

FACTORES QUE INCIDEN EN LA INCORPORACION A TRATAMIENTO ANTIALCOHOLICO Y MANTENCION DE LA ABSTINENCIA EN AFILIADOS A INSTITUCIONES REHABILITADORAS

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 2 y 3, 1993/ 56-62

Edith Thomas R.
Luis Alvarado M.**, Luis Aracena C.**,
Sergio Ramírez E.**, Aladino Rojas C.***

SUMMARY

A survey was applied to describe characteristics, reasons and factors influencing admission, treatment adherence as well as changes detected after treatment in 54 alcoholic patients from three institutions. RESULTS: 76% (n=41) were older than 40 and 53.7% (n=29) had incomplete basic education and 63% (n=34) had an stable income while only 67% (n=36) had stable relationships with their partners. Alcoholic intake began early in life: 35% before 16 years and 70% before 21 years while inveterate intake (70%) was the predominant type. 52% initiated last treatment with previous intake longer than 20 years. 50% began treatment at 40 years of age or older. Main reasons for treatment were family problems (76%) and poor self-image. As for treatment adherence family reasons and disease awareness (both 64.8%, n=35) were the predominant causes. All stated positive changes after therapy.

Key Words: Alcoholism - Medical Care - Motivation

RESUMEN

Se describen las características y motivaciones que inciden en la incorporación y adherencia a tratamiento antialcohólico, así como los cambios percibidos después de éste, en 54 alcohólicos pertenecientes a 3 instituciones rehabilitadoras. El 76% (n=41), eran mayores de 40 años y el 53.7% (n=29) tenía enseñanza básica incompleta. El 63% (n=34) poseía una renta estable y sólo el 67% (n=36) estabilidad de pareja. La ingesta alcohólica se inició precozmente (35% antes de los 16 años y 70% antes de los 21), con predominio de alcoholismo inveterado (70%). El 52% inició el último tratamiento con ingesta previa de 21 años o más. El 50% ingresó a él con edad igual o superior a 40 años. Las principales

motivaciones para iniciar el tratamiento fueron las de orden familiar y la imagen deteriorada de sí: 76% y 59.2% respectivamente. Para la mantención de la abstinencia se igualan la importancia de las fuerzas familiares con la conciencia de enfermedad, ambas, con 64.8% (n=35). Todos refirieron algún cambio positivo después del tratamiento, especialmente relacionado con la familia, trabajo, aumento de autoestima y aceptación social.

Palabras claves: Alcoholismo - Atención médica - Motivación.

INTRODUCCION

El alcoholismo, descrito en la literatura médica como uno de los principales problemas de Salud

* Licenciada en Educación y en Salud Pública. Profesor Asistente Departamento de Salud Pública División de Ciencias Médicas Occidente, Facultad de Medicina-Universidad de Chile.

** Internos Carrera de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Pública, representa un desafío difícil de enfrentar en todos sus niveles de prevención.

Estudios de seguimiento a 5 años, han demostrado que el rendimiento de un programa terapéutico de alcoholismo no supera el 50% (1). Otros señalan que a 2 años el éxito fluctúa entre el 30 y el 50% (2-3).

El enfermo alcohólico acude a solicitar ayuda cuando las repercusiones físicas, psíquicas, familiares y sociales son de tal magnitud que han superado los efectos positivos inmediatos de la ingesta (2). Por otra parte, se considera que una de las principales variables involucradas en la incorporación a tratamiento y mantención de la abstinencia es la relativa a las motivaciones del paciente, ya que éstas influyen en el desenlace de la terapia (4-5-6).

Múltiples estudios coinciden en destacar como indicadores de valor pronóstico en la adherencia a tratamiento, algunas características médico-sociales y laborales, enfatizándose: actitud de apoyo de la familia, participación activa en clubes de alcohólicos recuperados, estabilidad laboral y tipo de alcoholismo, entre otros. (2-6-7-8-9-10-11-12)

El conocimiento de las motivaciones que el enfermo alcohólico manifiesta como importantes para su recuperación, constituye una herramienta fundamental para la formulación de estrategias de mayor eficacia para abordar este problema médico social.

