

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal.

Facultad de Medicina.

Universidad Autónoma de Barcelona.

**Detección, tratamiento y pronóstico de los pacientes
alcohólicos a través de la Interconsulta de un Hospital
General.**

Trabajo presentado para la obtención del grado de doctor.

Miquel Monras Arnau

Hospital Clínic de Barcelona.

Julio 2006

Tesis Doctoral codirigida por el Doctor Miquel Casas Brugue y el Doctor
Antoni Gual Sole.

Cada día sabemos más y entendemos menos.

A. Einstein.

No basta saber, se debe también aplicar. No es suficiente querer, se debe también hacer.

J. Wolfgang Goethe.

Agraïments:

A la Carme, la Laia i l'Adrià, pels canvis d'humor que heu hagut d'aguantar-me tots aquests anys sense ni tant sols jo saber que era per aquest "assumptillo" pendent que no m'acabava de treure de sobre.

A la Neus Freixa, l'Anna Lligoña, la Lluïsa Ortega, la Silvia Mondon i la Presentació Pineda pels ànims que sempre m'heu donat per acabar la tesi, demostrant que en tenieu més ganes i il.lusió que fins i tot jo.

A la Angels Gonzalez i els/les diferents secretaris/es de la Unitat d'Alcoholologia (la Amparo, la Maria Neus i l'Alfons) que també sense saber-ho estaveu assistint a un difícil part.

Al Toni Gual, perquè malgrat les dificultats de l'equip has sabut ajudar-me quan tocava.

A l'Hospital Clinic de Barcelona, institució de la que estic orgullós i que gràcies als seus grans professionals i infraestructura he pogut realitzar aquestes investigacions. També al seu reconeixement professional, que ha arribat finalment al mateix moment, oh coincidència, que el reconeixement que representa l'acceptació d'aquesta tesi doctoral.

Als nostres malalts, als que potser no sempre he pogut ajudar tant com volia i que són els propietaris morals d'aquesta tesi.

Índice:

1

- 1. Introducción:**, 11
- 1.1 El consumo de alcohol, el abuso y su dependencia en la sociedad.**, 11
- 1.2. Las consecuencias del consumo de alcohol**, 13
 - 1.2.1. Consecuencias físicas.**, 13
 - 1.2.2. Consecuencias conductuales.**, 15
 - 1.2.3. Consecuencias psicológicas.**, 15
 - 1.2.3.1. Patología dual.**, 16
 - 1.2.4. Consecuencias sociales**, 18
 - 1.2.5. Consecuencias económicas.**, 19
- 1.3. La detección del abuso y la dependencia de alcohol.**, 20
 - 1.3.1. La detección del abuso y la dependencia de alcohol en los hospitales generales.**, 21
 - 1.3.1.1. Detección del abuso y la dependencia del alcohol en distintos países:**, 24
 - 1.3.1.2. Detección del abuso y la dependencia de alcohol según las distintas Salas hospitalarias:**, 27
 - 1.3.1.3. Detección en los servicios hospitalarios de Urgencias.**, 28
 - 1.3.1.4. Instrumentos y métodos de detección:**, 29
 - 1.3.1.5. ¿Enfermedad infradetectada?: ¿Causas?.**, 33
 - 1.4. Tratamiento de los pacientes detectados.**, 36
 - 1.4.1. Evolución de los pacientes alcohólicos ingresados.**, 41

2

- 2. Justificación del estudio.**, 45

3

- 3. Objetivos.**, 47
 - 3.1. Objetivos generales:**, 47
 - 3.2. Objetivos concretos:**, 48
 - 3.2.1. Estudio transversal-descriptivo inicial de las características sociodemográficas y clínicas de las interconsultas (IC) por el consumo de alcohol en un hospital general. Dificultades para su tratamiento y derivación (Estudio 1).**, 48
 - 3.2.2. Estudio de seguimiento a los 2 años del cumplimiento del tratamiento de seguimiento (Estudio 2).**, 50
 - 3.2.3. Estudio de seguimiento de la supervivencia a los 4 años (Estudio 3).**, 51
 - 3.3. Objetivos finales.**, 52
 - 3.4. Hipótesis:**, 53

4

- 4. Material y metodología.**, 54
 - 4.1. Sujetos:**, 54
 - 4.2. Diseño:**, 56
 - 4.3. Setting:**, 58
 - 4.4. El instrumento: La interconsulta como instrumento de detección y tratamiento**

<i>hospitalario de las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol.</i> , 60
4.5. <i>Procedimiento</i> :, 61
4.6. <i>Variables</i> :, 64
4.6.1. <i>Variables independientes iniciales</i> :, 65
4.6.1.1. <i>Historia clínica estandarizada</i> :, 65
4.6.1.2. <i>Actitud ante el tratamiento ofrecido: Conciencia de dependencia alcohólicas</i> :, 66
4.6.1.3. <i>Defensividad psicológica, deterioro cognitivo y psicopatología</i> ., 67
4.6.1.3.1. <i>Defensividad psicológica</i> ., 68
4.6.1.3.2. <i>Deterioro cognitivo</i> ., 69
4.6.1.3.3. <i>Transtornos psicopatológicos</i> ., 70
4.6.1.4. <i>Diagnósticos durante el ingreso</i> ., 71
4.6.1.5. <i>Otros datos clínicos</i> ., 72
4.6.1.6. <i>Tipo de derivación alcohólica en el momento del alta</i> :, 72
4.6.2. <i>Variables de seguimiento dependientes a los dos años</i> :, 73
4.6.2.2. <i>Tiempo de supervivencia hasta el primer consumo</i> ., 73
4.6.2.3. <i>Tiempo hasta el abandono del tratamiento alcohólico</i> :, 73
4.6.2.4. <i>Situación clínica del paciente a los dos años</i> :, 73
4.6.2.5. <i>Datos de utilización de los servicios sanitarios y de cumplimiento de los tratamientos</i> ., 74
4.6.3. <i>Variables de seguimiento dependientes a los cuatro años</i> :, 75
4.6.3.1. <i>Tiempo de supervivencia hasta los cuatro años</i> :, 75
4.7. <i>Plan de trabajo</i> :, 75
4.8. <i>Recogida y análisis de datos</i> :, 76
4.9. <i>Análisis estadístico</i> :, 77

5

5. <i>Características sociodemográficas y clínicas de las interconsultas (IC) por el consumo de alcohol en un hospital general durante 1998. Dificultades para su tratamiento y derivación. Resultados transversales hasta el momento del alta hospitalaria (Estudio 1)</i> :, 79
5.1. <i>Resultados</i> :, 79
5.1.1. <i>Características de la muestra</i> ., 80
5.1.2. <i>Características del ingreso de los pacientes con IC por el consumo de alcohol</i> :, 81
5.1.3. <i>Origen de las solicitudes de IC y grado de detección de las enfermedades por consumo de alcohol</i> , 82
5.1.4. <i>Características orgánicas y psicopatológicas de los pacientes</i> ., 83
5.1.5. <i>Antecedentes de tratamientos</i> ., 93
5.1.6. <i>Tipo de tratamiento de seguimiento ofertado y su aceptación</i> ., 94
5.2. <i>Discusión del Estudio 1</i> ., 99

6

6. <i>Seguimiento a los dos años de la cohorte de pacientes con interconsultas por consumo de alcohol en un hospital general durante el primer semestre del 1998. Cumplimiento de tratamientos y supervivencia en el propio hospital general (Estudio 2)</i> ., 106

- 6.1. *Resultados.*, 106
- 6.1.1. *Situación a los 2 años de seguimiento.*, 110
- 6.1.2. *Consumo de alcohol.*, 113
- 6.1.3. *Abandono del tratamiento alcoholológico.*, 113
- 6.2. *Discusión de los resultados de seguimiento a los 2 años (Estudio 2).*, 118

7

- 7. *Seguimiento a los cuatro años de la cohorte de pacientes con interconsulta por consumo de alcohol en un hospital general durante 1998. Análisis de supervivencia (Estudio 3)*, 124
- 7.1. *Resultados.*, 124
- 7.1.1. *Ingresos, urgencias e interconsultas previas.*, 125
- 7.1.2. *Ingresos, urgencias e interconsultas en los 4 años posteriores.*, 128
- 7.1.3. *Diagnósticos durante el ingreso independientemente del abuso/depedencia del alcohol.*, 131
- 7.1.4. *Supervivencia a los 4 años.*, 135
- 7.1.5. *Porcentajes de fallecimientos a los 4 años.*, 139
- 7.1.6. *Causas de muerte.*, 141
- 7.2. *Discusión de los resultados de seguimiento a los 4 años (Estudio 3).*, 142
- 7.2.1. *La morbi-mortalidad.*, 142
- 7.2.2. *La psicopatología.*, 143
- 7.2.3. *Los tratamientos.*, 144
- 7.2.4. *El contexto.*, 145
- 7.2.5. *Los antecedentes.*, 146
- 7.2.6. *Las consecuencias.*, 147
- 7.2.7. *El resumen.*, 148

8

- 8. *Conclusiones.*, 150
- 8.1. *Objetivos del estudio 1.*, 150
- 8.2. *Objetivos del estudio 2.*, 152
- 8.3. *Objetivos del estudio 3.*, 153
- 8.4. *Objetivos finales.*, 155
- 8.5. *Pasado, presente y futuro.*, 156

9

- 9. *Bibliografía.*, 159

Índice de Tablas:

<u>Tabla 1. Variables sociodemográficas, alcoholológicas y psiquiátricas evaluadas.</u>	49
<u>Tabla 2. Variables relacionadas con el ingreso inicial.</u>	50
<u>Tabla 3. Variables relacionadas con el seguimiento ofrecido.</u>	50
<u>Tabla 4. Variables de seguimiento a los dos años.</u>	51
<u>Tabla 5. Variables de seguimiento a los cuatro años.</u>	52
<u>Tabla 6. Muestras analizadas en el estudio transversal-descriptivo inicial, de seguimiento del tratamiento a los 2 años y de la supervivencia a los 4 años.</u>	57
<u>Tabla 7. Plan de Trabajo de los sucesivos estudios.</u>	76
<u>Tabla 8. Servicio de origen de las interconsultas y datos sociodemográficos de ellas.</u> 80	
<u>Tabla 9. Servicio origen de la interconsulta (IC) y días desde el ingreso hasta la petición de IC, desde esta hasta el alta y duración total del ingreso.</u>	81
<u>Tabla 10. Servicio origen de la interconsulta y porcentaje sobre los ingresos totales.</u> 83	
<u>Tabla 11. Duración del ingreso, demora en la petición de la interconsulta y tiempo hasta el alta posterior a la interconsulta en función del tipo de derivación.</u>	85
<u>Tabla 12. Tipo de derivación y/o finalización del ingreso. Tipo de trastorno principal que dificulta la realización de un tratamiento (excluidos los pacientes muertos o con alta antes de la IC).</u>	86
<u>Tabla 13. Tipo de derivación y/o finalización del ingreso. Tipos de trastornos independientes (no excluyentes) que dificultan la realización de un tratamiento (excluidos los pacientes muertos o con alta antes de la IC) N=196.</u>	88
<u>Tabla 14. Características de los pacientes rechazadores frente a los que aceptan tratamiento. (Sólo los 171 pacientes beneficiarios potenciales de tratamiento: excluidos los muertos, las altas precipitadas, las derivaciones a CT, Residencias, CSMA, Servicios Sociales y los pacientes no derivados).</u>	89
<u>Tabla 15. Características de los pacientes con trastornos psicosociales.</u>	90
<u>Tabla 16. Distribución por Salas de los pacientes rechazadores del tratamiento alcoholológico (sólo los 171 pacientes beneficiarios potenciales de tratamiento: excluidos los muertos, las altas precipitadas, derivaciones y pacientes no derivados) y de los pacientes con trastornos psicosociales.</u>	91
<u>Tabla 17. Características de los pacientes en función de la defensividad psicológica y de la conciencia de dependencia alcoholica.</u>	92
<u>Tabla 18. Actitud, capacidad y posibilidades durante su estancia hospitalaria de los pacientes con interconsulta a la UA-HCB respecto a la oferta de tratamiento alcoholológico.</u>	95
<u>Tabla 19. Diferencias en los trastornos psicológicos, neuropsicológicos y psicosociales de pacientes aceptadores y rechazadores (teniendo en cuenta sólo los 171 pacientes beneficiarios de tratamiento).</u>	97
<u>Tabla 20. Ingresos y urgencias previos en función de la aceptación del tratamiento o del tipo de derivación.</u>	98
<u>Tabla 21. Servicio de procedencia de las interconsultas por alcohol durante el primer semestre de 1998. Porcentaje de pacientes que rechazan tratamiento alcoholológico de seguimiento y de los que se derivan a otros dispensarios de Drogodependencias (CAD).</u>	107
<u>Tabla 22. Número de interconsultas (IC) y edad según el tipo de compromiso terapéutico en el momento del alta hospitalaria. Situación del cumplimiento de los tratamientos a los 2 años.</u>	109

<u>Tabla 23. Antecedentes de ingreso, urgencias e interconsultas de los pacientes según el tipo de derivación en el momento del alta hospitalaria.</u>	127
<u>Tabla 24. Evolución hospitalaria a los 4 años de los pacientes según el tipo de derivación en el momento del alta hospitalaria.</u>	129
<u>Tabla 25. Grupos de enfermedades CIE-10 diagnosticados.</u>	133
<u>Tabla 26. Número de grupos de enfermedades CIE-10 para los que los pacientes han recibido algún diagnóstico.</u>	134
<u>Tabla 27. Diagnósticos dentro del grupo V- Trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 (no excluyentes entre ellos).</u>	135
<u>Tabla 28. Características de los pacientes fallecidos.</u>	140

Índice de figuras:

<u>Figura 1. Número de interconsultas solicitadas a la Unidad de Alcoholología del Hospital Clínico de Barcelona (UA-HCB) en función del Servicio durante 1998.</u>	82
<u>Figura 2. Tiempo hasta el abandono del tratamiento alcoholológico de los 57 pacientes que lo aceptaron en el momento del alta hospitalaria. (Función de supervivencia).</u>	114
<u>Figura 3. Tiempo hasta el abandono del tratamiento alcoholológico de todos los pacientes que lo empezaron, según la presencia de trastornos psicosociales.(Función de supervivencia).</u>	116
<u>Figura 4. Tiempo hasta el abandono del tratamiento alcoholológico de todos los pacientes que lo empezaron, según la existencia de interconsultas (IC) previas.(Función de supervivencia)</u>	117
<u>Figura 5. Probabilidad de mantenerse vivos de los pacientes de la cohorte hasta la última visita conocida en el HCB a los dos años del alta hospitalaria. (Función de supervivencia).</u>	118
<u>Figura 6. Probabilidad de mantenerse vivos de todos los pacientes de la cohorte a los 4 años (Función de supervivencia acumulada).</u>	136
<u>Figura 7. Probabilidad de mantenerse vivos a los 4 años de los pacientes. Comparación entre pacientes con y sin trastornos psiquiátricos. (Función de supervivencia acumulada).</u>	138
<u>Figura 8. Probabilidad de mantenerse vivos a los 4 años de los pacientes. Comparación entre pacientes con y sin deterioro cognitivo. (Función de supervivencia acumulada).</u>	139

1. Introducción:

1.1 El consumo de alcohol, el abuso y su dependencia en la sociedad.

Hay grandes variaciones en las estimaciones del consumo, el abuso y la dependencia del alcohol en la sociedad, ya que dependen de las muestras de población y de los criterios usados para definir el síndrome de dependencia al alcohol, su consumo abusivo o las distintas categorías e intervalos de cantidad/frecuencia de los consumos. Los métodos y encuadres usados para identificarlos también son muy distintos.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 el 61% de españoles bebe alcohol en alguna medida y el abuso de alcohol afecta a más del 4% de la población adulta ¹.

Si usamos datos del Plan Nacional sobre Drogas de 1999 ² nos encontramos con que alrededor del 60% de mayores de edad han consumido alcohol en el mes anterior a la encuesta y el 13% lo hace diariamente.

Estos porcentajes son conservadores debido a la tendencia a la infradetección que presentan este tipo de encuestas. Además, ya se ha señalado que los criterios usados para definir abuso de alcohol son muy variables. En el caso de la Encuesta Nacional de Salud sería el beber más de 525 cc. de alcohol a la semana, lo cual está muy por encima de los límites de consumo de riesgo que considera la OMS de más de 28 consumiciones/semana o “standard drinks” (280 gr.) en hombres y 17 en mujeres ³, estando el consumo "prudente" por debajo de 21 consumiciones semanales en el varón y 14 en la mujer ⁴.

Otros estudios en cambio consideran límites de consumo perjudicial en 50 o 35 Unidades de bebida estándar a la semana para hombres (60 gr./ día) o para mujeres (40

gr./ día)⁴, de 33 consumiciones por semana para hombres y 23 para mujeres⁵ o de 80/40 gramos al día respectivamente para hombres y mujeres⁶. El consumo dañino (“hazardous alcohol consumption”) sería de 350 gr./semana (29 estándar drinks) o 100 gr. en una ocasión o más al mes para hombres y 225 gr./semana (19 estándar drinks), o 65 gr. en una ocasión o más al mes para mujeres.

Otro criterio extendido y aceptado por la OMS^{7, 8} es de 40 gramos/día para el hombre y 20 gramos/día para la mujer o bien 5 o más consumiciones en una sola ocasión al menos 4 veces en el pasado mes⁹.

Además de que el límite de consumo que utilizan los estudios puede ser muy arbitrario y heterogéneo, lo que se considera que contiene una consumición puede variar según distintos autores, zonas geográficas e incluso a través del tiempo. El criterio de “standard drink” (SD) en Estados Unidos sería de unos 12 gr., en Australia de 10 gr.¹⁰ y en el Reino Unido de 8 gr.⁴.

Por todo ello se ha intentado desarrollar el concepto de Unidad de Bebida Estándar¹¹, que equivaldría a unos 10 gr. de alcohol puro y sería lo que tiene una consumición de una bebida no destilada. Las consumiciones de destilados se considera que contienen 20 gr de alcohol¹².

Conviene recordar sin embargo que no puede fijarse ningún límite seguro de forma universal y que cualquier cantidad de un tóxico puede ser perjudicial para determinado individuo en según qué situación física, psíquica, personal o social. El mensaje que proponen finalmente los expertos de la OMS es “cuanto menos, mejor”¹³.

Acerca de la dependencia alcohólica es más difícil hacer cálculos debido a la falta de registros clínicos. Si se estima que la mitad de los bebedores abusivos pueden

desarrollar una dependencia al alcohol ¹⁴, tendremos que el 2% de la población española mayor de edad estaría en esta situación

Otros autores y con otros métodos indirectos calculan en cambio que el consumo de alcohol de riesgo para desarrollar un alcoholismo ^{15, 16} puede llegar a afectar al 10% de la población española.

Una idea de lo poco exacto de estas estimaciones es que en estudios hechos en EE.UU. con muestras más amplias ^{17, 18} la prevalencia de alcoholismo puede llegar hasta un 16%, si bien a nivel epidemiológico se obtienen porcentajes de prevalencia del abuso o dependencia del alcohol a lo largo de la vida de un 13,5% ¹⁹.

Para completar la visión de la importancia del alcoholismo en la sociedad hay que señalar que junto con la depresión es el trastorno mental más frecuente a lo largo de la vida de las personas ²⁰ y que según el método empleado para el diagnóstico del alcoholismo incluso está por encima de la depresión ²¹.

1.2. Las consecuencias del consumo de alcohol

1.2.1. Consecuencias físicas.

Las complicaciones orgánicas agudas debidas al consumo de alcohol abarcan desde episodios agudos, como una sobredosis, que incluso puede llevar a la muerte ²², una hepatitis o una pancreatitis aguda ²³, como patologías crónicas de larga evolución, como la pancreatitis alcohólica ²³ y la cirrosis hepática ¹⁶.

El consumo regular de alcohol puede lesionar todos los tejidos y sistemas del organismo, con el desarrollo de enfermedades crónicas, incremento en la mortalidad y elevación de los costes sanitarios ²⁴. Entre las lesiones las hay cerebrales y del sistema nervioso ²⁵, hipertensión arterial ²⁶, miocardiopatía y accidentes vasculares ²⁷,

complicaciones abdominales ²⁸, neoplasias de orofaringe, laringe, esófago ²⁹, hígado, estómago, recto, cervicales y prostáticos ³⁰, de cabeza, pulmón y garganta ³¹. También puede causar problemas dermatológicos ³², endocrinos ³³, musculares ³⁴, óseos ³⁵ e inmunológicos ³⁶.

Es un factor relacionado con el 80% de las muertes por neoplasia de cavidad bucal, laringe y faringe ¹⁶ y el 50% de cirrosis hepáticas.

Las estimaciones aceptadas internacionalmente, elaboradas por los CDC (Centers for Disease Control) de los Estados Unidos ³⁷ y por la OMS ³⁸ de las fracciones atribuibles al alcohol de muertes en distintas enfermedades van desde el 75% de los cánceres de esófago, 50% del cáncer de laringe y del orofaríngeo, 20% del cáncer colorectal, 15% del cáncer de hígado, el 50% de las cirrosis, el 60% de las pancreatitis crónicas y el 42% de las pancreatitis agudas.

En el caso de la accidentabilidad no intencional (diversos tipos de accidentes causados por vehículos a motor, fuego, caídas, etc.) la fracción oscila del 20% al 45% de las muertes y del 28% al 45% respectivamente en suicidios y homicidios ³⁷.

Aparte hay las enfermedades en que la fracción de muerte atribuible al alcohol es total, siendo su causa única y absoluta de muerte, como la cardiomiopatía alcohólica, la psicosis alcohólica, y la gastritis, hepatitis y cirrosis alcohólica ^{37, 38, 39}.

La mortalidad debida al consumo de alcohol calculada a partir de estadísticas oficiales españolas como el Movimiento Natural de la Población en el periodo 1981-1990 y de las fracciones atribuibles de las distintas enfermedades ^{37, 38} fue del 6,3% de media ⁴⁰ y con un ligero incremento en el periodo estudiado. Teniendo en cuenta sólo las enfermedades totalmente atribuibles al consumo de alcohol y sin ajustar por la edad oscila alrededor del 3,2 por mil. Ello es debido a que la mayor parte de muertes no se

dan en alcohólicos -con enfermedades típica y totalmente causadas por el alcohol-, sino al número mucho mayor de personas que beben abusivamente y que sufren enfermedades en las que pocas veces se atribuye al alcohol el papel que tiene.

En el caso de los años potenciales de vida perdidos este hecho es mucho más remarcable, pues la población más joven, con mayores expectativas de vida, muere por accidentes no intencionales, causados por el alcohol, sin haber llegado nunca a desarrollar una dependencia o ni siquiera un abuso alcohólico. Ello explica que aunque estos accidentes contribuyen al 22,1% a la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol, lo hace con el 49,1% de los años potenciales de vida perdidos ⁴⁰.

1.2.2. Consecuencias conductuales.

El alcohol también es una poderosa droga que trastorna la conducta y altera la percepción. Sus consecuencias afectan las esferas laboral, social y familiar: a pesar de las diferencias encontradas entre distintos países, en general el alcohol provoca el 50% de los accidentes mortales de tráfico ³⁸, el 80% de los asesinatos ^{41, 42} y el 80% de la violencia doméstica ⁴³ y es el factor causal de alrededor del 30% de los suicidios ^{38, 44, 45, 46} y de muchos de los accidentes laborales y domésticos. Respecto a los accidentes de tráfico es importante señalar que debido a que afecta sobretudo a población joven, la elevada mortalidad debida al alcohol hace que sea la primera causa de años de vida perdidos prematuramente (50,6% en los hombres y 55,5% en las mujeres) ⁴⁷.

1.2.3. Consecuencias psicológicas.

El hecho de ser una droga implica que las consecuencias no tan solo se deban a su toxicidad, sino también a la dependencia física y psicológica que provoca, alterando

en la persona su esquema de relaciones interpersonales y sus mecanismos adaptativos. Esta dependencia a su vez perpetua el consumo del tóxico e incrementa la posibilidad de tener problemas asociados ⁴⁸.

El alcoholismo es una enfermedad mental, independiente del consumo e intoxicación por alcohol. Un rasgo diferencial con las patologías orgánicas y muchas de las mentales y de las dependencias a otras drogas legales es que sus consecuencias exceden a la propia persona, extendiéndose a los ámbitos familiar, laboral y social, con repercusiones que ocasionan importante sufrimiento.

La sumación de los patrones de aprendizaje, de los maltratos y alteraciones físicas y psicológicas, junto con la herencia genética ⁴⁹ produce unos efectos que pueden perdurar durante largo tiempo, incluso en los hijos y a lo largo de varias generaciones.

1.2.3.1. Patología dual.

La relación entre los trastornos por uso de sustancias en general y el alcoholismo en particular, y los otros trastornos mentales puede ser muy variada: síntomas psiquiátricos desarrollados como consecuencia del uso o abuso del alcohol, trastornos psiquiátricos que alteran el curso del alcoholismo, viceversa, alcoholismo que afecta el curso del trastorno psiquiátrico, la psicopatología como factor de riesgo para el desarrollo de un alcoholismo o bien una vulnerabilidad común, tanto del alcoholismo como del trastorno psiquiátrico ⁵⁰. Estas alteraciones suelen ser abundantes, muy variadas y graves.

A pesar de las dificultades diagnósticas por la confusión de los síntomas entre ambas entidades y la diversidad de teorías acerca de sus factores causales y explicativos, tanto los estudios epidemiológicos como los clínicos vienen demostrando

desde hace unos 15 años la elevada comorbilidad entre los diagnósticos relacionados con el abuso y dependencia del alcohol y otras drogas y otros trastornos psiquiátricos.

Esta tasa llega al 37% entre los alcohólicos detectados en muestras de población general recogidas epidemiológicamente, pero puede aumentar hasta más del 50% en caso de los alcohólicos que siguen un programa de tratamiento ¹⁹.

Viceversa, en el caso de pacientes con trastorno mental, la tasa de comorbilidad de abuso de alcohol a lo largo de la vida llega al 29%, siendo el riesgo de padecer un trastorno adictivo 2,7 veces mayor que entre la población general ¹⁹.

Hay autores que hallan que entre los enfermos ingresados por problemas agudos en salas de psiquiatría de hospitales generales, con escasas excepciones todos los pacientes con trastornos por uso de sustancias presentan alguna comorbilidad psiquiátrica ⁵¹, mientras que además el 63% tienen un diagnóstico triple (mental, físico y de sustancias).

En muestras comunitarias los trastornos mentales que se asocian más frecuentemente con el alcoholismo son el trastorno antisocial de la personalidad, las dependencias a otras sustancias, la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, los trastornos por somatización y la manía ^{21, 52}.

La frecuencia de trastornos de ansiedad en los alcohólicos oscila entre el 23% y el 53% ^{53, 54, 55, 56} y el alcoholismo entre pacientes con trastornos de ansiedad entre el 10% y el 28% ^{57, 58, 59}.

En el caso de la depresión se presenta en los alcohólicos en un rango que oscila del 3 al 98% ^{60, 61} mientras que del 5 al 10% de pacientes depresivos primarios sufren alcoholismo ^{62, 63}. Entre los alcohólicos el riesgo de padecer una depresión mayor se multiplica por cuatro ⁶⁴.

Otras patologías, como la esquizofrenia, presentan prevalencias de dependencia al alcohol en un rango que oscila del 3 al 63% ⁶⁵ aunque probablemente los esquizofrénicos en realidad presentan consumos abusivos, secundarios, sintomáticos y muy variables, lo que puede explicar que otros autores encuentren tasas menores ⁶⁶.

Los trastornos de la personalidad también se asocian frecuentemente con los trastornos por el uso de alcohol ⁵¹. El más frecuentemente asociado con el alcoholismo es el antisocial, que puede llegar al 50% de los alcohólicos ⁶⁷. Sin embargo es muy discutible que sea una estructura previa que predisponga al alcoholismo. Mas bien parece ser una conducta que se ha ido conformando como resultado de las alteraciones físicas y psicológicas de la dependencia y el consumo abusivo de alcohol, como sugieren los estudios naturales de seguimiento ⁴⁸.

Resumiendo, el hecho de que el consumo abusivo y problemático de alcohol sea la causa que induzca un trastorno mental, viceversa, una consecuencia de él, que su consumo sea un síntoma psicopatológico más, que vayan unidos como resultado de una misma alteración genética o manifestación de la misma vulnerabilidad psicológica, o que sean independientes, no modifica que el objetivo deba ser orientado a una abstinencia absoluta inicialmente prolongada y estable en el tiempo. Otra cosa es que esta información sea útil y significativo en cuanto a la manera de conseguir los objetivos terapéuticos.

1.2.4. Consecuencias sociales.

Entre estos problemas merecen señalarse los laborales, como bajo rendimiento, absentismo, despidos, desempleo y accidentes en los puestos de trabajo ⁶⁸. Unos 110.000 accidentes laborales al año con incapacidad transitoria se relacionan con el

consumo de alcohol, con un coste sanitario de 122 millones de euros ⁶⁹.

También puede generar problemas económicos y domésticos, que en muchos casos llevan a la marginación ⁷⁰.

1.2.5. Consecuencias económicas.

Independientemente del sufrimiento, la infelicidad y la enfermedad, que no pueden medirse de ninguna manera en términos humanos, los costes sociales que provoca se pueden medir simplemente en términos económicos.

Por el principio de coste social se entiende cuando los recursos se apartan y se dirigen lejos del uso al que originalmente se habrían destinado o bien cuando la cantidad total de productos y servicios disponibles para el consumo se reducen (NIDA).

Estos costes son difíciles de calcular, pues económicamente engloban: a) los costes sanitarios, derivados del tratamiento del abuso de alcohol y las enfermedades causadas o favorecidas por este, b) los laborales, que incluyen las ganancias perdidas entre los que abusan del alcohol, o que debido a él están enfermos o en la cárcel y el de las personas víctimas de delitos o accidentes relativos al abuso de alcohol. Las pérdidas de productividad también incluyen las ganancias que no tuvieron los individuos que murieron prematuramente por culpa del alcohol y c) los costes sociales que incluyen los no directamente asociados con la salud, tales como los consecuentes a delitos y juicios, los destinados a ayudas y programas sociales, o los producidos por accidentes con vehículos o siniestros diversos (incendios, inundaciones, caídas, etc.). ⁷¹.

En España se ha calculado un coste mínimo anual de 630.000 millones de pesetas, de los que 177.000 son en gasto sanitario y unos 400.000 millones atribuibles al impacto laboral (absentismo y pérdida de productividad) ⁶⁹.

En Estados Unidos superaron los 100.000 millones de dólares durante 1990^{13, 72} aunque otras estimaciones lo sitúan en 245.700 millones, de los que 97.700 se debieron al abuso de drogas, incluyendo costes sanitarios, de delitos y de pérdida de productividad^{71, 73}.

Hay que tener en cuenta que esos gastos los producen no sólo los alcohólicos y los abusadores de alcohol, sino sobretodo los consumidores normativos.

En Francia el coste global del alcoholismo ha sido estimado en 13200 millones de dólares USA/año⁷⁴.

1.3. La detección del abuso y la dependencia de alcohol.

A pesar de la gran prevalencia del consumo de alcohol y las abundantes y graves consecuencias de su abuso y dependencia, éstas son sorprendentemente enfermedades escasamente detectadas y menos tratadas. En toda España el 1998 tan sólo iniciaron tratamiento por su alcoholismo en centros especializados unas 25637 personas, mientras que por otras drogas lo hicieron 82361, además de 63000 enfermos en programas de mantenimiento con metadona⁷⁵.

En Catalunya menos de 5000 personas inician anualmente nuevos tratamientos especializados (incluyendo los reinicios) en la red de centros públicos de drogodependencias⁷⁶, lo que representa sólo un 0,08 % de la población, un número inferior al de tratamientos de personas con adicción a los opiáceos, cuya prevalencia en la población y su impacto en la salud pública son claramente muy inferiores.

Para el observador mínimamente atento las consecuencias del consumo de alcohol son constantemente patentes en la sociedad: i) en la prensa, con noticias de violencia, malos tratos, asesinatos, suicidios, accidentes, etc, ii) en las escuelas, con

alumnos desadaptados, problemáticos, con graves carencias psicológicas y familiares, iii) en los Servicios Sociales, con personas marginadas o en trance de estarlo, familias desestructuradas e hijos abandonados iv) en la Justicia tanto civil como penal, con separaciones, crímenes y agresiones, v) en el mundo laboral, con altas tasas de accidentabilidad, absentismo y disminución de la productividad y vi) en las instituciones psiquiátricas con enfermos crónicos o demenciados.

El campo sanitario debería constituir una excelente atalaya para detectar primero a estas personas enfermas y después tratarlas. Desde hace algún tiempo ya se hacen campañas para sensibilizar a los médicos de atención primaria acerca del alcoholismo ⁷⁷.

Se estima que la prevalencia de trastornos ocasionados por el alcohol en las consultas de atención primaria está en torno al 15-20% (⁷⁸).

Sin embargo si la detección del alcoholismo en sus fases iniciales correspondería más bien a la Atención Primaria los enfermos que ya presentan un alcoholismo en fases avanzadas, de edad más avanzada que los alcohólicos tratados ambulatoriamente (^{79, 80, 81}) y con problemas orgánicos graves, ingresan en los hospitales. Estos casos acostumbran a requerir largos y complicados tratamientos, en los que la abstinencia alcohólica es fundamental.

1.3.1. La detección del abuso y la dependencia de alcohol en los hospitales generales.

Desde hace años existen numerosos y variados estudios en todo el mundo, España incluida, sobre el impacto del consumo de alcohol y/o el alcoholismo en los ingresos de los hospitales, tanto generales como psiquiátricos ^{82, 83, 84, 85}.

A nivel de los hospitales generales se calcula que la prevalencia de patología orgánica relacionada con el consumo de alcohol en los servicios de medicina está alrededor del 25% ^{86, 87} oscilando en España entre el 15 y el 35% de toda la población ingresada ⁸⁸. Aparte del abuso, el diagnóstico de alcoholismo según los diversos autores se puede dar a entre un 8 y un 47% de los enfermos hospitalizados ^{89, 90} o bien en una franja del 10 al 20% ⁸⁵. También son alcohólicos el 40% de los pacientes que ingresan en instituciones psiquiátricas ⁹¹.

Ya desde los primeros estudios ⁹² siempre se obtienen prevalencias significativamente mas altas en hombres que en mujeres, del 43% frente al 14%, de cuatro a uno ⁵ o incluso de diez a uno ⁶.

Hay que distinguir que los estudios pueden dirigirse a distintos tipos de población hospitalaria: en unos casos son simplemente los enfermos que presentan alguna patología que puede estar relacionada con el consumo de alcohol. En otros se busca a pacientes que presentan consumos abusivos o de riesgo. El nivel siguiente es buscar a los que ya han presentado además consecuencias por su consumo abusivo, tanto físicas como psíquicas. Entre ellas cabria distinguir las crónicas de las agudas, pues no es el mismo tipo de historial de consumo el de un enfermo con cirrosis hepática que el de un joven accidentado por culpa de una intoxicación alcohólica o si este joven acude repetidamente con distintas intoxicaciones.

El último estadio son los estudios dirigidos a detectar enfermos que cumplen criterios de dependencia al alcohol.

En ocasiones no se diferencia suficientemente el tipo de población que se busca detectar. Ello ocasiona dificultades en el momento de generalizar los hallazgos y discrepancias en la comparación de estos con los de otros estudios. También confunde

en el tipo de metodología e instrumentos a utilizar ¹¹, pues no son los mismos los que ayudan a detectar a los consumidores abusivos de alcohol, mediante cuestionarios de salud como el Health Survey Questionnaire (HSQ) que pueden incluir escalas de cantidad/frecuencia de consumo de alcohol ⁹³, los que detectan a los bebedores de riesgo con cuestionarios como el AUDIT ⁹⁴, o los que buscan a los pacientes alcohólicos, como el MALT ^{95,96}.

