

LA UNIDAD DE TRATAMIENTO PARA ENFERMOS ALCOHOLICOS Y TOXICOMANOS

DR. D. RAFAEL HERRERO LORENZO
Servicio de Alcohólicos y Toxicómanos
Hospital Psiquiátrico Provincial
BETERA (Valencia)

Intentamos describir nuestra experiencia en el Servicio dedicado a estos pacientes en el Hospital Psiquiátrico Provincial Padre Jofré, de Bétera (Valencia). Esta aproximación técnica al tratamiento hospitalario de los enfermos que nos son confiados, no suponen una contradicción con nuestras anteriores opiniones, sino sólo nuestra pequeña aportación, en la mejora asistencial que todos deseamos para dichos pacientes. Esperamos que se produzcan informaciones semejantes, de otros equipos, desde otros puntos del país, y que entre todos consigamos la mejor asistencia posible.

Pensamos a pesar de este enfoque técnico, que: «Es una falacia interpretar la pandemia alcohólica como un hecho que incumbe de un modo exclusivo a la sanidad. Los factores culturales, normativos, históricos, económicos y políticos llegan a ser tan determinantes, que ignorarlos es cerrazón cuando no una mala voluntad manifiesta» (1).

Somos asimismo conscientes de que la asistencia hospitalaria de estos enfermos, podía ser evitada en la mayoría de los casos, si la asistencia ambulatoria y la información suficiente estuvieran al alcance de nuestros pacientes, de sus familiares, o incluso a veces de sus médicos de cabecera. Asimismo nos damos cuenta que la hospitalización es una pequeña fase del tratamiento, y no sería ni la más útil ni la más necesaria a veces, y menos aún si no la coordinamos con la asistencia ambulatoria y con la información necesaria al paciente y a su medio.

Nos parece previo plantearnos la necesidad de dicha unidad especial, dentro de un Centro Psiquiátrico o General. Según nuestra información son escasas las que existen en España (2). Dicha necesidad la fundamentamos en los problemas específicos de la asistencia de nuestros pacientes. Los tratamientos sociales y psicoterápicos han

de ser en grupos homogéneos de pacientes tóxico-dependientes, o con personas que conozcan su problema por haberlo superado. Ello no significa que esté contraindicado la convivencia parcial con el resto de los enfermos, sino al contrario creemos que este tipo de convivencia facilita la conciencia de enfermedad del paciente y le hace más responsable de su posible rehabilitación. Nuestros pacientes tienen necesidades específicas a nivel de asistencia social y su rehabilitación laboral, también presenta aspectos diferentes al de los otros pacientes. La actuación sobre los familiares, la concienciación del problema como una enfermedad, la prevención, diagnóstico y tratamiento de sus complicaciones físicas, familiares, laborales y sociales, supone la presencia de PERSONAL ESPECIALIZADO, CONCIENCIADO EN LA ASISTENCIA MEDICO-SOCIAL DE ESTE TIPO DE PACIENTES, CON VOCACION E INTERES PERSONAL POR LA TEMÁTICA ALCOHOLICA. (3).

A) OBJETIVOS GENERALES DE LA UNIDAD

El objetivo lógico de esta unidad es la REHABILITACION DEL MAYOR NUMERO POSIBLE DE DICHOS PACIENTES. Es decir, la toma de conciencia por parte del paciente, de su situación patológica y la aproximación progresiva y rehabilitadora a su natural vida social, sin que se vea obligado a utilizar ningún tipo de tóxico como lo había hecho hasta el presente. Intentaremos enumerar los objetivos que consideremos fundamentales en el funcionamiento de dicha unidad.

1.º CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE UNA ABSTINENCIA TOTAL, asumida por los pacientes tras la comprensión de la enfermedad, y de sus fenómenos psicopatológicos fundamentales, dependencia y falta de control ante el tóxico, mediante el trabajo informativo y psicoterápico de la unidad, tanto del personal tratante como por la interacción de los propios pacientes entre ellos y por las experiencias que aporten sujetos rehabilitados que visitan periódicamente la unidad.

