de un vino que raramente es comercializado y que en su mayor parte es utilizado para autoconsumo y ya se ha visto que hay una relación directa entre producción y consumo.

También hemos estudiado la influencia que tiene el vivir en un medio rural o urbano. Como muestra el cuadro 2, la mayor parte de la muestra, el 70%, la constituyen personas que viven en áreas rurales. Comparando hombres con mujeres se ve que hay un porcentaje más alto de mujeres que viven en zonas campesinas y más bajo de las que viven en zonas maríneas, mientras que con los hombres ocurre lo contrario, hay un porcentaje más alto de hombres que viven en zonas maríneas y una disminución relativa de los que lo hacen en áreas campesinas. De estos datos se puede deducir que en áreas rurales del interior la probabilidad de alcoholismo entre las mujeres aumenta, tal vez porque el consumo es más alto y el alcohol tenga más valor como componente energético de la dieta. El hecho de que en zonas maríneas sea más

CUADRO 2
Residencia, por sexo

	Varones		Mujeres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
R. campesino	233	39'68	42	44'21	275	41'23
R. marineró	175	31'14	21	22'11	196	29'39
Urbano	91	16'19	18	18'45	109	16'34
Suburbano	73	12'99	14	14'74	87	13'04
TOTAL	572	100	95	100	667	100

alto en porcentaje de varones que el de mujeres podría deberse a la relación vista anteriormente entre el consumo y la profesión de marineró.

De los que viven en ciudades, casi la mitad lo hacen en zonas periféricas suburbanas. Esto también se corresponde con el dato que veremos a continuación de la baja cualificación social de nuestros pacientes.

Situación laboral

En los cuadros 3 y 4 está representada la distribución de la muestra según la profesión y según el trabajo que realizaban en el momento de la primera consulta. En su mayoría corresponden a personas de baja cualificación laboral.

Presentan un deterioro importante en la situación laboral, con un porcentaje alto de personas en situación de no trabajo, ya sea por paro o por incapacidad laboral. Sobre todo los que corresponden a categorías laborales más altas no presentan este deterioro tan marcadamente. Es conveniente, de todas maneras, insistir en que la Unidad de Tratamiento a Alcohólicos es un recurso asistencial situado en una institución pública, lo que supone que atiende enfermos que pertenecen a estratos sociales medio y bajo y que personas con un nivel social más alto suelen acudir a modalidades de tratamiento privadas, y más cuando se trata de un problema que conlleva un fuerte rechazo social como es el alcoholismo.

Es llamativo el dato de que el 45% del total de la muestra están en situación de invalidez laboral, total o parcial, transitoria o permanente.

El 33% han estado o están realizando su trabajo fuera del lugar de residencia de la familia, ya sea emigrados en otras zonas de España (77%) y, sobre todo, fuera de España, o trabajando en barcos de altura (25%). Los emigrantes son una población de alto riesgo para el alcoholismo. En un trabajo realizado

CUADRO 3
Profesión por sexo

	Varones		Mujeres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
3 Título superior	4	0'79	1	1'29	5	0'86
4 Título medio	5	0'99	—	—	5	0'86
5 Adm. depen.	17	3'39	1	1'29	18	0'86
6 Obr. cualif.	175	34'93	2	2'59	177	30'62
7 Obr. no cualif.	219	43'71	10	12'98	229	39'61
8 Comerciante liberal labrador	16	3'19	10	12'98	26	4'49
9 Vendedor mariner	60	11'97	17	22'07	77	13'32
10 No trabajo	4	0'79	37	48'05	41	7'09
11 Paro	—	—	—	—	—	—
TOTAL	500	100	77	100	578	100