Bajo estas consideraciones al presente estudio tiene como propósito: conocer algunas características, motivaciones, agentes influyentes y cambios percibidos por el enfermo alcohólico integrante de Instituciones Rehabilitadoras, que inducen y refuerzan la abstinencia y posibilitan una recuperación global.

OBJETIVOS:

1. Describir algunas características socio-culturales y de la historia de la enfermedad de la población en estudio.

2. Analizar las principales motivaciones y agentes que inducen a iniciar tratamiento antialcohólico y a la mantención de la abstinencia.

3. Determinar los cambios mas importantes percibidos y ocurridos en las condiciones de vida del enfermo alcohólico, desde el inicio del último tratamiento.

SUJETOS Y METODO:

Se trata de un estudio descriptivo efectuado entre el último trimestre de 1991 y primer trimestre de 1992. Se entrevistó a 55 enfermos alcohólicos, socios activos de 3 Instituciones Rehabilitadoras del

sector Occidente de Santiago, correspondientes al 80% del total de socios. Su colaboración se obtuvo después de motivárseles a través de reuniones previas y del envío de una carta personal alusiva a la importancia de su participación en este estudio. Posterior al registro de la información se descartó una encuesta por presentar inconsistencias.

El instrumento, diseñado y aplicado por los autores incluía los siguientes items:

A. Características socio culturales.

B. Breve descripción de la historia de la enfermedad y antecedentes personales al inicio del último tratamiento.

C. Motivaciones y agentes influyentes en la decisión de ingreso y adherencia a tratamiento antialcohólico.

D. Cambios percibidos y ocurridos en las condiciones de vida.

Se establecieron las siguientes definiciones operacionales:

Abstinencia absoluta: personas que se abstuvieron totalmente de ingestión etílica o que ante intentos de ingestión de pequeñas dosis de alcohol, la interrumpieron por presentar reacciones adversas.

Abstinencia relativa: aquellos que habían presentado recidivas, pero que a la fecha del estudio se encontraban con abstinencia controlada por más de 6 meses.

De acuerdo a la duración de la abstinencia, se la consideró como *reciente*, cuando se había mantenido entre 6 y 12 meses, *intermedia*, entre 13 y 24 meses y *prolongada* cuando la duración era superior a 24 meses.

Se definió como *recidiva*, la ingesta de alcohol una vez tratados los síntomas de privación. Se determinaron los años de ingesta previa y de abstinencia por diferencia entre la edad de comienzo del hábito de beber; la edad de inicio del último tratamiento y la edad cronológica actual.

RESULTADOS

A y B Características socio culturales e historia de la enfermedad.

En la tabla 1, se aprecia que el grupo estuvo constituido por 49 hombres y 5 mujeres. Las edades fluctuaron entre los 27 y 78 años, agrupándose la gran mayoría en los intervalos de 40 y más años: 41 de 54 casos.

En cuanto a escolaridad se observó una gran variabilidad, desde analfabetos hasta personas con enseñanza superior completa, concentrándose más de la mitad (53.7%), en la categoría de instrucción básica incompleta.

Tabla 1

Distribución según edad y sexo de 54 enfermos alcohólicos integrantes de tres instituciones rehabilitadoras. Santiago Poniente - 1992

Edad (años)	Hombres	Mujeres	Total	
			Nº	%
< de 30	1	1	2	3,7
30 - 39	9	2	11	20,4
40 - 49	19	1	20	37,0
50 - 59	12	1	13	24,1
60 Y +	8	-	8	14,8
Total	49	5	54	100,0

Respecto a estabilidad laboral, sólo el 63% (34 casos) declaró tener un trabajo estable. Por otra parte, 41 de los 54 entrevistados se definieron como católicos, de los cuales 9 eran practicantes; 7 del total dijeron no profesar religión alguna. En relación a estabilidad familiar, sólo 37 personas declararon tener una relación de pareja estable: (68%), considerándose como tal las categorías de casado y conviviente.

