

TRATAMIENTO ANTIALCOHOLICO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DE CONCEPCION: DESCRIPCION Y EVALUACION DE UN AÑO.

Dr. Mario Pérez U. (*)
Dra. Pilar Quiroga L. (**)
Sra. Rosa Vargas C. (***)

Cuad. Méd. - Soc.; XXVIII, 4, 1987. 154 - 159

ABSTRACT: *A study of alcoholic patients show the high incidence of social consequences and the greater efficacy of combined behavioural and psychosocial technique.*

Key Words: ALCOHOLISM; BEHAVIOURAL TECHNIQUES; PSYCHO-SOCIAL TECHNIQUES.

INTRODUCCION.

El beber anormal constituye el primer problema de salud de nuestra población, demostrando las investigaciones epidemiológicas una prevalencia de 15 0/o en la población mayor de 15 años (1).

En nuestro país existe una permanente preocupación por el problema, primero con estudios científicos y luego con la programación nacional de control del alcoholismo (programas de 1957, 1965, 1971, y 1973). Sobre su eficacia a largo plazo, según plantea Medina (2), no es fácil pronunciarse pues requiere para su realización el concurso de otros sectores estatales y la participación de diversas organizaciones comunitarias, además de la concertación favorable de diversos factores socioeconómicos y culturales.

La evaluación a corto plazo se hace preferentemente en relación al tratamiento. Últimamente se han reeditado estudios sobre la eficacia de los tratamientos, tal vez por la impresión de fracaso aparente, dado el alto porcentaje de abandono del tratamiento o de los controles, lo que redundaría en un bajo porcentaje de abstinencia más allá de los 2 años.

En nuestro Servicio se realizó una evaluación del tratamiento antialcohólico que demostró que los resultados del tratamiento a dos años plazo eran malos (85 0/o de abandono) (3).

El programa de tratamiento normatizado en

este Servicio consta de: 1) período de desintoxicación, en base a benzodiazepinas y vitaminas B. (Previo tratamiento convencional de los pacientes con complicaciones orgánicas o psiquiátricas severas. 2) Terapéuticas específicas tendientes a obtener el estado de salud en los alcohólicos: a) tratamiento aversivo (30 reflejos químicos o eléctricos, salvo otra indicación explícita del médico tratante), b) asistencia a charlas de grupo para toma de conciencia de enfermedad y estimulación de motivación, c) controles con médico tratante (para una relación médico-paciente terapéutica), d) manejo ambiental según necesidad. 3) Controles periódicos posteriores y uso de disulfiram y/o psicofármacos.

OBJETIVOS.

Este trabajo pretende: 1) discutir las características de los alcohólicos que consultan y se tratan, y evaluar el resultado de las terapéuticas utilizadas a un año plazo. 2) Cuantificar las consecuencias sociales más directas y habituales del alcoholis-

(*) Médico Psiquiatra. Serv. de Psiquiatría, Hospital Regional, Concepción.

(**) Académico Departamento de Neuro-Psiquiatría, Universidad de Concepción.

(***) Asistente Social Servicio de Psiquiatría, Hospital Regional Concepción.

mo y determinar su forma de incidencia sobre la dinámica y evolución de la enfermedad. 3) Medir el efecto coadyuvante que la educación grupal y el manejo ambiental tienen sobre el compromiso del paciente con su tratamiento y a través de los resultados medir la eficacia de estos.

MATERIAL Y METODO.

Se trabajó con el universo constituido por todos los pacientes tratados en nuestro Servicio entre el 1º de agosto de 1983 y el 31 de julio de 1984, (215 pacientes). Se eliminaron las historias clínicas que no correspondían a nuestras exigencias, trabajándose, finalmente con 182 enfermos. La información obtenida de la historia clínica y del libro de control de tratamiento de la unidad, fue traspasada a una ficha diseñada de acuerdo a los objetivos del proyecto de investigación. La elaboración estadística de la información fue realizada por el Departamento de Computación e Informática de la Universidad de Concepción.

RESULTADOS.

1) Descripción biodemográfica de la población.

Los pacientes estudiados son en un 81,32 0/o varones. Hay por lo tanto, una relación de 4 - 1 con respecto a las mujeres.