Las discrepancias anteriormente señaladas sobre los criterios de lo que es un consumo abusivo obviamente también provocan que las estimaciones varíen. Precisamente por ello aparecen sorpresas como prevalencias tan bajas como del 9,5% de consumidores crónicos abusivos de alcohol entre los ingresos en un hospital general, utilizando un punto de corte de 80/40 gr./día de consumo de alcohol para hombres/mujeres ⁶.

También las discrepancias en la detección hospitalaria de los consumidores abusivos de alcohol pueden deberse a las diferencias metodológicas en los criterios de selección de la muestra cuando los objetivos de los estudios son distintos de la mera detección.

Así pueden aparecer prevalencias de consumo abusivo de alcohol en el 19,6% y 4,8% de hombres y mujeres respectivamente ingresados en un hospital general ⁵, pero excluyendo en cambio a pacientes con patología psiquiátrica concomitante, intentos de suicidio, sin domicilio o con problemas orgánicos crónicos debidos al alcohol. Ello es debido a que cuando se busca estudiar los tipos de intervención mas efectivos, se excluye precisamente a los pacientes más graves, que no pueden beneficiarse de ellas, o bien a los que tienen pocas garantías de que realizarán el seguimiento o de que podrán ser localizados.

En general cada estudio presenta diferencias con los demás en alguno de los criterios de consumo / abuso / dependencia, en las características de la población estudiada o en los objetivos y metodología con que se realiza el estudio, con lo que el rango de resultados puede llegar a ser amplio y aparentemente heterogéneo. A pesar de todo la orquilla de los pacientes que en los hospitales generales presentan enfermedades relacionadas con su consumo de alcohol siempre oscila alrededor del 25%.

1.3.1.1. Detección del abuso y la dependencia del alcohol en distintos países:

A nivel internacional los porcentajes de pacientes ingresados que consumen alcohol de forma abusiva son similares, pero sorprendentemente pueden observarse diferencias acusadas en medios muy parecidos y próximos, probablemente debido a los distintos criterios en la medición de los consumos, su categorización y la metodología empleada en los estudios.

Así, en Estados Unidos las prevalencias de pacientes abusadores de alcohol pueden variar según los estudios desde el 25% ⁹⁷ a tan sólo un 7,4% ⁹⁸, mientras que en nuestro propio hospital en la ciudad de Barcelona en un estudio se halla de un 15% a un 30% entre alcoholismos confirmados y sospechosos ⁹⁹ utilizando el cuestionario MALT y en cambio, un año después, en el mismo hospital pero exclusivamente en una sala de Medicina, aparece en otro estudio tan sólo un 4,8% ¹⁰⁰ de alcohólicos, guiándonos por el criterio del nivel de consumo.

Al mismo tiempo, en otro hospital de la misma ciudad se hallaba el 37,5% de alcohólicos o bebedores excesivos al utilizar una combinación de instrumentos psicométricos y sobretudo entrevistas psiquiátricas especializadas, ya que el equipo médico habitual tendía a no detectar un gran número de problemas asociados con el

alcohol ¹⁰¹.

Estas diferencias pueden atribuirse a diferentes metodologías, instrumentos y procedimientos de diagnóstico y/o detección, grupos de población, salas de hospitalización, porcentaje relativo de ambos sexos y también a los criterios usados para clasificar un alcoholismo confirmado, una sospecha de él o bien un consumo abusivo, termino que admite variadas descripciones operativas.

En otras áreas geográficas hallamos estudios en Hungría que en una muestra de más de 3000 enfermos hospitalizados en salas de medicina, cirugía, traumatología, psiquiatría y neurología hallan que un 19% de los hombres y un 2% de las mujeres son bebedores problemáticos. Estos porcentajes suben al 32-35% entre los hombres de 35 a 44 años ¹⁰².

En Alemania encuentran en salas de Medicina y Cirugía un 20,7% de abusadores y un 16% dependientes del alcohol. Dependiendo de las distintas Salas la prevalencia de abuso de alcohol oscila entre el 11,1% y el 32,9% y según el mes del ingreso entre el 11,3 al 28,7% ¹⁰³.

En Finlandia, combinando el uso del CAGE, un autoreporte y la opinión de los médicos, detectan en un hospital general que un 25% de hombres y 11% de mujeres ingresadas presentan consumo abusivo de alcohol ¹⁰⁴.

Los mismos autores, unos años después, analizando sólo a los pacientes que ingresaban en salas psiquiátricas, hallaron que el 28% recibieron un diagnóstico CIE-10 de trastorno por uso de sustancias, de los que el 64% eran hombres. De estos pacientes, el 52% de los hombres y el 34% de las mujeres el diagnóstico era de dependencia al alcohol. Otro 38% de las mujeres había ingresado por intoxicaciones agudas ⁵¹.

En Australia el 47% de hombres y 4% de mujeres se identifican como bebedores

de riesgo, actuales o en el pasado, siendo ingresados principalmente debido a traumatismos. Las enfermedades relacionadas con el alcohol no se diagnostican fácilmente como tales y los equipos médicos se muestran reacios a tratar y enfrentar el abuso de alcohol, siendo por tanto muy infraestimados las enfermedades debidas al alcohol.¹⁰⁵

En Inglaterra a un 19,5% de los ingresados en un hospital se les detecta un problema con el alcohol, porcentaje superior al hallado en muestras comunitarias¹⁰⁶. Los bebedores tienden a ser hombres y más jóvenes que los no bebedores, fuman más, tienen una situación social más desestructurada, un nivel social más bajo y más antecedentes de alcoholismo. Como los pacientes hospitalizados comprenden un número de pacientes alcohólicos mayor que en la población general, se recomienda la detectar y tratar a estos pacientes cuando aún están en fases temprana de su descompensación física y social.

Son alcohólicos el 25% de todos los ingresos en salas de Medicina, Cirugía y Traumatología de un hospital comunitario de Suecia (Goteborg) y una enfermedad relacionada con el alcohol fue la causa de ingreso en un tercio de ellos⁸⁶.

También son alcohólicos el 7,7% de los enfermos ingresados en las salas quirúrgicas y médicas de un hospital universitario holandés (Rotterdam), aunque en este país sólo se registra ésta enfermedad como un diagnóstico de alta hospitalaria en el 0,6% de enfermos¹⁰⁷.

En Irlanda del Norte (Belfast) hallan en un mismo hospital que el 16% de pacientes ingresados, el 15% de los pacientes ambulatorios y 38,5% de los que acuden a urgencias son consumidores abusivos de alcohol¹⁰⁸.

En Italia (Nápoles) el 43,8% de hombres y el 14,8% de mujeres ingresados en un

hospital general presentaban problemas orgánicos debidos al consumo de alcohol ⁹².

Sorprende que incluso en medios culturales tan alejados del nuestro como la India se encuentren con que un 23,3% de los pacientes están ingresados por problemas relacionados con el alcohol ¹⁰⁹.

1.3.1.2. Detección del abuso y la dependencia de alcohol según las distintas Salas hospitalarias:

La inmensa mayoría de estudios se han realizado en salas de Medicina, Cirugía y, en menor grado, Traumatología, probablemente porque son de las que se puede esperar una mayor prevalencia de alcohólicos. Sin embargo también se han estudiado las diferencias de prevalencia en otras salas hospitalarias.

En Estados Unidos el abuso de alcohol afecta al 25% de ingresos en Medicina, 30% de los de Psiquiatría, 23% de Cirugía, 19% de Neurología y un 12,5% de Ginecología y Obstetricia ⁹⁷.

En los hospitales psiquiátricos del 20% ¹¹⁰ al 33% de los ingresos también tienen abuso de tóxicos, principalmente alcohol, mas a menudo en las zonas rurales que las urbanas ¹¹¹.

Nuestros datos también confirman la mayor detección que se hace de los pacientes con problemas relacionados con el alcohol en salas como Hepatología, Medicina Interna y Psiquiatría, mientras la detección en otras salas como Traumatología u Otorrinolaringología es casi testimonial ^{79, 80}.

En el caso especial de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) también se encuentran con que un 37% de pacientes tienen probablemente problemas con el consumo de alcohol ¹¹². Y a pesar de la frecuente presencia de deliriums, depresión y

ansiedad y de que se prescribe algún tipo de medicación psicoactiva a más de la mitad de los pacientes, sigue habiendo escaso acuerdo entre los diagnósticos psiquiátricos hechos por los equipos de las UCI's o por psiquiatras independientes.

En general los estudios tienden a encontrar más pacientes con problemas orgánicos debidos al alcohol en las Salas de Medicina Interna que de Cirugía ^{103, 109}, aunque en todas las salas e incluso épocas del año se debe tener en cuenta la importancia de la prevalencia de pacientes con abuso o dependencia alcohólica que están ingresados ¹⁰³.

1.3.1.3. Detección en los servicios hospitalarios de Urgencias.

En las urgencias por accidentes se encuentra que el 51% consume alcohol diariamente y el 79,3% el mismo día del accidente, con alcoholemias positivas en el 42,9% de los accidentes de tráfico y el 22,6% de los casuales ¹¹³.

Otros estudios hallan que el 12% de los atendidos en urgencias ¹¹⁴ lo son por trastornos relacionados con el consumo de alcohol (TRA), la mayoría de veces intoxicaciones, casi el 7% de ingresos por TRA, así como un número importante de las visitas ambulatorias que estos ingresos generan.

Datos obtenidos de registros centralizados permiten calcular en Estados Unidos que durante un periodo de 9 años (de 1992 al 2000) se generaron nada menos que 68 millones de urgencias hospitalarias fueron atribuibles al alcohol y que este número se incrementa un 18% a lo largo de ese periodo ¹¹⁵. Los diagnósticos médicos totalmente atribuibles al consumo de alcohol eran mas frecuentes entre los varones negros de 30 a 49 años.

En nuestro propio hospital, que es un hospital general, el diagnóstico de

trastorno por consumo de tóxicos está presente en el 15,1% de las urgencias hospitalarias psiquiátricas, aunque el motivo de consulta inicial por consumo de sustancias psicoactivas se elevaba inicialmente al 18,9% de casos ¹¹⁶.

1.3.1.4. Instrumentos y métodos de detección:

En general los estudios acerca de la prevalencia de enfermos que presenten enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol en un hospital utilizan instrumentos psicométricos o biológicos, como el MALT ^{99, 107}, el CAGE ¹⁰¹ y el Volumen Corpuscular Medio (VCM) ¹¹⁷, el AUDIT ¹¹⁸ o el Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) ^{100, 101}, o bien se construyen nuevos instrumentos resultado de la combinación de varios otros ¹¹⁹ u obtenidos a partir de revisiones del MAST ¹⁰¹. La otra vía de obtención de información es la entrevista clínica, que puede ser más o menos estructurada y específica para el consumo de alcohol o drogas, como puede ser el SCAN ¹²⁰.

En otros estudios se utiliza la simple exploración por parte del médico del consumo acumulado de alcohol y se compara con instrumentos psicométricos como el MAST-r ¹⁰⁰. El problema, como siempre, es el criterio para establecer un punto de corte de riesgo en el consumo de alcohol: en este estudio se utiliza el criterio del consumo de 100 gr./día en hombres y 80 gr./día en mujeres durante más de 2 años. En este caso, además de ser muy relativa, la relación de este nivel de consumo con la aparición de problemas asociados con el alcohol o sobretodo con una posible dependencia, aún es más difícil poder establecer con un mínimo de fiabilidad el consumo acumulado de un alcohólico durante 2 años, por la minimización que presentan tanto de cantidades como de frecuencias, como demuestra el bajo porcentaje, inferior al 5%, que hallan con estos

consumos reconocidos ¹⁰⁰.

La utilización de cuestionarios que valoran indirectamente las consecuencias del consumo de alcohol, como las traumatológicas con el “Trauma Scale”, puede ser útil solo si se mejora su alto número de falsos positivos con otros instrumentos más sensibles y directos, como el CAGE y el MAST ¹²¹, aunque estos sean criticados por la vulnerabilidad a la disimulación.

En cambio otros instrumentos como el Self-administered Alcoholism Screening Test (SAAST) tienden a infraestimar el número de pacientes alcohólicos ⁹⁸. El hecho de añadir pruebas de laboratorio no mejora esta detección, pues sólo son detectados así un pequeño número de los pacientes positivos según el test. La conclusión es que la baja detección del alcoholismo no ha mejorado en muchos años a pesar de contar con más y mejores pruebas de laboratorio.

Obviamente la edad, la patología orgánica y las características de los pacientes alcohólicos influyen mucho en el tipo de síntomas que muestran y que pueden ser sensibles a los distintos sistemas de detección existentes.

Otra vía para identificar a estos pacientes es la utilización de diversos criterios simultáneos, aunque entonces el problema es si se les da a cada uno de ellos la misma credibilidad y validez en el momento de establecer un diagnóstico. Algunos autores han utilizado la combinación del MAST, un diagnóstico de alta relacionado con el consumo de alcohol y un autoreporte de consumos superiores a 60 gr./día de alcohol en hombres y 36 gr./día en mujeres durante 2 años ⁹², con lo que obviamente logran aumentar el número de casos detectados.

En otros trabajos se investiga qué tipo de profesional o con qué entrenamiento se pueden identificar mejor los alcohólicos, llegando a la conclusión que las enfermeras

pueden ser más eficientes que los mismos médicos, detectando al 61% de pacientes que presentan un trastorno psiquiátrico según criterios DSM-IV, comparado con el 41% de detección por parte de los médicos ¹²².

De todos los enfermos ingresados identificados por el test AUDIT como abusadores de alcohol, sólo el 50% de ellos son detectados como tales por la enfermera o el equipo médico ¹⁰⁸, aunque el AUDIT, a pesar de tener una sensibilidad del 100% y una especificidad del 84% sólo mostraba un valor predictivo positivo del 56%. Este porcentaje baja al 25% de los pacientes detectados con el SCAN ¹²⁰ y posteriormente baja más cuando se cuentan los enfermos que acaban siendo tributarios de tratamiento por parte de sus médicos ¹²³.

Comparado la valoración médica con tests como el AUDIT ¹²⁰ y con una entrevista semiestructurada como el SCAN, los médicos sólo detectaban el 25% de pacientes detectados con los otros métodos,

También sabemos que entre las dificultades que hay para la detección puede encontrarse la corta estancia en los ingresos, pues la ventana terapéutica entre la ausencia de alteraciones psiquiátricas y orgánicas agudas que impiden la correcta evaluación y el alta hospitalaria no hay más de uno o dos días ¹¹⁸.

Otros factores que influyen en la detección se reparten entre enfermos y médicos: la defensividad de los primeros y sus dificultades de comunicación por hostilidad o irritabilidad, cuando no simplemente por deterioro cognitivo. Ello se combina con unas actitudes médicas en que se cree que indagar acerca de los consumos de alcohol es una intromisión en la libertad de los sujetos, unos conocimientos limitados acerca de los síntomas psicosociales y una medicalización excesiva que puede llevar al médico a pensar que el consumo de alcohol de sus pacientes no es un problema médico.

En algunos casos estas actitudes pueden estar influidas por la “mentalidad de usuario”, en que el profesional sanitario tiende a analizar los consumos de los demás a partir de la comparación con los propios ⁹⁹, banalizándolos.

A nivel de los estudios de investigación acerca de la prevalencia del alcoholismo pueden llegar a implementarse depurados métodos de evaluación, que pueden utilizar entrevistas semiestructuradas y estandarizadas, cuestionarios psicométricos, pruebas de laboratorio ^{92, 97, 124} e incluso combinarse con la utilización de comprobaciones de los historiales clínicos ⁸⁶.

En el caso de comparar cuestionarios con el diagnóstico médico se ha hallado que el 43% de hombres y el 26% de mujeres detectados positivamente por el cuestionario CAGE o por un autoinforme también eran identificados por sus médicos. En cambio el 17% de hombres y el 14% de mujeres identificados como bebedores abusivos por sus médicos, no eran detectados por los cuestionarios ¹⁰⁴. La conclusión de los autores es que aunque el alcoholismo se detecta mejor cuando está asociado con alteraciones orgánicas, siempre debe ser evaluado el consumo de alcohol, pues los problemas relacionados con él se dan en todas las especialidades médicas y los alcohólicos presentan un amplio rango de trastornos médicos.

Desafortunadamente estas metodologías que requieren el uso de cuestionarios, entrevistas, etc., son vistas como complejas por los médicos, lo que sorprende cuando se comparan con las utilizadas para cualquier otro trastorno médico. Posiblemente es más costoso y agotador en términos personales dedicar un tiempo a una entrevista para aclarar consumos con alguien que no siempre quiere colaborar o lo hace de forma poco sincera, que la petición de cualquier exploración complementaria por compleja técnicamente que sea.

La recomendación de usar sistemas más o menos estandarizados de evaluación y de investigar sistemáticamente el consumo de alcohol de todos los pacientes en cualquier sala de un hospital es general y ningún estudio se opone^{98, 104, 109, 118}.

Sin embargo se reemplaza en la práctica clínica por la utilización de sistemas lo menos costosos posible y sólo dirigidos a grupos de pacientes con una alta sospecha de consumo de alcohol, en que la evaluación va dirigida más a confirmar que a detectar.

Un ejemplo de ello son las interconsultas hospitalarias que se realizan a través de los servicios de Psiquiatría de Enlace, que reflejan precisamente la escasa detección del abuso de drogas en general y del alcoholismo en particular en los hospitales generales, ya que estas dos patologías representan tan solo un 7% del total de interconsultas psiquiátricas¹²⁵.

1.3.1.5. ¿Enfermedad infradetectada?: ¿Causas?.

Ya hemos comentado diferentes vías que explican la discrepancia en los datos que se obtienen de la prevalencia hospitalaria del abuso/dependencia alcohólica y diversas fuentes de sesgo o error que pueden existir:

Hay dificultades en definir los síntomas a detectar, pues las muestras de alcohólicos pueden ser muy heterogéneas en sus características y fase evolutiva de la enfermedad. Hay dificultades en las características psicométricas de los cuestionarios, la complejidad y coste de las entrevistas semiestructuradas, la especificidad de las pruebas de laboratorio, la definición de los umbrales y puntos de corte para definir la gravedad de los consumos y hasta en la manera de cuantificar estos.

De cualquier modo, y a pesar de las posibles diferencias, los estudios coinciden en que el uso, abuso y dependencia del alcohol y los problemas orgánicos relacionados

con su consumo están muy infraestimados y todo ello a pesar de la gran cantidad de pacientes ingresados con un alcoholismo encubierto ^{97, 103, 109}. Quizás lo peor de todo es que éstas dificultades de detección persisten a pesar de que están documentadas y señaladas desde hace más de 20 años ⁹⁸.

El hecho de que aunque se detecte el alcoholismo luego casi nunca se refleje como un diagnóstico en el informe de alta hospitalaria ^{92, 97, 107} o la resistencia de los médicos a enviar después a estos pacientes a tratamientos apropiados ¹⁰⁵ da una idea de la escasa consideración del alcoholismo como enfermedad significativa y relacionada con el ingreso hospitalario, por no decir simplemente como enfermedad a secas.

Entre las causas de esta situación de entrada parecería determinante la escasa información y formación que se da al personal sanitario sobre el alcoholismo. Sin embargo hay estudios que muestran que los sanitarios cuando se entrenan para usar los instrumentos diagnósticos y psicométricos adecuados son perfectamente capaces de detectar a gran parte de los alcohólicos ingresados ¹²⁴ y sin embargo siguen siendo poco proclives a derivar estos enfermos a servicios especializados para tratar su adicción ¹²⁴.

Este entrenamiento permite aumentar del 22% al 35% el número de notas clínicas en las historias médicas que contienen referencias cuantitativas respecto del consumo de alcohol. Si además se proporciona un feed-back de los resultados el porcentaje puede aumentar al 48% ¹²⁶.

Da la impresión por tanto de que, por una parte, el entrenamiento y la sensibilización desaparecen al cabo de un tiempo (posiblemente al ritmo que los profesionales residentes van cambiando). Por otra parte, parece que para explicar las causas de la infradetección entran en juego otros factores más emocionales, relacionados quizás con la “mentalidad de usuario” de los sanitarios, de los prejuicios y

la actitud de rechazo que despierta esta enfermedad y también de cierta actitud terapéutica que puede oscilar desde el pesimismo nihilista a la creencia de que el simple consejo médico surte efectos milagrosos ¹²⁷.

En cualquier caso, el hecho de que la detección por parte de los médicos aumente significativamente cuando se les fuerza a utilizar cuestionarios psicométricos, a investigar específicamente acerca del consumo de alcohol de sus pacientes o cuando utilizan entrevistas semiestructuradas ante la mera sospecha de un abuso de alcohol ¹²⁴ sugiere que las dificultades para la detección de los pacientes alcohólicos por parte de los profesionales sanitarios no están tanto en el campo de las habilidades y las competencias técnicas sino en el de las motivaciones y los esfuerzos sistemáticos.

Otra causa de la infradetección del alcoholismo es la poca disponibilidad de tiempo ¹¹⁸ por la brevedad de los ingresos, ya que la ventana terapéutica para entrevistar al paciente en buenas condiciones es sólo de uno o dos días, que son los que hay entre la desaparición de los síntomas psiquiátricos agudos y el alta médica.

Esta limitación de tiempo junto con razones estructurales y del uso de estrategias de detección demasiado generalistas y sin una población diana clara para evaluar pueden ayudar a explicar la infradetección que se da de estos enfermos en la Atención Primaria, donde también se constatan cifras muy bajas de detección de consumo abusivo de alcohol, inferiores al 5% de los pacientes evaluados ¹²⁸, siendo pocos los pacientes que reciben un seguimiento y muchos menos a los que finalmente se les diagnostica un alcoholismo.

Resumiendo, parte de las causas de infradetección no están en los métodos, la formación o los recursos, sino más bien en factores sociales, emocionales y actitudinales de los profesionales y las instituciones sanitarias.

Finalmente, aunque el personal sanitario no presentara reticencias y resistencias hacia el abordaje de estos enfermos, se dispusiera de tiempo, se conociera la enfermedad alcohólica, su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, no existiera un escepticismo y desmotivación ante los resultados y se tuviera la capacidad de hacer una detección sensible y específica de los pacientes alcohólicos, quedaría por integrar estos procedimientos en las rutinas clínicas diarias y normales que se hace sistemáticamente con todos los enfermos en cualquier hospital del mundo.

Probablemente éste es el punto determinante en lograr una adecuada detección, y no sólo la publicación sucesiva de artículos sobre el tema. En ese momento la detección del alcoholismo en los hospitales dejará de ser noticia, síntoma de su buen funcionamiento.

1.4. Tratamiento de los pacientes detectados.

Ya hemos visto que en general la detección y el tratamiento de los trastornos psicológicos y psiquiátricos es poco satisfactoria en los hospitales generales, que cuentan con poca infraestructura para la psiquiatría de enlace ¹²⁵. Cuando se dispone de la posibilidad de la psiquiatría de enlace ésta se utiliza escasamente y por debajo de la prevalencia de trastornos psiquiátricos ¹²⁹.

Incluso en el caso de contar con Unidades de Cuidados Intensivos ¹¹², en lugar de realizarse una atención integral se tiende a buscar un mantenimiento vital de gran complejidad y especialización, pero con criterios poco claros en el uso abundante de medicamentos psicoactivos y con poca preocupación por las enfermedades crónicas a tratar en el futuro y escasas consultas a los especialistas de psiquiatría de enlace.

También hemos visto la importancia del personal sanitario, más de sus actitudes

que de su formación, en esta detección.

Sin embargo pocas veces reciben un tratamiento especializado los pocos enfermos alcohólicos que en escasas ocasiones son detectados por los ocasionales protocolos de detección ¹³⁰. Las actitudes terapéuticas oscilan entre el consejo paternalista, hasta la motivación, pasando por la derivación a servicios especializados con mayor o menor control posterior:

a) El consejo:

En la mayoría de ocasiones los pacientes alcohólicos detectados en un hospital reciben el simple consejo médico de la abstinencia, o el de consultar con un servicio especializado sin concretarlo ¹³⁰. Con suerte el médico o alguien del equipo sanitario (enfermera, asistente social) puede conocer o se toma la molestia de encontrar algún recurso concreto para poder remitir al paciente.

Además frecuentemente se instauran tratamientos psicofarmacológicos sin un diagnóstico claro o bien se efectúan diagnósticos sin hacer posteriormente las indicaciones terapéuticas necesarias y consecuentes con el diagnóstico ¹¹².

b) La derivación:

Si el profesional no está motivado para ofrecer una ayuda post-alta difícilmente se podrá estimular la motivación del paciente, que sabemos que es esencial y directamente relacionada con el resultado. Sin ninguna intervención terapéutica externa el consumo de alcohol puede reiniciarse a las pocas semanas del alta y a pesar de ello se asume como normal el enviar a servicios especializados sólo el 10% de pacientes detectados ⁹⁷. Otros autores hallan que menos del 20% de los pacientes diagnosticados como alcohólicos durante su ingreso en un hospital y que sobrevive a los 4 años, ha recibido algún tipo de tratamiento de su dependencia ¹³¹, siendo precisamente estos

enfermos tratados los que tienen una mortalidad más baja.

En el caso excepcional de que un enfermo alcohólico sea detectado en un hospital, solicitada una interconsulta (habitualmente al servicio de Psiquiatría si éste existe en el propio hospital) y éste servicio, además de atenderlo, le indique un tratamiento especializado, éste tratamiento acostumbra a ser externo (y por tanto se remite a un enfermo negador y que rechaza tener problemas o necesitar ayuda a otros terapeutas que le son unos perfectos desconocidos), con suerte de cariz profesional (en Estados Unidos en caso de hacerlo tienden a enviar los enfermos a Alcohólicos Anónimos -AA.AA.) y del seguimiento del cual no se volverá a saber nada nunca más. Toda esta cadena de excepcionalidades hace que las posibilidades de que un enfermo alcohólico que ingresa en un hospital general siga después un tratamiento ambulatorio son casi pocas.

De cualquier manera, como algunos autores señalan ⁵¹, la elevada comorbilidad psiquiátrica, la relación del alcohol con las intoxicaciones e intentos suicidas, que son situaciones frecuentes en los servicios de urgencia, la politoxicomania relacionada con el consumo de alcohol y la complejidad de los problemas y tratamientos que ello comporta, ya justifican por sí solos la existencia de servicios de salud mental especializados en trastornos por el alcohol en todos los hospitales generales y que sirvan de referencia para planificar y programar los tratamientos adecuados.

c) La derivación con control del seguimiento:

Un problema habitual que presenta el estudio y tratamiento de este tipo de enfermos, igual que en el medio ambulatorio, es su bajo cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, que llega al 50% de abandonos ¹³², debido en parte a la complejidad y la severidad de las enfermedades de estos pacientes. De cualquier manera

sin intervención es muy posible que reanuden los consumos de alcohol antes de las 2 semanas ⁹⁷.

Los escasos estudios naturalísticos en que además de detectar a los pacientes alcohólicos de forma más o menos sistemática y de ser tratados por personal especializado del propio hospital, se les ha sido ofrecido también algún tipo de tratamiento o de indicaciones terapéuticas y se ha seguido su evolución, revelan, además de los frecuentes abandonos porcentajes de abstinencia a los 6 meses en torno al 42% y del 70% con reducción del consumo ¹³³, siendo importante señalar que el 56% de los pacientes había participado en algún programa de tratamiento.

Cuando este proceso se realiza a través de la interconsulta psiquiátrica (o psiquiatría de enlace) los porcentajes de abstinencia a los 6 meses se sitúan en el 30% para hombres y 56% para mujeres ¹³².

Hay que hacer notar que muchos de estos estudios, a pesar de ser “naturalísticos” en el proceso de detección y en el tratamiento especializado ofrecido, no lo son tanto a la hora de incluir los pacientes en el estudio, pues llegan a excluir hasta el 26% de todos ellos, básicamente por no querer o poder entrar en el estudio (relacionado con problemas orgánicos o psiquiátricos graves) ¹³². También es discutible que la evaluación de los seguimientos se realice por cuestionarios mandados por correo a pesar de que el porcentaje de respuesta sea del 52% (el 48% de los hombres y el 70% de las mujeres) o que se ofrezcan datos mezclando a los pacientes que se mantienen abstinentes (sólo el 11%) con los que reducen los consumos (26%). Es difícil mantener el éxito de un tratamiento por la simple disminución de consumos en enfermos que han sufrido un ingreso grave sólo seis meses antes (probablemente la intolerancia por el mal estado físico les impide poder beber más), porque hay más abstinentes que antes del

ingreso o porque las puntuaciones en un cuestionario de valoración del alcoholismo han disminuido ¹³².

Sin embargo en algo que coinciden los estudios es en el peor pronóstico que tienen los pacientes con antecedentes de tratamientos o comorbilidad psiquiátrica, mayor uso de drogas, y mas consecuencias por su uso ¹³², mayor gravedad de la dependencia alcohólica, o falta de soporte socio-familiar ¹³⁴. Siendo así son precisamente estos enfermos más graves los que no se incluyen en los estudios y en el análisis de sus resultados, por lo que estos, con ser malos, aún están sobrevalorados.

d) El enfoque motivacional:

Ahora bien, en lugar del enfoque clásico de tratamiento convencional del alcoholismo de estos enfermos, consistente en enviarlos a otros centros especializados para realizar largos seguimientos ambulatorios, también se pueden intentar enfoques puntuales poniendo el énfasis en la motivación más que en el control.

Actualmente están muy en boga las intervenciones breves de tipo motivacional. En principio estas intervenciones están mayoritariamente dirigidas a pacientes que se tratan en la Asistencia Primaria.

Se ha demostrado la utilidad de las intervenciones breves en la reducción del consumo de alcohol en pacientes de atención primaria con consumos de alcohol de riesgo ¹³⁵. También se ha utilizado una única sesión de consejo breve en pacientes ingresados en salas médicas, siendo necesaria la existencia de un equipo médico entrenado y contar con el soporte de enfermería ⁵.

Sin embargo estos métodos han sido usados en pacientes sin enfermedades orgánicas crónicas, que aceptaban participar en los programas y en los que además se excluían a los que presentaban alteraciones neuropsicológicas o psiquiátricas o tenían

antecedentes de tratamientos específicos por su drogodependencia ⁵.

En gente joven y con consumos de riesgo las entrevistas motivacionales de sesión única se han revelado eficaces para reducir su consumo ¹³⁶. Los metaanálisis indican un efecto equivalente al de otros tratamientos mas complejos y superior al de no tratarse, pero en cambio no son eficaces para todas las conductas de riesgo para la salud ¹³⁷.

Tampoco se ha demostrado en todos los estudios que la efectividad de estas intervenciones se mantenga mucho tiempo, no hallándose evidencia de reducción de los consumos al cabo de unos años ¹³⁸, por lo que debe existir un seguimiento y repetirse al cabo de un tiempo.

En los casos en que se tratan pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos usando técnicas motivacionales o de consejo breve, el éxito en la disminución de consumos alcohólicos y en el uso de servicios sanitarios debe atribuirse sobretudo a la detección temprana de los pacientes más jóvenes (32 años de media) y de menor gravedad en su patrón de consumo, gracias al uso de técnicas de screening precoz del consumo excesivo de alcohol ¹³⁹. Una vez detectados los pacientes menos graves cualquier intervención es mejor que no hacer nada, ya que la técnica usada (entrevista motivacional o paquete informativo) no muestra diferencias en el mantenimiento de la salud mental y física relacionada con la abstinencia ¹³⁹.

1.4.1. Evolución de los pacientes alcohólicos ingresados.

Los fallecimientos relacionados con el consumo de drogas siempre causan gran impacto mediático y preocupación social.

La mortalidad anual de los consumidores de drogas está alrededor del 1,2%

anual ¹⁴⁰, seis veces superior a la de la población de similar edad. Dos tercios de las causas de muerte son las sobredosis. Entre el resto destacan los suicidios, los accidentes y la violencia.

Sin embargo en un estudio longitudinal español se ha hallado una mortalidad anual del 3,4% a pesar de ser el seguimiento durante un periodo más prolongado ¹⁴¹. Es posible que una parte de las diferencias se deba a que el método utilizado de consultar registros centralizados de mortalidad ayudara a ser más precisos y detectar más casos, pero sobretodo puede deberse a la mayor incidencia del SIDA entre los heroinómanos españoles, que en la citada muestra ¹⁴² llegó al 25% y que acabó causando que la mitad de las muertes fuera por infecciones o el propio SIDA y "sólo" el 30% por sobredosis ¹⁴².

Tanto el SIDA como las sobredosis o la violencia contribuyen a dar un toque espectacular y trágico a las muertes por uso de otras drogas. Pero el alcohol raramente es tenido en cuenta ¹⁴³ a pesar de que más de un tercio de estos abusadores de drogas lo consumen en cantidades de riesgo ¹⁴⁴.

Sin embargo los alcohólicos son menos espectaculares. Por el contrario sus vidas y sus muertes mas bien tienden a llevarse de incógnito, cuando no son intencionadamente ocultadas por ellos mismos y por sus familias.

En los alcohólicos ingresados en un servicio de Medicina Interna, se ha hallado una mediana de supervivencia tras el ingreso de 8,7 años, falleciendo el 34% de pacientes como mínimo a los 10 años y siendo la edad, la presencia de ascitis y la bilirrubina elevada los factores predictivos de menor supervivencia ¹⁴⁵. De entrada esta mortalidad duplica como mínimo la de los drogodependientes.

Los alcohólicos ingresados, comparados con los no alcohólicos, son más

frecuentemente varones, viven más solos, han dejado antes la escuela, están sin empleo tienen más enfermedades psiquiátricas y neurológicas y fuman en mayor frecuencia ¹⁰⁷.

Además los alcohólicos que ingresan en un hospital son más jóvenes que los otros pacientes, pero su mortalidad similar, siendo la edad en el momento del fallecimiento unos 20 años menor ⁶. Las causas de muerte llaman menos la atención, siendo más bien clásicas, principalmente por cirrosis hepática o cáncer de laringe o faringe.

La edad en el momento del ingreso posiblemente es un elemento crucial en su mortalidad: cuando se aparejan con pacientes de edad madura (52 años de promedio) pero similar, su mortalidad a los 7 años es parecida aunque muy elevada: 50% ⁸⁶. Sin embargo ciertas causas de muerte (traumatismo, intoxicación, fallo hepático) sólo se dan entre los alcohólicos y representan un tanto por ciento muy elevado de las muertes (un tercio). Da la sensación de que, igual que con los procesos de deterioro cognitivo, el alcohol actúa como si acelerara el envejecimiento y de que la mortalidad de los alcohólicos correspondiera a la de personas de mucha mayor edad.

Desde el punto de vista poblacional, los estudios longitudinales de cohorte hallan a los 13 años de seguimiento una mortalidad del 12,7% en pacientes que con edades entre 46 y 49 años presentaban elevaciones en las GGT, siendo casi la mitad de las muertes atribuible al consumo de alcohol ¹⁴⁶.

Además de los problemas orgánicos el 44,4% de pacientes con alcoholismo actual y el 41,3% con alcoholismo a lo largo de la vida tienen respectivamente un 11,3% y un 18,8% de comorbilidad psiquiátrica actual o a lo largo de la vida respectivamente ¹⁴⁷.

Estos datos muestran la importancia del abuso y de la dependencia del alcohol

en los fallecimientos y en la evolución orgánica de los pacientes que ingresan en los hospitales. A pesar de ello éstas cifras también son discutibles, pues dependen mucho del momento y método de la detección, que determinará la gravedad orgánica de la muestra analizada.

