

TRABAJO DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA, SANITARIA Y SOCIAL A PACIENTES ALCOHOLICOS.

SEGUIMIENTO DE 100 CASOS

JOSE LUIS YUGUERO ESPINET, psiquiatra

MARIA BOSCH VIDAL, asistente social

TERESA AMBROS MONRAS, A. T. S.

El presente trabajo es una recopilación de datos de pacientes tratados en un Dispensario Antialcohólico, así como el seguimiento efectuado por el equipo terapéutico a 100 pacientes a lo largo de los dos años y medio del funcionamiento del centro.

Consta el trabajo de una primera parte en la que se describen la organización y objetivos del centro, así como la financiación. A continuación se describen los datos obtenidos de los pacientes y la evolución de los mismos, así como las modalidades de tratamiento efectuados. Finalmente hay un capítulo destinado a comentarios y conclusiones.

Vale la pena reseñar que durante dos años y medio el centro ha venido funcionando ininterrumpidamente, desde octubre de 1973 hasta junio de 1976, fecha en la que por no encontrar ningún medio de financiación ha tenido que cerrar sus puertas, pasando los 126 enfermos contabilizados a depender de otro Dispensario, con lo que ello conlleva de molestia para el enfermo.

Esto pone de manifiesto una vez más la escasa atención e interés que por los problemas de alcoholismo y toxicomanías tienen los organismos responsables de la sanidad del país.

El Dispensario Antialcohólico está ubicado en una comarca de la provincia de Barcelona (Vallés Oriental), en la capital de la comarca, Granollers.

Componen el equipo terapéutico: un médico psiquiatra con una dedicación de 4 horas semanales, un asistente social a 6 horas semanales y un A. T. S. también a 6 horas semanales.

La financiación del centro ha corrido a cargo: por una parte, Cáritas Diocesana de la localidad, que pagaba honorarios al médico y asistente social, y, por otra, la Cruz Roja, en cuyos locales comarcales estaba ubicado el centro.

El objetivo del Dispensario es informar a todo enfermo alcohólico, familiares o personas interesadas sobre la problemática de la enfermedad alcohólica y su tratamiento. El tratamiento ambulatorio de pacientes que acuden al centro, tanto desde el punto de vista médico-farmacológico, como con la realización de sesiones de terapia de grupo de discusión.

Desde el inicio de su funcionamiento hasta su cierre, debido a las razones aducidas anteriormente, se han visitado 126 enfermos. Para este estudio solamente se han elegido 100 casos, que corresponden a los primeros que acudieron al centro.

NUMERO DE ENFERMOS

Hombres	88
Mujeres	12

EDADES

	%	Hombres	Mujeres
De 25 a 30 años	12	8	4
De 31 a 35 años	15	14	1
De 36 a 40 años	16	15	1
De 41 a 45 años	24	21	3
De 51 a 55 años	20	19	1
De 56 a 60 años	7	5	2
De 61 a 75 años	6	6	—

ESTADO CIVIL

	%	Hombres	Mujeres
Solteros	9	8	1
Casados	88	78	10
Separados	2	1	1
Viudos	1	1	—

PROCEDENCIA

	%	Hombres	Mujeres
Cataluña	27	21	6
Andalucía	42	37	5
Extremadura	13	13	—
Otras regiones	16	16	—
Extranjero	2	1	1

AÑOS DE RESIDENCIA EN CATALUÑA DE LOS NO CATALANES

	%	Hombres	Mujeres
De 1 a 5 años	11	9	2
De 5 a 10 años	26	25	1
De 11 a 20 años	24	23	1
De 21 a 30 años	6	6	—
De 31 a 40 años	4	3	1
De 41 a 50 años	2	1	1

PROFESION

Se ha seguido la siguiente clasificación:

- Grupo 1. Trabajadores independientes o por cuenta propia de la industria, comercio y servicios.
- Grupo 2. Administrativos, dependientes, chóferes 1.ª especial, funcionarios de la administración o servicios públicos.
- Grupo 3. Trabajadores por cuenta ajena de la industria o comercio, cualificados como oficiales de 1.ª, 2.ª, chóferes de 2.ª.
- Grupo 4. Peonaje y trabajadores no cualificados de la industria, comercio, campo y servicio doméstico.
- Grupo 5. Amas de casa; profesión, sus labores.