En cuanto a edad, el 85,2 0/o de los casos estudiados corresponden a enfermos con edades comprendidas entre 25 y 54 años existiendo diferencia de distribución por sexo; así para el sexo masculino el 46.62 0/o se concentra en el tramo de 35 a 44 años en cambio el sexo femenino se distribuye en forma homogénea en los tramos 35 a 44 y 45 a 54 años (más o menos 28 0/o cada uno).

Con respecto a estado civil, son casados el 63.74 0/o de nuestra muestra. Los solteros, 20.88 0/o. Separados, el 10.44 0/o. Viudos, el 2.75 0/o y convivientes el 0.55 0/o. Al relacionar estado civil y sexo lo único destacable es que los separados, 17 son hombres (89.72 0/o) y sólo 2 son mujeres (10.53 0/o).

En nuestra casuística en el porcentaje con escolaridad precisada, sólo hemos encontrado un 2.2 0/o de universitarios. El resto tiene educación básica (42.31 0/o), media (21.43 0/o) y técnica (5.4 0/o).

La medición de término o no de la educación básica y media nos demostró que la mayoría tenía educación incompleta en ambos tramos.

Tabla 1
Distribución según escolaridad

ESCOLARIDAD	Nº	0/o
Analfabetos	4	2.2
Autodidacta	0	0
Básica	77	42.3
Media	39	21.4
Técnico	10	5.5
Universitario	4	2.2
No dato	48	26.4
TOTAL	182	100.0

En relación a ocupación, los obreros corresponden al 41.21 0/o de nuestra muestra, seguidos en frecuencia por técnicos y servicios (15.39 0/o), dueñas de casa constituyen el 9.89 0/o, los empleados son el 6.04 0/o y los PEM el 4.95 0/o. Sin embargo, en cuanto a estabilidad laboral podemos decir que el 53.30 0/o no tiene trabajo estable en el momento de consultarnos pues el 31.32 0/o estaba cesante y el 21.98 0/o tenía sólo trabajo ocasional.

Con respecto a nivel de ingresos, nuestros hallazgos son los siguientes: sin ingresos, 60 de los pacientes (32.97 0/o), con ingresos mínimos (\$ 8.000 o menos), 38,20 0/o, ingresos bajos (\$ 8.000 - 15.000), (24.73 0/o) y con ingresos medianos (\$ 15.000 - 40.000), (6.04 0/o). A las dueñas de casa y a los estudiantes se les agrupó en una categoría especial, pues sus ingresos dependen de otros y constituyen el 11.54 0/o.

Por último en cuanto a religión, el 68.13 0/o de los pacientes son católicos, en este estudio, protestantes son el 10.99 0/o y un 10.44 0/o no tiene religión.

Tabla 2
Distribución según Religión

RELIGION	Nº	0/o
Católica	124	68.1
Protestante	20	11.0
Otras	2	1.1
No tiene	19	10.4
No dato	17	9.4

Características clínicas y terapéuticas de los pacientes.

a) TIPO DE ALCOHOLISMO: Los alcohólicos intermitentes constituyen el 41.76 %/o y los alcohólicos inveterados un 51.65 %/o (94), los bebedores inmoderados irregulares el 6.59 %/o (no encontramos bebedores inmoderados regulares).

Según sexo, esta distribución guarda la misma relación de proporciones para los hombres, mientras que entre las mujeres hay mayor predominio del alcoholismo inveterado.

b) COMPLICACIONES ORGANICAS: El 23.37 %/o de los pacientes había padecido complicaciones orgánicas antes de someterse a tratamiento. El 59.3 %/o no las había padecido y para el 14.29 %/o no se encontró el dato.

Entre las complicaciones más frecuentes figuran cirrosis hepática (12.09%/o), siendo más frecuente en los hombres que en las mujeres en una relación de 2 - 1 (68.18%/o respectivamente); gastritis (7.69%/o); polineuritis (4.40%/o) y desnutrición (1.65%/o). Las complicaciones orgánicas se presentan con mayor frecuencia en el grupo de 35 - 44 años.

Tabla 3
Distribución según compl. psiquiat.