La edad de inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas se presenta en tabla 2: más de un tercio (19 casos), declaró haber iniciado la ingesta antes de los 16 años, concentrándose 38 de los 54 casos en menores de 21 años (70.4%).

Tabla 2
Edad de inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas

Edad Inicio (años)	Nº	%
< de 16	19	35,2
16 - 20	19	35,2
21 - 25	9	16,7
26 Y +	7	12,9
Total	54	100,0

Más de 2/3, (38 de 54 casos) correspondió a la categoría de alcohólico inveterado.

La ingesta alcohólica antes del último tratamiento fluctuó entre 5 y 39 años. Un 72% (39 de 54 casos), se sometió al tratamiento con 16 y más años de ingesta previa y más de la mitad de los casos (28), lo hizo con un tiempo igual o superior a 21 años (tabla 3).

Tabla 3

Años de ingesta al inicio del último tratamiento

Años de ingesta	Nº	%
1 - 5	3	5,5
6 - 10	3	5,5
11 - 15	9	16,7
16 - 20	11	20,9
21 Y +	28	51,9
Total	54	100,0

La edad de inicio del último tratamiento se aprecia en la tabla 4: si bien la mayor proporción se sometió a él entre los 30 y 39 años, el 48%, (26 de los 54 casos), lo hizo con 40 o más años de edad.

Tabla 4
Edad de inicio del último tratamiento

Edad inicio (años)	Nº	%
< - 30	3	5,5
30 - 39	25	46,3
40 - 49	19	35,2
50 Y +	7	13,0
Total	54	100,0

El 72% de los entrevistados (39 enfermos) manifestó no haber tenido fracasos.

La tabla 5 indica que un 77.8%, se ubicó en la categoría de abstinentes absolutos, dentro de la cual, 22 fueron calificados como abstinentes absolutos prolongados.

Tabla 5
Distribución según tipo y duración de la abstinencia actual

Tipo abstinencia	Relativa		Total			
	Absoluta	Relativa	Nº	%		
Reciente	8	3	11	20,4		
Intermedia	12	2	14	25,9		
Prolongada	22	7	29	53,7		
Total	42	77,8%	12	22,2%	54	100,0

C. sobre motivaciones y agentes influyentes en la decisión de ingreso a tratamiento y mantención de la abstinencia.

La tabla 6 muestra las motivaciones que indujeron a los enfermos alcohólicos a ingresar a tratamiento. Las del ámbito familiar, además de ser las causales más frecuentemente mencionadas (76%), constituyeron la primera prioridad para 24 de los 41 que la señalaron. Le siguieron en frecuencia la deteriorada imagen de sí con 32 menciones, indicándose en tercer orden, tanto el rechazo social como la conciencia de enfermedad. Del análisis de las motivaciones de inicio según edad se observó que las causales de orden familiar fueron las más frecuen-

temente mencionadas por los menores de 41 años, alcanzando al 90% de los casos, y disminuyendo a 61% en las personas de 41 y más años. Sin embargo, en este grupo se registró un aumento de la importancia otorgada al deterioro del estado de salud y a la influencia de la organización rehabilitadora.

Al estudiar la relación entre las motivaciones y las características del vínculo de pareja, se obtuvo, como se observa en la tabla 7, que las razones de orden familiar fueron determinantes para someterse a tratamiento en 31 de los 36 casos con vínculo estable y sólo en 10 de los 18 que no poseían dicha condición, ($p < 0.05$) en quienes también se detectó un menor grado de conciencia de enfermedad.

Tabla 6
Motivaciones de ingreso a tratamiento y su prioridad

Motivos	Orden de prioridad				Total de menciones (n=178)	% sobre 54 casos
	1a.	2a.	3a.	Otra		
Familiares	24	11	3	1	41	75,9
Imagen neg. de Sí	5	16	8	3	32	59,2
Conciencia de Enf.	6	5	5	4	20	37,0
Rechazo social	3	5	8	4	20	37,0
Laborales y/económicos	2	7	6	4	19	35,2
Influencia organización rehabilitadora.	6	3	2	3	14	25,9
Mala salud física y/o mental.	4	3	3	4	14	25,9
Policiales	1	0	1	3	5	9,2
Otras	3	2	1	7	13	24,1