2.º UN AMBIENTE TERAPEUTICO, en equilibrio entre una COMUNIDAD TERAPEUTICA de libertad absoluta, incluso para uso y tráfico de tóxicos, y una UNIDAD DE CONTROL AMBIENTAL ABSOLUTO. La primera impediría una convivencia rehabilitadora, y la segunda impide que el paciente se responsabilice de su propia rehabilitación. Ambas son inválidas, e imposibilitan un aprendizaje que sirva para la vida natural del paciente, además de ser facilitadoras del hospitalismo. Creemos que la única alternativa válida es que el grupo total formado por terapeutas y pacientes acepten la discusión racional de las normas de tratamiento y convivencia, admitiendo la enfermedad y por lo tanto su tratamiento médico, social, familiar y rehabilitador cuando sean necesarios.

3.º LA INFORMACION A TODOS LOS NIVELES, sería otro objetivo a cumplir. La unidad informará a los **ESPECIALISTAS** y **MÉDICOS GENERALES** de la zona. Mantendrá con ellos contactos para la captación y posterior seguimiento del paciente, asistirá a los **CENTROS** y **CLUBS** de **ALCOHOLICOS REHABILITADOS** de poblaciones cercanas. Asimismo es fundamental la información a **FAMILIARES** de **ENFERMOS** sobre el tratamiento, a sus **EMPRESAS** sobre prevención de la enfermedad y sus complicaciones laborales y sociales. Consideramos fundamental desde el punto de vista psicoterapéutico la **INFORMACION A LOS PROPIOS PACIENTES**, que les permita un análisis del porqué y cómo han enfermado y de qué medios dispone para mejorar su situación.

4.º LA ORGANIZACION DE UNA ASISTENCIA INTRA-EXTRAHOSPITALARIA SECTORIZADA y la formación de **ALBERGUES** y **CASAS A MEDIO CAMINO** debidamente asistidas, es también un objetivo irrenunciable de nuestro equipo. La falta de medios, personales y materiales es lo único que nos hace contentarnos con el mantenimiento de un solo **DISPENSARIO** en la ciudad de Valencia, aunque aspiramos a la apertura próxima de tres dispensarios en las ciudades de Gandía, Sagunto y Requena, dentro del plan de asistencia psiquiátrica extrahospitalaria de la Diputación Provincial de Valencia, con la colaboración de las entidades locales y los dispensarios de lucha antialcohólica de Sanidad Nacional.

Los albergues y las casas a medio camino además de las sociedades y clubs de enfermos rehabilitados, son fundamentales en la terapia extrahospitalaria. Con los primeros se consigue, además de una correcta asistencia al enfermo discapacitado, que el resto de la asistencia sea funcional, y permite que la unidad asistencial deje de ser un fondo de saco en donde se acumularían pacientes geriátricos, somáticos y marginados sociales de imposible recuperación. Mediante las sociedades se consigue un tratamiento médico, psicoterápico y social altamente rehabilitador, además de conseguir la comprensión y toma de conciencia de la problemática social del alcoholismo y otros tóxicos.

5.º EL ESTUDIO ESTADISTICO que permita una **EPIDEMIOLOGIA OBJETIVA** y una **REVISION CATAMNESICA** de las terapéuticas empleadas, además de la posibilidad de realizar cualquier estudio, mediante el trabajo del equipo interdisciplinario.

B) PERSONAL Y MEDIOS

La unidad ha de contar con medios personales y técnicos **COMPARTIDOS CON EL RESTO DEL HOSPITAL**, fundamentalmente con un equipo de Medicina Interna, Análisis Clínicos y Especialidades, ya sea en el propio Hospital Psiquiátrico o en un Hospital General próximo.

Desde el mismo día del ingreso ha de atenderse el problema somático del paciente, ya sea porque fue una urgencia somática la causa fundamental del ingreso o por lo conveniente de hacer cuanto antes una serie de estudios y tratamientos necesarios para la salud futura del paciente.

El examen del paciente alcohólico o toxicómano, desde el punto de vista de la patología somática es necesario, ya que:

a) Estos pacientes suelen tener mayor incidencia de problemas somáticos, además de mayor receptividad a otras enfermedades físicas.

b) Se logran montajes eficaces y necesarios en las exploraciones fundamentales somáticas, cuando lo realizan personal técnico especializado en ellos: (estado funcional hepático, E. E. G., laparoscopia con obtención de biopsia hepática, velocidad de transmisión nerviosa).

c) Igualmente se logran sistematizar técnicas terapéuticas especiales que pueden llegar a ser necesarias: (diálisis, unidad de intensivos, injertos de Disulfiran).

d) Facilidad de conseguir el diagnóstico diferencial con otras enfermedades somáticas que pueden quedar enmascaradas por la sintomatología tóxica: (trastornos metabólicos, endocrinos, tisis pulmonar). (4).