CUADRO 4
Trabajo actual por sexo

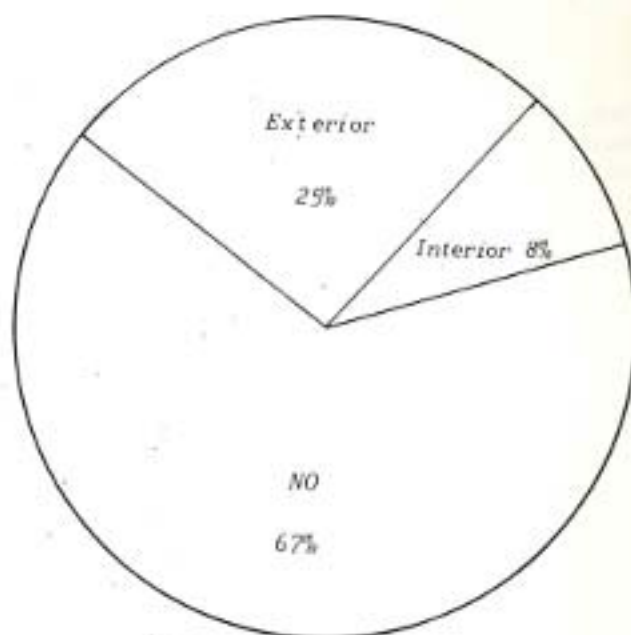
	Varones		Mujeres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
3 Título sup.	2	0'42	—	—	2	0'40
4 Título medio	2	0'42	—	—	2	0'40
5 Adm. depend.	15	3'13	1	1'13	16	2'80
6 Obr. cualif.	96	20'04	2	2'33	98	17'20
7 Obr. no cualif.	128	26'72	10	11'63	140	24'60
8 Comerciante liberal labrador	23	4'80	2	2'33	25	4'40
9 Vendedor mariner	49	10'23	16	18'60	60	11'40
10 No trabajo	138	28'81	54	62'79	192	33'70
11 Paro	26	5'43	—	—	26	4'60
TOTAL	479	100	86	100	565	100

previamente en nuestro Servicio, hemos visto que la patología psiquiátrica más frecuente en el emigrante varón retornado es el alcoholismo. PEREZ MARTORELL en un trabajo similar realizado en Alicante, encuentra que el 47% del total de los alcohólicos atendidos en su Servicio, son emigrantes del resto de España. Es evidente, por lo tanto, que la población emigrante requiere una atención especial por lo que respecta al riesgo de alcoholización.

Procedencia de la iniciativa de la consulta

Como se ve en la figura 2, el 76% del total de enfermos acuden remitidos de otros servicios del mismo hospital en el que está situada la Unidad; solamente el 20% acuden directamente para tratarse. La Unidad funcio-

FIGURA 2
Emigración



na, por lo tanto, dependiente del hospital, mostrando una muy escasa penetración en el área geográfica en la que está situada. Fuera del hospital prácticamente no se conoce la existencia de este recurso terapéutico.

Solamente un 7% acuden por iniciativa propia para tratamiento de deshabituación etílica, conscientes de presentar un problema de dependencia. Esto supone que inicialmente se trata de una muestra con escasa motivación para el tratamiento y que por otra parte este tipo de tratamientos tiene poca implantación en el medio en el que se administran siendo estos factores de mal pronóstico.

Aunque la diferencia entre hombres y mujeres no es significativa parece que las mujeres consultan un poco más por iniciativa propia y, sobre todo, familiar. En ellas parece existir una mayor presión familiar para que se pongan a tratamiento, tal vez porque en ellas el área de desajuste sociofamiliar es más marcado, mientras que en el hombre es el área laboral la que se ve más afectada.

2. Patología más frecuente

Diagnóstico

El cuadro 5 recoge los diagnósticos que tienen los pacientes en el momento de la primera consulta. Se ve un porcentaje muy alto de delirium tremens que es el 27% del total. Las mujeres presentan un porcentaje más alto de hepatopatía, sobre todo, cirrosis hepática. Según todos los autores, la mujer be-

CUADRO 5
Diagnósticos iniciales por sexo

	Varones *		Mujeres *		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Delir. tremens	137	33'33	21	32'81	161	27'60
Alcoholismo	178	43'31	26	40'63	205	35'20
Hepatopatía	23	5'60	5	7'81	28	4'80
Cirrosis hep.	16	3'89	9	14'06	25	4'30
Epilepsia alcoh.	36	8'76	1	1'56	38	6'50
S. deprivación	11	2'68	2	3'13	14	2'40
Polineuritis	10	2'43	—	—	10	1'7
TOTAL	411	100	64	100	583	100

* SIGNIFICATIVO A NIVEL DE 0'05

bedora tiene una susceptibilidad mayor que el hombre para desarrollar esta complicación.

3. Características del tratamiento

Como ya se dijo anteriormente, el tratamiento es en régimen ambulatorio, sin posibilidades de internamiento ni de asistencia extrahospitalaria. El objetivo del tratamiento es la abstinencia.