Tabla 7
Motivaciones para el inicio del último tratamiento según estabilidad del vínculo de pareja

Motivos	Vínculo de pareja				Total N=54
	Con vínculo (n=36)		Sin vínculo (n=18)		
	Estable N°	%	Estable N°	%	
Familiares	31	86,1	10	55,6	41 *
Imagen neg. de sí	21	58,3	11	61,1	32
Conciencia de Enf.	15	41,7	5	27,8	20
Rechazo social	13	36,1	7	38,9	20
Labores y/o económicas	14	38,9	5	27,8	19
Influencia Organización Rehabilitadora.	9	25,0	5	27,8	14
Mala salud física y/o mental.	9	25,0	5	27,8	14
Otros	11	30,5	7	38,9	18

* = $p < 0,05$

Las causales de ingreso a tratamiento no difirieron según escolaridad y tipo clínico de alcoholismo.

Con respecto a las personas o agentes que más influyeron en la decisión de someterse a tratamiento y persistir en la abstinencia, se encontró que los integrantes del grupo familiar fueron mencionados un mayor número de veces, tal como se observa en la tabla 8: 49 de las 54 personas señalaron entre otros agentes a la pareja, hijo u otro familiar y 13 a un enfermo alcohólico recuperado.

Tabla 8
Agentes influyentes en la decisión de iniciar tratamiento

Agentes	Nº menciones	% sobre 54 casos
Familiares	49	90,7
- Pareja (21)		
- Hijo (19)		
- Otro familiar (9)		
Enfermo recuperado	13	24,1
Amigos	11	20,4
Otra persona	11	20,4

Por otra parte, para mantener la abstinencia, las causales más relevantes fueron aquéllas de orden familiar y conciencia de enfermedad, ambas con 35 menciones (64.8%), siguiéndoles la obtención de mayor aceptación social (30%) y bienestar físico y/o mental: 44% (tabla 9)

Según edad actual, las motivaciones de orden familiar siguen constituyendo la primera prioridad para los menores de 50 años (75.8%), pero bajan a 47.6% en los mayores de 50 años, quienes mencionaron como motivación prevalente el haber adquirido conciencia de enfermedad, (71.4%).

En cuanto a la estabilidad del vínculo de pareja, las motivaciones de adherencia a tratamiento fueron similares a las descritas para la decisión de incorporarse a él.

En tabla 10 se presenta un análisis comparativo de las fuerzas que inducen a someterse a tratamiento y a persistir en la abstinencia: a pesar de que las motivaciones de tipo familiar constituyen la primera prioridad frente a ambas situaciones, bajan su porcentaje como reforzadoras de la mantención de la abstinencia, igualándose a la conciencia de enfermedad; que aumenta su porcentaje del 37 al 64.8%. Se observa, además, que la aceptación social experimentó un aumento y es seguida por la sensación de bienestar, que del séptimo lugar pasó a ocupar la tercera prioridad como reforzadora de la abstinencia.

Tabla 9
Motivaciones de mantención de abstinencia y su prioridad

Motivos	Orden de prioridad				Total de Menciones	% sobre 54 casos
	1a. (n=212)	2a.	3a.	Otra		
Familiares	23	7	2	3	35	64,8
Conciencia de Enf.	11	12	5	7	35	64,8
Aceptación social	3	5	7	12	27	50,0
Bienestar Físico y/o mental.	3	8	7	6	24	44,4
Laborales y/o económicos	0	8	5	10	23	42,6
Tratamiento realizado.	3	0	7	7	17	21,5
Imagen de Sí	1	4	5	5	15	27,8
Obs. conductas de alcohólicos.	2	4	6	3	15	27,8
Influencia Organizaciones rehab.	3	1	2	4	10	18,5
Otros	4	1	2	4	11	20,4

Tabla 10
Orden de frecuencia de las cinco principales motivaciones para el inicio de tratamiento y mantención de la abstinencia