Si a la alta mortalidad de estos enfermos unimos que el ingreso puede ser un momento de motivación importante para el cambio respecto de la conducta alcohólica¹⁴⁸, a que estos pacientes son importantes consumidores de recursos sanitarios, a que estos gastos podrían ser reducidos mediante un adecuado tratamiento ambulatorio de su alcoholismo¹⁴⁹ y a que si estos enfermos no consiguen mantenerse abstinentes totalmente y reingresan antes del año es muy poco probable que después puedan eliminar los consumos¹⁵⁰ veremos que tiene una importancia capital aprovechar al máximo este ingreso.

A pesar de que ambulatoriamente y con anterioridad a sufrir una primera enfermedad física las personas que abusan del alcohol evitan acudir al médico¹⁵¹, los alcohólicos una vez han ingresado en un hospital hacen un uso muy elevado de servicios sanitarios y tienen un gran riesgo de sufrir nuevos ingresos por enfermedades hepáticas, gastroenterológicas y neurológicas causadas por el alcohol¹⁵².

Las conclusiones y recomendaciones son claras en que es preciso tratar el alcoholismo al mismo tiempo que la enfermedad orgánica para mejorar la supervivencia y disminuir los reingresos, pero todos estos esfuerzos acostumbran a quedar guardados en una publicación, mientras las rutinas y los protocolos hospitalarios continúan siendo los mismos.

2. Justificación del estudio.

Hemos visto que la información disponible sobre la importancia del alcoholismo en la sociedad en general y en el caso de los hospitales generales en particular es vasta, fiable y conocida.

Un aspecto sorprendente es que la conocemos desde hace más de 20 años ¹⁵³. Parece por tanto que hay una dificultad para trasladar estos conocimientos a la práctica clínica diaria.

También sabemos que en muchas enfermedades orgánicas pueden coexistir desórdenes psicológicos. Intervenir en ellos requiere un cuidadoso estudio y la utilización de tratamientos muchas veces no farmacológicos, como la psicoterapia y la psicoeducación. El resultado sin embargo es tanto una mejoría de la salud mental de los pacientes como una reducción en la duración de los ingresos y del uso de servicios sanitarios ⁸³.

No parece tener mucho sentido seguir estudiando la prevalencia o los métodos de detección si sabemos que después, a la hora de la verdad, tan sólo el 0,6% de estos enfermos tienen un diagnóstico de abuso de alcohol en el momento del alta a pesar de detectarse doce veces más casos ¹⁰⁷, que las enfermeras diagnostican más que los médicos ¹²² o simplemente que a los enfermos no se les ofrece tratamiento especializado de seguimiento ⁹⁷.

En cambio sí tiene sentido estudiar de qué manera han de ser los protocolos de atención de los pacientes alcohólicos hospitalizados, con el objetivo de incorporarlos a la práctica diaria y poder tratar y ayudar a estos enfermos de la forma más eficaz posible. Hay un vacío en la información acerca de lo que hacemos cada día en realidad, lo que tendríamos que hacer, cómo hacerlo y qué resultado tendría.

Como mucho se deja en manos de los médicos de Sala que tratan al paciente el que decidan qué ayuda alcoholológica ofrecerle. En este caso ya hemos visto que no detectan adecuadamente al enfermo ni siquiera cuando se hacen estudios, que es cuando se supone que existe más sensibilidad y un mayor nivel de alerta. En los departamentos más sensibilizados, como Psiquiatría, no llegan a los 2/3 los enfermos alcoholicos detectados que se derivan a un servicio especializado. En otros departamentos ni se detectan ni se tratan. En parte ello se debe a que el alcoholismo se considera una conducta privada (y además viciosa) en la que el médico no tiene porque entrometerse. En cambio en los servicios en que las actitudes tienen menor carga moral y más visión sanitaria se considera que el ingreso y el simple consejo de no beber ya cura, a pesar de saberse que la probabilidad de mantenerse abstinentes y de seguir un tratamiento tiene relación directa con la intensidad de la intervención del médico ⁹⁷.

Finalmente cuando existe la oferta de un tratamiento de seguimiento casi siempre se hace en un recurso externo y en pocas ocasiones este seguimiento es evaluado.

Si hay evidencias de que la alta mortalidad de estos enfermos se puede igualar a los 7 años con la de los no alcoholicos en caso de que sigan tratamientos especializados alcoholicos y estrictos ¹¹ parece pues que también hace falta que la detección y el tratamiento de los enfermos alcoholicos se mantenga en el tiempo, y no hasta que finalice el estudio de turno. Para esto hace falta cambiar los conocimientos y actitudes de los médicos que los tratan, como demuestra que su formación en drogodependencias mejora su sensibilidad ¹²⁶, pero también desarrollar programas terapéuticos de seguimiento adaptados a las características diferenciales de estos enfermos alcoholicos.

Por último añadir que este estudio incide sobretodo en la vertiente psicológica

de las interconsultas por dos motivos principales: por un lado las dificultades de los pacientes alcohólicos para aceptar su enfermedad son un elemento capital en su pronóstico y en la etiología de estas dificultades se encuentran tanto las características de personalidad como su deterioro neuropsicológico ¹⁶⁷. Por otro lado las dificultades de los profesionales para detectar y tratar a estos pacientes se relacionan, más que sus conocimientos, con sus actitudes psicológicas frente a este tipo de pacientes. Por ello las resistencias psicológicas se encuentran en los dos extremos de la relación terapéutica: tanto el médico como el paciente.

3. Objetivos.

3.1. Objetivos generales:

En el presente trabajo se incluyen 3 estudios diferenciados y consecutivos, con objetivos coherentes y complementarios.

Todo el trabajo presenta seis diferencias significativas con respecto a otras investigaciones similares sobre el tratamiento de alcohólicos que ingresan en un hospital general:

i) Intenta reflejar con realismo y de forma natural la práctica clínica rutinaria en la detección del alcoholismo hospitalario, evitando la utilización de protocolos de investigación que se reducen a objetivos específicos y durante cortos periodos de tiempo y en los que la atención especializada al enfermo desaparece cuando termina la investigación.

ii) No pretende en ningún caso aplicar métodos y procedimientos de detección que se usan en investigación, pero que por sus costes humanos y materiales raramente se aplican de forma rutinaria en la práctica clínica.

iii) No excluye a ningún paciente, a pesar de la frecuente presencia de deterioro mental o socio-familiar, reflejando objetivamente por tanto la situación clínica de este tipo de enfermos,

iv) Ofrece a los pacientes un tratamiento especializado de su alcoholismo en el mismo hospital y por parte de una Unidad de Alcoholología (UA).

v) Se realiza un seguimiento ambulatorio especializado e individualizado de estos enfermos después del alta hospitalaria en la misma Unidad de Alcoholología y por parte de los mismos profesionales que lo detectaron y trataron durante el ingreso.

vi) El tratamiento alcoholológico ambulatorio se realiza en coordinación con los otros servicios médicos que atienden al paciente en las consultas externas del hospital.

3.2. Objetivos concretos:

3.2.1. Estudio transversal-descriptivo inicial de las características sociodemográficas y clínicas de las interconsultas (IC) por el consumo de alcohol en un hospital general. Dificultades para su tratamiento y derivación (Estudio 1).

El objetivo inicial del primer estudio es conocer la prevalencia de pacientes alcohólicos que se detectan en un hospital general mediante la interconsulta (IC) a una Unidad de Alcoholología a través de la psiquiatría de enlace y comparar este dato con los hallados en estudios previos, ya que se supone que la práctica habitual y rutinaria mediante las interconsultas no logra cifras tan altas de detección.

En caso de confirmarse la discrepancia, también interesa saber el porcentaje esperable de interconsultas que habrían de haberse solicitado sobre el total de ingresos hospitalarios en cada Sala durante el periodo de estudio, en función de las prevalencias de los estudios conocidos y por tanto el porcentaje de infradetección que padecemos.

El segundo objetivo relacionado es saber si la infradetección es igual en todas las Salas del hospital o bien hay Salas con mayor sensibilidad que otras.

El tercer objetivo es confirmar si los pacientes de los que se solicita IC son realmente alcohólicos, y en este caso si presentan diferencias con los pacientes que se tratan ambulatoriamente y cuáles son estas (posiblemente relacionadas con la gravedad de los antecedentes psiquiátricos y de tratamientos, el deterioro cognitivo o psicosocial y la mortalidad que pueden presentar).

El último objetivo de esta fase, y relacionado con los anteriores, es saber las dificultades específicas (como por ejemplo las actitudes y resistencias ante su enfermedad alcohólica y la conciencia que tienen de ella), comparadas con los pacientes ambulatorios, que pueden presentar estos pacientes para su manejo y tratamiento post-alta hospitalaria y el tipo de tratamiento que puede ofrecérseles.

Las Tablas 1-3 muestran la relación de variables a recoger con la información obtenida durante el ingreso.

Tabla 1 . Variables sociodemográficas, alcohólicas y psiquiátricas evaluadas.

Edad
Sexo
Dependencia o abuso de alcohol (criterios DSM-III-R)
Conciencia de la dependencia alcohólica
Defensividad psicológica.
Presencia de trastorno psicosocial que interfiere con el tratamiento.
Presencia de deterioro cognitivo
Presencia de trastorno psiquiátrico
Ingresos previos en el HCB (Estudio a 4 años)
Número de ingresos previos en el HCB (Estudio a 4 años)
Urgencias previas en el HCB (Estudio a 4 años)
Número de urgencias previas en el HCB (Estudio a 4 años)
Interconsultas previas a la UA-HCB (Estudio a 4 años)
Número de interconsultas previas a la UA-HCB (Estudio a 4 años)
Ingresos previos con interconsulta a la UA-HCB

Tabla 2. Variables relacionadas con el ingreso inicial.

Servicio (Sala) de ingreso
Causa Urgente/crónica de la interconsulta.
Tiempo desde el ingreso hasta la petición de interconsulta (días)
Tiempo desde la solicitud de la interconsulta hasta el alta (días)
Duración del ingreso (días)

Tabla 3. Variables relacionadas con el seguimiento ofrecido.

Tipo de finalización del ingreso/derivación post-alta (incluyendo fallecimiento)
Aceptación o rechazo del tratamiento

3.2.2. Estudio de seguimiento a los 2 años del cumplimiento del tratamiento de seguimiento (Estudio 2).

El segundo estudio hace un seguimiento longitudinal de la evolución que sigue la cohorte de la mitad de pacientes a los 2 años de su alta hospitalaria.

El objetivo principal es conocer el cumplimiento que han hecho de los tratamientos, tanto alcohológico-psicológicos como médico-orgánicos, a los 2 años. Objetivos secundarios son saber si está relacionado el cumplimiento de ambos tipos de tratamiento y si hay factores que pueden predecir el mal cumplimiento, especialmente la falta de conciencia de la enfermedad alcohólica, una actitud de rechazo o la existencia de trastornos psico-sociales.

La Tabla 4 muestra la relación de variables a recoger en el seguimiento a los 2 años.

Tabla 4. Variables de seguimiento a los dos años.

Situación global del tratamiento de seguimiento.
Cumplimiento de las visitas de seguimiento en la UA-HCB
Días de seguimiento en la UA-HCB (o hasta su abandono)
Cumplimiento de las visitas de seguimiento en otros Servicios del HCB
Supervivencia (mortalidad) a los 2 años en el propio HCB

3.2.3. Estudio de seguimiento de la supervivencia a los 4 años (Estudio 3).

El último estudio es un seguimiento longitudinal de la supervivencia de la cohorte de los pacientes detectados con la interconsulta (IC) a los 4 años del alta hospitalaria.

El objetivo principal es conocer la supervivencia de los pacientes, mediante la consulta de registros centralizados de mortalidad. En segundo lugar se investigará sus rehospitalizaciones, nuevas consultas en Urgencias y nuevas solicitudes de IC a la UA-HCB.

En tercer lugar se hará una revisión retrospectiva de la base de datos hospitalaria para saber los ingresos y urgencias previos a la IC, si están relacionados entre sí y si predicen nuevos ingresos o urgencias.

El cuarto objetivo es conocer todos los diagnósticos médicos, además del alcoholismo, efectuados durante el ingreso de los pacientes, para conocer la gravedad y cronicidad de los pacientes.

El último objetivo es comparar las curvas de supervivencia en función de los diversos parámetros clínicos, para saber la influencia que pueden tener éstos en la evolución y supervivencia posterior e investigar la existencia de variables predictoras.

La Tabla 5 recoge las variables recogidas en el seguimiento a los 4 años.

Tabla 5. Variables de seguimiento a los cuatro años.

Muerte/supervivencia
Muerte dentro/fuera HCB
Tiempo de supervivencia (truncado a los 4 años)
Tiempo de supervivencia (hasta el 31-12-2002)
Causa de la muerte
Edad en el momento de la defunción
Diagnóstico/s recibidos durante el ingreso que origina la interconsulta (IC) (Revisión a posteriori).
Ingresos posteriores a la interconsulta (IC) en el HCB
Número de ingresos posteriores a la IC en el HCB
Urgencias posteriores a la IC en el HCB
Número de urgencias posteriores a la IC en el HCB
Interconsultas a la UA-HCB posteriores a la IC
Número de interconsultas a la UA-HCB posteriores a la IC

3.3. Objetivos finales.

El primer objetivo general es mejorar la detección de los pacientes que ingresan en los hospitales generales con patologías relacionadas con su consumo de alcohol mediante el conocimiento de las Salas en que son infradetectadas. El segundo es mejorar la eficacia del tratamiento de estos pacientes a partir del conocimiento de las características clínicas de los pacientes mal cumplidores.

Un objetivo asociado pero a mas largo plazo será contribuir a aumentar la eficacia y la eficiencia en los ingresos hospitalarios, optimizando su utilización y disminuyendo la utilización de recursos sanitarios en estos enfermos, que disfrutarían de un mejor estado de salud. En los casos mas graves debería contribuir a alargar la supervivencia y aumentar su calidad de vida.

Para ello se requiere el estudio del tipo de abordaje más eficaz de los enfermos alcohólicos que ingresan en un hospital general, tanto en la vertiente de su detección

como en la de su tratamiento. Un paso previo es conocer la “historia natural” de estos pacientes; es decir, conocer la evolución que tienen cuando son sometidos a un procedimiento “estándar” de detección y un abordaje terapéutico posterior de tipo genérico, similar al utilizado para los pacientes alcohólicos tratados ambulatoriamente.

Esta información posteriormente ha de permitir elaborar estrategias específicas para maximizar la supervivencia, la adherencia a los tratamientos y las tasas de abstinencia, reduciendo su morbi-mortalidad y optimizando la utilización de recursos sanitarios.

En resumen, se pretende conocer los puntos fuertes de las interconsultas alcohólicas tanto en la vertiente de la detección como en la del tratamiento, pero sobretodo estudiar sus puntos débiles, las limitaciones que presentan, los pacientes diana, el modo, el momento y el lugar óptimo para su realización y las posibles alternativas o modificaciones para maximizar su eficacia.

3.4. Hipótesis:

El presente es un trabajo exploratorio. En el apartado 1.4. se ha explicado como a pesar de los múltiples estudios que confirman la elevada prevalencia de alcoholismo en los pacientes que ingresan en los hospitales generales y de los menos numerosos que revelan la poca detección y tratamiento que reciben estos enfermos, son escasos los trabajos en que se ofrece un tratamiento concreto y se analiza la evolución de éste. Además el diseño de muchos de estos trabajos, mediante los criterios de exclusión o las condiciones para ser incluidos, no representa de manera realista los pacientes alcohólicos ingresados en los hospitales.

Todo ello provoca que los datos sobre la detección y el tratamiento sistematizados mediante las interconsultas hospitalarias sean escasos y no permitan una base para emitir hipótesis fundamentadas.

Por ello las hipótesis se basaran sobretodo en datos propios previos ^{79, 80} que hasta ahora coinciden con otros estudios en encontrar infradetección de los pacientes alcohólicos.

En primer lugar se espera comprobar que la gravedad de estos enfermos es superior a la de los pacientes alcohólicos que solicitan un tratamiento ambulatorio en una serie de medidas: edad, problemas orgánicos, antecedentes de psicopatología, de deterioro neuropsicológico y psicosocial y de tratamientos previos.

De resultas de lo anterior la capacidad para entender y aceptar su enfermedad alcohólica ha de estar disminuida, lo que conlleva una serie de dificultades en el manejo del enfermo durante el ingreso y en la derivación terapéutica posterior a él.

Tanto el deterioro y los antecedentes como especialmente la conciencia de dependencia alcohólica y la aceptación o rechazo ante la oferta de un tratamiento de seguimiento se espera que sean muy frecuentes y que se conviertan en factores decisivos en el pronóstico, medido tanto por la adherencia al tratamiento, como por las tasas o duración de la abstinencia alcohólica, como por la morbi/mortalidad asociadas.

4. Material y metodología.

4.1. Sujetos:

Cohorte de las 212 interconsultas (IC) recibidas en la Unidad de Alcoholología del Hospital Clínico de Barcelona (UA-HCB) a causa de complicaciones relacionadas con el consumo de alcohol durante 1998. Estas interconsultas están formadas por 198

enfermos distintos (14 interconsultas repetidas durante 1998 a los mismos enfermos).

Criterios de inclusión: petición de IC a la UA-HCB por parte de cualquier servicio del HCB durante 1998 a causa de las complicaciones por el consumo de alcohol, para valorar la patología y problemática de ese consumo.

Criterios de exclusión: consumo principal de otras drogas o solicitud de IC para valoración alcoholológica y psicológica en protocolo de pre-trasplante (hepático, renal o cardíaco).

No se excluyen los pacientes dados de alta antes de ser visitados (y de los que por tanto no tenemos todos los datos iniciales), los que rechazan tratamiento, o los que son derivados a otros centros de tratamiento u otras instituciones residenciales de larga estancia. En estos casos se utiliza la información disponible y se compara el seguimiento entre estos grupos.

Tampoco se excluyen del análisis a los pacientes que han muerto durante el ingreso, después de solicitarse la IC, con el objetivo de incluirlos en la descripción del tipo de IC y la fase terminal en que muchas veces se halla el enfermo cuando se solicita.

En el estudio de seguimiento a los 2 años se restringe la investigación a la cohorte de pacientes ingresados en el primer semestre del año 1998 (N=100), que son la mitad de la cohorte inicial y que representa aproximadamente la mitad de todos los pacientes con consumo perjudicial de alcohol que han sido detectados ese año.

En el estudio de seguimiento a los 4 años se investiga la evolución de la cohorte de los 198 enfermos de los que se solicitaron las IC. A efectos de este estudio por tanto sólo se tiene en cuenta, en caso de varias IC del mismo enfermo, los datos de la primera IC, eliminando las 14 interconsultas repetidas a enfermos de los que ya se había

solicitado anteriormente otra IC durante el periodo de reclutamiento de la cohorte (año 1998).

La Tabla 6 describe la diferencia en el tratamiento dado a las mismas interconsultas en los tres estudios que se realizan.

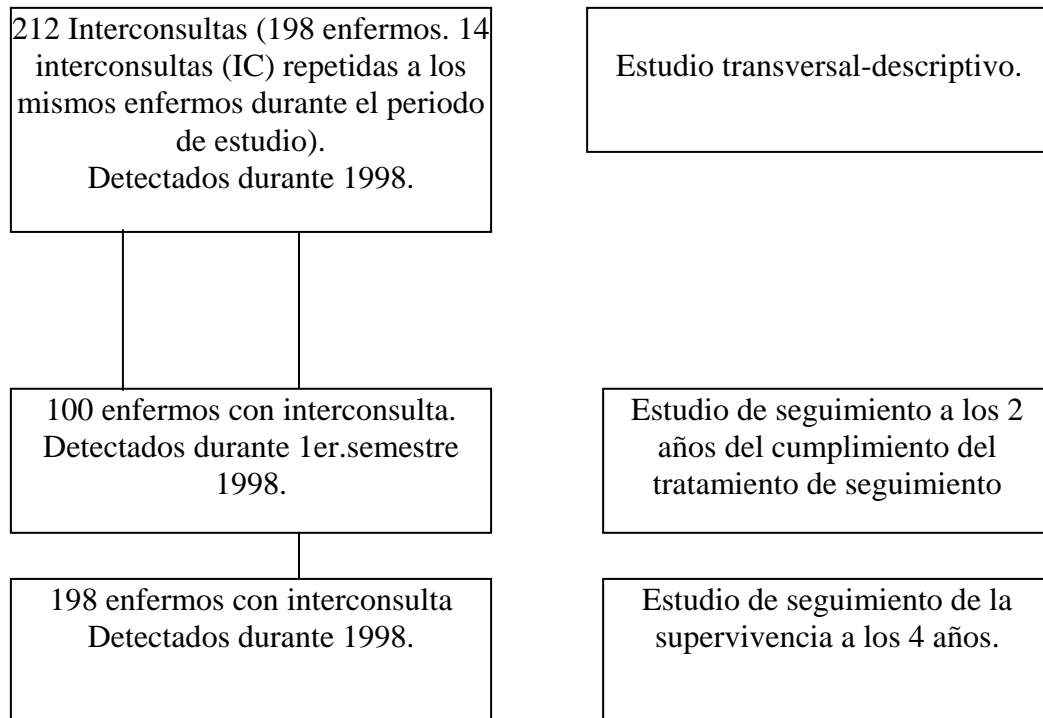
4.2. Diseño:

Estudio transversal descriptivo de todas las interconsultas a la Unidad de Alcoholología del Hospital Clínico de Barcelona (UA-HCB) durante 1998 en el estudio 1.

Estudio longitudinal de seguimiento prospectivo y naturalístico a los 2 años de la cohorte de enfermos con interconsulta a la UA-HCB durante el primer semestre de 1998 (Estudio 2).

Estudio longitudinal de seguimiento prospectivo y naturalístico a los 4 años de la cohorte de enfermos con interconsulta a la UA-HCB durante 1998 (Estudio 3).

Tabla 6. Muestras analizadas en el estudio transversal-descriptivo inicial, de seguimiento del tratamiento a los 2 años y de la supervivencia a los 4 años.



4.3. *Setting:*

Todos los pacientes analizados en el presente estudio han sido ingresados en Salas del Hospital Clínico de Barcelona (HCB) mediante ingresos programados o más habitualmente vía urgencias.

El HCB es un hospital público concertado, con más de 100 años de historia. Es un hospital universitario de tercer nivel. La mayoría de habitaciones de las Salas del HCB son para dos camas, pero disponen de un máximo de un 10% de habitaciones con una sola cama.

Los médicos de la Sala de hospitalización que atienden a cada paciente son los que solicitan la petición de interconsulta (IC) a la UA-HCB en caso de sospechar algún problema relacionado con el alcohol, tanto agudo, como por ejemplo un síndrome de abstinencia, como crónico, como la dependencia o el abuso de alcohol. En ocasiones es la familia del paciente la que ha informado previamente al equipo médico de la problemática alcohólica del paciente. En muchas otras ocasiones la familia no se pone en contacto ni con los médicos ni con el personal de enfermería.

La IC habitualmente se genera cuando el paciente ya está estabilizado orgánicamente en su Sala. Si no es urgente, la solicitud de IC llega a la UA-HCB durante la mañana siguiente de la petición, siendo atendida ese mismo día. La IC la atiende inicialmente un médico de la UA-HCB y posteriormente un psicólogo del mismo equipo se encarga del seguimiento terapéutico mientras dura el ingreso.

Este seguimiento terapéutico es complementario y coordinado con el tratamiento que se efectúa en la Sala de hospitalización por parte de su equipo médico.

El médico de Sala informa a su paciente de la interconsulta a la UA-HCB, que

habitualmente no es solicitada por el propio paciente. Por el contrario, este tipo de paciente tiende a rechazar pasiva o activamente la intervención de la UA, fruto de la gran negación alcohólica que presentan. En algunas ocasiones son los familiares del enfermo los que se ponen en contacto con el médico o las enfermeras de la Sala para informar de la problemática alcohólica del paciente y que éste oculta.

Los ingresos tienden a ser cortos, al ser salas de agudos de un hospital de alto nivel. Las altas acostumbran a ser dadas en el momento en que el paciente puede seguir autónomamente el tratamiento médico en su domicilio. Las estancias se desvían poco de las establecidas en los "*Grupos Diagnósticos Relacionados*" (DRG) ^{154, 155}. Por este motivo el tiempo de seguimiento terapéutico de las IC durante el ingreso hospitalario acostumbra a ser breve, con casos en que hay muy escaso tiempo para la realización de la interconsulta.

En otros casos la estancia se alarga, pero debido a complicaciones en el estado orgánico del paciente.

En todos los casos son pacientes graves, que a menudo se encuentran ausentes de la sala debido a la realización de variadas exploraciones y pruebas médicas, y que en ocasiones por su gravedad son trasladados a las UCI's o UVI's.

Difícilmente pueden deambular autónomamente por la Sala y presentan con frecuencia alteraciones graves de la memoria, la concentración y la orientación. La astenia también es habitual. El mal estado físico general dificulta la realización de entrevistas clínicas en profundidad. Todas estas características provocan que a pesar de la escasa disponibilidad de tiempo para realizar la IC la intensidad de la intervención psicoterapéutica se deba regular con mucha cautela, tanto a nivel de entrevistas como de pruebas psicométricas.

4.4. El instrumento: La interconsulta como instrumento de detección y tratamiento hospitalario de las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol.

El presente estudio analiza las dificultades en la detección y tratamiento de los pacientes ingresados en un hospital general y que presentan problemas orgánicos relacionados con el consumo de alcohol. En general los métodos empleados para esta detección y posible tratamiento oscilan entre encomendar su realización exclusiva y completamente al equipo médico de Sala que trata a cada enfermo o centralizar éstas tareas de detección y tratamiento en equipos externos a la Sala, entrenados y especializados y que se encargan de todo.

Una opción intermedia es que los médicos de Sala hagan un primer cribado genérico de los enfermos, primando más la sensibilidad que la especificidad en la detección, que al enfermo así detectado se le informe inicialmente desde la vertiente orgánica de los problemas asociados con su consumo de alcohol y a continuación que los profesionales especialistas en alcoholología, psicología y psiquiatría se encarguen, mediante las interconsultas (IC) hospitalarias, de la tarea de confirmar el diagnóstico, completar el historial (toxicológico, psicológico y social), valorar y orientar la situación del paciente, y motivarlo a establecer y realizar un programa terapéutico conjuntamente con el equipo asistencial.

El sistema de IC hospitalaria especializada en los problemas relacionados con el alcohol es poco costoso y se considera necesario a nivel hospitalario^{86, 125}. En general su objetivo consiste en aprovechar el ingreso para iniciar el tratamiento del alcoholismo de los pacientes que presentan esta enfermedad, con lo que se pueden evitar posteriores

consumos de alcohol.

Esta atención especializada, coordinada durante el mismo ingreso, ha de facilitar una reducción de la utilización que estos pacientes hacen del hospital y de los costes que se derivan de ello ¹⁵⁶, dado que son enfermos que reciben un elevado número de atenciones sociosanitarias y con múltiples patologías orgánicas y psiquiátricas. Incluso en el caso de seguir tratamiento alcohólico este tipo de enfermos padecen un 7% de muertes a los 5 años de seguimiento ¹⁵⁷, entre las que destacan las provocadas por enfermedades gastro-intestinales (32%) y neoplasias (29%) principalmente de laringe e hígado.

El sistema de IC hospitalaria especializada es el que utiliza desde hace más de 20 años el Hospital Clínico de Barcelona a través de su Unidad de Alcoholología (UA-HCB).

Las IC alcohólicas están coordinadas a través de la sección de Psiquiatría de Enlace del servicio de Psiquiatría, aunque funcionan con independencia.

4.5. Procedimiento:

La sospecha de la existencia de un problema de abuso y/o dependencia al alcohol u otros tóxicos por parte del médico responsable de cualquier paciente ingresado en una Sala del Hospital Clínico de Barcelona (HCB) origina la solicitud de una interconsulta (IC) a la Unidad de Alcoholología (UA-HCB) dependiente del Instituto de Neurociencias del HCB (antes Instituto de Psiquiatría y Psicología y antes dependiente del Instituto de Enfermedades Digestivas).

Una vez llegada la solicitud de IC a la UA-HCB un médico psiquiatra especializado en drogodependencias acude a la Sala solicitante antes de las 24 horas. El

primer paso es contactar con el médico de Sala que trata al enfermo y que ha generado la solicitud de IC. Se constata el diagnóstico de presunción hecho y se cruza la información disponible con los médicos y personal de enfermería. También se estudia la historia clínica, con especial énfasis en el motivo de ingreso y de la petición de la IC, conociendo el estado actual y perspectivas de tratamiento del paciente desde la vertiente orgánica de los problemas asociados a su consumo de alcohol u otras drogas.

La realización de este primer paso evita muchas contradicciones en la información y en los objetivos del tratamiento y finalmente refuerza la sensación por parte del paciente y de los mismos médicos de que el tratamiento alcoholológico está integrado dentro del tratamiento hospitalario global.

Sólo después se encarga de la tarea de presentarse al paciente, si es posible por parte del mismo médico de la Sala, y entrevistarse con él en la misma Sala donde se encuentra ingresado, pero a solas en un despacho o en su propia habitación, nunca en compañía de otros enfermos o de grupos de estudiantes (como máximo un médico o psicólogo residente en formación), realizando una historia clínica alcoholológica estandarizada utilizada en la UA-HCB desde hace más de 15 años. También se informa de la continuación del seguimiento en combinación con otros profesionales.

Al día siguiente acude un psicólogo de la UA-HCB encargado de las IC, visita de la que el paciente ya había sido avisado el día anterior. A partir de la información obtenida el día previo, analiza la conciencia del enfermo sobre su patología orgánica, la posible relación con el consumo de alcohol y la posible existencia de un trastorno por dependencia alcohólica. Se estudian los posibles factores que interfieren en esta toma de conciencia y se intenta iniciar un proceso de reflexión e insight.

Se confirma o modifica el diagnóstico, se completa el historial (toxicológico,

psicológico y social), valorando y orientando la situación personal del paciente y en caso de ser necesario se le motiva a establecer y realizar un programa terapéutico post-alta conjuntamente con el equipo asistencial o en los centros adecuados.

El seguimiento intrahospitalario de la IC dura hasta el momento del alta del paciente en el HCB y antes de ella se intenta concretar un programa de tratamiento ambulatorio post-alta. El compromiso del enfermo con este seguimiento es el objetivo primordial inicial y no tanto la adquisición de la conciencia de dependencia, que es un objetivo a largo plazo y no siempre realizable, especialmente en este tipo de enfermos. El programa terapéutico es por tanto de mínimos, de reducción de daños y con menor nivel de exigencia que los programas dirigidos a enfermos que acuden ambulatoriamente a solicitar tratamiento.

Dentro de este programa terapéutico, tanto el médico psiquiatra como el psicólogo intentan en todo momento contactar con la familia más próxima, tanto para recabar información como para involucrarla en el tratamiento de seguimiento del paciente, planteando estrategias de colaboración post-alta con vistas a ayudar al paciente.

El seguimiento del tratamiento ambulatorio es realizado por los mismos profesionales y el mismo equipo que han llevado a cabo la IC, a no ser que por motivos de distancia a la UA-HCB se indique un tratamiento en otro centro especializado en drogodependencias y alcoholismo.

El equipo de IC se compone de psiquiatra y psicólogo que actúan independiente y coordinadamente y hasta el alta hospitalaria disponen, dentro de sus posibilidades, de los días necesarios para entrevistarse con el paciente y familiares o personas allegadas. Pueden solicitar pruebas, exploraciones o indicar tratamientos complementarios de

común acuerdo con los médicos de la Sala. También pueden implicar a otros profesionales de la propia UA-HCB (asistentes sociales, enfermeras, etc.) o contactar con recursos externos al hospital (Hospitales de Día, Residencias, Comunidades Terapéuticas, etc). Se pueden solicitar las pruebas neuropsicológicas y de neuroimagen pertinentes de acuerdo con las necesidades de cada caso.

4.6. Variables:

Ya se ha señalado que este estudio pretende ser “natural”, en el sentido de evaluar y tratar a los enfermos en las condiciones reales que se encuentran en los hospitales, huyendo de investigaciones que reproducen unas situaciones “ideales” tanto de los enfermos como de los profesionales. Un estudio así sería artificial y alejado del enfermo real, y por tanto con poca validez externa e inefectivo y sus resultados escasamente aplicables ¹⁵⁸.

Las variables estudiadas y recogidas suponen un punto de equilibrio entre las necesidades científico-terapéuticas al tener en cuenta las que se consideran a priori más relevantes, y las posibilidades reales, especialmente las debidas al setting hospitalario y a las características de los enfermos a estudiar.

En todos los casos se ha intentado la recogida exhaustiva de la información de cada variable. Una vez iniciado el estudio, y en caso de que no sea posible en alguna variable recoger los datos previstos de forma fiable y objetiva, se comentará el porqué de las dificultades prácticas, la decisión tomada respecto al registro o no de los datos y, en caso de disponer de algunos resultados, su descripción y las limitaciones de éstos.

En general las variables han sido comentadas en el apartado 3 de Objetivos (ver Tablas 1 a 5). A continuación se describen los criterios y métodos de recogida de ellas.

4.6.1. Variables independientes iniciales:

4.6.1.1. Historia clínica estandarizada:

Se utiliza una historia clínica estandarizada que contiene además de datos sociodemográficos información sobre el cumplimiento de cada uno de los criterios DSM-III-R ¹⁵⁹ de abuso o de dependencia alcohólica, de abuso/dependencia a otras sustancias psicoactivas (especialmente psicofármacos), el patrón de consumo actual, frecuencia y cantidad, antecedentes familiares y personales de trastornos psiquiátricos y de tratamientos, incluyendo la existencia de tratamientos alcohólicos previos y complicaciones orgánicas, familiares, laborales y psicológicas relacionadas con el consumo de alcohol. También los patrones de consumo familiar de alcohol y la edad de inicio y duración de este consumo en el enfermo.

Dadas las características de gravedad física, de deterioro psico-neurológico y de falta de contención socio-familiar en los pacientes estudiados, que provocan una muy baja fiabilidad y validez de sus respuestas, intolerancia ante los consumos y grandes dificultades para objetivar el historial anterior al ingreso, se ha optado por obviar en el presente estudio y desde el principio y de forma intencionada la concreción de la frecuencia/cantidad de sus consumos alcohólicos o la especificación de los criterios de abuso/dependencia. Por tanto se ha buscado especialmente la confirmación de la existencia de éstos criterios de abuso/dependencia alcohólica, centrándonos en la detección de las conductas de mantenimiento de los consumos alcohólicos a pesar de las alteraciones físicas y psicosociales consecuentes y la relación de estas alteraciones con el mantenimiento del consumo de alcohol.

4.6.1.2. Actitud ante el tratamiento ofrecido: Conciencia de dependencia alcohólicas:

En la valoración psicológica que se realiza a los enfermos tratados en la UA-HCB se pone especial énfasis en la existencia o no de una conciencia de dependencia alcohólica.

La conciencia de dependencia alcohólica se considera como el estado en que el paciente no sólo comprende su enfermedad, sino que también entiende e interioriza las implicaciones conductuales y psicológicas que eso provoca, y sobretodo, que acepta las modificaciones y limitaciones que acarrearán en su conducta futura.

Es un concepto en la actualidad poco utilizado en la bibliografía sobre el tratamiento de las adicciones. Sin embargo ha sido ampliamente utilizado por los terapeutas como indicador evolutivo del enfermo ¹⁶⁰. Y lo que es más importante, es un indicador pronóstico muy útil que ha demostrado un gran poder predictivo de la respuesta y adherencia al tratamiento ¹⁶¹ de los pacientes alcohólicos.

Debido a que los instrumentos psicométricos estandarizados para su uso son escasos y están poco extendidos ¹⁶², el método que hemos utilizado para medir con objetividad la conciencia de dependencia alcohólica ha sido mediante el acuerdo independiente entre los terapeutas que atienden al paciente.