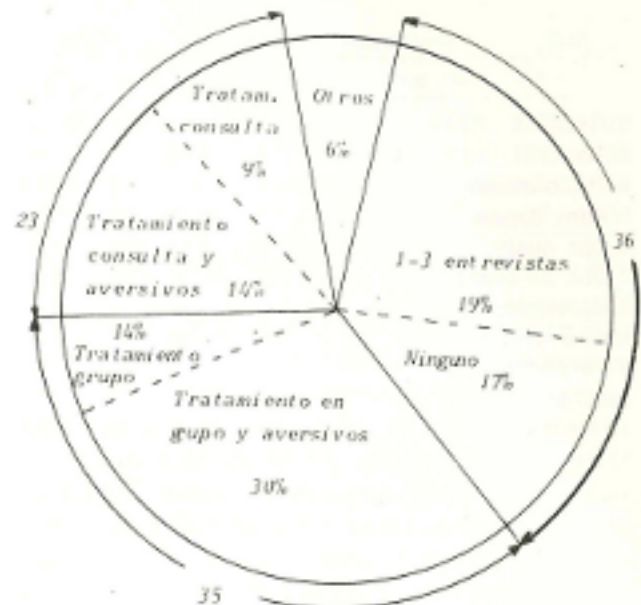
Las modalidades terapéuticas más utilizadas son de dos tipos: 1) asistencia en entrevistas individualizadas en la consulta en las que se mantiene un control de la abstinencia y se brinda apoyo psicológico, generalmente del paciente con la familia y 2) participación en grupos de terapia para alcohólicos centrados en la problemática en torno al alcohol, también acompañados de la familia. En ambas modalidades se aconseja la utilización del disulfiram como disuasorio. Estos grupos tienen una frecuencia semanal y una duración indefinida. Son abiertos y mixtos.

Los resultados globales están mostrados en la figura 3. Un 36% del total de la muestra no han seguido ningún tratamiento, 35% han seguido tratamiento en grupo y 23% tratamiento en entrevistas individualizadas. De los que han estado a tratamiento 14%, no han tomado disulfiram y 40% lo han hecho. Se observa que:

El porcentaje de pacientes que no acepta tratamiento de deshabitación es muy alto, más de un tercio de la muestra. Esto es comprensible considerando que la mayor parte de los enfermos consultan por iniciativa de terceros y tienen un nivel de motivación muy bajo.

La modalidad terapéutica preferida es la psicoterapia de grupo, a pesar de las dificul-

FIGURA 3
Tipo de tratamiento



tades que en muchos casos supone el tener que desplazarse desde lugares de hasta 60 km. para poder asistir a las terapias.

El uso de disulfiram es muy generalizado. El abordaje terapéutico farmacológico es en líneas generales, muy bien aceptado por los enfermos de nuestro medio. Por otra parte, les brindan a los pacientes alcohólicos una forma de control externo sobre la bebida que para muchos es imprescindible para poder mantenerse abstinentes en una sociedad que presiona para que se beba.

Tiempo de permanencia o tratamiento

En el cuadro 6 está reflejado el tiempo de permanencia a tratamiento, en psicoterapias de grupo y tomando aversivos, en este caso, el tiempo conocido. Se observa que el porcentaje de abandonos precoces una vez iniciado el tratamiento es menor entre los que siguen la modalidad de psicoterapia de grupo que entre los que acuden a entrevistas individualizadas en la consulta. Sin embargo, a partir de los tres primeros meses los porcentajes de abandonos son iguales. Podemos deducir que la etapa más importante para fijar al paciente al tratamiento son los tres primeros meses. A partir de ese tiempo sólo el 30% de la muestra seguida va a continuar en contacto con la unidad. Son durante estos tres primeros meses cuando debe hacerse el mayor esfuerzo terapéutico.