Todo ello no descarta que en la propia unidad se haga el reconocimiento completo del enfermo, sobre todo desde los puntos de vista analítico, digestivo y neurológico, consultándose al internista ante la duda diagnóstica y para revisiones posteriores. Hacerlo, además del indudable valor clínico, tiene la ventaja que «deriva la atención del paciente hacia la vertiente somática de su realidad» (5), lo que durante los primeros días del ingreso descarga la culpabilidad y angustia del enfermo y facilita su contacto con el médico.

Otros servicios comunes con el resto del Hospital serán los de convivencia y socioterapias colectivas: Bar (sin bebidas alcohólicas, al menos en el recinto hospitalario), Cine, Iglesia, local de asambleas de Hospital, etc.

Respecto al PERSONAL Y MEDIOS PROPIOS DE LA UNIDAD, nuestra experiencia ha de dividirse en dos etapas:

a) ETAPA INICIAL: Desde su inauguración el Servicio tuvo la siguiente plantilla: 1 Jefe de Servicio, 1 Jefe de Sección o Jefe Clínico, 1 Médico Adjunto, 2 Médicos Residentes en períodos rota-

torios, 2 Asistentes Sociales, 1 Administrativo y 14 Auxiliares Psiquiátricos en 3 turnos que rotan cada semana, de forma que todos ellos tienen contacto una semana cada tres con el equipo técnico de la unidad.

Se utilizó el Pabellón núm. 2 del Hospital Psiquiátrico de Bétera, de 87 camas, que en varias ocasiones llegaron a completarse, se utilizaron 67 para hombres y 25, en una ala independiente del edificio, para mujeres. Los tratamientos psicoterápicos y de tipo informativo eran comunes, la convivencia durante el día podía ser común o independiente según voluntad de las enfermas.

Los dormitorios de ambas zonas eran la mayoría de 4 camas, aunque en ambas se utilizaron piezas individuales cuando las circunstancias físicas o de comportamiento lo requerían, o bien a petición de los propios pacientes.

La rehabilitación se hizo mediante un Servicio centralizado, en contacto con el equipo de la unidad mediante reuniones semanales. Se hizo ver la clara necesidad de organizar el trabajo conjunto de rehabilitación y asistencia social, para organizar la asistencia extrahospitalaria y la integración laboral de los pacientes capacitados para ella, que la deseaban.

b) ETAPA ACTUAL Y PROYECTOS: En marzo de 1976, se trasladó la unidad al pabellón núm. 12. Este pabellón tiene 100 camas, mayor capacidad dedicada a tratamientos sociales, y está menos aislado del Centro del Hospital con las ventajas de estar más integrado a la vida hospitalaria.

La plantilla asciende a 16 auxiliares psiquiátricos. Se solicita para poder comenzar la asistencia sectorizada un Médico Adjunto más y otra Asistente Social, con este personal sería factible que un médico y una asistente social se traslade un día a la semana a la localidad cabeza de los tres sectores anteriormente citados.

La distribución de las 100 camas se hizo de la siguiente forma:

50 para enfermos de tratamiento activo y supuesta rehabilitación en corto espacio de tiempo.

25 para enfermas.

25 para enfermos varones de tratamiento fundamentalmente rehabilitador y supuesta rehabilitación en prolongado espacio de tiempo.

El equipo médico se organiza de forma que 4 médicos se responsabilizan respectivamente de una cuarta parte de los pacientes, incluso de su seguimiento extrahospitalario, y se dividen con el resto del equipo técnico, de forma aproximada y según las funciones, el resto de las responsabilidades.

La rehabilitación intrahospitalaria se hace en la propia unidad. En principio se polariza hacia el montaje de juguetes y la artesanía; para su realización se han incorporado al equipo de la unidad dos monitores del servicio de rehabilitación. Se organiza para los actos colectivos de la unidad una sala en donde existen los elementos necesarios para proyección de películas y diapositivas.

C) PLAN DE TRATAMIENTO.

Consideramos fundamental el momento del INGRESO del paciente en la unidad. Es el momento en donde se conseguirán gran cantidad de datos sobre el paciente y su medio. Para ello la coordinación con los equipos médicos de guardería y admisión es fundamental. Ha de completarse una historia clínica sistematizada de la enfermedad alcohólica y de las consecuencias físicas, conductuales y sociales que ha tenido el paciente. Es también fundamental recoger lo antes posible un pronóstico sobre la posibilidad de rehabilitación familiar y laboral del paciente, lo que nos indicará las pautas a seguir.