En el caso de los pacientes del presente estudio, de los que se solicita una IC alcohólica, el médico psiquiatra y el psicólogo que los atienden utilizan una estrategia múltiple de evaluación: en primer lugar valoran la comprensión y aceptación de la incapacidad de controlar el consumo de alcohol por parte del enfermo, así como la aceptación subjetiva de los síntomas asociados (criterios DSM-III-R) y la imposibilidad

de controlar futuros consumos de alcohol, por pequeños y ocasionales que fueran.

Debido a que el estado de cronificación de muchos de estos pacientes les hace tender a las teorizaciones y los tópicos, para evaluar la conciencia sincera de dependencia alcohólica los clínicos utilizamos también las expectativas futuras de autocontrol o el historial de sucesivos intentos fracasados como indicadores más realistas de la conciencia que tienen estos pacientes de su enfermedad. El contacto emocional con estas limitaciones también es una vía indirecta que ayuda a confirmar esta conciencia.

En las escasas ocasiones que las condiciones del paciente, la organización de la Sala y la disponibilidad de tiempo lo permiten es posible utilizar cuestionarios como el SADQ y APQ ¹⁶³ que nos dan una idea de la discrepancia entre la valoración subjetiva de la dependencia alcohólica por parte del propio enfermo y los criterios objetivos que cumple.

4.6.1.3. Defensividad psicológica, deterioro cognitivo y psicopatología.

Una serie de factores psicológicos, cognitivos o psicopatológicos inciden en la falta de conciencia de enfermedad y en la dificultad de aceptación de la necesidad de un tratamiento. En caso de duda pueden ser utilizados instrumentos psicométricos de soporte: Para los factores psicológicos las escalas de validez del MMPI ¹⁶⁴ o del Mini-Mult, versión abreviada del anterior ^{165, 166}, son indicadores de defensividad psicológica ¹⁶⁷. Para los cognitivos se puede utilizar el Mini-Examen Cognoscitivo ¹⁶⁸ o si hay disponibilidad de tiempo y el enfermo está en condiciones, una batería compuesta por subtests del WAIS y del WMS ^{169, 170}. También es posible la solicitud de pruebas de neuroimagen de acuerdo con los médicos de Sala. Para la psicopatología se puede

utilizar el mismo MMPI o Mini-Mult o bien una entrevista semiestructurada para los trastornos de la personalidad tipo IPDE ¹⁷¹.

De igual manera que con la conciencia de la dependencia alcohólica, y por los mismos motivos de dificultades del paciente y del setting para acceder a él, el método mayormente usado para medir la defensividad, el deterioro y la psicopatología ha sido mediante el acuerdo independiente entre observadores, en este caso los terapeutas que han tratado al paciente ¹⁷².

A continuación se detallan estos factores.

4.6.1.3.1. Defensividad psicológica.

Independientemente de los instrumentos, la defensividad psicológica se mide clínicamente a través de la discrepancia entre la información verbalizada por el paciente respecto a la frecuencia y cantidad de los consumos alcohólicos y sus consecuencias físicas, psíquicas y socio-familiares y los datos objetivos disponibles. Aparecen resistencias ante la discusión de temas sensibles, que llevan a su evitación mediante diversos mecanismos psicológicos de defensa ¹⁷².

Acostumbra a acompañarse de sintomatología depresiva y especialmente ansiosa y los importantes sentimientos de culpa son habituales.

La intervención o no de la familia y la manera cómo lo hace (facilitando o por el contrario interfiriendo) aporta información sobre la defensividad del paciente, aunque no se ha recogido específicamente la información de las familias debido a la imposibilidad práctica de contactar sistemáticamente con todas ellas a pesar de los intentos que se hacen.

Esta defensividad se diferencia de los casos en que el paciente simplemente no

es consciente de su problemática alcohólica. En los primeros casos existe una especie de consciencia "inconsciente" que se oculta, mientras que en los otros simplemente, frecuentemente deteriorados neuropsicológicamente, ni le pasa por la cabeza tener ningún problema a pesar de las evidencias ¹⁶⁷.

4.6.1.3.2. Deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo o neuropsicológico frecuentemente es leve y difuso y no puede objetivarse simplemente con las pruebas neuropsicológicas habituales ¹⁷³. Se diagnostica por vías diversas, en función de la situación del enfermo: en los casos más claros aparecen clínicamente síndromes de Wernicke-Korsakoff o cuadros de agitación. En otros casos se pueden usar las técnicas de neuroimagen, o las baterías neuropsicológicas.

En la totalidad de estos casos se acompaña de síntomas indicativos, como déficits objetivables de memoria, fabulaciones, inconsistencias y contradicciones en la elaboración de la anamnesis, con graves dificultades para estructurar y ordenar cronológicamente los recuerdos, la incomprensión de las indicaciones terapéuticas o la actitud de negación patológica de los problemas alcohólicos, que puede considerarse una forma atenuada de deterioro cognitivo.

Es útil utilizar medidas indirectas, como la falta de reactividad emocional ante acontecimientos personales traumáticos, el humor vacuo, inapropiado o cambiante y en general la falta de sintonía con la situación real (que acostumbra a ser de gravedad orgánica y ante la que muchos de estos pacientes no son en absoluto concientes, no sabiendo siquiera con claridad la enfermedad orgánica grave y crónica que padecen desde hace años y las consecuencias vitales y terapéuticas que se desprenden de ella).

En general el examen de la biografía conductual del enfermo es una fuente de evidencia clara de esta afectación. En ella, además de las dificultades para una conducta diaria integrada en su medio, o los cambios en el comportamiento, son frecuentes el historial de deliriums por abstinencia, encefalopatías hepáticas y neuropatías. Con todo, a pesar de la abundancia de signos de deterioro neuropsicológico el diagnóstico de demencia alcohólica es poco frecuente, al no llegar a cumplirse todos los criterios DSM-III-R, pero sí el de trastorno mnésico. Por ello se ha usado el criterio de tener cualquier indicador de los anteriores para diagnosticar deterioro neuropsicológico o cognitivo, junto a la presencia de dificultades en la comprensión y cumplimiento de las indicaciones médicas.

4.6.1.3.3. Trastornos psicopatológicos.

Para la evaluación de la psicopatología se han utilizado los criterios del DSM-III-R ¹⁵⁹.

Sin embargo hay que señalar que en este tipo de enfermos, de edades relativamente avanzadas y con importante deterioro físico y cognitivo muchas veces este deterioro encubre la posible psicopatología ¹⁷².

Frecuentemente debido a la situación social del paciente o las características del ingreso y la Sala. tampoco se dispone de información de familiares o conocidos.

Por ello se ha hecho especial énfasis en el estudio de la biografía para la investigación de posibles trastornos de personalidad como rasgos estables de conducta a lo largo de la vida de estos pacientes.

Entre los trastornos psíquicos pertenecientes al DSM-III-R destacan las psicosis alcohólicas, los trastornos de la personalidad (especialmente antisocial o límite), la

dependencia a otras sustancias (especialmente benzodiazepinas), los intentos de suicidio, los cuadros delirantes o la depresión mayor.

4.6.1.4. Diagnósticos durante el ingreso.

Se recogen todos los diagnósticos médicos realizados durante el ingreso, poniendo especial énfasis en los relacionados con trastornos psiquiátricos y neurológicos. Entre estos los más significativos son la presencia de síndromes de abstinencia alcohólica con diverso grado de gravedad (agitación, alucinaciones, etc.), los síndromes mnésicos alcohólicos (Síndrome de Wernicke) y las demencias alcohólicas.

Esta recogida se ha hecho a posteriori de la interconsulta y de la derivación y tratamiento ambulatorio del paciente, aprovechando la existencia de un proceso hospitalario, posterior al alta, de revisión de los informes médicos. Este proceso permite extraer y codificar todos las patologías y problemas médicos acaecidos durante el ingreso y que en muchas ocasiones el equipo médico simplemente describe, no especificando o diagnosticando explícitamente.

También permite que los profesionales que atienden la interconsulta, aunque no tengan esta función, conozcan todos los pormenores, complicaciones y tratamientos que se han realizado y que pueden haber sido ignorados durante el ingreso.

La dinámica hospitalaria (diversos equipos, distintas Salas, patologías médicas complejas y simultáneas, múltiples pruebas médicas, descoordinación en el tiempo de los diversos procesos médicos y sociales hacia el alta hospitalaria) dificulta un conocimiento global de las patologías de los pacientes, especialmente a los profesionales de la interconsulta. Este conocimiento es útil ya que pueden haber

diagnósticos y tratamientos que a posteriori resulten estar relacionados con el consumo de alcohol y sus complicaciones asociadas y que sean relevantes para explicar la posterior evolución de los pacientes.

De la base de datos clínica hospitalaria generada con este procedimiento se han extraído los diagnósticos finales y depurados. Sus resultados se analizan en el Estudio 3.

Al ser el objeto de investigación de este estudio predominantemente psicológico y psiquiátrico los diagnósticos que se tendrán especialmente en cuenta serán los de tipo psiquiátrico y neurológico y su relación con el consumo de alcohol.

4.6.1.5. Otros datos clínicos.

El motivo de la interconsulta (IC) se subdivide en urgente (por problemas agudos en la Sala como un síndrome de abstinencia, un cuadro de desorientación o ideación delirante) o crónico, como son habitualmente las IC cuando se ha detecta un consumo abusivo y crónico de alcohol previo al ingreso y relacionado con éste.

Se cuantifican los ingresos, urgencias e IC previas. Lo mismo para las urgencias, ingresos e IC posteriores al ingreso en estudio (del año 1998).

También se contabilizan los días desde el ingreso hasta la petición de la IC, los días de ingreso en total y los días desde la petición de la IC hasta el alta hospitalaria.

4.6.1.6. Tipo de derivación alcohólica en el momento del alta:

Se incluyen todos los enfermos a quien se solicita IC. Por tanto se tiene en cuenta los diversos tipos de seguimiento. Ellos se dividen entre los pacientes que son candidatos potenciales a un tratamiento y los que no. Entre los primeros hay: 1) los pacientes que aceptan un tratamiento alcohólico ambulatorio, 2) los que rechazan el

seguimiento alcohológico y 3) los derivados a otros centros de drogodependencias. Entre los no candidatos existen: 3.1) los pacientes muertos durante el ingreso, 3.2) los dados de alta prematuramente antes de ser visitados, 3.3) los derivados a centros residenciales de larga estancia y, 3.4) los no derivados a ningún tipo de tratamiento o recurso dada su gravedad orgánica terminal.

4.6.2. Variables de seguimiento dependientes a los dos años:

4.6.2.2. Tiempo de supervivencia hasta el primer consumo.

Días desde el alta hospitalaria hasta al primer consumo de cualquier cantidad de alcohol (excluidas tan solo las bebidas “sin alcohol”). Esta variable estará supeditada a la localización del paciente por medio de las visitas de seguimiento médico y alcohológico.

De acuerdo con los objetivos generales explicitados en el apartado 3.1. y el tipo de variables del apartado 4.6. no se hará un seguimiento intencionado, activo o independiente del tratamiento normal y habitual ofertado, aún a sabiendas de los altos porcentajes de abandono de estos enfermos. Ya se ha justificado todo ello para tener datos válidos y reales sin interferir en la evolución natural de estos pacientes.

4.6.2.3. Tiempo hasta el abandono del tratamiento alcohológico:

Días desde el alta hospitalaria hasta la última visita realizada en la UA-HCB.

4.6.2.4. Situación clínica del paciente a los dos años:

Las categorías respecto del cumplimiento de los tratamientos a los 2 años se han ordenado en función de la calidad y cantidad del seguimiento, y son:

A) Alta terapéutica en la UA-HCB (después de cumplir un tratamiento de unos 2 años) y buen seguimiento de los restantes tratamientos; B) sigue tratamiento en la UA-HCB y otros Servicios del HCB; C) abandono del tratamiento de la UA-HCB pero sigue visitándose en el Servicio del HCB que solicitó la interconsulta (IC); D) no acudió a ninguna visita en la UA-HCB pero sigue visitándose en el Servicio del HCB que solicitó la IC; E) no acudió ni a la UA-HCB ni al Servicio del HCB que solicitó la IC, pero sí a otros Servicios del HCB; F) no ha acudido nunca a visitarse en ningún Servicio del HCB; G) abandono total de los tratamientos (UA y otros Servicios HCB) después de haberse visitado alguna vez; H) fallecido antes de cualquier visita ambulatoria; I) fallecido después de alguna visita ambulatoria; J) derivado a otros Centros (Residencias, Comunidades Terapéuticas (CT), Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD), Centros de Salud Mental para Adultos (CSMA), Servicios Sociales (SS)), sin ningún contacto posterior con el HCB.

Estas categorías se reagrupan de forma dicotómica en función del cumplimiento del tratamiento en la UA-HCB entre: a) cumple el tratamiento en la UA-HCB (A, B), o b) no cumple el tratamiento en la UA-HCB (C, D, E, F, G).

También se reagrupan dicotómicamente en función del cumplimiento de algún tratamiento médico en general entre: 1) Cumple algún tratamiento médico (A, B, C, D, E), o 2) no cumple tratamiento médico (F, G).

En ambos reagrupamientos los muertos abarcan las categorías H e I y los pacientes derivados a otros centros son la categoría J.

4.6.2.5. Datos de utilización de los servicios sanitarios y de cumplimiento de los tratamientos.

Número de interconsultas, reingresos, visitas alcohológicas y visitas médicas posteriores.

4.6.3. Variables de seguimiento dependientes a los cuatro años:

4.6.3.1. Tiempo de supervivencia hasta los cuatro años:

Días desde el alta hospitalaria hasta los cuatro años de seguimiento o bien la presencia del acontecimiento terminal, que sería la muerte.

Para el análisis de la mortalidad se han utilizado datos centralizados hasta el 31 de diciembre del 2002, obtenidos del Registre de Mortalitat de Catalunya de la Generalitat de Catalunya ¹⁷⁴, que recoge todas las notificaciones de defunción al Registro Civil en la Comunidad Autónoma de Catalunya. Por la edad, gravedad y cronicidad de estos enfermos los desplazamientos y cambios de residencia son excepcionales, por lo que hay una alta seguridad en disponer con la consulta a este único registro de datos fiables para toda la muestra.

4.7. Plan de trabajo:

La Tabla 7 describe el Plan de trabajo de los tres estudios sucesivos.

Tabla 7. Plan de Trabajo de los sucesivos estudios.

Punto de control		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
Evaluaciones	Día 0	Día 1	Día 2-7	Días 2-30	Año 2	Año 4
Fases (Estudios)	Estudio 1			Estudio 2	Estudio 3	
Petición interconsulta	X					
Historia clínica alcoholológica y psiquiátrica		X				
Datos sociodemográficos. Datos clínicos.		X				
Tratamiento médico alcoholológico (si es necesario)		X				
Inclusión/ exclusión		X				
Datos psicoterapéuticos			X			
Conciencia de dependencia alcoholológica			X			
Factores interferidores de la conciencia: Deterioro cognitivo, defensividad psicológica, psicopatología. Familia			X			
Alta hospitalaria y ofrecimiento de derivación ambulatoria				X		
Ingresos, urgencias e interconsultas previas				X		
Ingresos, urgencias e interconsultas posteriores						X
Control del consumo de alcohol				X	X	
Cumplimiento del tratamiento (visitas)				X	X	
Control de la supervivencia		X	X	X	X	X
Revisión de los diagnósticos						X

4.8. Recogida y análisis de datos:

Datos recolectados mediante la base de datos MS-Access 7.0. Posteriormente, a través de MS-Excel se han transformado al formato estadístico del paquete SPSS v.10.0.

4.9. Análisis estadístico:

No es necesario utilizar el principio de la intención de tratarse (ITT) puesto que es un estudio naturalístico de seguimiento del tratamiento estándar de una cohorte en el que se incluyen a todos los pacientes del periodo analizado. Por ello tampoco ha sido necesario un consentimiento informado de los enfermos.

Para la descripción de los sujetos, según fueran las variables cualitativas o cuantitativas, se han calculado las frecuencias, medias y desviaciones típicas. Para la comparación de medias se ha usado la T de Student, y el análisis de la varianza (ANOVA) en caso de más de dos medias. Para comparaciones de frecuencias entre variables cualitativas se ha utilizado la Chi al cuadrado (χ^2).

Al ser todas estas pruebas bivariadas, en algunos casos se han utilizado repetidamente varias de ellas para estudiar el poder de distintas variables independientes para predecir o relacionarse con otra de dependiente. En este caso se incrementa la probabilidad de error total al rechazar una o más hipótesis nulas, al sumarse las probabilidades de error alfa (α) de los errores individuales. Para corregir este posible error se aplicara el ajuste de Bonferroni, que consistirá en dividir el nivel de significación α de cada prueba individual (que será de 0,05) por el número total de pruebas individuales (y por tanto de variables independientes analizadas). Hecho esto la suma total representará el nivel de significación α establecido a priori ($\alpha=0,05$).

Para todos los pacientes se efectuará un análisis de la supervivencia a los cuatro años según el método de Kaplan-Meier, considerando el fallecimiento como el evento analizado. La evaluación de diferencias en la supervivencia según diversas variables clínicas (tipo de aceptación del tratamiento, Servicio de ingreso o problemática psicopatológica) ajustando por edad y sexo, se realizará mediante modelos de riesgos

proporcionales de Cox.

Para predecir nuevos ingresos, urgencias e interconsultas a los 4 años, se efectuará un análisis de regresión logística.

5. Características sociodemográficas y clínicas de las interconsultas (IC) por el consumo de alcohol en un hospital general durante 1998. Dificultades para su tratamiento y derivación. Resultados transversales hasta el momento del alta hospitalaria (Estudio 1):

5.1. Resultados:

La totalidad de enfermos a los que solicita IC (N= 212) cumple criterios de abuso de alcohol y muy probablemente también de dependencia, aunque en una pequeña parte de ellos (4 sobre el total) no es posible objetivarla debido a la gran negación que hacen de su alcoholismo.

También y tal como se comentó en el apartado 4.6. sobre posibles dificultades prácticas en la recogida de algunas variables, no se ha recogido el patrón exacto de cantidad/ frecuencia/ síntomas del consumo alcohólico, debido a la negación que hacen de él estos pacientes, su estado de deterioro físico-psíquico y la ausencia frecuente de familiares y colaterales que pudieran aportar información complementaria.

En todo caso en todos los pacientes, y según sus médicos de Sala, los consumos alcohólicos tenían relación directa con el motivo de ingreso. Ello junto con su gravedad explica que a menudo exista también una importante intolerancia física al alcohol, que motiva que en muchos pacientes los consumos que verbalizan sean aparentemente poco elevados.

Por los mismos motivos de gravedad y por las dificultades de setting para realizar una historia prolongada no se ha podido sistematizar la recogida prevista en el apartado 4.6.1.1. de información acerca de las complicaciones familiares y laborales, la duración del consumo y los antecedentes psiquiátricos y alcohólicos familiares. El intento de su recogida suponía un importante desgaste para los enfermos, un aumento de

las ya abundantes y habituales resistencias para su aceptación de un tratamiento de seguimiento y una información final que a pesar de los esfuerzos era de baja fiabilidad.

5.1.1. Características de la muestra.

La edad media de las IC es de 49,4±12 años y el 80,2% son hombres. La edad no difiere entre ambos sexos, pero sí en función del Servicio que solicita la IC (ANOVA F=4,3; p< 0,001), siendo Cardiología, con 58,4±14 años, MDI con 53,2±13 años y Hepatología con 50,1±9 años los que solicitan IC de mas edad, mientras que Enfermedades Infecciosas y Psiquiatría con 31±1 años y 42±13 años solicitan las mas jóvenes (Tabla 8).

El porcentaje de hombres/mujeres no presenta diferencias significativas entre Servicios (Chi²=6,6; p= n.s.) (Tabla 8).

Tabla 8. Servicio de origen de las interconsultas y datos sociodemográficos de ellas.

	Edad	Hombres/ mujeres
Hepatología	50,1±9	75% / 25%
Medicina Interna	53,2±13	89% / 12%
Psiquiatría	42,1±14	76% / 24%
Gastroenterología	48,8±8	80% / 20%
Enfermedades Infecciosas	31±1	50% / 50%
Traumatología	43,8±6	80% / 20%
Cardiología	58,4±15	100% / 0%
Resto	50,7±13	75% / 25%
Total	49,4±12	80% / 20%

5.1.2. Características del ingreso de los pacientes con IC por el consumo de alcohol:

El tiempo medio del ingreso es de 12 ± 11 días, con un rango de 1 a 96. Desde el momento del ingreso hasta la petición de la IC el tiempo medio transcurrido es de 4 ± 4 días, con un rango de 0 a 36 días. El tiempo entre la petición y el alta hospitalaria (días post-IC hasta el alta) es de $8 \pm 9,7$ días con un margen que oscila desde los 83 días hasta un caso en que la petición llegó 3 días después del alta (Tabla 9).

Tabla 9. Servicio origen de la interconsulta (IC) y días desde el ingreso hasta la petición de IC, desde esta hasta el alta y duración total del ingreso.

	Interconsultas por alcohol	IC urgentes	Días hasta petición IC	Días totales ingreso	Días post-IC hasta el alta
Hepatología	57 (27%)	1,8%	$5,2 \pm 4$	$14,4 \pm 10$	$9,1 \pm 9$
Medicina Interna	61 (29%)	11,5%	$3,4 \pm 3$	$9,5 \pm 11$	$6,1 \pm 10$
Psiquiatría	33 (15,5%)	12,1%	$2,2 \pm 1$	$13,1 \pm 12$	$10,9 \pm 11$
Gastroenterología	20 (9,5%)	15%	$4,6 \pm 3$	$12,1 \pm 8$	$7,3 \pm 7$
Enfermedades Infecciosas	2 (1%)	0%	$3,5 \pm 0,7$	$7,5 \pm 3$	4 ± 2
Traumatología	10 (5%)	10%	$7,4 \pm 11$	$19,3 \pm 18$	$11,9 \pm 10$
Cardiología	5 (2%)	0%	$9,2 \pm 11$	$15,8 \pm 11$	$6,6 \pm 5$
Resto	24 (11%)	8,3%	$3,3 \pm 3$	$9,2 \pm 6$	$5,8 \pm 4$
Total	212 (100%)	8,5%	$4,1 \pm 4$	$12,2 \pm 11$	8 ± 9

Los días de ingreso están correlacionados con los días que tarda la petición de IC ($r= 0,5$; $p < 0,001$) y con los días que tarda el alta después de la IC ($r= 0,9$; $p < 0,001$). En cambio estas dos magnitudes (tardanza y alta post-IC) no lo están ($r= 0,1$; $p= 0,1$)

El motivo de la IC es urgente en el 8,5% de casos, habitualmente crisis comiciales por privación de alcohol, o simplemente porque se quiere dar el alta con rapidez. La mayoría de IC se deben a causas crónicas, es decir a la sospecha o detección

de la propia dependencia alcohólica en el enfermo.

No se halla relación entre la urgencia de la petición y su tardanza desde el ingreso, los días hasta el alta post-IC o la duración total del ingreso, ni tampoco con la edad, el sexo o la Sala de ingreso (Tabla 9).

5.1.3. Origen de las solicitudes de IC y grado de detección de las enfermedades por consumo de alcohol.

Las cuatro quintas partes de IC se concentran en 4 Servicios: Hepatología, Medicina Interna, Psiquiatría y Gastroenterología. (Figura 1). También son los Servicios que solicitan más IC en proporción a sus ingresos totales, pero el porcentaje de IC por alcohol sobre el total de los ingresos en cada Servicio no llega en ningún caso al 3%, siendo el promedio para todo el hospital del 0,5% (Tabla 10).

Figura 1. Número de interconsultas solicitadas a la Unidad de Alcoholología del Hospital Clínico de Barcelona (UA-HCB) en función del Servicio durante 1998.

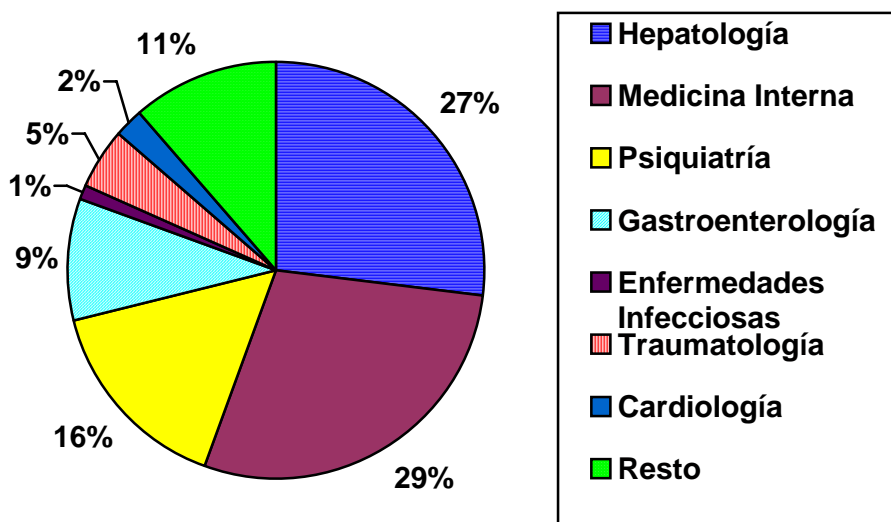


Tabla 10. Servicio origen de la interconsulta y porcentaje sobre los ingresos totales.

	Interconsultas por alcohol	Ingresos totales 1er.semestre 98	Porcentaje sobre ingresos totales (extrapolado año 1998 completo)
Hepatología	57 (27%)	1308	2,1%
Medicina Interna	61 (29%)	2220	1,3%
Psiquiatría	33 (15,5%)	566	2,9%
Gastroenterología	20 (9,5%)	1246	0,8%
Enfermedades Infecciosas	2 (1%)	682	0,1%
Traumatología	10 (5%)	1305	0,3%
Cardiología	5 (2%)	2235	0,1%
Resto	24 (11%)	9562	0,1%
Total	212 (100%)	19124	0,5%

En los distintos Servicios que solicitan IC la duración de los ingresos de estos enfermos es parecida (ANOVA. $F= 1,8$, $p= 0,08$), así como el margen posterior de días hasta el alta (ANOVA. $F= 1,3$; $p= n.s.$), sin embargo la rapidez en la solicitud de la IC es mucho mayor en Psiquiatría respecto a Cardiología, Hepatología y Traumatología (ANOVA. $F= 3,4$; $p= 0,002$) (Tabla 9).

A pesar de ello el porcentaje de IC urgentes es similar en todos ellos ($\chi^2= 6,3$; $p= ns$) (Tabla 9).

5.1.4. Características orgánicas y psicopatológicas de los pacientes.

La característica principal de los enfermos visitados a través de las IC's por consumo de alcohol es su gravedad orgánica, que afectará decisivamente al tipo de derivación que se les puede ofrecer: el 1,9% de pacientes mueren durante el ingreso que motiva la IC's (sin llegar por tanto al alta), otro 5,2% se descartan para seguimiento ambulatorio por su gravedad orgánica, siendo remitidos a residencias socio-sanitarias y un 6,6% de pacientes presenta problemas psiquiátricos, sociales y deterioro cognitivo

que motiva su derivación a otros servicios especializados (Centros psiquiátricos, comunidades terapéuticas o otros recursos sociales de estancia media-larga) (Tabla 11). El 17,5% rechaza explícitamente un tratamiento ambulatorio y un 5,7% de solicitudes de IC llegan después de haberse marchado de alta. Finalmente el 6,1% de enfermos aceptan ser derivados a otros dispensarios de drogodependencias mas cercanos a su residencia, conocidos por el enfermo o adecuados a sus características y el 57,1% acepta proseguir un tratamiento ambulatorio en la propia UA-HCB.

El 72,9% de las IC que han podido ser evaluadas (es decir, excluyendo a los pacientes que fallecen durante el ingreso y los datos de alta antes de la realización de la IC) corresponden a pacientes que presentan algún tipo de trastorno psico-social importante, lo que interfiere significativamente en el tratamiento de su dependencia alcohólica (Tabla 12).

Tabla 11. Duración del ingreso, demora en la petición de la interconsulta y tiempo hasta el alta posterior a la interconsulta en función del tipo de derivación.

Tipo de derivación.		Días totales ingreso	Días hasta petición IC	Días desde IC hasta alta	Porcentaje de IC urgentes
UA-HCB	121 (57%)	10±6	3,9±4	6,5±4	9,9%
Otro CAD	13 (6%)	12,5±9	3,8±3	8,6±7	7,7%
Rechaza tratamiento	37 (17%)	14,9±15	4,9±6	10±14	5,4%
Otros recursos	14 (7%)	16,1±12	4,4±4	11,7±10	7,1%
Alta antes de visitarse	12 (6%)	7±4	4,8±4	2,4±3	0
No derivado	11 (5%)	21,2±26	3,6±4	17,6±23	18,2%
Muerto	4 (2%)	14,5±15	3,7±2	10,7±13	0
Total	212	12,2±11	4,1±4	8±9	

Lugar del tratamiento de seguimiento: UA-HCB: en la propia Unidad de Alcoholología; Otro CAD: en otro centro ambulatorio de drogodependencias; Otros recursos: en otros Centros de Salud Mental (CSMA), Comunidades Terapéuticas (CT), Servicios Sociales o Residencias de media-larga estancia; No derivado debido a otras causas (enfermedad terminal, fuera de protocolo pre-trasplante).

Tabla 12. Tipo de derivación y/o finalización del ingreso. Tipo de trastorno principal que dificulta la realización de un tratamiento (excluidos los pacientes muertos o con alta antes de la IC).

Tipo de derivación.	Número de casos y porcentaje	Presencia de trastornos psicosociales *	Deterioro cognitivo	Marginación social	Falta de soporte familiar	Fuga o alta voluntaria	Trastorno psiquiátrico	Negación de problemas	Cronicidad de tratamientos
UA-HCB	121 (57%)	78(64,5%)	22 (28%)	2 (2,5%)	1 (1%)	0	25 (32%)	13 (17%)	15 (19,5%)
Otro CAD	13 (6%)	10(76,9%)	1 (10%)	0	0	1 (10%)	6 (60%)	0	2 (20%)
Rechaza tratamiento	37 (17%)	35(94,6%)	4 (11,5%)	2 (6%)	0	3 (8,5%)	11 (31%)	15 (43%)	0
Derivados a otros recursos	14 (7%)	13(92,9%)	5 (38,5%)	2 (15%)	0	0	5 (38,5%)	1 (8%)	0
No derivado	11 (5%)	7(63,6%)	2 (28,5%)	1 (14,5%)	2 (28,5%)	0	0	0	2 (28,5%)
Alta antes de visitarse	12 (6%)								
Muerto	4 (2%)								
Total	212	143/196 (73%)	34(24%)	7(5%)	3(2%)	4(3%)	47(33%)	29(20%)	19(13%)

* Presencia de trastornos psicosociales entre los pacientes evaluables (descontados muertos y altas antes de ser visitados por la IC).

Tipos de derivación:

1) Beneficiarios de tratamiento: UA-HCB: acepta tratamiento de seguimiento en la propia Unidad de Alcoholología-HCB; Otro CAD: acepta tratamiento de seguimiento en otro centro ambulatorio de drogodependencias más próximo geográficamente;

2) Rechaza tratamiento: rechaza activamente cualquier opción de tratamiento alcoholológico ambulatorio;

3) No beneficiarios de tratamiento: Derivados a otros recursos: presencia de problemas psiquiátricos, sociales y/o deterioro cognitivo que motivan la derivación a otros servicios especializados (Centros de Salud Mental (CSMA), Comunidades Terapéuticas (CT), Servicios Sociales (SS) o Residencias de media-larga estancia); No derivado: debido a gravedad orgánica (trasladados a residencias socio-sanitarias y no tributarios de tratamiento ambulatorio).

4) Otros: Alta antes de visitarse: peticiones de IC que llegaron a la UA-HCB posteriormente al alta del paciente.; Muerto: durante el mismo ingreso que motivó la IC.

Entre los principales, destacan los trastornos psiquiátricos en el 33% de estos pacientes, el deterioro cognitivo en el 24%, la negación de problemática alcohólica a pesar de las evidencias en el 20% y la cronificación de su dependencia con múltiples tratamientos fracasados en el 13%. Es primordial señalar que es habitual que coexistan varios de estos problemas neuropsiquiátricos y simultáneamente además haya marginación social o falta de soporte familiar.

Si analizamos por separado cada uno de los trastornos psico-sociales más importantes hallamos que casi un tercio de los pacientes evaluables presentan deterioro cognitivo y una cuarta parte diversos trastornos psiquiátricos (Tabla 13) .

Tabla 13. Tipo de derivación y/o finalización del ingreso. Tipos de trastornos psicosociales independientes (no excluyentes) que dificultan la realización de un tratamiento en los pacientes evaluables (excluidos los pacientes muertos o con alta antes de la IC) N=196.

Tipo de derivación.	Deterioro cognitivo	Trastorno psiquiátrico	Defensividad psicológica	Conciencia de dependencia
UA-HCB	40 (33,1%)	25 (20,7%)	33 (27,3%)	15 (12,4%)
Otro CAD	3 (23,1%)	6 (46,2%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)
Rechaza tratamiento	5 (13,5%)	11 (29,7%)	37 (100%)	0
Derivados a otros recursos	7 (50%)	5 (35,7%)	5 (35,7%)	0
No derivado	4 (36,4%)	0	2 (18,2%)	0
Total	59 (30,1%)	47 (24%)	79 (40,3%)	18 (9,2%)
	Chi ² = 8,4 p= 0,075 p= n.s. *	Chi ² = 9,4 p= 0,05 p= n.s. *	Chi ² = 69 P< 0,001	Chi ² = 10 p= 0,029 p= n.s. *

* Con ajuste de Bonferroni (n.s.= $p>0,012$).

n.s.: no significativo ($p> 0,05$).

Tipos de derivación:

1) Beneficiarios de tratamiento: UA-HCB: acepta tratamiento de seguimiento en la propia Unidad de Alcoholología-HCB; Otro CAD: acepta tratamiento de seguimiento en otro centro ambulatorio de drogodependencias más próximo geográficamente;

2) Rechaza tratamiento: rechaza activamente cualquier opción de tratamiento alcohólico ambulatorio;

3) No beneficiarios de tratamiento: Derivados a otros recursos: presencia de problemas psiquiátricos, sociales y/o deterioro cognitivo que motivan la derivación a otros servicios especializados (Centros de Salud Mental (CSMA), Comunidades Terapéuticas (CT), Servicios Sociales (SS) o Residencias de media-larga estancia); No derivado: debido a gravedad orgánica (trasladados a residencias socio-sanitarias y no tributarios de tratamiento ambulatorio).

4) Otros: Alta antes de visitarse: peticiones de IC que llegaron a la UA-HCB posteriormente al alta del paciente.; Muerto: durante el mismo ingreso que motivó la IC.

Las mujeres presentan una mortalidad intrahospitalaria cuatro veces mayor que los hombres (4,8% versus 1,2%), y rechazan los tratamientos con el doble de frecuencia (28,6% versus 14,7%). Incluso teniendo en cuenta sólo a los pacientes beneficiarios de tratamiento (Tabla 14) las mujeres representan el 32% de pacientes que rechazan el tratamiento y sólo el 16% de los que lo aceptan.

Tabla 14. Características de los pacientes rechazadores frente a los que aceptan tratamiento. (Sólo los 171 pacientes beneficiarios potenciales de tratamiento: excluidos los muertos, las altas precipitadas, las derivaciones a CT, Residencias, CSMA, Servicios Sociales y los pacientes no derivados).

	Aceptadores	Rechazadores	P *
Hombres / mujeres	83,6% / 16,4%	67,6% / 32,4%	0,03 n.s.**
Trastorno psicosocial	65,7%	94,6%	0,001
IC urgente	9,7%	5,4%	n.s.