	%	Hombres	Mujeres
Grupo 1	4	4	—
Grupo 2	8	6	2
Grupo 3	38	35	3
Grupo 4	45	43	2
Grupo 5	5	—	5

NIVEL CULTURAL

Se ha seguido la siguiente clasificación:

- Grupo 1. Bachiller elemental.
- Grupo 2. Estudios primarios más algunos estudios comerciales (mecnografía, etc.).
- Grupo 3. Primera enseñanza, asistiendo a la escuela hasta los 14 años.
- Grupo 4. Solamente han asistido a la escuela en la primera infancia.
- Grupo 5. Analfabetos.

	%	Hombres	Mujeres
Grupo 1	2	1	1
Grupo 2	18	17	1
Grupo 3	20	16	4
Grupo 4	35	31	4
Grupo 5	25	23	2

POSICION SOCIO-ECONOMICA

	%	Hombres	Mujeres
Muy elevada	—	—	—
Media - alta	2	2	—
Media	6	5	1
Por debajo de la media	22	18	4
Baja	44	40	4
Muy baja	26	23	3

COMO ACUDEN LOS ENFERMOS A LA VISITA

Solos	15 %
Acompañados	85 %
— por sus esposos/as	77 %
— por sus hijos	3 %
— por sus padres	5 %

ACTITUD DE LOS FAMILIARES

De aceptación	57 %
De rechazo	13 %
Favorecen la ingesta	30 %

EDAD EN QUE SE INICIO LA INGESTA

	%	Hombres	Mujeres
En la adolescencia	11	10	1
En el servicio militar	55	55	—
De los 25 a los 30 años	27	20	7
De los 31 a los 40 años	5	3	2
De los 41 a los 50 años	2	—	2

TIEMPO DE INGESTA

	%	Hombres	Mujeres
De 3 a 10 años	24	21	3
De 11 a 15 años	19	16	3
De 16 a 20 años	20	15	5
De 21 a 30 años	19	18	1
De 31 a 40 años	18	18	—

ANTECEDENTES FAMILIARES ALCOHOLICOS

De los 100 pacientes estudiados se ha encontrado que en un 43 % existen antecedentes de algún familiar, afecto también de enfermedad alcohólica.

Padres (ambos)	4 %
El padre	20 %
La madre	8 %
Hermanos	25 %
Abuelos	10 %
Tíos	5 %
Esposo/a	2 %

TIPO DE BEBIDA CONSUMIDA

Vino (de predominio tinto)	90 %
Coñac	85 %
Cerveza	70 %
Anís	25 %
Aguardiente	20 %
Carajillo	70 %
Cuba-libre	30 %
Vermuth	10 %
Whisquí	5 %

INGESTA EN AYUNAS

Hay ingesta en ayunas en el 52 % de los pacientes.

Hombres	48 %
Mujeres	4 %

CONSECUENCIAS SOMATICAS PARA EL PACIENTE

	%	Hombres	Mujeres
Signos de alcoholización primaria	80	71	9
Síndrome polineurítico importante	30	27	4
Complicaciones viscerales	20	18	3
Hepatopatía leve	60	53	8
Hepatopatía grave	10	9	2
Delirium tremens	4	5	1
Complicaciones psiquiátricas mayores	3	2	1

CONSECUENCIAS SOCIALES PARA EL PACIENTE

Conflictos conyugales	66 %
Desajuste familiar	78 %

Separación o tramitación	7 %
Desajuste laboral	42 %
Absentismo laboral	25 %
Incapacidad laboral	26 %
Inestabilidad laboral	55 %
Conducta antisocial menor	7 %
Degradación social total	2 %
Existencia problemas policiales.	7 %
Existencia problemas judiciales.	10 %

Los datos, tanto desde el punto de vista somático como social, han sido elaborados siguiendo las definiciones operativas del Inventario de Datos para Enfermos Alcohólicos (I. D. E. A. H.) de Bach, Freixa, Cirera, Fábregas, Herrero y Vidal, del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.