Motivación inicio de tratamiento	%	Orden de frecuencia	Motivación de mantención de abstinencia	%	Orden de frecuencia
Familiares	75,9	1	Familiares	64,8	1
Autoimagen negativa.	59,2	2	Conciencia enfermedad.	64,8	1
Conciencia enfermedad.	37,0	3	Aceptación social.	30,0	3
Rechazo social.	37,0	3	Sensación de bienestar.	44,4	4
Laborales y económicas.	35,2	5	Laborales y económicas.	42,6	5

D. sobre cambios en las condiciones de vida.

La tabla 11 informa acerca de los cambios positivos percibidos desde el inicio del tratamiento; 31 personas (57.4%), reconocieron mejoras en el ámbito familiar; continuando en orden descendente la manifestación de cambios en el área laboral así como en el logro de una mayor autoestima y aceptación social. En lo económico laboral esto se tradujo en un aumento de quienes poseían una renta estable—de 29 a 39 personas— y en la disminución de 18 a 9 de quienes tenían trabajo ocasional.

Tabla 11
Cambios positivos percibidos desde el inicio del último tratamiento

Cambios percibidos	Nº menciones	% sobre 54 casos
Familiares	31	57,4
Económico-laborales	23	42,6
Auto-estima	18	33,3
Aceptación social	15	27,7
Otros	4	17,4

DISCUSION

Esta trabajo aporta información sobre algunas características de alcohólicos afiliados a organizaciones rehabilitadoras y factores motivacionales que inciden en la decisión de iniciar tratamiento antialcohólico y mantener la abstinencia.

Las características demográficas y socio-culturales son semejantes a las descritas en otros estudios

realizados en población alcohólica institucionalizada, en los siguientes aspectos: sexo, estado civil, religión y estabilidad laboral (10). Por otra parte, en dicho estudio efectuado en 1981, por Medina y Cols. en 47 integrantes de clubes afiliados a URACH y AA, se observó algunas diferencias en el nivel de instrucción que conviene destacar: Si bien en ambos, el nivel de escolaridad más frecuente estuvo representado por la enseñanza básica incompleta, el estudio aludido muestra cifras de aproximadamente 80% en dicha categoría educacional contra un 52.5% de nuestra casuística. Esta diferencia radica en que un 25.5% de este grupo posee enseñanza media, técnica o superior completa, categoría en las cuales no se registraba ningún caso en el trabajo mencionado. Una posible explicación de este fenómeno podría ser la mayor escolaridad global del país alcanzada en los 10 años transcurridos entre ambas investigaciones.

En relación a otros hallazgos se advierte una mayor precocidad en el inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas. Se observa con preocupación que el 70.4% de los casos se concentró en menores de 21 años, contra aproximadamente un 29% en el estudio de Medina.

Otro antecedente desalentador estaría determinado por los años de ingesta previa al tratamiento actual. En el mismo trabajo, el 30% declaró haber sido bebedor durante 21 años o más y en el actual lo hizo un 52%, lo que estaría determinando un aumento considerable de los años de exposición al riesgo.

Otro aspecto que requiere mayor exploración es el alto porcentaje de alcohólicos inveterados; considerados como de peor pronóstico en la literatura médica.

La importancia de esto radica en que, de acuerdo al conocimiento prevalente, se consideran factores que dificultan el logro de una recuperación global: la precocidad del inicio de la ingesta, años de ingesta previa, así como pertenecer a la categoría de bebedor inveterado.

Al revisar las motivaciones que indujeron a iniciar tratamiento y aquellas que influyen en la mantención de abstinencia se observó que, primando la influencia afectiva de figuras significativas del ámbito familiar que constituyen la primera prioridad al inicio, aumenta la importancia de haber adquirido conciencia de enfermedad. Esto sugiere que el valor que se le asigna a ellas dependerá en parte de los cambios vitales experimentados a través del tiempo y refuerza la importancia de la labor educativa acerca de su enfermedad.

En resumen podría estimarse que la posibilidad de recuperación global del enfermo alcohólico estaría determinada primordialmente por la influencia afectiva directa de la pareja, hijos y otros familiares, así como por la adquisición de conciencia de enfermedad. Son también factores importantes el deseo de lograr una mejor autoestima y un desempeño social y laboral satisfactorio.