* Significación estadística. Comparación de proporciones por el método de la Chi².

** Con ajuste de Bonferroni (n.s.= $p > 0,016$).

n.s.: no significativo ($p > 0,05$). CT: Comunidad Terapéutica, CSMA: Centro de Salud Mental para Adultos.

Las mujeres también presentan con mayor frecuencia que los hombres trastornos psicosociales (85,7% versus 68,8% respectivamente; $\text{Chi}^2 = 4,7$; $p = 0,02$). Entre estos destaca una mayor frecuencia de deterioro cognitivo (21% vs. 15%), de marginación social (5% vs. 3%) y familiar (2,4% vs. 1,2%) y sobretodo de negación de los problemas relacionados con el alcohol (21% vs. 12%).

Sorprendentemente estas complicaciones psicopatológicas se dan más en los sujetos más jóvenes (48 ± 12 vs 52 ± 11 años; $t = 2,3$; $p = 0,02$). En los mayores se da la falta de soporte familiar, la muerte, la negación de problemas alcohólicos o el deterioro neuropsicológico y en los jóvenes las fugas, altas voluntarias, la marginación social, los

trastornos psiquiátricos o la cronicidad en la adicción a pesar de la menor edad.

La Tabla 15 muestra el perfil del paciente con trastornos psicosociales: es más joven, se da más en las mujeres, generan más urgencias en las interconsultas, que además son más abundantes, han tenido más urgencias e ingresos previos y, quizás lo más decisivo con vistas al tratamiento, rechaza la posibilidad de un seguimiento ambulatorio posterior con mucha mayor frecuencia.

Tabla 15. Características de los pacientes con trastornos psicosociales.

	Con trastornos psicosociales	Sin trastornos psicosociales	p *
Mujeres	23,5%	10,2%	0,02 n.s. **
Rechazo del tratamiento	23,5%	3,4%	0,003
Interconsulta urgente	11,1%	1,7%	0,02 n.s. **
Ingresos previos	50%	37,3%	n.s.
Urgencias previas	77%	74,6%	n.s.
Interconsultas previas	26,1%	10,2%	0,01 n.s. **
Edad	48,2±12	52,5±11	0,02 n.s. **
Días hasta la IC	4±4	4,3±4	n.s.
Días de ingreso	12,8±12	10,6±6	n.s.
Días entre IC y alta	8,7±10	6,3±5	n.s.
Nº urgencias previas	5,9±9	3,3±3	0,05 n.s. **
Nº ingresos previos	1,7±2	0,7±1	0,01 n.s. **

* Significación estadística. Comparación de proporciones por el método de la χ^2 y de medias por el método la t de Student.

** Con ajuste de Bonferroni (n.s.= $p>0,004$).

n.s.: no significativo ($p>0,05$).

La Tabla 16 muestra también la distribución por Salas de la presencia de

pacientes con trastornos psicosociales. En ella se evidencian las diferencias significativas entre ellas, con predominio de estos trastornos psicosociales en Psiquiatría y Traumatología (donde también hay pacientes más jóvenes) y menor frecuencia en Cardiología.

Tabla 16. Distribución por Salas de los pacientes rechazadores del tratamiento alcohólico (sólo los 171 pacientes beneficiarios potenciales de tratamiento: excluidos los muertos, las altas precipitadas, derivaciones y pacientes no derivados) y de los pacientes con trastornos psicosociales.

	Aceptación del tratamiento	Presencia de trastornos psicosociales
Hepatología	36 (78,3%)	37 (64,9%)
Medicina Interna	48 (92,3%)	43 (70,5%)
Psiquiatría	23 (76,7%)	33 (100%)
Gastroenterología	10 (71,4 %)	15 (75%)
Enfermedades Infecciosas	1 (100%)	1 (50%)
Traumatología	3 (50%)	8 (80%)
Cardiología	2 (50%)	2 (40%)
Resto	11 (61,1%)	14 (58,3%)
Total	134 (78,4%)	153 (72,2%)
	p= 0,042 p= n.s. *	p= 0,005

n.s.: no significativo ($p > 0,05$).

** Con ajuste de Bonferroni ($n.s. = p > 0,025$).*

Paralelamente a los trastornos psicosociales presentes, la actitud respecto a su enfermedad también es poco constructiva (Tabla 13): tan sólo en el 9% de las interconsultas recibidas y evaluables los pacientes tienen conciencia de su dependencia alcohólica y en un 40% existe defensividad psicológica, medidas según los criterios de los apartados 4.6.1.2. y 4.6.1.3.1.

Entre ambas variables hay relación: los pacientes que presentan defensividad psicológica más frecuentemente tampoco tendrán conciencia de dependencia alcohólica

(98,8% versus 85,9%; $\chi^2 = 10,2$; $p = 0,001$).

La Tabla 17 muestra las relaciones entre la defensividad psicológica y la conciencia de dependencia alcohólica, con los trastornos psicosociales y psiquiátricos y el deterioro cognitivo.

Tabla 17. Características de los pacientes en función de la defensividad psicológica y de la conciencia de dependencia alcohólica.

	Con / Sin Defensividad psicológica	p *	Con / Sin Conciencia de dependencia alcohólica	p *
Trastornos psicosociales	91,7% / 59,4%	0,001	52,6% / 74,1%	0,04 n.s. **
Deterioro SNC	21,7% / 34,9%	0,04 n.s. **	16,7% / 30,9%	n.s.
Trastorno psiquiátrico	27,4% / 19,5%	n.s.	21,1% / 22,8%	n.s.
Rechazo del tratamiento	45,1% / 0%	0,001	0% / 19,5%	0,004
Ingresos previos	49,4% / 44,5%	n.s.	52,6% / 45,8%	n.s.
Interconsultas previas	23,8% / 20,3%	n.s.	31,6% / 20,7%	n.s.
Urgencias previas	73,5% / 78,1%	n.s.	78,9% / 76%	n.s.

* Significación estadística. Comparación de proporciones por el método de la χ^2 .
n.s.: no significativo ($p > 0,05$).

** Con ajuste de Bonferroni ($n.s. = p > 0,007$).

Los trastornos psicosociales se relacionan con ambas: tanto la presencia de defensividad como la falta de conciencia de dependencia corresponden a mayores porcentajes de trastornos psicosociales. Sin embargo no es el caso de los trastornos psiquiátricos, que no tienen relación con ninguna de estas variables.

En cambio el deterioro cognitivo se presenta en menor frecuencia entre los pacientes defensivos, siendo mayor en los que tienen los mecanismos de defensa deficientes y que en cambio son menos conscientes de su dependencia. Ello es

coherente con las observaciones clínicas, que muestran un muy bajo nivel de defensas psicológicas entre los pacientes deteriorados neuropsicológicamente, aunque ello no impide que sigan sin tener conciencia de su dependencia alcohólica. Esta conciencia por tanto no dependería sólo de no estar deteriorado cognitivamente, sino también de no estar a la defensiva.

5.1.5. Antecedentes de tratamientos.

El 46,4% de pacientes habían tenido algún ingreso previo en el propio HCB ($1,5 \pm 2$ de promedio en total) y el 76,3% habían acudido a urgencias ($5,2 \pm 9$ ocasiones de promedio en total). Entre los que ingresan la media es de $3,2 \pm 3$ y los que acuden a urgencias, de $6,8 \pm 9$ episodios de ingreso y urgencia respectivamente en el propio HCB.

En un 21,7% de los pacientes de la muestra se habían petitionado anteriormente otras IC, de los que 15 de ellos en más de una ocasión.

La edad no se relaciona significativamente con ninguno de estos antecedentes, pero sí el número de ingresos con el de urgencias (r de Pearson= 0,57; $p= 0,01$) y el de interconsultas (r de Pearson= 0,49; $p= 0,01$).

No hay diferencias significativas en cuanto al número ni la frecuencia de ingresos o urgencias previas en función del sexo, pero sí en cuanto las interconsultas previas: un 35,7% de las mujeres han tenido IC previas y sólo el 18% de los hombres ($\text{Chi}^2= 6$; $p= 0,01$)

La existencia de complicaciones psicopatológicas se relaciona con más urgencias ($5,9 \pm 10$ vs. $3,3 \pm 3$ urgencias; $t=2,6$; $p=0,008$), interconsultas ($0,4 \pm 0,8$ vs. $0,1 \pm 0,3$ interconsultas; $t= 3,4$ $p= 0,001$) e ingresos previos ($1,7 \pm 2$ vs. $0,7 \pm 1$ ingresos; $t= 3,4$; $p= 0,001$).

Ni la conciencia de dependencia alcohólica ni la defensividad psicológica se relacionan con la existencia de ingresos, urgencias o interconsultas previas (Tabla 17).

5.1.6. Tipo de tratamiento de seguimiento ofertado y su aceptación.

La Tabla 18 muestra el diagrama de flujo de todas las interconsultas incluidas en este estudio en el año 1998, su evolución durante la estancia hospitalaria y el tipo de tratamiento o recursos que finalmente se convino con cada paciente.

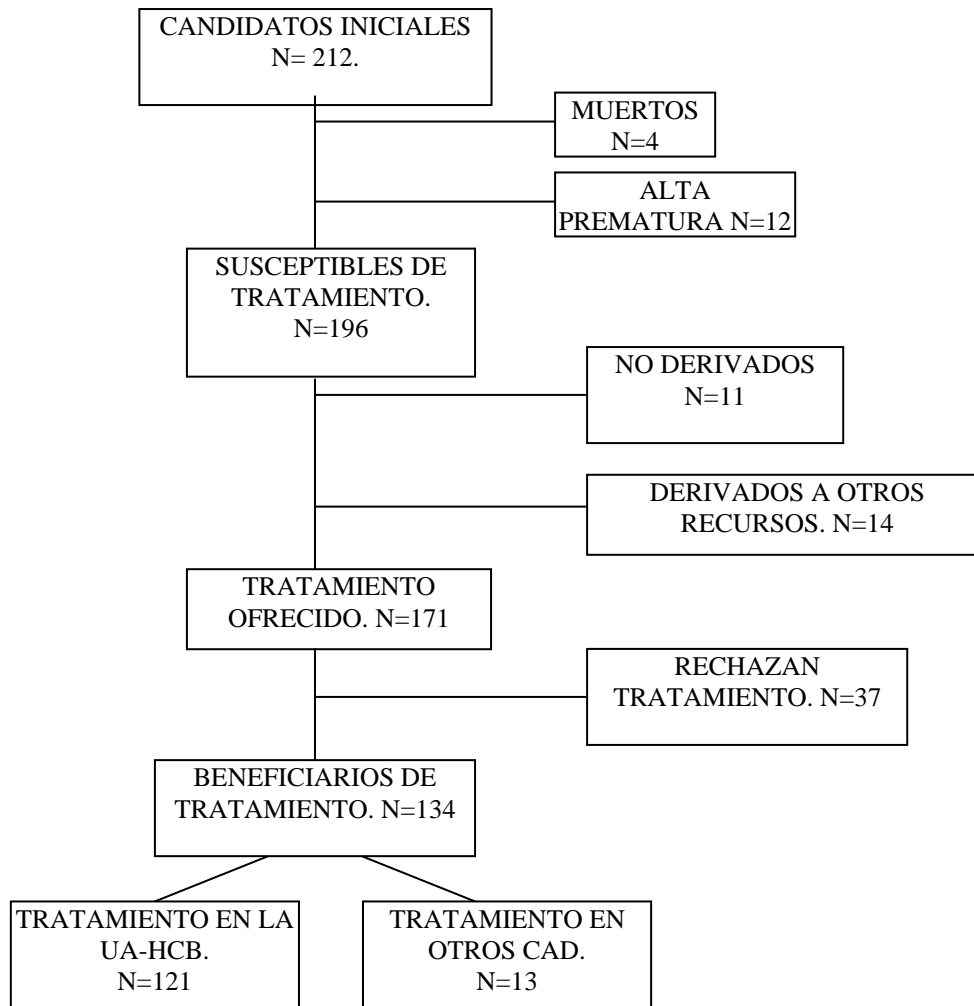
Excluyendo los 4 muertos y los 12 pacientes dados de alta antes de ser visitados en la IC, de los 196 pacientes restantes a los que se ofrece algún tratamiento, en más de la mitad de casos (61,7%) se concierta un control ambulatorio después del alta. Se derivan a otros dispensarios de drogodependencias (CAD) el 6,6% de los pacientes alcohólicos debido principalmente a su residencia lejana a la propia UA-HCB.

Existe en cambio un porcentaje del 18,8% de pacientes que rechaza todo tipo de control ambulatorio (Tablas 11 y 12).

El resto de pacientes no son tributarios de tratamiento ambulatorio debido a su gravedad orgánica (5,6%), o bien presentan enfermedades crónicas y carencias socio-familiares que los llevan a residencias asistidas, centros de salud mental, comunidades terapéuticas o diversos recursos sociales (7,1%) (Tablas 11 y 12).

Teniendo en cuenta a todos los pacientes que no fallecen durante el ingreso analizado, las mujeres rechazan el tratamiento alcohólico más a menudo que los hombres (30% versus 14,9%). Si no se considera a los pacientes no beneficiarios de tratamiento la diferencia aún es mayor (Tabla 14). En cambio la edad no influye en ningún caso en ese rechazo.

Tabla 18. Actitud, capacidad y posibilidades durante su estancia hospitalaria de los pacientes con interconsulta a la UA-HCB respecto a la oferta de tratamiento alcohólico.



1) Beneficiarios de tratamiento: UA-HCB: acepta tratamiento de seguimiento en la propia Unidad de Alcoholología-HCB; Otro CAD: acepta tratamiento de seguimiento en otro centro ambulatorio de drogodependencias más próximo geográficamente;

2) Rechaza tratamiento: rechaza activamente cualquier opción de tratamiento alcohólico ambulatorio;

3) No beneficiarios de tratamiento: Derivados a otros recursos: presencia de problemas psiquiátricos, sociales y/o deterioro cognitivo que motivan la derivación a otros servicios especializados (Centros de Salud Mental (CSMA), Comunidades Terapéuticas (CT), Servicios Sociales o Residencias de media-larga estancia); No derivado: debido a gravedad orgánica (trasladados a residencias socio-sanitarias y no tributarios de tratamiento ambulatorio).

4) Otros: Alta antes de visitarse: peticiones de IC que llegaron a la UA-HCB posteriormente al alta del paciente.; Muerto: durante el mismo ingreso que motivó la IC

La tardanza en solicitar la IC no influye entre la aceptación o no del tratamiento (unos 4 días en conjunto).

La duración del ingreso es distinta según el tipo de derivación (ANOVA; $F= 2,8$; $p= 0,01$). Los enfermos no derivados por no ser tributarios de tratamiento ambulatorio o los derivados a otros recursos, que son los más graves, tienen los ingresos más largos y los beneficiarios de tratamiento los tienen relativamente breves (Tabla 11).

Los días posteriores a la IC hasta el alta hospitalaria siguen el mismo patrón: mayor tardanza en el alta en los enfermos más graves no tratables ambulatoriamente y menor en los que aceptan tratamiento (ANOVA; $F= 3,8$; $p= 0,001$).

La urgencia en la IC tampoco influye en el desenlace final de la aceptación o no de un tratamiento.

La presencia de trastornos psicosociales se corresponde con un mayor rechazo del tratamiento o con la necesidad de disponer de otros recursos externos ($\text{Chi}^2= 16,6$; $p= 0,002$) (Tablas 12 y 19).

Tabla 19. Diferencias en los trastornos psicológicos, neuropsicológicos y psicosociales de pacientes aceptadores y rechazadores (teniendo en cuenta sólo los 171 pacientes beneficiarios de tratamiento).

	Aceptadores (N=134)	Rechazadores (N= 37)
Deterioro SNC	23 (17,2%)	4 (10,8%)
Marginación	2 (1,5%)	2 (5,4% %)
Falta soporte familiar	1 (0,7%)	0
Fuga o alta voluntaria	1 (0,7%)	3 (8,1% %)
Trastorno psiquiátrico	31 (23,1%)	11 (29,7%)
Negación de problemática alcohólica a pesar de múltiples evidencias	13 (9,7%)	15 (40,5%)
Cronicidad alcohólica	17 (12,7%)	0
Sin evidencia de trastornos	46 (34,4%)	2 (5,4%)
Total	134 (100%)	37 (100%)
	p< 0,001	

Comparación de proporciones por el método de la χ^2 .

La defensividad psicológica y la falta de conciencia de dependencia alcohólica también se relacionan con frecuencias mucho mayores de rechazo del tratamiento ambulatorio ofrecido (Tabla 17).

El tipo de trastorno predominante es distinto según la derivación: entre los que rechazan tratamiento la negación de los problemas con el alcohol alcanza al 40%, los trastornos psiquiátricos se dan en el 46% de pacientes derivados a otros CAD y en los pacientes remitidos a centros de larga estancia el 36% presenta deterioro cognitivo y otro 36% trastornos psiquiátricos (Tabla 12).

No se aprecia que la existencia de ingresos previos o bien que su número difiera significativamente entre los pacientes en función de si aceptan o rechazan tratamiento, son derivados a centros de media estancia o no se les ofrece seguimiento ambulatorio

(Tabla 20), pero sí que es más frecuente la existencia de urgencias previas entre los pacientes no derivados (que también han tenido más ingresos) y menos frecuente en los remitidos a centros de media estancia (que han tenido menos ingresos).

En general los pacientes que por su elevada gravedad no son tributarios de tratamientos específicos con posterioridad al alta son los que con más frecuencia habían tenido ingresos y urgencias anteriormente (aunque el número medio de urgencias por paciente es el más bajo: $3,3 \pm 2$ urgencias), mientras que los pacientes graves, pero que aún pueden beneficiarse de un ingreso en centros de media estancia han tenido poca frecuencia y número de ingresos y urgencias (Tabla 20).

Tabla 20. Ingresos y urgencias previos en función de la aceptación del tratamiento o del tipo de derivación.

	Acepta tratamiento	Rechaza tratamiento	Derivación a centro de media estancia	No derivación	Total (N=196)	p *
Ingresos previos	47,8%	45,9%	35,7%	63,6%	47,4%	ns
Número de ingresos previos	$1,5 \pm 2,5$	$1,7 \pm 3$	$0,7 \pm 1$	$1,9 \pm 2,9$	$1,5 \pm 2,6$	ns
Urgencias previas	80,6%	73%	42,9%	90,9%	77%	0,008
Número de urgencias previas	$5,2 \pm 8,2$	$5,5 \pm 9$	$3,7 \pm 6$	$3,3 \pm 2,5$	$5,1 \pm 8$	ns
Interconsultas previas	25,4%	16,2%	14,3%	9,1%	21,9%	ns

* Significación estadística. Comparación de proporciones por el método de la χ^2 y de medias por el método del Análisis de la Varianza (ANOVA). ns: no significativo ($p > 0,05$).

** Con ajuste de Bonferroni ($n.s. = p > 0,01$).

Los pacientes que aceptan tratamiento están en una situación intermedia,

mientras que los que lo rechazan cuentan con muchos ingresos y son los que más acuden a urgencias ($1,7\pm 3$ y $5,5\pm 9$ episodios respectivamente).

Tampoco la existencia de interconsultas previas influye en una distinta oferta de tratamiento (Tabla 20).

5.2. Discusión del Estudio 1.

En primer lugar se confirma que las características físicas y neuropsicológicas de los pacientes (deterioro cognitivo, trastornos psiquiátricos, resistencias), así como el setting hospitalario (confidencialidad en las habitaciones, disponibilidad de tiempo para entrevistas extensas, interferencia con otras pruebas médicas) dificultan la obtención de datos fiables del paciente acerca de las pautas de su consumo alcohólico (incluso la existencia de la dependencia), de las complicaciones familiares y laborales y los antecedentes psiquiátricos y alcohólicos familiares.

A pesar de todo, la falta de estos datos no interfiere en el abordaje en sí de los pacientes, sino que es un reflejo de las dificultades que ellos presentan.

Los resultados más relevantes hallados son:

a) Existe un creciente conocimiento de la influencia clínica y económica del alcoholismo en los ingresos hospitalarios, profesionales preparados e instrumentos para detectar y tratar dicha enfermedad. Este conocimiento es amplio, internacional y coincidente siempre en prevalencias de abuso alcohólico de alrededor el 20% de los pacientes ingresados ^{86, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109}.

Pero a pesar de ello seguimos sin trasladar esta evidencia científica a la práctica diaria.

Si del 20 al 25% de pacientes ingresados presenta patologías relacionadas con el

consumo de alcohol, cuando seguimos los procedimientos de la rutina hospitalaria no llegamos a detectar en el mejor de los casos al 3% de los potenciales pacientes alcohólicos (un 0,5% de los ingresos).

Un indicador indirecto de la infradetección es la importante oscilación que se da entre diversos servicios: del 0,1% a casi el 3%. O sea hay servicios que detectan los enfermos alcohólicos hasta 30 veces más que otros.

El 80% de las IC se concentran en cuatro de estos servicios, que aunque son los que más detectan también lo hacen muy por debajo de las prevalencias estimadas de alcoholismo. Todas estas diferencias entre Salas son más atribuibles a su distinta sensibilidad que a la prevalencia real de enfermos alcohólicos ingresados que puedan tener.

b) El enfermo que ingresa y que presenta una dependencia al alcohol es similar al alcohólico en tratamiento ambulatorio en cuanto a porcentaje hombre/mujer. Sin embargo tiene una edad superior a la del paciente ambulatorio: 49 años frente a los 39 de media en los dispensarios de nuestro entorno ¹⁵⁷.

Coherentemente con ello es un enfermo mucho más grave y deteriorado desde el punto de vista psiquiátrico, neurológico y socio-familiar. Casi las $\frac{3}{4}$ partes de enfermos presentan dificultades importantes que interfieren en los posibles tratamientos posteriores. El deterioro cognitivo y los trastornos psiquiátricos se solapan y además van acompañados en muchas ocasiones de diversos grados de marginación familiar y/o social.

La mitad han ingresado previamente y a la quinta parte también se les había realizado una interconsulta. Las mujeres son mas graves: tienen mas complicaciones psico-sociales, mortalidad y antecedentes de IC.

Su conciencia de la dependencia alcohólica que padecen es escasa, casi testimonial y la defensividad psicológica muy elevada.

Puede parecer que dado que muchos de estos pacientes llevan años de cronificación en su enfermedad alcohólica y en su tratamiento ya tienen una comprensión de su enfermedad. Sin embargo la falta de conciencia de la dependencia alcohólica no tiene porque deberse a la inexperiencia en los tratamientos alcoholológicos: por el contrario, es frecuente ver a pacientes con muchos años de tratamientos alcoholológicos infructuosos a costas, que no han logrado una conciencia de su dependencia, por más que repitan que son enfermos alcohólicos. En ellos sus verbalizaciones corresponden más a teorizaciones que a su aceptación personal.

Otros enfermos sufren deterioro cognitivo que les imposibilita tener un conocimiento, no tan solo de su enfermedad alcohólica, sino incluso una comprensión de su patología orgánica.

Aún hay otro grupo de pacientes que presenta trastornos psiquiátricos. Éstos trastornos tanto pueden enmascarar parte de los síntomas de la dependencia alcohólica al propio enfermo, como impedirle un adecuado análisis de su situación real.

Los datos sobre la conciencia de dependencia no presentan la misma distribución, la misma objetividad en su recogida, ni sobretodo la misma utilidad que cuando son obtenidos de otras muestras ambulatorias ^{161, 163}. Aquí se evidencian muchas mayores dificultades de aceptación y comprensión de su enfermedad alcohólica y más resistencias para poder ser evaluadas con seguridad. Comparado con los pacientes alcohólicos tratados ambulatoriamente la baja conciencia de su dependencia alcohólica proviene más del deterioro mental que presentan que no de la defensividad ¹⁶⁷, que con ser alta la mayoría de veces indica que al menos el enfermo no está tan deteriorado.

Los trastornos específicamente psiquiátricos, por otra parte, parecen independientes de la conciencia de dependencia y de la defensividad, lo que sugiere que para la comprensión de éstas son más importantes los factores neurológicos que los psicológicos, como se ha encontrado en otros estudios ¹⁶⁷.

En general las dificultades halladas en estos pacientes para evaluar con precisión, objetividad y eficacia la conciencia de dependencia alcohólica hacen ser muy prudentes en las inferencias extraíbles de ella, a pesar de que tiene un demostrado valor pronóstico en otras muestras menos deterioradas ^{161, 167}.

c) El tipo de demanda de IC es mayoritariamente correcto: por su dependencia crónica más que por los problemas agudos que pudiera presentar durante el ingreso. No hay casos mal diagnosticados por alcoholismo. La especificidad en la petición de IC es perfecta: todos los pacientes son abusadores de alcohol y los escasos casos en que no puede establecerse una dependencia, corresponden sobretudo a pacientes psiquiátricos en que el patrón de consumo de alcohol es irregular y sintomático.

La sensibilidad en cambio es con toda seguridad muy baja, por los muchos casos potenciales no detectados según se desprende de la discrepancia entre las IC reales y la prevalencia de pacientes alcohólicos en los hospitales generales que indican numerosos estudios. En general el médico que realiza la IC tiende a la “seguridad” en su petición, no solicitando IC en los casos de abuso dudoso de alcohol, que son precisamente los alcohólicos que encubren su enfermedad pero a los que los programas de tratamiento podrían ser más útiles.

El momento de la IC presenta desajustes: en unos casos se aprecia un retraso en la petición que motiva la pérdida del 6% de pacientes que marchan de alta antes de realizarse la IC y en otros una anticipación, como demuestra el 2% que mueren durante

el ingreso, con el consiguiente desaprovechamiento de la IC.

A pesar de ello, avanzar mucho la IC o hacerla urgente tampoco produce una mejoría en los porcentajes de aceptación de un tratamiento alcoholológico de seguimiento posterior al alta. La conclusión sería que no hay que precipitarse antes de conocer la posible evolución del enfermo durante el ingreso, pero que no hay que esperar a programar el alta. Entre el 3er. y el 4º día del ingreso parece el intervalo óptimo.

d) Las características de los enfermos, lo avanzado de su dependencia alcohólica, la escasa conciencia que tienen de ella y el momento de la propia IC motivan que sólo poco más de la mitad de ellos pueda beneficiarse de un seguimiento ambulatorio post-alta. En otros casos la IC ha sido precipitada o tardía o bien los enfermos presentaban una gravedad física o psíquica tal que motivaba la insuficiencia o inadecuación de un tratamiento ambulatorio o su rechazo. En caso de rechazo no lo es por una menor gravedad, sino todo lo contrario, como demuestra que estos pacientes tienen tantos antecedentes de ingresos, urgencias e IC como los otros.

e) Entre los alcohólicos ingresados de los que solicita interconsulta, el que acepta un tratamiento ambulatorio por su alcoholismo se caracteriza por tener una gravedad menor, con ingresos más cortos y una menor presencia de trastornos psicosociales. En el otro extremo los pacientes más graves tienden al rechazo de tratamientos o no pueden beneficiarse de ellos. Estos datos son coherentes con los de otros estudios, que señalan que el paciente que rechaza la derivación a un programa de tratamiento alcoholológico ha tenido más tratamientos previos, mayor gravedad de su enfermedad orgánica y menor cumplimiento de todas las indicaciones médicas en general ¹⁷⁵.

f) Se vislumbran distintos grupos de alcohólicos ingresados en los hospitales

generales, que se distinguen tanto por su gravedad, como por la fase evolutiva de su proceso alcohólico, o por las posibilidades y recursos para su tratamiento y abordaje. Sin embargo también difieren en el nivel de su detección y en los objetivos terapéuticos a plantearse con ellos.

i) Un primer grupo son los alcohólicos en situación terminal, a los que un abordaje ambulatorio es insuficiente o inútil, pero que por su aparatosidad y la ansiedad que generan en los sanitarios suelen detectarse con facilidad. Las únicas opciones posibles son de contención social y orgánica, con programas residenciales, o simplemente medidas paliativas y de soporte vital.

ii) Un grupo muy relacionado con el anterior pero menos crónico, que rechaza tratar su alcoholismo e ingresa frecuentemente. Estos enfermos generan impotencia y frustración, hacen un uso muy elevado de recursos sanitarios, especialmente urgencias hospitalarias, pero sin un correcto aprovechamiento posterior a medio plazo. Son enfermos que suelen detectarse y de hecho tienden a ser "conocidos" en las Salas. A pesar de ello, o quizás debido a ello, la tentación a veces es de no malgastar esfuerzos y no marcar objetivos utópicos o irrealizables. En estos pacientes un objetivo realista es hacia la disminución de daños.

iii) Un tercer grupo sería el que tiene más posibilidades para recibir tratamiento por su alcoholismo. Su dependencia alcohólica y las consecuencias orgánicas derivadas aún son mitigables. Aceptan los tratamientos, pero a pesar de ello siguen siendo alcohólicos mucho más graves que los que inician tratamientos ambulatorios y que han tenido interconsultas previas.

iv) A caballo de los anteriores existen los alcohólicos psiquiátricos. Son pacientes más jóvenes, con menos complicaciones orgánicas. Tienden a rechazar

tratamientos, a acudir frecuentemente a urgencias y reingresar. Las repetidas IC se acumulan en ellos y tienen difícil manejo sino hay un soporte psiquiátrico simultáneo importante.

v) El último grupo estaría oculto. Son los alcohólicos que no se detectan y que con toda seguridad abundan en los hospitales. Son los pacientes menos graves, más jóvenes, que están en las fases iniciales de su dependencia alcohólica, sufren los primeros ingresos a consecuencia de sus consumos y aún disponen de unos recursos y capacidades psicosociales preservadas.

Probablemente sea difícil objetivar su consumo de alcohol por la negación que hacen de él, incluso sus familiares, y en caso de detección el médico quizás piensa que el consejo bienintencionado sea suficiente.

En resumen, a pesar de los medios y los conocimientos, el alcoholismo se detecta poco y demasiado tarde en los hospitales generales, con lo que su abordaje se limita a una parte de los enfermos y ocasiona que sus necesidades superen los recursos terapéuticos disponibles, que se muestran poco eficaces.

En cambio los pacientes que están en fases iniciales de su alcoholismo más susceptibles para poder ser ayudados tienden a pasar desapercibidos y no se detectan hasta después de varios reingresos una vez ha empeorado su estado orgánico.

La conveniente evaluación de su trascendencia a nivel de reingresos, sobrecarga de recursos asistenciales y morbimortalidad podría ser un elemento que ayudara a motivar a todo el circuito intrahospitalario, no tan solo para la detección de estos enfermos, sino para su conveniente tratamiento.

También serviría para objetivar la utilidad y eficacia de estas intervenciones, disminuyendo las actitudes escépticas o pesimistas con respecto a ellas por parte de los

profesionales, que también pueden interferir en su tratamiento.

6. Seguimiento a los dos años de la cohorte de pacientes con interconsultas por consumo de alcohol en un hospital general durante el primer semestre del 1998. Cumplimiento de tratamientos y supervivencia en el propio hospital general (Estudio 2).

6.1. Resultados.

La edad media de las IC por alcohol durante el primer semestre de 1998 es de $48,8 \pm 12$ años y el 79% son hombres. La mayor edad de los hombres respecto de las mujeres no es significativa estadísticamente ($49,8 \pm 12$ vs. 45 ± 11 años; $t=1,5$; $p= 0,1$).

Estos datos son idénticos a los referidos para la muestra completa (de todo el año 1998) reseñados en el apartado 5.1. y confirma que ésta es una submuestra (1er. semestre) comparable y representativa de la muestra total (año entero).

La Tabla 21 muestra la distribución de IC por Servicios. Esta distribución es similar a la referida al año 1998 completo (Tabla 10), lo que vuelve a confirmar la representatividad de la submuestra del primer semestre.

Tabla 21. Servicio de procedencia de las interconsultas por alcohol durante el primer semestre de 1998. Porcentaje de pacientes que rechazan tratamiento alcohólico de seguimiento y de los que se derivan a otros dispensarios de Drogodependencias (CAD).

SERVICIOS	Número de interconsultas	Porcentaje de rechazo del tratamiento ambulatorio	Porcentaje de derivación a otros CAD
Hepatología	28 (28%)	25%	7,1%
Medicina Interna	26 (26%)	7,7%	3,8%
Psiquiatría	19 (19%)	10,5%	21,1%
Gastroenterología	7 (7%)	14,3%	0
Enfermedades Infecciosas	2 (2%)	0	0
Traumatología	5 (5%)	40%	40%
Cardiología	2 (2%)	0	0
Resto	11 (11%)	33,3%	16,7%
TOTAL	100	17,8%	10,9%

La patología orgánica que presentan los pacientes guarda estrecha relación con la especialización de los Servicios, siendo en la mayoría de ocasiones (61%) enfermedades relacionadas con el aparato digestivo (hepáticas, pancreáticas y gastroenterológicas) y en un 19% trastornos psiquiátricos, que abarcan desde síndromes depresivo-ansiosos graves, con conductas autolíticas, hasta descompensaciones de patologías crónicas de tipo psicótico. Las alteraciones físicopatológicas del 20% restante de pacientes son muy amplias y variadas, yendo desde enfermedades cardíacas, a traumatismos agudos o procesos infecciosos.

El porcentaje de trastornos psicosociales concomitantes con las patologías orgánicas que presentan los pacientes con IC en el primer semestre del 1998 (66%) y la tipología de estos trastornos es similar a la de la muestra total (apartado 5.1.4.). También aquí son más jóvenes los pacientes que presentan estos trastornos (47 ± 11 años versus $52,7 \pm 13$ años; $t = 2,2$; $p = 0,02$).

La urgencia de la IC (5% de casos), la proporción de las IC por alcohol respecto del total de enfermos ingresados en el HCB durante el periodo estudiado (0,5% de los ingresos) y los antecedentes de IC previas en la misma UA-HCB (19% de casos) son casi idénticos a los obtenidos en el estudio 1 con la muestra total (apartados 5.1.2., 5.1.3. y 5.1.5.).

La Tabla 22 muestra la distribución entre pacientes que después de la realización de la IC eran considerados candidatos a un tratamiento post-alta en la UA-HCB, lo aceptarían o no, y los que tenían diversos factores que impedían beneficiarse de tratamientos ambulatorios en la UA-HCB.

Entre estos motivos hay: i) la derivación a otros dispensarios de drogodependencias (CAD) principalmente por su residencia alejada de la UA-HCB o por estar realizando con antelación un tratamiento en ellos, ii) la extrema gravedad orgánica y de los trastornos mentales y sociales debidos al alcohol, que impide cualquier tipo de abordaje por parte de la UA-HCB, iii) la cronicidad de las alteraciones, que motiva la derivación a recursos específicos de tipo psiquiátrico, social o paliativo o simplemente iv) el fallecimiento del paciente durante el mismo ingreso.

Entre todos estos tipos de factores no hay diferencias significativas en la edad ($F= 1,8$; $p= n.s$) ni entre cada uno de los grupos considerados uno a uno, pero el grado de rechazo del tratamiento así como los tipos de derivación son muy variables en función del Servicio que solicita la IC (Tabla 21), aunque las diferencias tampoco son estadísticamente significativas ($\text{Chi}^2= 55,3$; $p= 0,08$).

Tabla 22. Número de interconsultas (IC) y edad según el tipo de compromiso terapéutico en el momento del alta hospitalaria. Situación del cumplimiento de los tratamientos a los 2 años.