Complicaciones Psiquiat.	Nº	%
Sindr. abstinencia	104	57.1
Embr. Patológica	5	2.8
Psic. Metaalcohólic. ag.	14	7.7
Epi. de abstinencia	12	6.7
Epi. Sec. OH	1	0.5
Det. Psicoorgn.	13	7.1
Ninguna	16	8.8
No está el dato	17	9.3
TOTAL	182	100.0

c) COMPLICACIONES PSIQUIATRICAS: Sólo el 9.79%/o del total de nuestra muestra no sufría algún tipo de complicaciones psiquiátricas.

El síndrome de abstinencia leve o moderado, fue la complicación más frecuente encontrada (57.14%/o). Le siguen en frecuencia las psicosis metalcohólicas agudas (7.69%/o) y las epilepsias

metalcohólicas (6.69%/o). La relación con el sexo de estas complicaciones es de 2 - 1 favorable a los hombres y se dan más frecuentemente en el rango de 35 - 44 años (exceptuando el deterioro psicorgánico que se da en la misma incidencia en los tramos correspondientes desde 35 - 64 años (Tabla III).

d) CONSECUENCIAS SOCIALES: Como consecuencias sociales negativas del alcoholismo hemos considerado la alteración o desintegración del núcleo familia (19.9 %/o), la pérdida del trabajo (7.69%/o) o ambas (25.82%/o). Estas cifras nos demuestran que el 44.50%/o sufre serios trastornos sociales debido a su hábito anormal. Del 31.32%/o de los cesantes el 14.04%/o había perdido su trabajo por esta causa.

e) REGIMEN DE TRATAMIENTO: el 51.10%/o de los alcohólicos de nuestra muestra se someten a tratamiento en régimen cerrado y el resto en forma ambulatoria. Las mujeres son hospitalizadas con mayor frecuencia (61.76%/o contra 30.24%/o).

Tabla 4
Distribución según número de Reflejos

REFLEJOS	Nº	%
1 - 10	11	6.0
11 - 20	35	19.23
21 - 30	136	74.8
TOTAL	182	100.0

f) TIPO DE TRATAMIENTO: Hemos encontrado que el 93.41%/o de los alcohólicos tratados en nuestro Servicio son sometidos a tratamiento ambulatorio con apomorfina y sólo un 6.4%/o a reflejos eléctricos en series de hasta 30 reflejos para ambas técnicas, (como se desprende de la lectura de la tabla adjunta). La mayoría de ellos (74.73%/o) recibe una serie de 30 reflejos. Los dos primeros grupos incluyen los pacientes que abandonan tratamiento (12.09%/o), por lo que restando este porcentaje podemos concluir que a sólo el 13.18%/o se le indicó menos de 20 reflejos. (Tabla IV). Con respecto al abandono de tratamiento lo único que podemos destacar es que abandonan el tratamiento con mayor frecuencia los solteros y viudos que los casados y separados.

g) EDUCACION EN GRUPOS: El 78.02%/o de

los alcohólicos estudiados recibieron, además, educación en grupo y el 45.05% manejo ambiental.

h) **ABSTINENCIA:** Con el fin de determinar las recaídas y cuantificar la abstinencia, hemos establecido tres tramos para el período de estudio.

Esto permite, además, identificar el o los tramos de mayor peligro de abandono o recaídas para así poder tomar medidas en el futuro, con el fin de evitar estas situaciones.

En la presente evaluación un 38.28% recae antes de los seis meses y el 14.84% entre los 6 y los 12 meses, es decir, el 53.12% recae antes del año. Más allá de este plazo mantienen abstinencia el 46.88% (Tabla 5). En relación al sexo, las mujeres mantienen una proporción de abstinencia más alta (57.69%) que los hombres (44.11%).

En cuanto a la edad, podemos decir que el porcentaje de abstinencia aumenta a partir de los 35 años.

En relación al estado civil, los casados están abstinentes en un 51.10% sobre el año, los solteros en un 37.50% y los separados sólo en un 16.67%. (Con respecto a las recaídas la información obtenida es que estos recaen antes de 6 meses en un 75% y los solteros en un 50%).

No existe correlación entre abstinencia, mayor nivel educacional y ocupación, salvo las dueñas de casa, de ellas el 61.64% están abstinentes después de un año. Los obreros están abstinentes en el 48.21%, los empleados en el 25% y los PEM en el 16.60%.