REGIMEN DE TRATAMIENTO

	%	Hombres	Mujeres
Internamiento	22	14	8
Ambulatorio	88	84	4

TIPO DE TRATAMIENTO

En régimen de internamiento:

Desintoxicación	100 %
Terapia aversiva	100 %
Fármacos "antialcohol"	100 %
Vitaminoterapia	100 %

En régimen ambulatorio:

Desintoxicación	90 %
Terapia aversiva	0 %
Fármacos "antialcohol"	45 %
Vitaminoterapia	95 %

TIEMPO QUE HAN SEGUIDO TRATAMIENTO

	%	Hombres	Mujeres
Dos años	25	23	2
Un año	12	10	2
Entre 6 meses y 1 año	22	18	4
Seis meses	11	9	2
Menos de 6 meses	30	28	2

Para dar datos valorables de los enfermos en cuanto a su estado y evolución vamos a considerar solamente aquellos enfermos que

por lo menos han seguido 6 meses de tratamiento, por lo que, de los 100 enfermos estudiados, la casuística queda reducida a 70: 60 hombres y 10 mujeres. Al referirnos a 6 meses de tratamiento no queremos decir que haya sido controlado, sino que acudió al centro por primera vez e inició tratamiento antes de estos 6 meses.

Enfermos recuperados ...	30	42 %
Recaídas	25	36 %
Perdidos	15	22 %

Entendemos por enfermo recuperado o en evolución de recuperación aquél que durante todo el tiempo de tratamiento ha conseguido que se restableciera prácticamente por completo su equilibrio somático-familiar-laboral, independientemente de la ingesta etílica o no.

Entendemos por recaídas o consideramos que un enfermo ha recaído cuando o bien no ha logrado restablecer el equilibrio somático-familiar-laboral, o bien tras corto espacio de tiempo de recuperación vuelven a aparecer los mismos conflictos y trastornos que dieron lugar a la consulta por primera vez.

Consideramos un enfermo perdido aquél que tras una o dos consultas ha desaparecido del Dispensario y ha sido imposible su control.

GRUPO

Se ha venido realizando, desde que inició su actividad el Dispensario, sesiones de grupo, utilizando la modalidad de grupo de discusión abierto a los enfermos y familiares y pudiendo asistir sin ningún tipo de impedimento, tanto en número de sesiones como de personas.

No vamos a entrar en detalles sobre este tipo de grupo, pero básicamente va encaminado a facilitar información sobre el alcoholismo a los pacientes y familiares, mentalización de los factores que influyen en la enfermedad, concepto del alcoholismo como enfermedad psico-social y mantenimiento de un clima y lugar de reunión para pacientes alcohólicos.

Se realizan 2 sesiones semanales, una de las cuales es dirigida o moderada por el médico psiquiatra y la otra por la asistente social sin la presencia del médico.

El promedio de asistencia al grupo durante estos dos años ha sido de 12 a 16 pacientes, los cuales en un 90 % venían acompañados al menos por algún familiar.

El grupo ha tratado de ser lo menos directivo posible, siendo los propios pacientes los que promovían la discusión y los temas que debían tratarse en el mismo.

Como norma general, aunque han habido algunas excepciones, no se ha permitido la asistencia al grupo de pacientes que estuviesen embriagados, norma que previamente había sido discutida y aceptada por los miembros del grupo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Señalaremos a continuación algunos datos que consideramos interesantes por lo que hace referencia a la génesis o factores que puedan intervenir en el alcoholismo, así como datos referentes al tratamiento y evolución de los enfermos alcohólicos.

El Dispensario ha tratado solamente al 27 % de pacientes de la región, siendo el 63 % inmigrantes, y de ellos el 66 % procedían de Andalucía (42 % del total).

El 90 % de los pacientes tratados no catalanes llevan más de cinco años de residencia en Cataluña.

Se han atendido a pacientes cuyo 83 % corresponden a una profesión prácticamente no cualificada, lo cual irá íntimamente ligado con su nivel cultural y su status socio-económico. El 80 % de los pacientes no han cursado estudios primarios y de entre ellos cabe señalar un 32 % de analfabetos (25 % del total). El 92 % de los pacientes tienen una posición socio-económica por debajo de la media; el 70 % corresponden a baja o muy baja.

El servicio militar es un hito importante en el inicio de la ingesta, pues el 62 % de los pacientes masculinos se iniciaron en el mismo.

Por otra parte es importante el que en el 43 % de los pacientes se han podido detectar antecedentes familiares de alcoholismo.

Hay una discrepancia entre la afectación somática y las consecuencias familiares, laborales y sociales. Mientras en un 80 % la afectación somática es de buen pronóstico, la ingesta ha tenido consecuencias importantes a los niveles laborales, familiares y sociales en un 70 % de los pacientes.

Como política general, el equipo tiene planteado realizar el tratamiento en régimen ambulatorio básicamente y no recomendar el ingreso, salvo casos excepcionales. Esta política ha venido reforzada por la imposibilidad en muchos casos de encontrar una cama donde ingresar un paciente, debido al gran déficit de las mismas en nuestro país.