No hay que olvidar que es el momento del diálogo con el paciente, que de forma más o menos voluntaria, pero siempre motivado por sus circunstancias patológicas, debe ser convencido de forma auténtica de la utilidad del ingreso, y ha de serle indicado bien claramente que sólo una toma de conciencia y unos cambios de actitudes tomados de forma activa por él mismo, como fundamental interesado, pueden hacer mejorar su realidad vital.

Asimismo en el momento de diálogo con la familia, el terapeuta acepta al enfermo, pero hace ver a la familia la necesidad de un compromiso de mayor interés rehabilitador. Se la invita a las reuniones de GRUPOS DE FAMILIARES que se organizan paralelamente al ingreso y tratamiento del paciente; en ellas se puede llegar a indicar a un grupo familiar particularmente conflictivo la asistencia continuada a una psicoterapia de grupos.

Consideramos fundamental la organización de un recibimiento del paciente en la unidad, tanto del personal técnico y auxiliar que han de tranquilizarle y convencerle, como de un grupo de pacientes que se eligen periódicamente en asambleas. Se debe indicar al pa-

ciente con claridad que su tiempo de internamiento será corto, y se le explicará que todos los actos en que intervenga se contará con su participación voluntaria, lo que neutralizará la acción de los líderes negativos tan frecuentes en los «veteranos repescados» que existen en toda unidad alcohólica.

Respecto a los tratamientos de desintoxicación y deshabitación, efectuamos las técnicas habituales en otros hospitales españoles; nunca se insistirá suficientemente sobre la necesidad de que no se considere como un castigo, que el tratamiento se acepte libremente tras una discusión racional, y que el diálogo periódico con el terapeuta sea un refuerzo de su objetivo recuperador.

Dentro de la labor de psicoterapia e información consideramos fundamentales:

a) **REUNIONES INFORMATIVAS.** — La experiencia demuestra lo útil que resulta una información objetiva y completa de cómo actúa el alcohol, de la patogenia de esta enfermedad social. Por este motivo efectuamos dos reuniones semanales a la que asisten todos nuestros pacientes. Los temas expuestos son:

1. ¿Quién es alcohólico?
2. ¿Qué es el alcohol?
3. Importancia de los factores económicos.
4. Aprendizaje del alcoholismo.
5. Sintomatología y consecuencias. Autojustificaciones.
6. Análisis del medio socio-familiar.
7. Factores positivos y negativos para la rehabilitación.
8. Asistencia posthospitalaria.

Esta temática suele repetirse sistemáticamente, procurando que su ciclo coincida con el tiempo de estancia media del paciente. De todas formas su sistematización será flexible, facilitadora del diálogo e intercalada de los temas sugeridos por los pacientes.

Para que esta información alcance y penetre al grupo es exigitiva una revisión de nuestra propia terminología, destecnicándola, simplificándola e intercalando abundancia de ejemplos y anécdotas.

Procuramos que contenga elementos gráficos en abundancia, ya sea con dibujos o esquemas en la pizarra, con la proyección de diapositivas o, lo que todavía sería más eficaz, proyectando cortometrajes de unos quince minutos de duración y punto de partida de comentarios generales posteriores (6).

b) **PSICOTERAPIA DE ORIENTACION Y DE APOYO.** — Se organizan en la actualidad semanalmente; cada médico la realiza con el grupo del que se ha responsabilizado tanto en la fase hospitalaria como posteriormente en la psicoterapia del dispensario.

Nos es también de gran utilidad la ASISTENCIA A LA UNIDAD DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS PROCEDENTES DE LA ASOCIACION VALENCIANA, que a la vez que aportan su experiencia, brindan la colaboración de la Asociación a los pacientes para cuando salgan del Hospital.

c) **ASAMBLEAS DE PABELLON.** — Los problemas de convivencia se debaten en asambleas semanales con la totalidad del personal y de los enfermos. Se procuran resolver los problemas dietéticos, de confort, de horario, de utilización de los permisos, de rehabilitación... etc.