En líneas generales se puede afirmar que un tercio no siguen ningún tratamiento, un tercio la sigue durante un período inferior a

CUADRO 6
Tiempo de tratamiento

	Con aversivos *		En grupo *	
	n.º	%	n.º	%
No tratamiento	179	35'2	275	54'2
0-1 mes	87	17	28	5'5
1-3 meses	91	17'9	60	11'8
4-6 meses	53	10'4	50	9'9
7-12 meses	45	8'9	45	8'9
más de 12 meses	53	10'4	49	9'7
TOTAL	508	100	507	100

* SIGNIFICATIVO A NIVEL 0'05

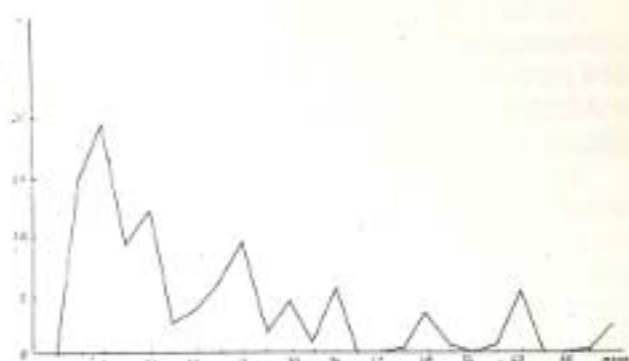
tres meses y el otro tercio durante un período mayor que éste. Durante los tres primeros meses del tratamiento de un alcohólico crónico, tiene que producirse el reajuste a una situación nueva a todos los niveles: físico, psicológico, familiar, laboral, social. Durante este tiempo todavía está la familia en una situación de «luna de miel» sin dar tiempo a que aparezcan los nuevos problemas derivados de la convivencia bajo unas nuevas condiciones, no ha tenido que solucionar situaciones que antes evadía o no veía, la familia no ha comenzado a exigirle las responsabilidades que le exigirá más adelante si se mantiene abstinentes. A nivel físico y psicológico no se encuentra normalizado, presenta déficits cognitivos, dificultad del control de las emociones, cuadros depresivos con frecuencia. Es a partir de los 3 meses cuando tendrá que enfrentarse a una realidad completamente nueva y que le va a plantear nuevas demandas que tiene que resolver, y cuando como consecuencia de esto es más fácil que vuelva a reincidir en la conducta de beber. Se ha comprobado que el mantenimiento de entrevistas frecuentes de seguimiento es uno de los más importantes elementos terapéuticos.

4. Evolución de la conducta de beber

En el momento de realizarse este estudio estaba abstinentes el 35% del total de la muestra seguida, que era de 426 pacientes.

En 258 casos se conoce el tiempo máximo que permanecieron abstinentes, independientemente de que hubiesen reanudado la ingesta posteriormente en algún momento de la evolución. Como se ve en la figura 4, el porcentaje disminuye gradualmente, sobre todo, durante el primer año y algo más lentamente durante el segundo. A partir de éste y más del tercero hay una tendencia a estabilizarse. Es-

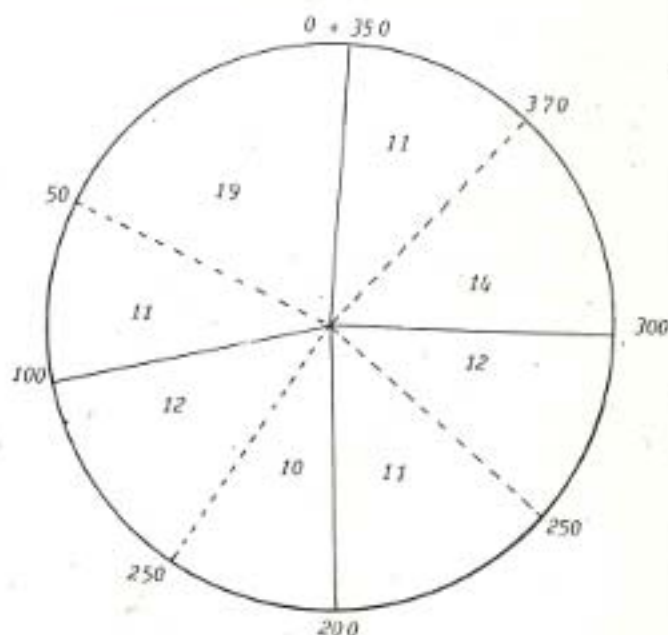
FIGURA 4
Tiempo máximo de abstinencia



to parece indicar que son necesarios entre dos y tres años para poder tener una seguridad mínima de que estas personas no van a recaer. Los dos primeros años, sobre todo el primero, no tienen valor pronóstico como indicativos de buena evolución.