Otro aspecto que va adquiriendo relevancia con la edad lo constituye el sentimiento de pertenencia a clubes rehabilitadores, éstos constituirían una de las instancias más propicias para la readaptación ya que le proporcionan al enfermo alcohólico un ambiente social protegido y la posibilidad de replantearse su situación vital. Este argumento se apoya en el alto porcentaje que no presentó fracasos de tratamientos previos.

Una limitante del presente estudio radica en el desconocimiento de las características del 20% de afiliados que no respondió al llamado. Por otra parte, no es posible establecer la relevancia real de los factores mencionados en el proceso de recuperación global del paciente alcohólico, ya que se requeriría de un estudio analítico centrado específicamente en estos aspectos. Ω

REFERENCIAS

1. Zanghellini, G. Terapia conductual en el alcoholismo. "Alcoholismo": II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo. Asociación Iberoamericana de Estudio de los Problemas del Alcohol. (A.I.E.P.A.), Ministerio de Salud de Chile, Stgo. 1981, pp. 179-183.
2. Estela, R.; Hamame, A.; Loyola, M.; Varas, P. Evaluación de un programa de prevención secundaria de alcoholismo. Alcoholismo: II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo. (A.I.E.P.A.), Ministerio de Salud de Chile, Stgo. 1981, pp. 203-209.
3. Aravena, R.; Gramegna, G.; Sigala, T.; Vas W. y Cols. Psicoterapia grupal primaria en pacientes alcohólicos. Alcoholismo: II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo (A.I.E.P.A.), Ministerio de Salud de Chile, Stgo. 1981, pp. 195-197.
4. Florenzano, R.; Fehuerhake, O. Estrategias en el tratamiento del alcoholismo. I Congreso de Alcoholismo y IV Encuentro de Profesionales, Servicio de Salud Occidente, 1984, pp. 1-19.
5. Aguiar de Arguello, M. Estudio sobre la evolución de los pacientes internados en el I.P.A.D. a los dos años de alta: "Alcoholismo": II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo (A.I.E.P.A.) MISAL de Chile, Stgo. 1981, pp. 249-252.
6. Florenzano, R. Evaluación de métodos de tratamiento del alcoholismo: consideraciones metodológicas. Cuadernos Médicos Sociales 1984, Vol. XXV N° 2, pp. 49-55.
7. Bello, S.; Salinas, M.; Ruiz, A. Evaluación de un programa de prevención secundaria del alcoholismo. Indicadores de valor pronóstico. Rev. Méd. Chile 107, 1979, pp. 1.047-1.052.
8. Sarue, E. Aproximación antropológica a un club de abstemios. Cuadernos Médico Sociales. Edición especial de alcoholismo y salud pública, Vol. XXI, N° 1, pp. 98-106.
9. Feurhake, O.; Florenzano, R.; Krauss, T.; Martínez, A. y Cols. Tratamiento ambulatorio de pacientes alcohólicos en un hospital general II. Evaluación de resultados. Tercer Encuentro de profesionales que trabajan en alcoholismo. MINSAL, SEREMI V Región. 1982, pp. 67-79.
10. Medina, E.; Dobert, M. Abstinencia prolongada en ex alcohólicos afiliados a organizaciones rehabilitadoras. Alcoholismo: II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo. Asociación Iberoamericana de Estudio de los Problemas del Alcohol (A.I.E.P.A.), Ministerio de Salud de Chile Stgo. 1981, pp. 267-287.
11. Bustamante, E.; Jara, C. Motivaciones de tratamiento antialcohólico y de mantención de abstinencia en pacientes tratados en la posta antialcohólica del Hospital Psiquiátrico. Bol. Hosp. S. Juan de Dios, 1988, N° 35, pp. 279-282.
12. Dobert, M.; Gómez, B.; Medina, E. Capit. Tratamiento y rehabilitación. "Alcohol y Alcoholismo". Edit. Galdoc. 1979, pp. 75-78. -Ω-