En cuanto a la estabilidad laboral y abandono no hay diferencia entre los que tienen y los que no tienen trabajo, como tampoco en la mantención de la abstinencia. Esta es similar para los cesantes, los trabajadores estables y en una proporción algo menor para los trabajadores ocasionales. Es interesante destacar que en general la mayor proporción recae antes de los 6 meses, siendo mayor el porcentaje de recaídas en los trabajadores ocasionales (48.39%) en comparación a los cesantes (37.83%).

La educación en grupos y el manejo ambiental condicionan menor porcentaje de recaídas precoz y mayor frecuencia de abstinencia a largo plazo (25.53% y 68.09% respectivamente).

Para determinar la real eficacia de cada una de estas técnicas, en esta evaluación se ha investigado el efecto de ellas por separado. Hemos encontra-

Tabla 5
Distribución según Abstinencia

ABSTINENCIA	Nº	%
– 6 meses	49	38.3
6 – 12 meses	19	14.8
– 12 meses	60	46.9
TOTAL	128	100.0

do que si se hace educación en grupo sin manejo ambiental, los resultados desmejoran, pues se obtienen un 38.18% de recaídas en el primer semestre y un 38.18% de abstinencia más allá de los 12 meses. Si por el contrario, se hace sólo manejo ambiental (además de los reflejos) los resultados son de 50% para las recaídas en los primeros 6 meses y de 35.70% para la abstinencia. Por último si sólo se efectúan reflejos, estos porcentajes desmejoran aún más, llegando a un 60% y 26% respectivamente.

La abstinencia tiene alguna relación con los problemas sociales. Los logros del tratamiento son mejores en el grupo con estos problemas, que en los que no los tienen. Tal vez, porque en ese grupo se utiliza más frecuentemente el manejo ambiental, además de la educación en grupo, como técnicas auxiliares.

COMENTARIO

En base a los hallazgos mencionados podemos señalar que las características biodemográficas más frecuentes de estos pacientes son: ser varones de 35 a 54 años, de procedencia urbana, casados, con educación básica incompleta, obreros, la mitad de ellos sin trabajo estable, con nivel de ingresos bajo o mínimo y de religión católica. Perfil que coincide con el encontrado por Muñoz (3), Florenzano (4), Bernal (5) y Kattan (6) en los trabajos ya citados.

Como criterio de evaluación de recuperación hemos usado la abstinencia (ausencia absoluta ingesta OH hasta el control), dada la dificultad para evaluar los criterios positivos de la recuperación global, pues nuestro estudio fue retrospectivo en base a documentos y que esos criterios son, en general, más subjetivos que el criterio negativo. A este respecto, Florenzano (4) después de una revisión de estudios de evaluación de tratamiento, concluye

“que la ingesta de alcohol es, en general, un estimador adecuado de resultados y mejoría en estudios de recuperación de alcoholismo”.

Considerando que no habiendo medido la motivación previa de los consultantes, salvo con la eliminación de los que durante la primera entrevista aparecen como defendiéndose activamente de las presiones externas ejercidas por su medio familiar o laboral, el porcentaje de abandono, 12.09% es relativamente bajo y nos permite inferir una participación más conciente durante el período de tratamiento aversivo.

La abstinencia mantenida en plazos de 6 meses con cortes de medición de menos de 6 meses, de 6 - 12 meses y de más de 12 meses, nos permite medir al mismo tiempo recaídas y determinar los semestres de mayor peligro. Este seguimiento ha sido recomendado por Florenzano en su artículo sobre “consideraciones metodológicas para la evaluación de métodos de tratamiento del alcoholismo” ya citado.

Que la recaída sea mayor durante el primer semestre de seguimiento y control que la del segundo semestre, no hace más que confirmar los hallazgos de las investigaciones de Horwitz y de sus colaboradores (6). Por lo tanto, en nuestros pacientes podemos repetir el aserto que aquellos enfermos que no recaen durante los primeros 6 meses, tienen menos posibilidades de recaer en el segundo semestre lo que amerita mayor abstinencia sobre el año. Este 46.88% de abstinencia es algo mayor que la encontrada en otros estudios (32.6% obtenida por Horwitz (7), 39.6 % de Bernal en Puerto Montt (5) y 36.9% de Kattan (6). No es tampoco novedad que la abstinencia aumente con la edad y sea mayor en los casados. En los solteros es más baja y en los separados aún más (los separados recaen en una proporción de 3 a 2 respecto a los solteros en el primer semestre).