Tipo de compromiso terapéutico al final de la interconsulta.	Frecuencia	Edad	Cumple tratamiento en la UA					No cumple tratamiento en la UA		Muertos	Derivados	
			A	B	C	D	E	F	G		H	I
Candidatos a tratamiento												
UA-HCB	57	50,7±12	1	8	18	5	1	5	15	2	2	
Rechaza tratamiento	18	47,4±13		1	2	4		9	1	1		
No candidatos a tratamiento												
Derivación a otro CAD	10	40±6					2					8
Derivación a otros recursos.	7	43,4±11				1				1		5
No derivado.	2	48,5±2								1		1
Alta antes de la IC	4	56,5±13				1	2	1				
Muerto antes del alta	2	57,5±0,7								2		
Total	100	49±12	1	9	20	11	5	15	16	7	2	14

Situación del cumplimiento de los tratamientos:

A) alta terapéutica en la UA-HCB (después de cumplir un tratamiento de unos 2 años) y buen seguimiento de los restantes tratamientos; **B)** sigue tratamiento en la UA-HCB y otros Servicios del HCB; **C)** abandono del tratamiento de la UA-HCB pero sigue visitándose en el Servicio del HCB que solicitó la IC; **D)** no acudió a ninguna visita en la UA-HCB pero sigue visitándose en el Servicio del HCB que solicitó la IC; **E)** no acudió ni a la UA-HCB ni al Servicio del HCB que solicitó la IC, pero sí a otros Servicios del HCB; **F)** no ha acudido nunca a visitarse en ningún Servicio del HCB; **G)** abandono total de los tratamientos (UA y otros Servicios HCB) después de haberse visitado alguna vez; **H)** fallecido antes de cualquier visita ambulatoria; **I)** fallecido después de alguna visita ambulatoria; **J)** derivado a otros Centros (Residencias, CT, CAD, CSMA, SS), sin ningún contacto posterior con el HCB.

CAD: Centro Ambulatorio de Drogodependencias, CSMA: Centro de Salud Mental, CT: Comunidad Terapéutica, SS: Servicios Sociales.

6.1.1. Situación a los 2 años de seguimiento.

La última fila de la Tabla 22 (columnas 4-13) muestra la situación de tratamiento en que se encuentran los 100 pacientes de la cohorte 2 años después del ingreso que motivó la IC. Se han ordenado estos tratamientos ambulatorios, tanto orgánicos como alcohológicos, y que se indicaron en el momento del alta hospitalaria, según el grado e intensidad de su cumplimiento.

Respecto a los tratamientos orgánicos el 46% de pacientes siguen alguno de ellos a los 2 años, el 16% los han abandonado todos y el 15% no llegaron a iniciarlos. En cuanto al tratamiento alcohológico en la UA-HCB un 10% del total inicial lo siguen, un 36% lo han abandonado y el 31% no lo han iniciado nunca. En ambos tipos de tratamiento, el 14% de pacientes estaba derivado a otros recursos asistenciales o bien ya no eran tributarios de tratamiento alguno y el 9% restante había muerto (2 después de iniciar el tratamiento ambulatorio en la UA-HCB y otros 2 durante el mismo ingreso, por lo que tampoco fueron derivados).

De los 75 pacientes candidatos a tratarse ambulatoriamente en la UA-HCB (una vez descontados los que no eran tributarios debido a su fallecimiento, alta prematura antes de la IC, derivación a otros recursos o no derivados) se han comparado los 57 que en el momento de la interconsulta aceptaron el tratamiento y los 18 que lo rechazaron. Las diferencias entre ellos de incumplimiento de visitas médicas (35,1% vs. 55,6% respectivamente) y de muertes (7% vs. 5,6%) no son estadísticamente significativas ($\text{Chi}^2 = 2,4$; $p = \text{n.s.}$), pero analizando más detalladamente la forma de incumplimiento (desglosándola entre abandonos y falta de inicio) se observa que un 50% de los pacientes que rechazan seguimiento terapéutico en la UA-HCB también rechazan iniciar

cualquier otro tratamiento médico. Este hecho sólo se produce en el 8,8% de pacientes que aceptaron visitas en la UA-HCB ($\text{Chi}^2= 16,1$; $p= 0,001$).

En cuanto al tratamiento alcoholológico tres pacientes acudieron en alguna ocasión a visitas en la UA-HCB a pesar de haberlas rechazado, debido a que volvieron a ser remitidos a la UA-HCB a partir de las distintas y reiteradas intervenciones médicas (visitas, pruebas e ingresos) realizadas por otros servicios.

Debido a las diferencias entre los pacientes que aceptaron o rechazaron tratamiento y de estos con los que no pudieron ser candidatos a él se ha analizado por separado su seguimiento.

Respecto de los 57 pacientes que lo aceptaron, la primera fila de datos de la Tabla 22 muestra que a los 2 años habían muerto cuatro en el propio HCB, la mitad de ellos antes de cualquier visita ambulatoria. 44 (77%) habían abandonado el tratamiento de la UA-HCB de distintos modos: 11 (19%) no llegaron a acudir nunca ni tan solo a la primera visita concertada post-alta hospitalaria, aunque algunos sí iban a otros servicios. Los 33 (58%) restantes dejaron de acudir a la UA después de alguna visita ambulatoria, aunque 18 de ellos aún siguen yendo al Servicio del HCB que solicitó la IC.

Ocho (14%) enfermos siguen el tratamiento alcoholológico, que es de unos 2 años, aunque en algunos casos han existido recaídas y reingresos de por medio. Sólo un paciente ha logrado el alta terapéutica.

Respecto los 18 pacientes que rechazaron activamente todo tipo de tratamiento alcoholológico ambulatorio (segunda fila de datos de la Tabla 22), la tónica dominante (55%) fue no seguir visitas de ningún tipo en el HCB, la mayoría (90%) sin haber llegado a visitarse nunca. De los restantes, tres volvieron a la UA-HCB, de los que dos abandonaron más adelante, cuatro seguían visitas en el servicio del HCB que solicitó la

IC y uno murió.

De los pacientes que por distintos motivos no pudieron seguir tratamiento (Filas 3-7 de Tabla 22), sabemos que ninguna de las altas hospitalarias antes de poder realizarse la IC acudió posteriormente a la UA-HCB, aunque el 75% mantienen visitas con otros servicios hospitalarios. De los 11 derivados a otros CAD, sólo 2 seguían visitas en algún otro servicio del HCB por su patología orgánica, no constando en el resto ningún tratamiento en el HCB. Sabemos sin embargo que muchos de ellos habían realizado tratamientos de su adicción que habían fracasado.

Entre los casos más graves que fueron derivados a Residencias u otros recursos murieron dos pacientes más en ingresos posteriores en el propio HCB. Ninguno volvió a la UA-HCB.

Si tenemos en cuenta los tratamientos alcoholológicos efectivamente iniciados, y no su mera aceptación en el momento de la interconsulta, se observa que entre los 70 pacientes candidatos a tratamiento, después de descontar los 5 que murieron en el periodo de dos años de seguimiento del estudio (Filas 1 y 2 de Tabla 22), que la totalidad de los que efectivamente siguieron visitas en la UA, también habían cumplido las indicaciones médicas que les fueron indicadas por el Servicio en el que estuvieron ingresados. Este porcentaje baja al 50% en los pacientes que no iniciaron o habían abandonado el tratamiento en la UA ($\text{Chi}^2 = 8,7$; $p = 0,003$). Otra manera de verlo es que ninguno de los pacientes que no cumplieron el tratamiento médico acudió a la UA. En cambio el 25% de los que si lo cumplieron asistía a vivitas en la UA.

Un último dato que puede parecer marginal, pero que tiene una gran significación para los clínicos es que ninguno de los pacientes estudiados fue incluido en un grupo de terapia ambulatorio para alcoholólicos.

6.1.2. Consumo de alcohol.

A pesar del control durante las visitas, los apartados 6.1. y 6.1.1. muestran como casi la mitad de pacientes habían sido derivados a otros recursos o bien habían fallecido a los dos años. Del resto que sí aceptó tratamiento en la UA-HCB sólo un paciente logró el alta terapéutica y ocho seguían en tratamiento.

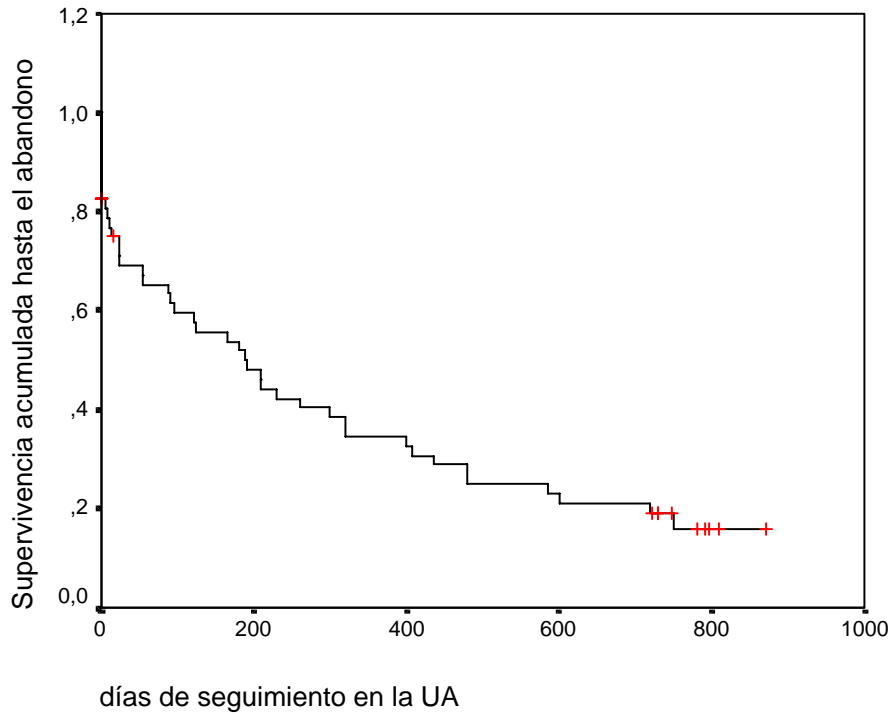
Desgraciadamente se ha cumplido por tanto la expectativa avanzada en los apartados 4.6. y 4.6.2.2., de tener a los 2 años un elevado número de abandonos de tratamiento y de incumplimiento de las visitas, seguramente causado tanto por la baja conciencia de dependencia alcohólica, por el rechazo de los tratamientos como por la propia gravedad orgánica de los enfermos.

Ello ha ocasionado la imposibilidad de recoger de forma sistemática y fiable los consumos de alcohol que pudieran tener los pacientes a lo largo de los dos años de seguimiento y por tanto de calcular el tiempo hasta el primer consumo alcohólico y la cantidad/frecuencia de estos consumos con posterioridad al alta hospitalaria. Sin embargo en la Discusión se harán unas consideraciones acerca de la importancia relativa de esta limitación.

6.1.3. Abandono del tratamiento alcoholológico.

El análisis de supervivencia hasta el momento del abandono del tratamiento alcoholológico de los 57 pacientes que lo aceptaron al realizarse la interconsulta, indica que la media que tardan en abandonarlo es de 306 ± 44 días. La probabilidad de permanecer en tratamiento a los 2 años es del 19% (descontando los casos censurados, debido a que antes del abandono habían reingresado o muerto) (Figura 2).

Figura 2. Tiempo hasta el abandono del tratamiento alcohólico de los 57 pacientes que lo aceptaron en el momento del alta hospitalaria. (Función de supervivencia).



Hay que destacar que en el mismo momento del alta la supervivencia ya disminuye un 18%, es decir 10 pacientes no llegan a acudir a ninguna visita ambulatoria programada (y 3 muertos antes de ninguna visita, que se consideran casos censurados). Al mes ya disminuye un 33% y posteriormente se mantiene un ritmo mantenido de abandonos. Este hecho contrasta con lo que pasa con otros pacientes alcohólicos usando distintos procedimientos terapéuticos, como las terapias grupales, en que la mayor frecuencia de abandonos se concentra en los tres primeros meses de tratamiento^{206, 207}. El cuarto fallecimiento entre estos pacientes se produce también muy al principio del seguimiento. Casi todos los fallecidos (75%) lo son antes de realizar la primera visita.

Otra característica, además de la escasez de altas (sólo una), es que los pacientes

que permanecen visitándose lo hacen durante mucho tiempo, mucho más de los 2 años que dura el tratamiento (en promedio llevan 773 ± 51 días de tratamiento).

No se hallan entre los factores estudiados (edad, sexo, Servicio de origen de la IC, urgencia de la IC, presencia de trastornos psiquiátricos, cognitivos o psicosociales, ingresos o IC previas en el HCB) predictores de la adherencia terapéutica alcohólica de estos enfermos.

Si se tiene en cuenta a toda la muestra (N=100) sólo se observan diferencias en la situación terapéutica a los 2 años según el Servicio de origen de la IC (89% de los muertos corresponden a Hepatología (HEP), mientras que el cumplimiento de tratamientos va del 100% y 71,4% en Traumatología (TOR) y Gastroenterología (GAS) respectivamente, al 46,2% y 50% de Medicina Interna (MDI) y Cardiología (CAR); $\chi^2 = 25,3$; $p = 0,03$) y la edad de los pacientes en el momento de la IC ($45,7 \pm 11$ años en los cumplidores, 53 ± 13 años en los que abandonan y 50 ± 8 años en los que fallecen; $F = 4,7$; $p = 0,01$).

En este caso el análisis de supervivencia tampoco revela factores que puedan predecir significativamente mayor tiempo de adherencia.

Si nos limitamos finalmente sólo a los pacientes que efectivamente realizaron alguna visita alcohólica post-alta después de la IC, excluyendo del análisis a los que no se les indicó tratamiento alcohólico o no habían acudido nunca, (existen pacientes que rechazaron inicialmente el tratamiento y después acudieron algún tiempo a visitarse), hallamos (Figuras 3 y 4) que tardan significativamente más en abandonar éste tratamiento los que sufren trastornos psicosociales (467 días de media versus 258; Log Rank= 4,9; $p = 0,02$) o que habían tenido IC previas en la UA-HCB (540 días de media versus 324; Log Rank= 4,1; $p = 0,04$). En el caso de los pacientes con ingresos y

urgencias previas también existe esta tendencia pero no llega a la significación estadística.

Figura 3. Tiempo hasta el abandono del tratamiento alcohólico de todos los pacientes que lo empezaron, según la presencia de trastornos psicosociales. (Función de supervivencia).

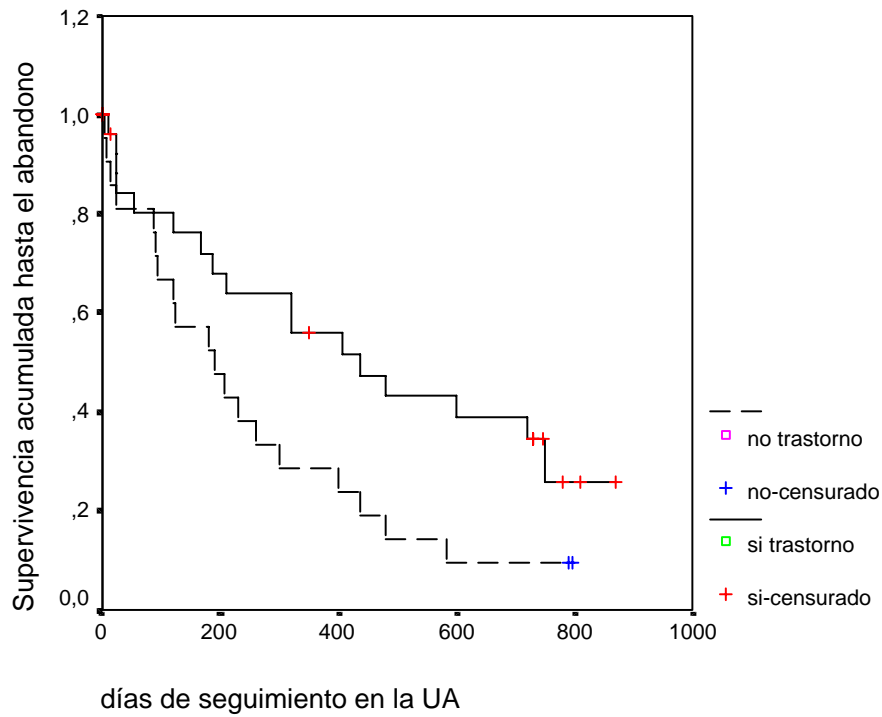
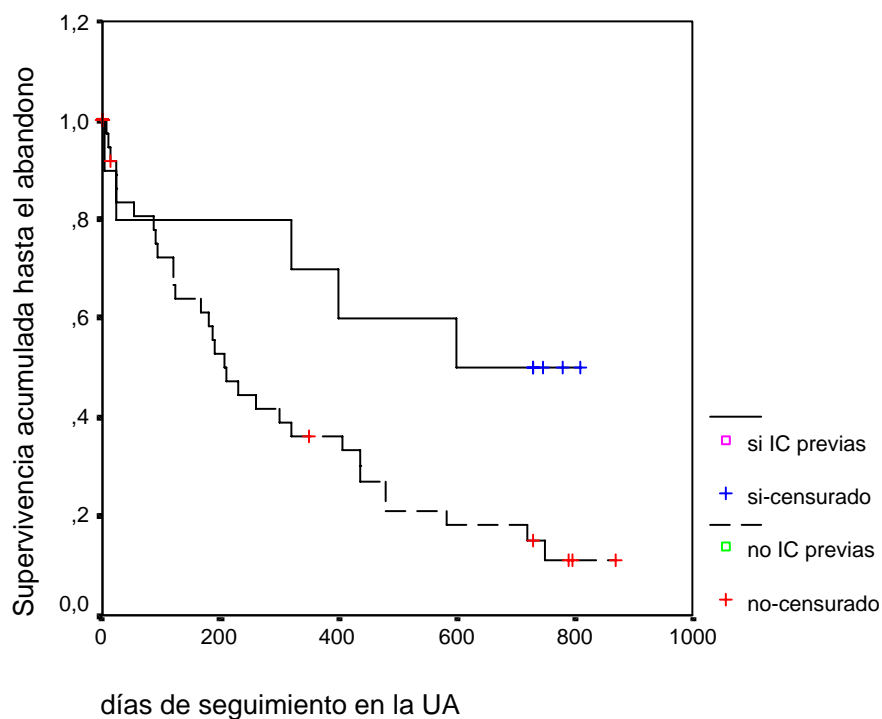
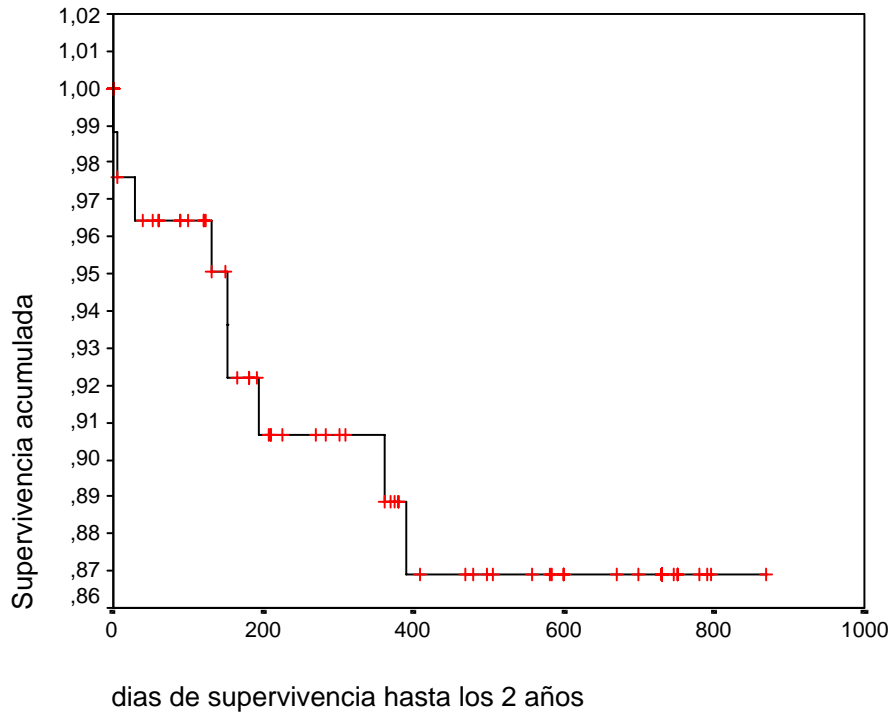


Figura 4. Tiempo hasta el abandono del tratamiento alcohólico de todos los pacientes que lo empezaron, según la existencia de interconsultas (IC) previas.(Función de supervivencia)



Por último, aprovechando el seguimiento de las visitas de los pacientes en el HCB se ha investigado su mortalidad según datos del propio HCB. El análisis de la supervivencia de toda la cohorte hasta la última visita conocida en el HCB (Figura 5) muestra que la probabilidad de mantenerse vivo a los 2 años es del 86,9% y que se mantiene estable desde el día 400 (aproximadamente trece meses) después del alta post-IC.

Figura 5. Probabilidad de mantenerse vivos de los pacientes de la cohorte hasta la última visita conocida en el HCB a los dos años del alta hospitalaria. (Función de supervivencia)



No se han observado diferencias significativas en el tiempo de supervivencia hasta la última visita conocida entre los pacientes en función de la aceptación de tratamiento en la UA-HCB, del sexo, la urgencia de la IC, los trastornos psicosociales o los ingresos o IC previas en el HCB.

6.2. Discusión de los resultados de seguimiento a los 2 años (Estudio 2).

El primer estudio ha mostrado: a) el número de interconsultas (IC) que se solicitan es claramente inferior a las estimaciones más conservadoras de la incidencia de problemas relacionados con el alcohol en un hospital general, b) se detecta a los

pacientes alcohólicos más graves y de mayor edad, que por tanto están sobrerrepresentados, mientras que los que se encuentran en fases más incipientes de su dependencia son menos detectados, c) ello causa que las IC se caractericen por presentar abundantes complicaciones psiquiátricas, cognitivas y socio-familiares, que dificultan su abordaje terapéutico y provoca que a una cuarta parte de ellas no se les pueda ofrecer un tratamiento ambulatorio adecuado para su alcoholismo. Todo ello empeora un pronóstico alcohólico, que ya de por sí era malo por el mal estado orgánico, debido a que los recursos ambulatorios disponibles son poco eficaces en muchos de estos enfermos.

Una vez analizado el seguimiento terapéutico a los dos años, e incluso teniendo en cuenta sólo al 75% de pacientes que son candidatos a tratamiento ambulatorio de su alcoholismo, los porcentajes de cumplimiento del tratamiento son, a los 2 años, muy bajos, cosa que no debe sorprender teniendo en cuenta las complicaciones existentes y que son tratamientos no solicitados intencionadamente, que se ofrecen a través de un medio extraño y a veces hostil como puede ser una Sala de hospitalización.

El dato, que puede parecer aislado, de que ningún paciente fué incluido en grupos de terapia para alcohólicos a pesar de la demostrada eficacia de ésta ¹⁷⁶, refleja la gravedad de éstos enfermos, que no cumplían con los mínimos criterios de motivación, capacidad, cumplimiento de indicaciones o tiempo mínimo de abstinencia para poder beneficiarse de la terapia grupal.

Por otra parte debe tenerse en cuenta que la abundancia de abandonos también se produce en los tratamientos convencionales del alcoholismo a nivel ambulatorio, con enfermos que están mucho menos graves orgánica, psicológica y socialmente ^{157, 177}. Precisamente la baja adherencia terapéutica es una de las características típicas del

alcoholismo. En cambio los pacientes que se consigue que sigan en tratamiento alcoholológico tienden a cronificarse en él y no lograr el alta.

En el caso de los tratamientos médicos su rechazo es menor, rechazo que aún disminuye más cuando también existe una aceptación de las visitas alcoholológicas. Cuando éstas visitas son efectivamente seguidas, además de aceptadas, el cumplimiento médico es entonces total.

No necesariamente hay una relación de causalidad entre el cumplimiento de ambos tratamientos, ya que es probable que la adherencia terapéutica sea un rasgo de personalidad y que los pacientes buenos cumplidores lo hagan independientemente del tratamiento indicado. Hay la impresión de que los pacientes alcohólicos conductualmente problemáticos, que rechazan los tratamientos alcoholológicos, también son los que no cumplen con las restantes indicaciones médicas.

Cuando se consigue que el paciente alcohólico con IC acuda a alguna visita alcoholológica, parece que el hecho de tener más antecedentes de IC y trastornos psicosociales favorece una mayor adherencia en el mismo hospital. Seguramente ello se debe a que son pacientes muy cronificados y consumidores de recursos sanitarios, con un mayor número de urgencias y reingresos posteriores, lo que provoca el fenómeno de la “puerta giratoria”, de abandonos y reinicios constantes, forzados y puntuales de tratamientos, pero sin estabilidad ni continuidad.

Este fenómeno puede ofrecer una posible explicación a la aparente falta de diferencias globales de los pacientes con trastornos psicosociales comparados con el resto en el cumplimiento de tratamientos, ya que en realidad su manejo y la aceptación de indicaciones terapéuticas son mucho más difíciles: una pequeña parte de estos pacientes acuden alguna vez al mismo hospital después de la IC y entonces tienden a

volver constantemente, mientras que los que desaparecen van reiteradamente a gran variedad de centros sanitarios. De esta manera la mayor asistencia de unos a consultas ambulatorias del HCB compensa el abandono de los otros.

Ello también explicaría la similitud en su supervivencia independientemente de la existencia de trastornos psicosociales: la mortalidad de los pacientes con estos trastornos podría estar encubierta en parte por su mayor tendencia a utilizar otros hospitales o incluso a cambiar de domicilio, con lo que sería necesario disponer de datos centralizados de mortalidad a nivel estatal o autonómico para poder hacer su seguimiento y confirmar estas suposiciones.

En el caso del consumo de alcohol, a pesar de su falta de datos, hay que hacer algunas consideraciones. Su registro en este tipo de enfermos altamente cronificados tiene menor fiabilidad y utilidad por diversas razones: son pacientes que tienden a utilizar continuamente y de forma un tanto caótica los recursos sanitarios, por lo que dejan de beber y reinician su consumo en numerosas ocasiones, por lo que éste consumo puede variar mucho en pocos días de diferencia que se les interroga. Su misma enfermedad les hace presentar gran intolerancia, lo que no permite comparar sus posibles consumos "reducidos" u "ocasionales" con el de otros pacientes menos graves, ni por tanto saber su impacto y significación clínica. Por último los mismos objetivos de la interconsulta en este tipo de pacientes se han ido dirigiendo paulatinamente hacia objetivos de mínimos y no de máximos, reduciendo sus daños y acercando y priorizando su contacto con los recursos sanitarios para tener "alertas tempranas" en caso de descontrol de los consumos, más que en evitar éstos, que se dan por inevitables.

Debido a las características psíquicas y neuropsicológicas de estos pacientes es altamente probable que todos los que han tenido distintos grados de abandono del

tratamiento hayan reiniciado algún nivel de consumo alcohólico en un momento u otro posteriormente al alta hospitalaria.

Si la causa del mal cumplimiento terapéutico de estos pacientes y de la posible inevitabilidad de sus consumos, aunque sean irregulares, es su excesivo deterioro cognitivo, psicológico y social, una solución para minimizar este problema sería aumentar la detección temprana del alcoholismo, en estadios en que aún existe preservación de las capacidades neuropsicológicas y sociales y pueden beneficiarse de los tratamientos disponibles. No olvidemos que el alcoholismo sigue infradetectado en los hospitales (como máximo el 3% de los casos) sobretodo en sus fases más iniciales, que son precisamente las mejor tratables.

Sin embargo esta solución es a medio y largo plazo. Seguirá existiendo un importante grupo de pacientes alcohólicos cronificados, con un historial de abundantes y variadas patologías e importante deterioro mental y social, pero que están relativamente estabilizados orgánicamente. Por tanto seguirá siendo necesario idear nuevas estrategias terapéuticas más adecuadas y eficaces, pero que difícilmente pueden sustentarse sólo en medios ambulatorios.

Una opción serían los hospitales de día, que permiten un soporte terapéutico más próximo, flexible y continuado en el tiempo. Otro aspecto de esta estrategia es cambiar los métodos hacia objetivos más realistas, de reducción de daños, más adecuados para personas con escasa capacidad para el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Finalmente es importante el trabajo coordinado con los diferentes profesionales sanitarios que atienden repetidamente a estos pacientes y que a veces tienen objetivos distintos y parciales. Estos profesionales han de estar convencidos de que el cumplimiento del tratamiento que ellos prescriben mejora el de los demás y viceversa.

No incluir estos aspectos en el plan terapéutico lo deja incompleto y aumenta el riesgo de incumplimientos y complicaciones posteriores.

En definitiva, deberíamos detectar antes y en mayor medida a los pacientes alcohólicos para mejorar la eficacia de los tratamientos disponibles. Mientras tanto en los pacientes alcohólicos con importante deterioro psíquico y social debemos adecuar los objetivos terapéuticos a sus capacidades y diseñar estrategias de disminución de daños, maximizando su adherencia a los tratamientos y minimizando sus consumos de alcohol. El hecho de que cuando acuden alguna vez a la UA con posterioridad a la IC permanecen después más tiempo en tratamiento, aunque sea a costa de cronificarse, indica que son pacientes que están necesitados de un control externo del que ellos carecen y que lo valoran positivamente si lo reciben.

7. Seguimiento a los cuatro años de la cohorte de pacientes con interconsulta por consumo de alcohol en un hospital general durante 1998. Análisis de supervivencia (Estudio 3).

7.1. Resultados.

En este estudio se analizan los 198 pacientes ingresados en 1998 y de los que se realizó una interconsulta (IC's) por su consumo de alcohol. No se analizan, como en el primer estudio, todas las IC's. La diferencia está en que no se tienen en cuenta las IC's repetidas de un mismo enfermo durante el mismo año. Ello es así porque el objetivo principal es estudiar la supervivencia de los enfermos a los 4 años (no de las IC's), resultado que resultaría distorsionado si tuviéramos en cuenta repetidamente un mismo enfermo varias veces (cuando además los pacientes con repetidas y continuas IC's son los que probablemente tienen un peor pronóstico vital).

Esta pequeña modificación de la muestra estudiada no supone variaciones significativas en sus características sociodemográficas ni clínicas: la edad media de los pacientes de los que se solicita una interconsulta (IC) por consumo de alcohol a la UA-HCB es de $49,6 \pm 12$ años y el 80,8% son hombres. Tampoco hay una diferencia de edad estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($50,1 \pm 12$ años frente a $47,2 \pm 11$ años; $t=1,3$; $p= ns$).

El 71,2% de pacientes presenta alteraciones neuropsicológicas, psicosociales y familiares importantes, especialmente trastornos psiquiátricos (21,7% de casos) y deterioro cognitivo (15,7% de casos), que ya han sido abordados en los estudios 1 y 2. Estos pacientes son más jóvenes que los que no presentan alteraciones ($48,4 \pm 12,4$ años frente a $52,5 \pm 11,5$ años; $t= 2,1$; $p= 0,03$).

La edad es distinta según el tipo de alteración psicosocial predominante: mientras el deterioro cognitivo y la negación patológica de problemas con el alcohol se dan en sujetos mayores ($52,4 \pm 10$ años y $53,1 \pm 12$ años respectivamente), la marginación social o los trastornos psiquiátricos ocurren en personas más jóvenes ($43,4 \pm 5$ años y $44,1 \pm 13$ años respectivamente; $F= 3$; $p= 0,003$).

Las edades de los pacientes, de forma idéntica a los estudios previos, presentan diferencias significativas según el Servicio que originó la demanda de IC ($F=4,7$; $p= 0,0001$), siendo mayores los de Cardiología, Medicina Interna y Hepatología ($58,4 \pm 14$ años, $54,2 \pm 12$ años y $50,3 \pm 9$ años respectivamente) y más jóvenes los de Enfermedades Infecciosas, Psiquiatría y Traumatología (31 ± 1 años, 42 ± 14 años y $43,8 \pm 6$ años respectivamente).

7.1.1. Ingresos, urgencias e interconsultas previas.

El número de ingresos, urgencias e interconsultas (IC) alcohológicas a la UA en el HCB anteriores al ingreso que origina la IC que motiva el presente estudio están intercorrelacionados: ingresos frente a urgencias ($r= 0,52$ $p < 0,001$); ingresos frente a IC ($r= 0,49$ $p < 0,001$) y urgencias frente a IC ($r= 0,23$ $p= 0,001$).

No así la edad, que no se relaciona ni con el número ni la frecuencia de ingresos, urgencias e IC previas.

La Tabla 23 muestra sus medias y frecuencias respectivas en función del tipo de indicación terapéutica al final del ingreso. El promedio de ingresos previos, teniendo en cuenta sólo a los pacientes que efectivamente habían ingresado alguna vez, es de $3,1 \pm 2,7$, oscilando el rango entre un sólo ingreso hasta un máximo de 13.

Hay una frecuencia menor de urgencias previas entre los pacientes que

posteriormente serán derivados a otros tipos de recursos o que fallecen durante el ingreso y mayor en los pacientes que no pueden ser derivados debido a su gravedad orgánica, sin llegar en ambos casos a la significación estadística (Tabla 23). En el resto de casos no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre ellos, ni siquiera analizando post-hoc los grupos entre sí o cuando distinguimos entre personas que aceptan tratamiento, que lo rechazan o que no pueden beneficiarse de él, o cuando separamos los candidatos y los no candidatos a seguimiento en el mismo hospital HCB.

Tabla 23. Antecedentes de ingreso, urgencias e interconsultas de los pacientes según el tipo de derivación en el momento del alta hospitalaria.

Indicación al final de la interconsulta.	Nº de pacientes (%)	Edad	I previos en el HCB	U previas en el HCB	IC previas en la UA-HCB	Pacientes ingresados previamente a los que se solicitó IC
Candidatos a tratamiento en la UA-HCB						
UA-HCB	110	50,3 (11,8)	1,3 (2,2) 44,5%	4,9 (7,8) 80,9%	0,29 (0,7) 19,1%	42,9%
Rechaza tratamiento	36	49,2 (14,5)	1,7 (3) 44,4%	5,6 (9,2) 72,2%	0,28 (0,9) 13,9%	31,3%
No candidatos a tratamiento en la UA-HCB						
Derivación a otro CAD	12	39 (6,9)	1 (2,6) 25%	3,5 (6) 58,3%	0,08 (0,2) 8,3%	33,3%
Derivación a otros recursos.	14	49,6 (12,3)	0,7 (0,9) 35,7%	3,7 (6) 42,9%	0,14 (0,3) 14,3%	40%
No derivado.	11	52,1 (11,9)	1,9 (2,9) 63,6%	3,3 (2,5) 90,9%	0,18 (0,6) 9,1%	14,3%
Alta antes de la IC	12	50,1 (12,1)	0,6 (1,2) 27,3%	8,6 (17,6) 72,7%	0,08 (0,2) 8,3%	33,3%
Muerto antes del alta	3	57,3 (0,5)	0,6 (1,1) 33,3%	0,6 (1,1) 33,3%	0,33 (0,5) 33,3%	100%
Total	198 (100)	49,6 (12,3)	1,3 (2,3) 42,6%	4,9 (8,4) 74,6%	0,25 (0,6) 16,2%	38,1%
ANOVA (p)		1,89 (0,08) n.s. **	0,69 (n.s.)	0,67 (n.s.)	0,39 (n.s.)	
Chi ² (p)			5,1 (n.s.)	15,8 (0,01) n.s. **	3 (n.s.)	4,1 (n.s.)