Si se observa la cantidad de alcohol que ingieren una vez reanudada la ingesta (figura 5), se puede ver que es una distribución gradual, desde aquellos que beben en pequeña cantidad, de manera que hay un 30% de los que beben que pueden considerarse bebedores moderados ya que consumen menos de 100 gr. de alcohol puro al día, hasta aquellos que beben en una cantidad igual o mayor de la que consumían antes de ponerse a tratamiento. Esto implicaría que el alcoholismo es una condición inestable y que pasa por períodos de remisión espontánea o de disminución del consumo y otros de un aumento de éste.

FIGURA 5
Ingesta en gramos de alcohol en la recaída



Conclusiones

Se han estudiado las características sociodemográficas y el tratamiento seguido por 674 pacientes de una Unidad de Tratamiento a Alcohólicos que trabaja en régimen ambulatorio exclusivamente.

La población más representada es la masculina, que sextuplica a la femenina. Pero si se hace un examen por años se ve que esta diferencia tiende a ir disminuyendo, estando actualmente en aumento el número de mujeres que consultan por un problema de alcoholización.

La edad media coincide con la de trabajos anteriores, 44 años. Aunque en nuestro medio la edad de comienzo de la ingesta es precoz, con frecuencia al empezar la vida laboral, entre los 15 y los 20 años, es necesario un período largo de estar bebiendo en cantidad para que el alcoholismo se manifieste como problema que interfiere de una manera importante en la vida de la persona. De ahí que la edad media sea superior a la de la muestra de enfermos psiquiátricos no alcohólicos.

También hemos podido observar que las zonas productoras de vino tienen una incidencia más alta de pacientes alcohólicos en la Unidad. También las zonas costeras envían muchos enfermos a tratamiento. Existe una población de alto riesgo que es la de las personas que tienen como profesión la de marineros y los emigrantes. Los esfuerzos para realizar una labor preventiva y educativa en torno al consumo de alcohol deben prestar una atención especial a estas zonas geográficas y a estas profesiones.

El nivel profesional y social es muy bajo, quizás sesgado a causa de que la Unidad está situada en una institución hospitalaria pública y como para la población general el alcoholismo es una enfermedad vergonzante es posible que se oculte o en caso de tratarse, que se recurran a recursos terapéuticos privados, más discretos. También es posible que las clases sociales con menos recursos presenten una mayor patología en relación

con el consumo de alcohol.

La iniciativa de la consulta parte en la mayoría de los casos, de otros servicios del hospital en el que está situada la Unidad. Esta está fundamentalmente al servicio del hospital y tiene muy poca penetración en la población general.

El tipo de tratamiento más utilizado es la psicoterapia de grupo. El disulfiram es aconsejado en la mayor parte de los casos durante los primeros meses. Destaca el alto porcentaje de personas que no siguen ningún tratamiento y de abandonos precoces. El nivel de motivación para el tratamiento es muy bajo, siendo la mayoría de los pacientes forzados a seguirlo por complicaciones médicas, familiares o laborales. El motivador más importante en nuestra muestra es la salud y el miedo a perderla. La familia tiene poca importancia en la decisión personal de ponerse a tratamiento.

En cuanto a la conducta de beber, en un momento dado estaban abstinentes un tercio de la muestra. El porcentaje de abstinentes no se mantiene estable sino que va disminuyendo a medida que transcurre el tiempo. Se produce una estabilización a partir de los dos años de abstinencia.

BIBLIOGRAFIA

1. ENCUESTA ICSA-GALLUP, diciembre 1980: «Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta española.» Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
2. GONZALEZ BORRAS, C.: «Estudio de las pautas habituales de consumo y actitudes ante el alcohol en la población adulta del área de influencia del Hospital General de Galicia.» Tesis Doctoral presentada en la Facultad de Medicina de Santiago, febrero 1984.
3. PEREZ MARTORELL, J. F.; GALVEZ DIAZ, M.: «Aspectos y características del alcoholismo en la provincia de Alicante.» *Drogalcohol*, 2/1, 159-174, 1983.
4. ROMERO SANCHEZ, A. M.: «Psicopatología de los emigrantes retornados.» Tesis de Licenciatura, Facultad de Medicina de Santiago, septiembre 1982.
5. SANZ JIMENEZ, J.: «Algunos trabajos de Epidemiología Psiquiátrica realizados en España.» Monografía P.A.N.A.P., Madrid 1971.