No encontramos las correlaciones que se dan habitualmente entre nivel educacional, calidad y estabilidad laboral y abstinencia. La religión tampoco determina mayor abstinencia como es de creencia popular, como tampoco disminuye las consecuencias sociales del alcoholismo.

De los datos anteriores podemos deducir que tienen mayores probabilidades de recaer los pacien-

tes varones, separados, menores de 35 años y con trabajo inestable (incluidos los del PEM). De las variables cruzadas con abstinencia a las cuales se les aplicó la prueba de significación estadística (chi cuadrado de independencia de variables) se encontró que las diferencias no son estadísticamente significativas a pesar de tener cifras comparativamente distintas. Por lo tanto, no inciden en mejorar el pronóstico, en nuestra muestra, condiciones terapéuticas tales como el régimen de tratamiento, el número de tratamientos anteriores o el tipo de tratamiento aversivo (los pacientes tratados con reflejos eléctricos recaen durante el primer semestre en mayor proporción que los tratados con reflejos con apomorfina; pero logran una abstinencia similar sobre los 12 meses).

La información entregada a los pacientes sobre el pronóstico desfavorable que tienen las complicaciones orgánicas podría hacer pensar que los alcohólicos lograrían percibir el curso deletéreo de la enfermedad y tomar conciencia de su responsabilidad en detenerlo. Sin embargo, nuestra evaluación no demuestra mayor compromiso de parte de estos pacientes en el éxito terapéutico.

Como nuestro programa de tratamiento contempla, además, técnicas de tipo psico-social, cuyo objetivo es ayudar a crear noción y conciencia de enfermedad, modificar actitudes y patrones de conducta negativa, reforzar la motivación al tratamiento y solucionar problemas o conflictos personales e interpersonales derivados de su ingesta alcohólica, nos parece interesante discutir este punto, puesto que se ha criticado el modelo médico del tratamiento del alcoholismo. Desde un tiempo a esta parte, se ha buscado, programáticamente o no, un modelo multidimensional de tratamiento que incluye determinantes psicosociales toda vez que en los últimos años se ha enfrentado corrientes que consideran o no lo consideran al bebedor problema como el efector de conductas desadaptativas, derivadas de la perturbación socio-cultural o de la desorganización de la familia propia o de origen.

Miguez en Costa Rica (8) diseñó un estudio con el fin de medir la eficacia de 4 metodías de orientación terapéuticas distintas: conductual, psico social, ocupacional y múltiple. Los mejores resultados los obtuvo con la metodía de orientación

psico-social y las menores con la terapia de orientación múltiple.

Muñoz en nuestro Servicio (3) elaboró un plan comparativo con tres modalidades terapéuticas: conductual (reflejo con apomorfina), psico-social (en base a un programa de educación grupal) y mixto. Los mejores resultados, los logró con el tratamiento aversivo, aunque sin obtener diferencias estadísticamente significativas con los otros.

Nosotros, por el contrario, hemos encontrado que cualquiera de los métodos aislados e de menor rendimiento que la acción conjunta de todos ellos, por ejemplo, el evaluar el efecto que la educación en grupos y el manejo ambiental tienen sobre la mejoría de estos pacientes, en base a los resultados ya señalados podemos concluir que, en conjunto, ambas técnicas usadas junto al tratamiento aversivo son importantes pues determinan una disminución de las recaídas en el corto plazo de esta evolución.

RESUMEN

Este trabajo describe las características de la población consultante y resultados del tratamiento efectuado en 182 pacientes alcohólicos en un año, en el Serv. de Psiquiatría de Concepción. Se trabajó con el universo obteniéndose información de fichas clínicas y de tratamientos, con seguimiento a un año plazo. Los datos fueron procesados por sistema computacional, aplicándose pruebas de significación estadística cuando fue necesario.

El tratamiento evaluado es de tipo mixto; constituido por técnicas conductuales y psicossociales, previo manejo farmacológico en etapa de desintoxicación.

Los parámetros biodemográficos muestran un perfil de pacientes alcohólicos coincidentes con el encontrado por otros autores nacionales, siendo el hecho más notorio el alto porcentaje (50%) de consecuencias sociales del alcoholismo.