De sumo interés nos resulta la concesión de permisos de veinticuatro horas a los pacientes que lo piden. Facilita la mayor participación de la familia en la rehabilitación del enfermo, la aproximación a la vida natural de éste y disminuye los riesgos de hospitalización, además de facilitar que el paciente vaya solucionando los problemas que mantiene con su medio y adquiera con éste su nuevo rol de alcohólico rehabilitado. Solemos darlo pasada la fase de desintoxicación, los primeros bajo condición de tomar medicación aver-siva en la mayoría de los casos, suelen darse los fines de semana o cuando haya alguna circunstancia social o familiar cierta que lo aconseje.

Los tratamientos procuramos que no excedan en su período hospitalario en más de cuarenta y cinco días; ello suele conseguirse en la mayor parte de los pacientes, siguiéndose un tratamiento ambulatorio. Existe, naturalmente, un porcentaje de pacientes con problemas somáticos o sociales cuya estancia es superior a esta cifra. Por lo que durante el año 1975 la estancia media fue de setenta y un días por paciente.

D) **HORARIO DEL PACIENTE.**

Se procura que sea flexible y relativamente completo, asimismo que sea fácil de recordar. Se organiza durante tres días alternos de la semana un turno de duchas, siendo los restantes cuatro días optativas. Las comidas se organizan como el resto del hospital en un comedor colectivo y antes o después cada enfermo (excepto los imposibilitados, si los hay) buscan su medicación en el despacho de los auxiliares. Hasta las diez de la mañana los pacientes han de permanecer en el Pabellón para efectuar los tratamientos prescri-

tos; a partir de dicha hora, todo el que no haya sido avisado que es necesario realizar un acto médico y ha terminado el tratamiento de la mañana, se incorpora a la rehabilitación fuera o dentro del Pabellón. A las doce del mediodía se realiza a diario una hora de tratamiento de grupo: reuniones informativas lunes y viernes, asambleas los martes y sábados y grupos psicoterápicos los miércoles. Los jueves el equipo se dedica preferentemente a las visitas de familiares.

La actividad del equipo técnico, como es lógico, se adapta a dicho horario, coincidiendo con la hora de la comida de los enfermos; el Servicio organiza una hora semanal de Seminario y el trabajo de organización del Boletín. Todas las mañanas se aprovechan los primeros minutos para comentar todo el equipo terapéutico las novedades de los turnos de tarde y noche, y posteriormente al reparto de comida, se reúne formalmente todo el personal durante una hora, los martes y viernes. El lunes, coincidiendo con la comida, el equipo técnico se reúne con el personal de rehabilitación. Pensamos que la labor desarrollada en estas reuniones, donde se organiza, evalúa y se cambian puntos de vista entre los distintos miembros del equipo, supone una necesidad absoluta del equipo y constituye un gran beneficio a la asistencia, ya que ésta no es más que el resultado coordinado de la intención y la acción rehabilitadora de todos.

Referencias:

1. BOGANI, Emilio.—CONSIDERACIONES PARAMEDICAS DEL ALCOHOLISMO.—Tauta núm. 51. Jun. 1975.
2. GONZALEZ DURO, Enrique.—LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN ESPAÑA.—Miguel Castellote Ed. Col. «BASICA 15». Madrid, 1974.
3. FONTANILLES MAS, Mercedes; HERRERO LORENZO, Rafael; MAÑACH SERRA, José; MEDIAVILLA PABLO, Benita; MONEGAL FERRIOL, José María; VILA DE ABADAL, Jorge.—ESTUDIO SOBRE LOS TEMAS PROPUESTOS EN EL APARTADO IV DEL ANTEPROYECTO DE TRABAJO, PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL ALCOHOLISMO Y DEL TRAFICO DE DROGAS. Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet. 1974.
4. RANKIN, James G.—VENTAJAS DE LOS HOSPITALES GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS ALCOHOLICOS.—St. Vincenté Hospital. Melbourne (Australia). Publicado por Lab. Roche. «Image» núm. 32.
5. BOGANI, Emilio.—ESQUEMA ASISTENCIAL DEL ENFERMO ALCOHOLICO.—Hojas informativas para el personal del Servicio del Hospital Psiquiátrico de Bètera. 1975.
6. BOGANI MIQUEL, Emilio; HERRERO LORENZO, Rafael; GOMEZ MOYA, María José.—PSICOTERAPIA DE GRUPO A LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS.—Seminario sobre: «Fenómenos de grupo en la dinámica del Hospital Psiquiátrico». Clínica Mental de Sta. Coloma de Gramanet. Barcelona, octubre 1975.