*Valores expresados como media, desviación estándar (DE) y porcentaje (%) de casos (dicotómico si/no). ANOVA y Chi cuadrado. n.s.= $p > 0,05$ (no significativo). ** Con ajuste de Bonferroni (n.s.= $p > 0,006$). I= Ingresos; U= Urgencias; IC= Interconsultas. Tipos de situación o indicación terapéutica al alta: **1) Candidatos a tratamiento:** UA-HCB: acepta tratamiento de seguimiento en la propia UA-HCB; Rechaza tratamiento: rechaza activamente cualquier opción de tratamiento alcoholológico ambulatorio. **2) No candidatos a tratamiento:** Derivación a otro CAD: acepta tratamiento de seguimiento en otro centro ambulatorio de drogodependencias (CAD) más próximo a su residencia o en el que realiza tratamiento con anterioridad; Derivados a otros recursos: presencia de problemas psiquiátricos, sociales y/o deterioro cognitivo que motivan la derivación a otros servicios especializados (Centros de Salud Mental (CSMA), Comunidades Terapéuticas (CT), Servicios Sociales (SS) o Residencias de media-larga estancia); No derivado: debido a gravedad orgánica (trasladados a residencias socio-sanitarias y no tributarios de tratamiento ambulatorio); Alta antes de la IC: peticiones de IC que llegaron a la UA-HCB posteriormente al alta del paciente.; Muerto: Fallecimiento durante el mismo ingreso que motivó la IC.

La distribución de ingresos, urgencias e IC's alcohológicas previos en el HCB según el Servicio de procedencia de la IC no muestra diferencias significativas estadísticamente, aunque se aprecia una gran variabilidad en función de los distintos Servicios.

Los ingresos y urgencias previas se dan en un porcentaje similar de pacientes con o sin alteraciones psicosociales, pero hay una frecuencia significativamente mayor de pacientes con estos trastornos que tienen interconsultas previas (19,9% frente a 7%; $\text{Chi}^2= 4,9$; $p= 0,02$).

En cuanto al número de ingresos (1,57 frente a 0,75; $t= 2,8$; $p= 0,005$) urgencias (5,6 frente a 3,3; $t= 2,3$; $p= 0,01$) e IC previas (0,32 frente a 0,007; $t= 3,3$; $p= 0,001$) es siempre muy superior en los pacientes con estas alteraciones psicosociales.

Los pacientes con ingresos previos habían tenido también en un 97,6% de casos urgencias y en un 38,1% IC en la UA-HCB. En los pacientes que nunca habían ingresado antes en el HCB estos porcentajes son del 57,5% y 0% respectivamente ($\text{Chi}^2= 40,9$; $p< 0,001$ y $\text{Chi}^2= 51,3$; $p< 0,001$ respectivamente).

7.1.2. Ingresos, urgencias e interconsultas en los 4 años posteriores.

La Tabla 24 muestra la evolución a los 4 años de los pacientes respecto del número de reingresos, urgencias y nuevas IC en el mismo hospital en función del tipo de derivación que se les dio en el momento del alta hospitalaria.

Tabla 24. Evolución hospitalaria a los 4 años de los pacientes según el tipo de derivación en el momento del alta hospitalaria.

Indicación al final de la interconsulta.	Nº de pacientes (%)	I en el HCB a los 4 años	U en el HCB a los 4 años	IC en la UA-HCB a los 4 años	Nº de muertos a los 4 años
Candidatos a tratamiento en la UA-HCB					
UA-HCB	110	2,6 (5,5) 60%	4,6 (7,5) 74,5%	0,35 (0,9) 22,7%	35 (31,8%)
Rechaza tratamiento	36	2,2 (3) 50%	5,7 (10,2) 69,4%	0,31 (0,6) 22,2%	12 (33,3%)
No candidatos a tratamiento en la UA-HCB					
Derivación a otro CAD	12	1,7 (2,3) 66,7%	3,4 (4,5) 75%	0,5 (1) 25%	1 (8,3%)
Derivación a otros recursos.	14	0,5 (1,4) 21,4%	2,6 (3) 64,3%	0	4 (28,6%)
No derivado.	11	1,1 (2,4) 27,3%	2 (3,4) 54,5%	0	6 (54,5%)
Alta antes de la IC	12	1,8 (1,9) 72,7%	3,5 (2,9) 90,9%	0,25 (0,4) 25%	0
Muerto antes del alta	3				
Total	198 (100)	2,2 (4,5) 54,6%	4,4 (7,4) 72,7%	0,3 (0,8) 20%	58 (29,7%)
ANOVA (p)		n.s.	n.s.	n.s.	0,04 n.s. *
Chi ² (p)		0,02 n.s. *	n.s.	n.s.	

Valores expresados como media, desviación estándar (DE) y porcentaje (%) de casos (dicotómico si/no). ANOVA y Chi cuadrado. n.s.= $p > 0,05$ (no significativo). * Con ajuste de Bonferroni ($n.s. = p > 0,007$).

I= Ingresos; U= Urgencias; IC= Interconsultas.

Tipos de situación o indicación terapéutica al alta: **1) Candidatos a tratamiento:** UA-HCB: acepta tratamiento de seguimiento en la propia UA-HCB; Rechaza tratamiento: rechaza activamente cualquier opción de tratamiento alcohológico ambulatorio. **2) No candidatos a tratamiento:** Derivación a otro CAD: acepta tratamiento de seguimiento en otro centro ambulatorio de drogodependencias (CAD) más próximo a su residencia o en el que realiza tratamiento con anterioridad; Derivados a otros recursos: presencia de problemas psiquiátricos, sociales y/o deterioro cognitivo que motivan la derivación a otros servicios especializados (Centros de Salud Mental (CSMA), Comunidades Terapéuticas (CT), Servicios Sociales (SS) o Residencias de media-larga estancia); No derivado: debido a gravedad orgánica (trasladados a residencias socio-sanitarias y no tributarios de tratamiento ambulatorio); Alta antes de la IC: peticiones de IC que llegaron a la UA-HCB posteriormente al alta del paciente.; Muerto: Fallecimiento durante el mismo ingreso que motivó la IC.

Los porcentajes totales son parecidos a los previos a la IC (Tabla 23), pero existe una relación entre la existencia de ingresos, urgencias e IC previas y la probabilidad de que se repitan las mismas a los 4 años: El 40,6% de pacientes con IC previas, recibían nuevas indicaciones de IC a los 4 años, lo que sólo sucedía en el 15,7% de pacientes sin IC previas ($\text{Chi}^2= 10,5$; $p= 0,001$). La misma relación se da en el caso de los ingresos previos (70,2% de reingresos frente a 41,6% en los que no habían ingresado antes; $\text{Chi}^2= 15,9$; $p< 0,001$) y de las urgencias previas (77,6% con urgencias antes de la IC vuelven a urgencias a los 4 años, por sólo el 54% de los pacientes que no habían acudido con anterioridad; $\text{Chi}^2= 10,1$; $p= 0,001$).

Hay mayor frecuencia de reingresos ($\text{Chi}^2= 15,7$; $p= 0,02$) entre los pacientes que estuvieron en los servicios de Hepatología, Gastroenterología y Medicina Interna (75,5%, 52,6% y 50,9% respectivamente), mientras que es menor entre los pacientes que estuvieron en Psiquiatría, Cardiología o Traumatología (37,5%, 40% y 40% respectivamente). En el caso de las urgencias o las nuevas IC no existían diferencias significativas entre servicios.

La duración del ingreso durante el que se solicitó la IC del presente estudio, o la tardanza o la urgencia en su solicitud no influyen en la probabilidad de nuevos ingresos, urgencias o IC a los 4 años. Tampoco la existencia de alteraciones psicosociales o su tipo, o la aceptación o rechazo del tratamiento alcohológico de seguimiento. La edad se relaciona tan solo con las urgencias posteriores al ingreso analizado: correlaciona inversamente con el número de ellas ($r= -0,15$; $p= 0,03$) y los pacientes que no acuden más a urgencias del HCB son mayores que los que acuden de nuevo ($53,1\pm 11$ años frente a $48,2\pm 12$ años; $t= 2,5$; $p= 0,01$).

A priori, los criterios de gravedad que consideramos más sensibles para estudiar

la evolución de los pacientes eran el rechazo de tratamiento alcoholológico, la presencia de alteraciones psicosociales, la urgencia de la IC, o la presencia de ingresos, urgencias o IC previas en el propio HCB.

Mediante un análisis de regresión logística utilizando todos ellos como covariables, sólo hemos hallado evidencia de poder predictivo de nuevos ingresos a los 4 años, en los ingresos previos (Odds Ratio= 4,062; IC (2,022 - 8,162); $p < 0,001$), que cuadruplican el riesgo de reingreso.

En el caso de la predicción de nuevas urgencias las urgencias previas son el mejor predictor (Odds Ratio= 2,954; IC (1,344 - 6,491); $p = 0,007$).

Finalmente se muestran significativamente predictores de nuevas IC a los 4 años tanto la existencia de alteraciones psicosociales (Odds Ratio= 9,505; IC (2,141 - 42,187); $p = 0,003$) como los ingresos previos (Odds Ratio= 3,514; IC (1,552 - 7,956); $p = 0,003$).

7.1.3. Diagnósticos durante el ingreso independientemente del abuso/dependencia del alcohol.

Una vez dados de alta y para cada uno de los pacientes de ese episodio en concreto se han recogido, a posteriori de las IC's, todos los diagnósticos médicos emitidos y registrados en los informes de alta. Estos diagnósticos se han agrupado usando los códigos CIE-10 de la OMS ¹⁷⁸.

Tan sólo 7 pacientes (3,5%) han sido diagnosticados simplemente como abusadores de alcohol. Los 191 restantes (96,5%) presentaban todos criterios de dependencia alcohólica. Ello confirma y afina aún más los datos extraídos a partir de la propia interconsulta (ver apartado 5.1), en que existían 4 casos en que no se pudo

objetivar una dependencia alcohólica.

La existencia de estos diagnósticos de abuso/dependencia de alcohol ya se dan por supuestos y no se han tenido en cuenta en el estudio de los diagnósticos durante el ingreso. Analizaremos por tanto tan sólo las enfermedades diagnosticadas además del alcoholismo.

Tal como se ha explicado en anteriores apartados los pacientes estudiados se caracterizan por su gravedad. Ello explica el elevado número de diagnósticos (Ver Tabla 25) que reciben los pacientes, la gran variedad de tipos de enfermedades que estos diagnósticos abarcan simultáneamente, ya que más de la mitad de pacientes tienen diagnósticos en más de un grupo de enfermedades (Ver Tabla 26) y el hecho de que en muchos casos además los diagnósticos en un mismo grupo sean múltiples.

Tabla 25. Grupos de enfermedades CIE-10 diagnosticadas y porcentaje de enfermos que las sufren.

Grupo	Descripción del grupo de enfermedades	Número de pacientes con diagnóstico	Porcentaje sobre el total N= 198
I	Enfermedades infecciosas y parasitarias	5	2,5%
II	Tumores	11	5,5%
III	Enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos de los mecanismos de la inmunidad	7	3,5%
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12	6%
V	Trastornos mentales y del comportamiento	85	43%
VI	Enfermedades del sistema nervioso	39	19,7%
VII	Enfermedades del ojo y sus anejos.	2	1%
VIII	Enfermedades del oído	0	0%
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	23	11,6%
X	Enfermedades del sistema respiratorio	30	15,1%
XI	Enfermedades del sistema digestivo	115	58%
XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3	1,5%
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo	1	0,5%
XIV	Enfermedades del sistema genito-urinario	0	0%
XV	Embarazo, parto y puerperio	1	0,5%
XVI	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0%
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0%
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificadas en otros apartados	0	0%
XIX	Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	28	14,1%
XX	Causas externas de morbilidad y mortalidad	0	0%
	Total de grupos de enfermedades diagnosticados	362	

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. Versión 10.

La Tabla 25 ilustra la variedad y cantidad de enfermedades que padecen los pacientes estudiados, con un predominio de las del aparato digestivo (115 pacientes, 58% del total) entre las que las relacionadas con el hígado son mayoría.

En menor frecuencia se presentan las enfermedades psiquiátricas, pero hay que remarcar que entre estas en ningún caso se ha incluido el abuso/dependencia del alcohol (presente en el 100% de pacientes estudiados).

Tabla 26. Número de grupos de enfermedades CIE-10 para los que los pacientes han recibido algún diagnóstico.

	Número de pacientes
Un grupo de enfermedades	79 (40%)
Dos grupos de enfermedades	80 (40%)
Tres grupos de enfermedades	33 (17%)
Cuatro grupos de enfermedades	6 (3%)
Total	198 (100%)

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. Versión 10.

La mayoría de los 85 pacientes que han recibido un diagnóstico del grupo de Trastornos mentales y del comportamiento lo era por síndromes de abstinencia alcohólica graves, con síntomas que incluían desde las convulsiones hasta la psicosis alcohólica o el delirium tremens. Sin embargo también en este grupo de enfermedades los pacientes estudiados presentaban varias de ellas simultáneamente. La Tabla 27 muestra las distintas enfermedades mentales que han presentado los 85 pacientes diagnosticados dentro de ese grupo.

Tabla 27. Diagnósticos dentro del grupo V- Trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 (no excluyentes entre ellos).

Diagnósticos dentro del grupo V	Nº de pacientes (porcentaje sobre el total de pacientes)
Trastornos de la personalidad	25 (12,6%)
Síndrome de abstinencia alcohólica (durante el ingreso)	45 (22,7%)
Abuso o dependencia de otras drogas o juego patológico	25 (12,6%)
Otros trastornos psiquiátricos	34 (17,2%)
Total de pacientes con algún diagnóstico del grupo V	85 (43%)

Otros trastornos psiquiátricos: incluye intentos suicidas, trastornos del humor o del estado de ánimo, trastornos psicóticos, bipolares, conversivos, adaptativos, de la conducta alimentaria, etc.

Un grupo de enfermedades relacionado con el anterior es el de las Enfermedades del sistema nervioso (Grupo VI). Entre los 39 pacientes con diagnósticos de este grupo predominan los síndromes mnésicos o de Wernicke-Korsakoff (11 pacientes, 5,6% del total), que están más clara y directamente relacionados con el consumo de alcohol. Además se presentan lesiones periféricas (polineuropatías) o centrales (lesiones, oclusiones, hemorragias cerebrales o de cerebelo) del Sistema Nervioso, los comas de distinta etiología (metabólica, tóxica, traumática, etc.) cuya relación con el consumo de alcohol también es en la mayoría de casos evidente.

Independientemente de los diagnósticos médicos se ha podido objetivar también la existencia de situaciones de marginalidad en 6 pacientes (3%).

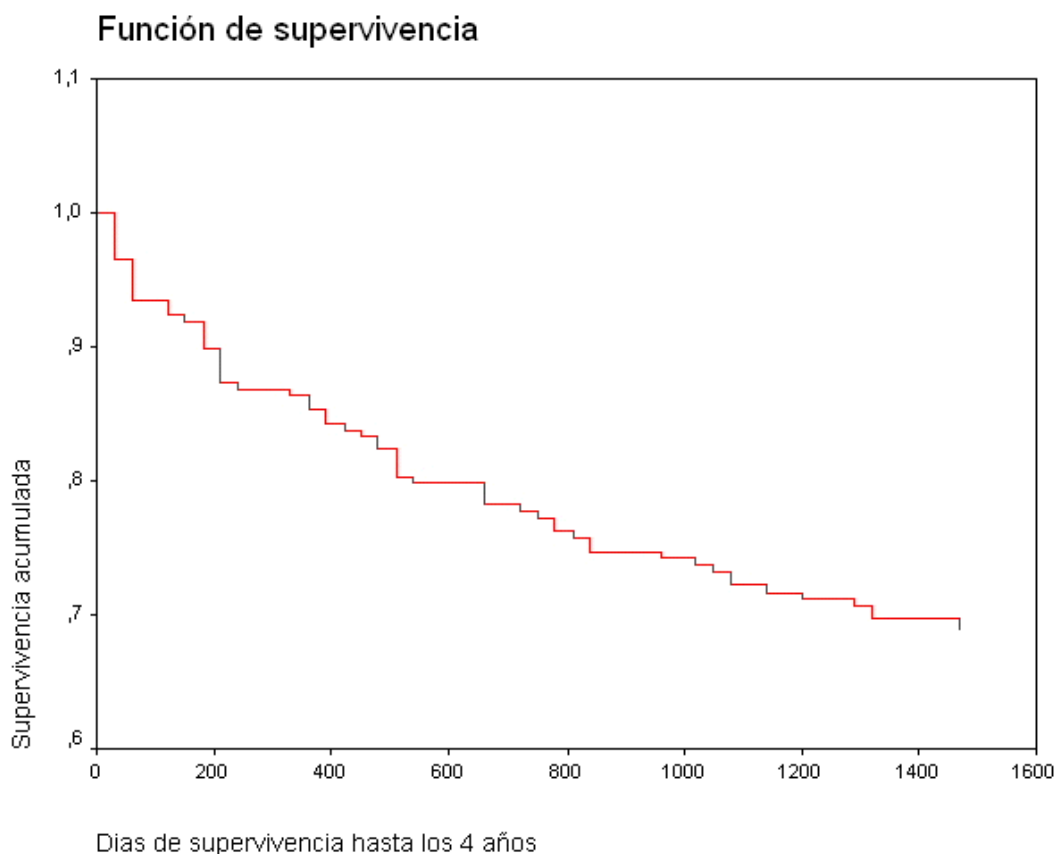
7.1.4. Supervivencia a los 4 años.

A los 4 años del alta hospitalaria que motivó la IC el porcentaje de muertes fue

del 30,8%. Si ampliamos el seguimiento de todos los pacientes hasta el 31 de diciembre de 2002 (con lo que para los ingresados a principios del 1998 se disponían de datos de seguimiento hasta casi 5 años del alta hospitalaria) el porcentaje de fallecidos se elevó al 33,8%, un 13,1% en el propio HCB y un 20,7% fuera de él. La edad en el momento del fallecimiento es de $57,5 \pm 11,3$ años, con un intervalo entre 36 y 81 años.

El análisis de la supervivencia de toda la cohorte (Figura 6) muestra que la probabilidad de mantenerse vivo a los 2 años del alta es del 77,2% y a los 4 años del 68,6%.

Figura 6. Probabilidad de mantenerse vivos de todos los pacientes de la cohorte a los 4 años (Función de supervivencia acumulada).



Existe una correlación inversa y significativa entre la edad y los días de supervivencia hasta los 4 años ($r = -0,271$; $p < 0,01$). No se halla diferencia entre el tiempo de supervivencia de hombres y mujeres ni en los porcentajes respectivos de fallecidos a final del 2002 (31,9% frente a 26,3%; $\text{Chi}^2 = 0,4$; $p = \text{n.s.}$).

Introduciendo la edad como covariable en un modelo de regresión de Cox y ajustándola respecto a la aceptación o rechazo del tratamiento [Hazard Ratio: 0,9; IC 95%: (0,44 – 1,87)], la presencia de alteraciones psicosociales [Hazard Ratio: 1,11; IC 95%: (0,56 - 2,2)], el sexo [Hazard Ratio: 1,0; IC 95%: (0,45 - 2,3)] o la urgencia de la interconsulta [Hazard Ratio: 1,0; IC 95%: (0,35 – 2,98)] no se aprecia que ninguna de estas variables provoque cambios en la supervivencia a los 4 años.

Sin embargo el deterioro cognitivo [Hazard Ratio: 1,6; IC 95%: (0,99 – 2,86); $p = 0,05$] y la ausencia de trastornos psiquiátricos [Hazard Ratio: 0,41; IC 95%: (0,17 – 0,96); $p = 0,04$], sí muestran un efecto negativo y significativo sobre la supervivencia, aunque se tenga en cuenta la edad (Figuras 7 y 8).

Figura 7. Probabilidad de mantenerse vivos a los 4 años de los pacientes. Comparación entre pacientes con y sin trastornos psiquiátricos. (Función de supervivencia acumulada).

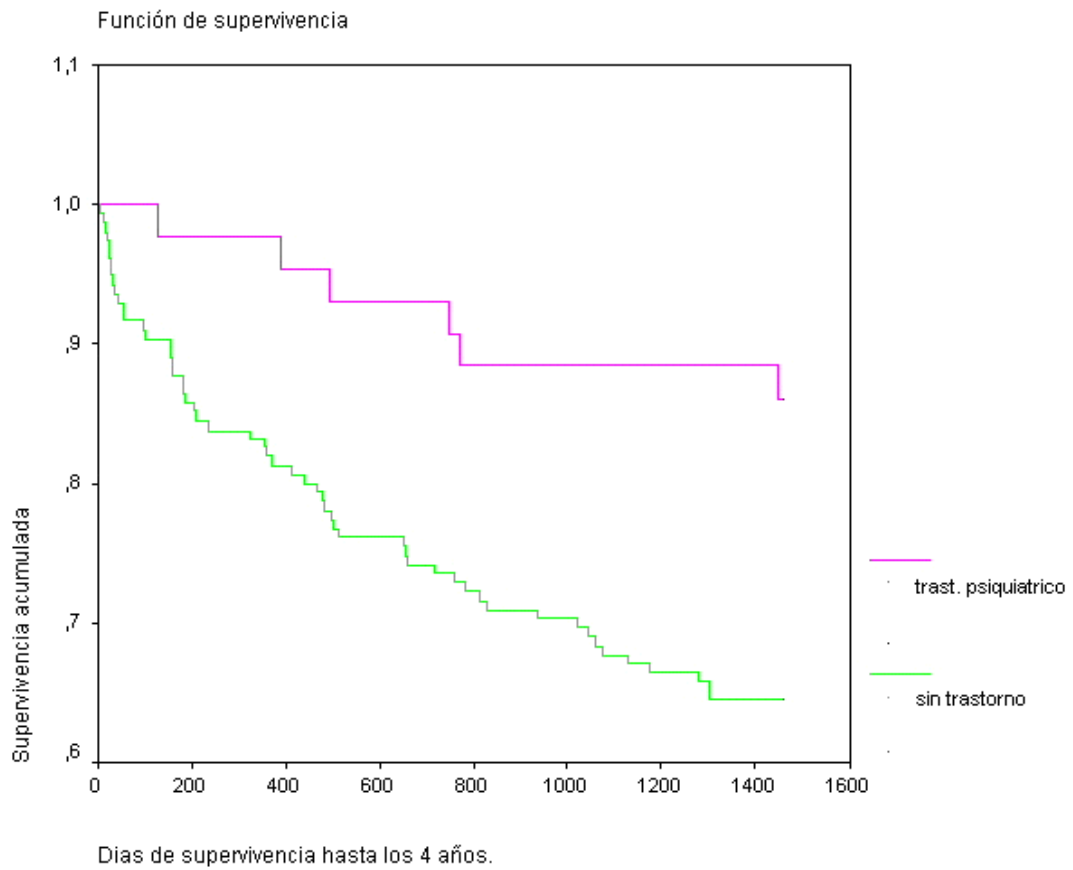
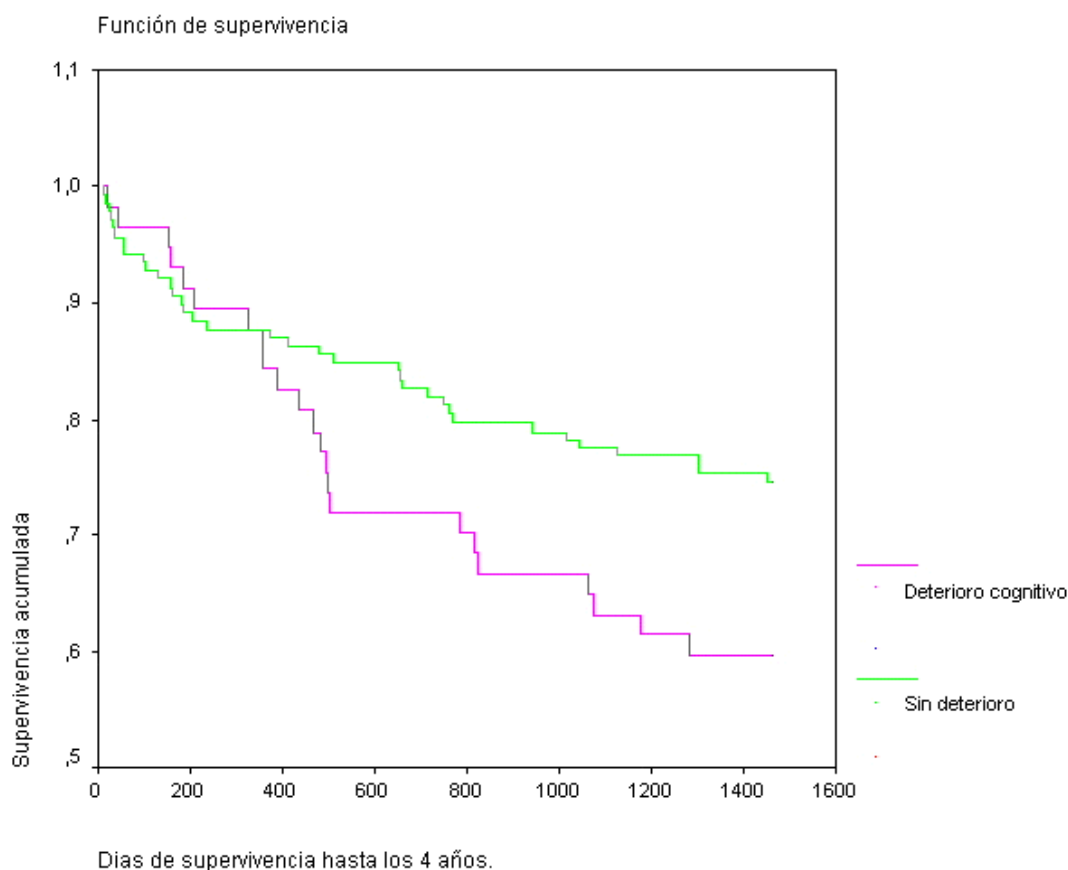


Figura 8. Probabilidad de mantenerse vivos a los 4 años de los pacientes. Comparación entre pacientes con y sin deterioro cognitivo. (Función de supervivencia acumulada).



7.1.5. Porcentajes de fallecimientos a los 4 años.

En función de la indicación terapéutica que se pactó al final de la IC se observa en la Tabla 24 que más de la mitad de los pacientes que debido a su gravedad no pudieron ser derivados a ningún tratamiento alcoholológico fallecieron. También aparece menor mortalidad en los pacientes a quienes se dio el alta antes de realizarse la IC o bien que fueron derivados a otros CAD de drogodependencias.

El sexo, la aceptación o rechazo del tratamiento post-IC, la presencia de alteraciones psicosociales, la urgencia en la IC, o los ingresos, urgencias o IC previas en

el propio HCB no se han mostrado en porcentajes significativamente distintos entre los fallecidos a los 4 años respecto a los otros enfermos (Tabla 28). No así algunas alteraciones psicosociales específicas, que se presentan con menor frecuencia entre los pacientes fallecidos, como los trastornos psiquiátricos, u otras con mayor frecuencia como la negación patológica de los problemas con el alcohol o el deterioro cognitivo.

Tabla 28. Características de los pacientes fallecidos.

	Fallecido	No fallecido	
Varones	83,6%	79,6%	0,4 (n.s.)
Ingreso en MDI, HEP o GAS	72,1%	59,9%	7,8 (n.s.)
Rechazo tratamiento	25%	21,8%	0,1 (n.s.)
No derivados	10,3%	4%	3 (n.s.)
Alteraciones psicosociales	72,1%	70,8%	0,03 (n.s.)
Trastorno psiquiátrico	9,8%	27%	7,3 (0,007) (n.s.) *
Negación de problemas alcohólicos	27,7%	16,2%	17,6 (0,02) (n.s.) *
Deterioro SNC	39,7%	24,8%	4,3 (0,03) (n.s.) *
IC urgente	9,8%	8%	0,1 (n.s.)
Ingresos previos	49,2%	39,7%	1,5 (n.s.)
Urgencias previas	72,1%	75,7%	0,2 (n.s.)
IC previas	18%	15,3%	0,2 (n.s.)
Reingresos	65,6%	48,5%	4,9 (0,02) (n.s.) *
Re-urgencias	70,5%	72,1%	0,5 (n.s.)
Re- IC	26,2%	16,8%	2,3 (n.s.)
Edad en el momento de la IC	55,1±10	47,1±12	4,4 (0,001)

MDI: Medicina Interna, HEP: Hepatología, GAS: Gastroenterología, SNC: Sistema Nervioso Central, IC: Interconsulta. *n.s.* = $p > 0,05$ (no significativo). * Con ajuste de Bonferroni (*n.s.* = $p > 0,003$).

No hay diferencias significativas estadísticamente en los porcentajes de muertes a los 4 años y en la edad de la defunción en función del Servicio dónde estuvo ingresado el paciente en el momento de la IC. A pesar de ello se observa una gran variabilidad en las muertes de cada Servicio (60% en Cardiología y 41,5% en Hepatología, frente a ninguna en Enfermedades Infecciosas, 15% en Psiquiatría, o 20% en Traumatología), probablemente influida por las diferencias de edad y por el peso relativo de los factores físicos o psíquicos en el motivo de ingreso.

No hay diferencias en cuanto a la frecuencia o el número de ingresos, urgencias e interconsultas a la UA-HCB previas entre los pacientes que posteriormente fallecieron a los 4 años y los que no.

7.1.6. Causas de muerte.

A los 4 años del ingreso que originó la solicitud de interconsulta a la UA-HCB de los 198 pacientes iniciales habían muerto 61 de ellos (30,8%). En el 54,1% de casos el motivo fue una enfermedad del sistema digestivo, principalmente hepática y en el 21,3% estuvo causada por tumores, tanto hepáticos, buco-laringeos, como de otros órganos. La tercera causa de muerte se debió a enfermedades del sistema nervioso en el 13,1% de casos, principalmente originadas por demencias o síndromes mnésicos alcohólicos y complicaciones neuropáticas. Las enfermedades del sistema circulatorio (cardíacas especialmente) y los trastornos mentales y del comportamiento (suicidios) causan un 4,9% de los fallecimientos cada uno y las enfermedades del sistema respiratorio el 1,6% restante.

En todos los casos la muerte estaba directamente relacionada con la enfermedad causante del ingreso que originó la interconsulta a la UA-HCB, a excepción de los

ingresados por Traumatología, que fallecieron de enfermedades hepáticas u oncológicas graves que ya sufrían con anterioridad y un 20% de pacientes ingresados en Psiquiatría que fallecieron por tumores (el resto por enfermedades del sistema nervioso o trastornos conductuales). Las muertes por enfermedades del sistema nervioso representan un caso de transversalidad, ya que afectan a pacientes ingresados en casi todos los servicios (menos Traumatología y Cardiología).

No había diferencias estadísticamente significativas en la edad, en el momento del fallecimiento, entre las distintas causas de muerte. Tampoco en los diversos tipos de alteraciones psicosociales.

7.2. Discusión de los resultados de seguimiento a los 4 años (Estudio 3).

7.2.1. La morbi-mortalidad.

La primera conclusión es la relativa juventud de los fallecidos (57,5 años en el momento de la IC) y sobretodo la elevada mortalidad a los 4 años (30,8%), muy superior a la hallada entre muestras de alcohólicos tratados ambulatoriamente ¹⁵⁷ e incluso a la de pacientes ingresados en Servicios hospitalarios de Medicina Interna ¹⁴⁵ que no recibieron tratamiento ambulatorio específico de su alcoholismo.

Otro dato destacable es que casi la mitad de pacientes han tenido ingresos previos en el mismo hospital y probablemente también en otros. Estos casos acostumbran a ingresar de forma repetitiva, tres veces de promedio antes del ingreso que origina el presente estudio. Los ingresos previos están estrechamente relacionados con la presencia de múltiples urgencias e interconsultas alcohólicas, y son además el factor más altamente predictivo de la realización de nuevos ingresos en el futuro.

La edad tiene una relación directa con la mortalidad, siendo los servicios que

ingresan a los pacientes alcohólicos más jóvenes los que tienen menos fallecimientos. En cambio la edad no se relaciona con el número de ingresos e interconsultas, tanto previos como posteriores, ni con las urgencias previas. Los pacientes jóvenes acuden en mayor porcentaje y más veces a posteriores urgencias, lo que seguramente está favorecido por la abundante patología psicosocial que presentan, que puede provocar la aparición de episodios de trastornos agudos del comportamiento que no son tributarios de ingreso hospitalario. A los más jóvenes también se les solicitan muchas más interconsultas, tanto antes como después del ingreso.

7.2.2. La psicopatología.

Los resultados de mortalidad en función de la existencia de trastornos psicosociales en general contradicen las hipótesis hechas en el estudio de seguimiento a los 2 años. En ese estudio la ausencia de diferencias nos hizo suponer que infravalorábamos la mortalidad de los pacientes con trastornos psicosociales porque quizás disponíamos de menos datos de ellos debido a una supuesta mayor inestabilidad en los tratamientos y lugares de residencia.

La realidad sin embargo es que, por el contrario, estos pacientes viven más, probablemente por el simple y principal hecho de que son más jóvenes, aunque acudan más caoticamente a diferentes dispositivos sanitarios.

De entrada parece por tanto que los datos a los dos años nos hicieron sobreestimar el papel de los trastornos psíquicos en la mortalidad. Sin embargo, en realidad el papel de estos trastornos en la mortalidad es distinto según sea su tipo: el deterioro cognitivo y la negación irracional de problemas con el alcohol son claramente factores de mal pronóstico vital. En cambio los trastornos puramente psiquiátricos se

presentan mucho menos en los pacientes que fallecen. Seguramente la afectación cognitiva refleja la existencia de un daño orgánico general que se manifiesta también en una afección neurológica, mientras que la psiquiátrica se produce en los sujetos más jóvenes y, por tanto, mejor conservados físicamente.

Por ello parece que, si bien la gran mayoría de la mortalidad se explica por la gravedad orgánica de los pacientes de mayor edad, también existe un subgrupo de pacientes más jóvenes cuyas muertes, aunque su causa se deba a otras enfermedades físicas, podrían estar influidas por la abundancia de trastornos psicopatológicos que padecen y que provocan múltiples rehospitalizaciones.

7.2.3. Los tratamientos.

A tenor de los resultados del estudio 2 sabíamos del alto porcentaje de estos pacientes que por diversas causas orgánicas no pueden ser candidatos a tratamiento ambulatorio. Ahora comprobamos que esta falta de opciones terapéuticas para su alcoholismo se corresponde con una mayor frecuencia de fallecimientos, lo que indica tanto que son pacientes que por su gravedad en el momento de la detección ya han agotado todos los recursos disponibles, como que esta misma falta de opciones de tratamiento de su alcoholismo presagia un próximo mal desenlace.

También habíamos observado en el estudio 2 que en los pacientes a los que sí se les podía ofrecer un tratamiento, tanto si lo aceptaran o rechazaran, el nivel de incumplimiento de visitas médicas era similar y muy elevado. Con los datos actuales se comprueba además que el rechazo por parte del paciente del tratamiento ofrecido no empeora su supervivencia. Todo ello sugiere que en estos enfermos los tratamientos alcoholológicos disponibles son poco eficaces, aunque los acepten, simplemente porque

no pueden o no quieren cumplirlos adecuadamente.

El escaso beneficio terapéutico por tanto se manifiesta igualmente si utilizamos indicadores de éxito como el cumplimiento de las visitas, tanto alcohológicas o para el tratamiento de sus enfermedades orgánicas, como de posible reducción de la mortalidad.

La utilización de la mortalidad como criterio de utilidad del tratamiento alcohológico viene a complementar los criterios anteriores de adherencia y cumplimiento de los tratamientos médicos y es una consecuencia lógica de ellos en este tipo de pacientes, caracterizados por ser malos cumplidores. Precisamente por ello, con los enfoques de disminución de daños se intenta hallar la manera para que puedan seguir indicaciones menos exigentes y que al menos permitan mejorar su supervivencia.