La eficacia del tratamiento medida por abstinencia a los 6 y 12 meses de seguimiento es superior a la publicada por otros autores (46.88% a los 12 meses).

Los factores más eficaces en el logro porcentual de abstinencia serían el uso habitual de técnicas de manejo ambiental y de educación grupal, asociados a cualquier técnica conductual, con lo cual se

eleva en más de 100% el porcentaje de rendimiento de cualquiera técnica conductual aislada.

La eficacia de métodos utilizados aumenta desde el uso aislado de las técnicas conductuales a la asociación con una de las técnicas psicossociales alcanzando su máximo con el conjunto de las tres mencionadas.

SUMMARY

We describe the bio-demographical characteristics of the population attending the Department of Psychiatry in Concepcion Hospital and the results of treatment of 182 year. The information was obtained from the clinical notes and the treatment records and was processed by computer.

The treatment evaluated was varied, and consisted of behavioural and psychosocial technique after drug therapy during the period of de-toxication.

The bio-demographical features showed that the characteristics of the alcoholoc patient are similar to those found by other chilean authors, and the most striking finding was the high percentage (50%) of social consequences for the alcoholic.

Our results, measured by the percentage of abstinence at 6 and 12 months, are better than those published by others (46.88% at 12 months). This is explained by the regular use of environmental management and group education techniques associated with any behavioural therapy, which increased by 100% the results of any isolated behavioural therapy.

The efficacy of isolated behavioural techniques improved with the association of one of the psychosocial techniques mentioned, and reached its maximum with the use of all three.

RESUME

Ce travail décrit les caractéristiques des consultants et les résultats du traitement pratiqué à 182 alcooliques, suivis pendant un an dans le Service de Psychiatrie de la ville de "Concepción". Les données furent obtenues des dossiers cliniques et travaillées à l'ordinateur. La signification statistique fût établie quand on l'a estimé nécessaire.

L'évaluation du traitement fût mixte: des

téchniques de conduite et psychosociales et de la thérapie pharmacologique établie pendant la période de désintoxication.

Les paramètres biodémographiques montrent un profil des malades qui coïncide avec celui décrit par d'autres auteurs chiliens. Le fait le plus important est constitué par le haut pourcentage (50%) des conséquences sociales de l'alcoolisme.

L'efficacité du traitement, mesuré par le temps d'abstinence à 6 et à 12 mois, est supérieure à celle signalée par d'autres publications (46.8% à 12 mois).

Les facteurs les plus efficaces dans l'obtention de l'abstinence, seraient l'emploi habituel de techniques dirigées à l'environnement et à l'éducation de groupe, associées à n'importe quelle technique de conduite, ce qui fait s'élever le pourcentage d'efficacité en plus de 100%.

BIBLIOGRAFIA

1. Medina, Eduardo: Alcoholismo y drogadicción en Chile. Cuad. Méd. Soc. Vol. XXV Nº 1-5. Marzo 1986.
- 2) Medina, Eduardo: Epidemiología del Alcohol y Drogas. Tercer Encuentro de profesores que trabajan en alcoholismo. Nov. de 1982.
- 3) Muñoz R., Mario: El tratamiento antialcohólico en el Hospital Psiquiátrico de Concepción. Tesis de Postgrado. Junio de 1984.
- 4) Florenzano, Ramón: Evaluación de métodos de tratamiento antialcohólico. Consideraciones metodológicas. Cuadernos Médico Sociales. Vol. 25, Nº 2. Jun. 1984.
- 5) Bernal, Sergio: Evaluación de resultados de 1 programa de tratamiento antialcohólico en Puerto Montt. Rev. Méd. De Chile. Nº 107. 1979.
- 6) Kattan Lidia y Horwits, José: Evaluación del tratamiento antialcohólico en la mujer. Acta Psiquiát. Psicol. Amer. lat., 1973. Nº 19.
- 7) Horwitz y Col. Evaluación de resultados en tratamiento de alcoholismo. Archivos Boletín Médico, Suplemento Nº 3. 1969.
- 8) Miguez L. H.A.: Tratamiento del alcoholismo. Acta Psiquiát. Psicol. de Amér. Lat. Vol. 27, Nº 2, Marzo de 1961.