Los pacientes ingresados lo han sido básicamente por cuatro razones:

- Trastornos somáticos graves.
- Síndrome de abstinencia o delirium tremens.
- Grave incompatibilidad social y convivencia.
- No poder dejar la ingesta ambulatoriamente y solicitarlo el paciente.

Queremos señalar que los pacientes que han requerido ingreso han seguido una peor evolución que los que han seguido tratamiento ambulatorio.

En cuanto a la recuperación de los pacientes y tipo de tratamiento aplicado es necesario hacer una serie de consideraciones.

Tal como entendíamos y definíamos al paciente recuperado anteriormente, diremos que en todos ellos hay dos constantes que se repiten. Por una parte, la abstinencia total, o la suma alguna ingesta esporádica sin embriaguez, que debido a la buena comprensión familiar no ha ocasionado ningún desarreglo y rápidamente ha sido consultada y atajada. Por otra parte, la asistencia al grupo, por lo menos a dos sesiones semanales. Un 90 % de los pacientes que consideramos recuperados cumplen estas dos condiciones. De otro lado cabe señalar como tercera la actitud de comprensión y entendimiento del problema por parte familiar, la cual se manifiesta básicamente con la asistencia al grupo.

La actitud familiar juega un papel fundamental tanto en la recuperación como en el favorecer, por una parte, las recaídas y, por otro, el abandono de la terapia por parte del enfermo.

Queremos resaltar como dato muy importante que el 90 % de los pacientes recuperados no han sido sometidos ni a internamiento ni a terapia aversiva alguna, y que en el 50 % de los casos tampoco han recibido fármacos "antialcohol" (antabus, colme). Ello nos hace

pensar que la utilización de estas técnicas puede ser perfectamente abandonada, pues creemos que los porcentajes de recuperación no difieren de los que se consiguen utilizándolas.

De ello se deduce que en régimen de internamiento, en el que es frecuente que estas técnicas estén "standarizadas", no se va a conseguir resultados más positivos, siendo más "sano" y menos alienante utilizar técnicas que el enfermo no pueda vivenciar como "mágicas" y en las cuales tenga depositada una "fe" ciega y sin las cuales piense no va a ser posible la recuperación.

Finalmente hemos encontrado a faltar la necesidad de poder desarrollar grupos de terapia de grupo reducidos y cerrados, para poder abordar conflictos que en el grupo de discusión es imposible hacerlo. Por otra parte, en este grupo, debido a la rotación y entrada de nuevos miembros constantemente, los temas se repiten, y favorecen bien por una parte la aparición de líderes "neuróticos", cuya actuación en poco favorece la marcha del grupo, bien la pasividad de muchos de sus miembros, que hartos y cansados de oír siempre lo mismo, abandonan. Por supuesto, ello va en detrimento tanto de los líderes como del resto de miembros, de poder plantear otro tipo de problemas, y por otra parte sirve de mecanismo y medio de evasión de los mismos.

Como conclusiones finales, y vistos los resultados anteriores, nos atreveríamos a plantear un tipo de asistencia al enfermo alcohólico a nivel dispensarial y en conexión con un hospital en el que puedan ser ingresados los casos que lo requieran, siguiendo la estrategia y la política que a continuación detallamos:

- Salvo en casos de extrema necesidad, no indicar el internamiento.
- Supresión, salvo en pocas excepciones, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio, de las técnicas de tipo aver-sivo, dada su nula eficacia y su posible interpretación "má-gica".
- Valoración muy cuidadosa y no "standarizada" de los fármacos "antialcohol", pues favorecen también el que tanto pa-cientes como familiares centren toda su atención en la "pas-tilla", siendo motivo de tranquilidad el ingerirla y de preocupa-ción el no hacerlo; todo ello en relación con la posibilidad de la ingesta.
- Realización de sesiones de grupo de discusión básicamente informativas, abiertas a pacientes y familiares, a los cuales se acudirá durante un tiempo prudencial, que podríamos cifrar en seis meses.

- Realización de sesiones de terapia de grupo, cerrado con una orientación más dinámica, a las que acudirían los pacientes en caso de ser necesario o si no abandonarían las sesiones informativas.
- El contacto con los pacientes que, finalizado el grupo informativo, no precisaran grupo terapéutico, debería ser a través o bien individual con el equipo terapéutico o a través de una estructura socioterápica superior (club).