7.2.4. El contexto.

De la generalización de estos datos se puede objetar que, obviamente, el momento, el contexto y la manera de detectar la muestra de alcohólicos delimita la edad en que se identifican e influye decisivamente en su morbi-mortalidad. En otros estudios, los alcohólicos identificados a partir de un primer ingreso hospitalario siguen haciendo un uso de servicios sanitarios a los diez años muy elevado y con riesgos relativos de ingreso según las enfermedades de 2 a 11 veces superiores a los de población de similar edad y gravedad ¹⁵², pero no se incluyen a pacientes con enfermedades mentales, abuso de otras drogas o ingresos previos por el alcohol en los últimos tres años, con lo que se disminuye la gravedad de la muestra. En los estudios epidemiológicos aparecen causas de muerte relacionadas con el consumo de alcohol, como los accidentes de tráfico ⁴⁷ de escaso impacto en la mortalidad hospitalaria.

Nuestra muestra en cambio está formada por pacientes que en el momento del

ingreso tenían casi 50 años, hospitalizados por enfermedades crónicas graves, con abundantes alteraciones neuropsicológicas y socio-familiares, que no han solicitado intencionalmente un tratamiento de su alcoholismo a pesar de que un 42% ya había ingresado anteriormente y un 74% había acudido a Urgencias. Pero lo importante es que no sufren ningún filtro para incluirse en el estudio y son representativos de los pacientes abusadores y dependientes del alcohol que detectan los médicos en un hospital general.

Obviamente esta falta de selección de los enfermos repercute directamente en el escaso efecto del tratamiento alcohológico, pues éste se revela eficaz en otros grupos de pacientes más normalizados ¹⁵⁷.

7.2.5. Los antecedentes.

Además de las altas tasas de abandono de los tratamientos, tanto médicos como alcohológicos que ha mostrado el estudio 2, con los datos actuales hemos visto que los pacientes alcohólicos detectados en un hospital general: i) Habían tenido abundantes y frecuentes ingresos previos, que se convirtieron en oportunidades perdidas de detección y tratamiento, y que aunque no se relacionan con una mayor mortalidad sí provocaron una mayor morbilidad. Este dato concuerda con el hallado en hospitales finlandeses ¹³⁰, en que la mayoría de los pacientes atendidos a través de las interconsultas de psiquiatría debido a problemas con el alcohol habían tenido en los años previos visitas hospitalarias, especialmente entre los 32 y los 40 años de edad, sin haber sido nunca debidamente tratados de su adicción.

ii) Han ingresado repetidamente con posterioridad a la IC, estando la causa de su muerte posterior relacionada directamente con el motivo del ingreso inicial, lo que indica la poca capacidad para modificar su pronóstico debido a lo avanzado de sus enfermedades

crónicas, iii) la presencia de abundante deterioro cognitivo, que se corresponde con una mayor mortalidad y explica también la escasa modificabilidad del pronóstico, iv) En los casos que aceptaron el tratamiento alcoholológico no se logró mejorar su supervivencia, lo que junto con la abundancia de trastornos psicosociales confirma la conclusión del seguimiento del estudio 2 de que la detección en estadios avanzados del alcoholismo hace su tratamiento inefectivo, v) Existen incluso otros enfermos aún más graves a los que no puede ofrecérseles ni tan solo estrategias de reducción de daños, viéndose su supervivencia reducida aún más, vi) la presencia de psicopatología corresponde a pacientes más jóvenes, con menor mortalidad pero una mayor frecuencia de ingresos y urgencias.

7.2.6. Las consecuencias.

Ya se ha incidido en los dos primeros estudios (Estudio 1 y Estudio 2) en la necesidad de aumentar en los enfermos alcohólicos ingresados la adherencia a los tratamientos médicos y de su alcoholismo, pues la eficacia de ellos está muy influida por los bajos niveles de cumplimiento. También es necesario que estos tratamientos sean utilizados rutinariamente y no sólo durante la realización de estudios clínicos.

Ahora, más allá de la eficacia terapéutica, el motivo de localizar y tratar estos enfermos es además disminuir la elevada mortalidad que presentan.

Hasta ahora se ha demostrado la utilidad de las intervenciones breves en la reducción del consumo de alcohol en pacientes de atención primaria con consumos de alcohol de riesgo ¹³⁵. También se ha utilizado una única sesión de consejo breve en pacientes ingresados en salas médicas, para lo que es necesaria la existencia de un equipo médico entrenado y contar con el soporte de enfermería ⁵.

Sin embargo estos métodos han sido usados a menudo en pacientes sin enfermedades orgánicas crónicas, que aceptaban participar en unos programas que además excluían a quienes presentaban alteraciones neuropsicológicas o psiquiátricas o tenían antecedentes de tratamientos específicos por su drogodependencia ⁵.

Cuando se han usado en pacientes hospitalizados, su efectividad en la disminución de la mortalidad se ha logrado sólo en enfermos que estaban en estadios tempranos del desarrollo de problemas con el alcohol, como elevaciones en la GGT, y para prevenir las complicaciones de fases más avanzadas ¹⁴⁶.

En los casos en que se tratan pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos usando técnicas motivacionales o de consejo breve, el éxito en la disminución de consumos alcohólicos y en el uso de servicios sanitarios debe atribuirse tanto a su relativa juventud (32 años de media) como al uso de técnicas de screening de consumo excesivo de alcohol ¹³⁹. Además, la efectividad de muchas de estas intervenciones se mantiene poco tiempo, no hallándose evidencia de reducción de los consumos al cabo de unos años ¹³⁸, por lo que debe existir un seguimiento y repetirse al cabo de un tiempo.

Independientemente del tipo de abordaje terapéutico y de la muestra de enfermos estudiada, el denominador común ha sido siempre el uso de protocolos de detección.

7.2.7. El resumen.

Probablemente esto explica que a tenor de nuestros datos los tratamientos convencionales del alcoholismo no se han revelado eficaces, debido simplemente a que no hay capacidad para cumplirlos cuando se ofrecen a enfermos alcohólicos de mayor

edad y gravedad que los tratados ambulatoriamente y a los que detecta el médico cuando trata las enfermedades ya cronicadas que padecen y que están directamente relacionadas con el consumo de alcohol durante muchos años.

La adaptación de estos tratamientos hacia estrategias de disminución de daños, con el uso de soporte social y controles externos abundantes tampoco ha mejorado hasta ahora los resultados, seguramente debido a la interferencia del deterioro físico, neurológico y psicológico que presentan. Por ello mismo el uso de las técnicas motivacionales o de consejo breve antes citadas no se han mostrado como opciones realistas en este tipo de enfermos.

Todo ello plantea que para que cualquier tratamiento alcoholológico sea eficaz, incluidos los orientados hacia la reducción de daños, es vital mejorar la detección mediante la utilización en los hospitales de estrategias de búsqueda y localización activa y anticipada de estos pacientes, antes de que debute activamente una enfermedad relacionada con el consumo de alcohol. Ya que son pacientes de alto riesgo para sucesivos ingresos y para morir prematuramente es muy importante que los hospitales detecten con rapidez, en los primeros ingresos a estos pacientes, al ser el tiempo disponible para ayudarlos muy limitado.

También es básico que la utilización de protocolos de detección precoz se mantenga en el tiempo. De lo contrario el clínico por sí solo tiende a identificar sólo los alcoholismos más avanzados y menos tratables.

Los servicios de urgencias ¹¹⁶ y no digamos la Asistencia Primaria ¹³⁵ deben ser un punto de detección temprana y complementario del hospitalario .

8. Conclusiones.

8.1 Objetivos del estudio 1.

- El número de interconsultas (IC) debido al consumo de alcohol representa un 0,5% del total de ingresos hospitalarios durante el periodo de tiempo estudiado y teniendo en cuenta todas las salas que ingresan adultos. Esta detección está claramente por debajo de 15 al 35% que indican los estudios existentes ⁸⁶⁻⁹⁰ (apartados 1.3.1. y 1.3.1.1.) y confirma nuestras suposiciones acerca de la gran infradetección existente del consumo abusivo de alcohol en los hospitales generales. Sólo con que se solicitaran IC de un 15% de enfermos el número de estas ascendería a más de 5700 al año, 27 veces más que el número actual.
- En segundo lugar se confirma las grandes diferencias entre las distintas Salas: Psiquiatría y Hepatología solicitan interconsulta de más de un 2% de sus ingresos (lo que sigue siendo muy poco), mientras que otras Salas no llegan al 0,1%, a pesar de que existen evidencias que avalan la existencia de muchos pacientes con consumo abusivo de alcohol en Salas como por ejemplo Otorrinolaringología. Estas diferencias también existen en otros estudios (apartado 1.3.1.2.) pero no son tan marcadas. Ello da pie a pensar que las diferencias en la detección no lo son tanto por el tipo de enfermos o enfermedades, como por la distinta sensibilidad histórica frente al alcoholismo que han ido desarrollando los equipos médicos ¹²⁷.
- El tercer objetivo se ha logrado al confirmar que todos los pacientes de los que se solicita IC alcoholológica son abusadores de alcohol, aunque en

un 2% no se pueda comprobar la existencia también de una dependencia alcohólica. En el seguimiento a los 4 años, y con la revisión de los diagnósticos médicos emitidos en los informes de alta, el 96,5% de pacientes cumplían criterios de dependencia alcohólica y el restante 2,5% sólo de abuso de alcohol. Ello indica que las IC presentan una especificidad del 100%, no existiendo por tanto errores en su diagnóstico.

Sin embargo es discutible que para los médicos de las Salas una IC sea útil sólo cuando tienen un diagnóstico muy claro de alcoholismo. Precisamente los especialistas que realizan las IC alcohólicas deberían servir, entre otras cosas, para aclarar los casos dudosos. Parece como si los médicos no quisieran arriesgarse a realizar IC cuando no están seguros del alcoholismo de sus pacientes. Ello lleva a la escasa sensibilidad en la detección que ya hemos visto.

- El último objetivo del estudio 1 arroja unos resultados claros: los pacientes de éste estudio tienen mayor edad, más psicopatología, mayor frecuencia de deterioro neuropsicológico y más mortalidad que los pacientes de similar medio sociodemográfico pero tratados a nivel ambulatorio^{157, 167, 176, 177} o con ingresos programados y específicos para su alcoholismo¹⁶¹. Ello se acompaña también de mayor incumplimiento de los tratamientos^{157, 176}.

El estudio 1 ha mostrado globalmente que se detectan muy pocos pacientes alcohólicos en los hospitales generales, que hay una especificidad total y en cambio muy poca sensibilidad, y que los casos que se detectan presentan mucha mayor

gravedad que los pacientes tratados ambulatoriamente.

8.2. *Objetivos del estudio 2.*

- A los 2 años el cumplimiento que hacen del tratamiento alcohólico es muy bajo. Sólo un 1% de pacientes logran el alta terapéutica y un 9% continúan en tratamiento, mientras que un 36% lo han abandonado y el 31% no lo han iniciado nunca.
- En el caso de los tratamientos médico-orgánicos la situación es similar, estando relacionados los abandonos de uno y otro tratamiento, lo que indica que los pacientes alcohólicos que no siguen un tratamiento por su dependencia alcohólica tampoco cumplen con las visitas indicadas para el seguimiento de sus enfermedades orgánicas. Lo que no se puede afirmar es si un abandono causa el otro, o bien ambos incumplimientos obedecen a factores personales de los enfermos.
- En el último objetivo del estudio 2 no se encuentra que la falta de conciencia de enfermedad y el rechazo explícito del tratamiento tengan, en toda la muestra en general, un valor pronóstico significativo. En cambio entre los pacientes que efectivamente realizan alguna visita post-alta (descontados los pacientes a los que no se les había indicado o que a pesar de indicárseles no acudieron nunca), los factores que favorecen el incumplimiento son la falta de trastornos psicosociales o la existencia de menos interconsultas previas.

Parece pues que en el contexto de los pacientes de importante gravedad somática, psíquica y social que analizamos en el presente estudio, y

especialmente entre los que quieren y pueden seguir un tratamiento, la existencia de problemática psicosocial o de más interconsultas en lugar de empeorar, mejora el pronóstico. Probablemente se debe a que todos estos pacientes son crónicos, y aunque sigan consumiendo alcohol, la UA-HCB les proporciona un marco y una contención para minimizar las repercusiones y las complicaciones de su consumo de alcohol pasado y presente en sus vidas. Precisamente los que estarían "peor" son los que tienen mayor acceso a la UA-HCB y mayor tradición de utilizar sus recursos, entre los que la trabajadora social es básico.

El estudio 2 muestra globalmente que el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas a los 2 años es muy malo y que ello afecta también a las demás enfermedades orgánicas. Probablemente ello causa a medio y largo plazo rehospitalizaciones y nuevas urgencias. En cambio la existencia de trastornos psicosociales y la petición de nuevas interconsultas mejora la evolución de los pacientes que están dispuestos a acudir alguna vez a la UA-HCB, seguramente por una mayor motivación para acceder a recursos y ayudas de la UA-HCB.

8.3. *Objetivos del estudio 3.*

- El objetivo principal era mostrar la supervivencia de la muestra a los 4 años. Ésta es del 70%, la cual es muy inferior a la de otros estudios analizados, tanto con heroinómanos ^{140, 141}, como con alcohólicos ^{145, 146, 147, 157}, ya comentados en el apartado 1.4.1.
- En cuanto a las rehospitalizaciones se observa que la existencia de hospitalizaciones, urgencias e interconsultas previas se corresponde con

una mayor posibilidad de tener nuevas hospitalizaciones, urgencias e interconsultas con posterioridad. Las alteraciones psicosociales sólo predicen nuevas interconsultas a los 4 años.

- Casi la mitad de pacientes habían estado ingresados anteriormente en el HCB y 3/4 partes habían acudido también a Urgencias, estando intercorrelacionados ambos hechos y, como se ha dicho, con la realización de nuevos ingresos.
- Entre los diagnósticos, aparte del alcoholismo, predominan claramente las enfermedades del sistema digestivo y las mentales y del comportamiento. En ambos casos hablamos de patologías crónicas, que además se complican pues en más de la mitad de pacientes existe más de una enfermedad.

Probablemente desde el punto de vista del hospital el paciente que ya tiene un historial clínico en el HCB tendrá más posibilidades de que sus médicos, a la vista del historial, decidan ingresarlo o solicitar interconsultas de nuevo, no olvidemos que hablamos en general de pacientes graves, con enfermedades crónicas. Desde el punto de vista del paciente es más fácil que vuelva al hospital donde se le ha atendido bien previamente.

El grupo de pacientes a los que no puede ofrecerse ningún tratamiento alcohológico post-alta debido a su gravedad es el que tiene mayores porcentajes de muertes a los 4 años. En cambio los trastornos psiquiátricos y la falta de deterioro cognitivo predicen una mayor supervivencia, a pesar de tener en cuenta el efecto que tiene en ella la menor edad de estos pacientes. Por el contrario, las alteraciones psicosociales o el rechazo del tratamiento no influyen en la supervivencia.

La conclusión obvia es que los pacientes estudiados, representativos las interconsultas alcohológicas, tienen una gravedad tal en el momento de ser detectados como alcohólicos que provoca una mortalidad del 30% a los 4 años. Además sufren de repetidas urgencias y rehospitalizaciones, que no permiten mejorar el mal pronóstico vital.

Sin embargo parece que se distingue un subgrupo de pacientes psiquiátricos, en los que la patología orgánica es secundaria, lo que incide en una mayor supervivencia.

8.4. Objetivos finales.

La mejora en la detección de estos pacientes pasará por incrementar la sensibilidad de los clínicos e introducir protocolos de detección rutinarios incluidos en las guías clínicas y diferenciados de los generados en estudios de investigación.

Ello ha de producir a medio plazo una detección más temprana, en pacientes menos graves y por tanto más abordables, en que los tratamientos disponibles se sabe que son eficaces.

Sin embargo seguirán existiendo pacientes graves, en fases terminales de su alcoholismo, para los que debe profundizarse el estudio de tratamientos orientados a la disminución de daños. Entre estos tratamientos adquirirá importancia notable la disponibilidad de recursos comunitarios para poder ofrecer dispositivos tipo Hospital de Día y que estén coordinados con el resto de recursos sociales y de asistencia primaria que atienden a estos pacientes.

Finalmente señalar que las hipótesis que existían (apartado 3.4.) se han confirmado plenamente. Es lógico teniendo en cuenta que fueron generadas a partir de una experiencia clínica acumulada de más de 15 años y que el presente trabajo pretendía

sistematizar esa experiencia y objetivarla mediante una observación rigurosa.

8.5. Pasado, presente y futuro.

La presente serie de estudios ha confirmado que cuando nos apartamos de la realización de investigaciones que utilizan instrumentos, procedimientos y personal específicos, con recursos temporales, económicos, técnicos y humanos extraordinarios, puntuales e independientes de la asistencia clínica rutinaria, la detección y el tratamiento de los pacientes alcohólicos en los hospitales generales, son escasos.

La interconsulta alcohólica mediante el circuito de psiquiatría de enlace supone una visión alternativa, pues introduce la detección y tratamiento de los enfermos de forma sistemática e integrada con el resto de rutinas clínicas a que se someten los pacientes hospitalarios.

Sin embargo tal y como la interconsulta está diseñada actualmente, se revela poco eficaz, pues la detección de los pacientes alcohólicos se realiza en los estadios más avanzados de su enfermedad, lo que conlleva que sufran un elevado deterioro físico, psíquico y social, lo que a su vez causa que ni tan sólo la utilización de enfoques de reducción de daños ofrezcan una mejora de la mortalidad y la morbilidad de estos enfermos.

Por tanto los esfuerzos deben dirigirse a la detección temprana de los pacientes aún potencialmente tratables, que son más jóvenes y están menos deteriorados. Estos pacientes acuden al hospital debido a urgencias o ingresos antes de haber desarrollado una enfermedad orgánica irreversible. En estos momentos es cuando mediante estrategias proactivas de búsqueda y screening pueden ser localizados y su alcoholismo tratado con éxito. Debería compaginarse lo aprendido y los medios aportados en los

estudios de investigación con la sistematización de la práctica clínica mediante procedimientos rutinarios.

Coincidimos con R. Alaja¹³⁰ en que lo contrario es desperdiciar una oportunidad y un tiempo precioso y disminuir las posibilidades de ayuda al paciente, al originar una cadena de errores que se inicia en la evitación de investigar su consumo de alcohol por un falso pudor o falta de interés, sigue al limitarnos a creer en las buenas intenciones del paciente respecto a que disminuirá sus consumos de alcohol y continua al pensar que el simple consejo médico por sí sólo conseguirá el cambio de su conducta. Al final, la solicitud de tratamiento, muchas veces originada más por la familia del paciente que por el propio equipo sanitario, llega demasiado tarde.

Agradecimientos:

Al Registre de Mortalitat de Catalunya del Servei d'Informació i Estudis (Direcció General de Recursos Sanitaris, Departament de Sanitat i Seguretat Social-Generalitat de Catalunya), gracias a cuya colaboración ha sido posible identificar a los pacientes que habían fallecido y saber la fecha de su muerte.

Los datos utilizados en esta serie de estudios, su análisis y los resultados obtenidos han permitido la publicación de los siguientes artículos:

Monras M, Ortega L, Mondon S, Gual A. Alcoholismo en el hospital general: detección y tratamiento. Medicina Clínica (Barc) 2003; 121 (19): 733-5.

Monras M, Ortega L, Mondon S, Balcells M, Gual A. Enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol: seguimiento a los dos años de la hospitalización. Med Clín (Barc) 2004;123(14):521-6.

Monras M, Mondon S, Ortega L, Gual A. Alcoholismo en el hospital general: Mortalidad y hospitalizaciones a los 4 años de su detección. Med Clin (Barc) 2005; 125(12):441-7.

9. Bibliografía.

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. 1993.
2. Plan Nacional sobre drogas. Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1999, Madrid.
3. Anderson P. Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996; 64
4. Royal College of Physicians. The medical consequences of alcohol abuse: A great and growing evil. Londres: Tavistock, 1987.
5. Mcmanus S, Hipkins J, Haddad P, Guthrie E, Creed F. Implementing an effective intervention for problem drinkers on medical wards. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Sep-Oct;25(5):332-7.
6. Jarque-Lopez A, Gonzalez-Reimers E, Rodriguez-Moreno F, Santolaria-Fernandez F, Lopez-Lirola A, Ros-Vilamajo R, Espinosa-Villarreal JG, Martinez-Riera A. Prevalence and mortality of heavy drinkers in a general medical hospital unit. *Alcohol Alcohol*. 2001 Jul-Aug;36(4):335-8.
7. WHO-choice. Summary: Heavy alcohol use. http://www.who.int/choice/results/summary_alcohol.pdf
8. Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M, Monteiro M (2004). Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65: 782-793.
9. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol*. 1995 Jul;56(4):423-32.
10. Lligoña A. Evolución del concepto de UBE en el mundo occidental. Libro de Actas XXVII Jornadas nacionales de Socidrogalcohol, Oviedo, 1996: 221-8.

11. Aubá J, Gual A, Monras M. Diagnóstico de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Unidad didáctica 2 del Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo. Ediciones Doyma-Socidrogalcohol, 1999, Barcelona.
12. Llopis JJ; Gual A; Rodríguez-Martos, A. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. Adicciones 2000;12(1):11-19.
13. Edwards G. Anderson P, Babor TF, and cols. Alcohol policy and the Public Good. Oxford University Press, 1994.
14. Rodríguez-Martos A. Manual de alcoholismo para el médico de cabecera, 1989.
15. Soler Insa PA, Freixa F, Reina Galan F y cols. Trastorno por dependencia del alcohol. Conceptos actuales. Laboratorios Delagrangue, Barcelona, 1988.
16. Lligoña A, Mondón S. Epidemiología y sociopatología de la enfermedad alcohólica. En Alcohol y enfermedad Edts: Rodés J, Urbano-Marquez A, Bach L. y cols. J.R. Prous Editores. Barcelona, 1990
17. Miller JD et al. National Survey on Drug Abuse: Main Findings. Rockville, MD, NIDA, 1985.
18. Robins NL, Helzer JE, Przybeck TR, Regiev DA. Alcoholism in the Community: A Report from the Epidemiologic Catchment Area. En: Rose R, Barrett J edts. Alcoholism Origins and Outcomes. Raven Press, NY, 1988.
19. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA, 1990; 264(19): 2511-8.
20. Kessler RC, McGonagle KA, Zhai S et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19.

21. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD Jr, Regier DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1984 Oct;41(10):949-58.
22. Poikolainen K. Alcohol poisoning mortality in four nordic countries. *Alcohol Research in the Northern Countries*. The Finnish Foundation for Alcohol Studies. Helsinki, 1977, vol. 28.
23. Klingemann HKH, Holder HD, Gutzwiller F. (eds.) Alcohol-related accidents and injuries. *Addiction (special issue)*, 1993; 88: 861-1027.
24. Lieber GS (Ed.) *Medical Disorders of Alcoholism*. WB Saunders, Philadelphia 1982.
25. Victor M, Adams RD, Collins GH. *The Wernicke-Korsakoff Syndrome and Related Neurological Disorders due to Alcoholism and Malnutrition*. 2nd. Ed. FA Davies, Philadelphia 1989.
26. Saunders JB, Beevers DG, Paton A. Alcohol induced hypertension. *Lancet* 198, 2: 653-656.
27. Preedy VR, Richardson PJ. Ethanol induced cardiovascular disease. En: Edwards G, Peters TJ (Eds.). *Alcohol Misuse*. British Medical Bulletin. Churchill Livingstone, London 1994; 50: 152-163.
28. Sherman DIN, Williams R. Liver damage: Mechanisms and management. En: Edwards G, Peters TJ (Eds.). *Alcohol Misuse*. British Medical Bulletin. Churchill Livingstone, London 1994; 50: 124-138.
29. Maier H, Tisch M, Schneeberg E, Born A. An association of chronic alcohol consumption with morphological alterations of the laryngeal mucosa in rats. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 1999;256(5):247-9.
30. Tonnesen H, Moller H, Andersen JR, Jensen E, Juel K. Cancer morbidity in alcohol abusers. *Br J Cancer*. 1994 Feb;69(2):327-32.

31. Boffetta P, Ye W, Adami HO, Mucci LA, Nyren O. Risk of cancers of the lung, head and neck in patients hospitalized for alcoholism in Sweden. *Br J Cancer*. 2001 Sep 1;85(5):678-82.
32. Higgins EM, du Vivier AWP, Peters TJ. Alcohol and the skin. *Alcohol and Alcoholism*, 1992, 27: 595-602.
33. Van Thiel DH, Gavaler JS. Endocrine consequences of alcohol abuse. *Alcohol and Alcoholism*, 1990, 25: 341-344.
34. Peters TJ, Martin F, Ward K. Chronic alcohol skeletal myopathy - Common and reversible. *Alcohol*, 1985; 2: 485-489.
35. Spencer H, Rubio E, Indreika M, Seitman A. Chronic alcoholism frequently overlooked cause of osteoporosis in men. *American Journal Medicine*, 1986; 80: 393-397.
36. Dunne FJ. Alcohol and the immune system. *British Medical Journal*, 1989; 298: 543-544.
37. Shultz JM, Rice DP, Parker DL, Goodman RA, Stroh G Jr, Chalmers N. Quantifying the disease impact of alcohol with ARDI software. *Public Health Reports* 1991, 106(4): 443-450.
38. Stockwell T, Chikritzhs T. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Department of Mental Health and Substance Dependence. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. 2000, WHO.
39. Single E, Robson L, Rehm J, Xie X. Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada.. *Am J Public Health*. 1999 Mar;89(3):385-90.
40. Prada C, del Rio MC, Yañez JL, Alvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1981-1990. *Gac Sanit* 1996, 10; 161-8.
41. Pernanen K. *Alcohol in Human Violence*. Guilford, NY, 1991.

42. Martin SF. The epidemiology of alcohol-related interpersonal violence. *Alcohol Health Research World*, 1992; 16: 230-237.
43. Miller N, Gold M. Alcohol. Ediciones en Neurociencias. Barcelona, 1993.
44. Monras M, Marcos V, Ramon G. Tentativas de suicidio en pacientes alcohólicos. *Adicciones* 1992; 4(1): 45-56.
45. Monrás M, Marcos V. Alcoholismo y suicidio. En: *Psicopatología y alcoholismo*. Ediciones en Neurociencias-CITRAN. Barcelona. 1994 : 393-407.
46. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. 1990 Apr;47(4):383-92.
47. Bello LM, Saavedra P, Serra L. Evolución de la mortalidad y de los años de vida perdidos prematuramente relacionados con el consumo de alcohol en las Islas canarias (1980-1998). *Gac Sanit*. 2003 Nov-Dec;17(6):466-73.
48. Vaillant GE. *The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns, and Paths to Recovery*. Harvard University Press, Cambridge, MA 1983.
49. Begleiter H, Kissin B. *The genetics of alcoholism*. Oxford University Press, 1995, New York.
50. Meyer ER. Prospects for a rational pharmacotherapy of alcoholism. *J. Clin. Psychiatry*; 1989; 50 (11), 403-413.
51. Alaja R, Seppä K, Sillanaukee P, Tienari P, Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Lobo A. Physical and mental comorbidity of substance use disorders in psychiatric consultations. *European Consultation-Liaison Workgroup. Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:1820-4.
52. Helzer JE, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol*. 1988 May;49(3):219-24.

53. Mullaney JA, Trippett CJ. Alcohol dependence and phobias: clinical description and relevance. *Br J Psychiatry*. 1979 Dec;135:565-73.
54. Smail P, Stockwell T, Canter S, Hodgson R. Alcohol dependence and phobic anxiety states. I. A prevalence study. *Br J Psychiatry*. 1984 Jan;144:53-7.
55. Weiss KJ, Rosenberg DJ. Prevalence of anxiety disorder among alcoholics. *J Clin Psychiatry*. 1985 Jan;46(1):3-5.
56. Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*. 1985 Nov;42(11):1050-5.
57. George DT, Nutt DJ, Dwyer BA, Linnoila M. Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatr Scand*. 1990 Feb;81(2):97-107.
58. Reich J, Chaudry D. Personality of panic disorder alcohol abusers. *J Nerv Ment Dis*. 1987 Apr;175(4):224-8.
59. Bibb JL, Chambless DL. Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics. *Behav Res Ther*. 1986;24(1):49-58.
60. Keeler MH, Taylor CI, Miller WC. Are all recently detoxified alcoholics depressed? *Am J Psychiatry*. 1979 Apr;136(4B):586-8.
61. Weissman MM, Pottenger M, Kleber H, Ruben HL, Williams D, Thompson WD. Symptom patterns in primary and secondary depression. A comparison of primary depressives with depressed opiate addicts, alcoholics, and schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry*. 1977 Jul;34(7):854-62.
62. Schuckit MA. Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *Am J Psychiatry*. 1986 Feb;143(2):140-7.
63. Dunner DL, Hensel BM, Fieve RR. Bipolar illness: factors in drinking behavior. *Am J Psychiatry*. 1979 Apr;136(4B):583-5.

64. Hasin DS, Grant BF. Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Sep;59(9):794-800.
65. Freed EX. Alcoholism and schizophrenia: the search for perspectives. A review. *J Stud Alcohol*. 1975 Jul;36(7):853-81.
66. Schneier FR, Siris SG. A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. Patterns of drug choice. *J Nerv Ment Dis*. 1987 Nov;175(11):641-52.
67. Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Jun;44(6):505-13.
68. Pratt OE, Tucker MM. Approaches to the alcohol problem in the workplace. *Alcohol Alcohol*. 1989;24(5):453-64.
69. Portella E, Ridao M, Carrillo E, Ribas E, Ribo C, Salvat M. *El Alcohol y su Abuso: Impacto Socioeconómico*. Ed. Panamericana, Madrid 1998.
70. Baumhol J. *Research Agenda: The Homeless Population with Alcohol Problems*. NIAAA, Rockville, MD, 1987.
71. *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States - 1992* National Institute on Drug Abuse. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. En <http://www.nida.nih.gov/EconomicCosts/Index.html>.
72. Rice RD. The economic cost of alcohol abuse and alcohol dependence: 1990. *Alcohol Health Research World* 1993, 17: 10-18.
73. NIDA Infobox. Precio del abuso de drogas para la sociedad. En: (www.drugabuse.gov) <http://165.112.78.61/Infobox/Costos-Sp.html>.
74. Reynaud M, Gaudin-Colombel AF, Le Pen C. Two methods of estimating health costs linked to alcoholism in France (with a note on social costs). *Alcohol Alcohol*. 2001 Jan-Feb;36(1):89-95.

75. Plan Nacional sobre drogas. Memoria 1998. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Secretaria General Técnica. Madrid, 1999.

76. Informes anuales. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Organ Tècnic de Drogodependències. 1991 a 1998, Barcelona.

77. Gual A, Colom J. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la atención primaria. *Jano*, 1998; LIV (1241): 40-46.

78. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1993.

79. Monras M. Ortega L. Drogodependencias en el Hospital General: las interconsultas. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 13-3-2000]; Conferencia 3-POS-A: [12 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa3/poster/3_pos_a.htm.

80. Monras M, Ortega L. Abordaje de pacientes alcohólicos y toxicómanos en un Hospital General: dificultades en las interconsultas. XXVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Madrid 8-10 de Marzo del 2000.

81. Monras M. Cambios en la edad de inicio del tratamiento de la dependencia alcohólica. ¿Debemos cambiar la oferta asistencial?. *Adicciones* 2001, 13(2): 139-146.

82. Galanter M, Karasu TB, Wilder JF. Alcohol and drug abuse consultation in the general hospital: a system approach. *Am. J. Psychiat*, 1976; 133: 930-934.

83. Fulop G, Strain JJ. Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in medically ill inpatients. *Hosp Community Psychiatry*. 1991 Apr;42(4):389-94.

84. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry*. 1986 Aug;149:172-90.

85. McIntosh ID. Alcohol-related disabilities in general hospital patients: a critical assessment of the evidence. *Int J Addict*. 1982 May;17(4):609-39.

86. Wallerstedt S; Denison H; Sandstrom J; Westin J. The prevalence of alcoholism and its relation to cause of hospitalization and long-term mortality in male somatic inpatients. *J Intern Med*, 1995; 237(3): 339-44.

87. Ulibarri S, Martinez MI, Alvarez S, Casado MA, Villanueva R, Sierra C, Martinez ML, de Lucas MT, Mata F, Fadon P. Rubio G, Marin J y Santodomingo J. Métodos de detección de alcoholismo en el hospital general: comparación de la eficacia de pruebas psicométricas y marcadores de laboratorio. En libro: *La psiquiatría en la década del cerebro*, Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Sevilla 1995, 345- 348.

88. Rojo Rodes JE; Cirera Costa E. *Interconsulta Psiquiátrica*. De. Masson SA, 1997, pp. 539-45.

89. Santo-Domingo J. Programas de alcoholismo en el hospital general. *Arch. Neurobiol*. 1985; 48 (2):89-104.

90. Gual A. Consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos en pacientes hospitalizados. Estudio epidemiológico· Libro de ponencias IX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 1984: 133-192. Ed. S.B.Ferrer Int. Barcelona.

91. Solé-Puig JR, Freixa F. (1988) "Epidemiología del alcoholismo en España". en *Trastorno por dependencia del alcohol. Conceptos actuales*. Lab. Delagrangé. Madrid: 23-40.

92. Rambaldi A, Gluud C, Belli A, Nielsen SD, Storgaard H, Moesgaard F. Prevalence of alcohol problems among adult somatic in-patients in Naples. *Alcohol Alcohol*. 1995 Jul;30(4):441-8.

93. Wallace P, Haines A. Use of a questionnaire in general practice to increase the recognition of patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1985; 290: 1949-53.

94. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993 Jun;88(6):791-804.

95. Feuerlein W, Ringer Ch, Kufner KA, Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismus test (MALT). *Münch Med Wochf* 1977, 119: 1275-82.

96. Rodriguez-Martos A, Suarez R. MALT (Münchner Alkoholismus Test): Validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. *Rev. Psiquiatr Psicol Med* 1984; 16 (6): 421-432.

97. Moore RD, Bone LR, Geller G, Manon JA, Stockes EJ, Levine DM. Prevalence, Detection, and Treatment of Alcoholism in Hospitalized Patients. *JAMA*, Jan 20, 1989, 261 (3): 403-407.

98. Schneekloth TD, Morse RM, Herrick LM, Suman VJ, Offord KP, Davis LJ Jr. Point prevalence of alcoholism in hospitalized patients: continuing challenges of detection, assessment, and diagnosis. *Mayo Clin Proc* 2001 May;76(5):460-6.

99. Cirera Costa E, Vilalta Franch J, Palomero Mercado E. Alcoholismo en el hospital general. Estudio epidemiológico. *Med Clin (Barc)*, 1985; 85 (3): 96-98.

100. Pedro-Botet Montoya J, Grau Junyent JM, Casademont Pou J, Estruch R, Fernandez Sola J, Urbano Ispizua A, Mont L, Urbano-Marquez A. Prevalencia de alcoholismo crónico y patología orgánica asociada al mismo en los enfermos ingresados en el departamento de medicina Interna de una hospital general. *Med Clin (Barc)*, 1986; 87: 101-103.

101. Rodriguez ME, Cami J. Alcoholism among inpatients in a general hospital in Barcelona, Spain. *Int J Addict* 1988 Jan;23(1):29-46.

102. Varvasovszky Z, McKee M. Problem drinking among hospitalized patients in Hungary. *Alcohol Alcohol* 2000 Nov-Dec;35(6):574-9.

103. John U, Rumpf HJ, Hapke U. Estimating prevalence of alcohol abuse and

dependence in one general hospital: an approach to reduce sample selection bias. *Alcohol Alcohol* 1999 Sep-Oct;34(5):786-94.

104. Seppa K, Makela R. Heavy drinking in hospital patients. *Addiction* 1993 Oct;88(10):1377-82.

105. Bell J, The E, Patel A, Lewis J, Batey R. The detection of at-risk drinking in a teaching hospital. *Med J Aust* 1988 Oct 3;149(7):351-5.

106. Jarman CM, Kellett JM. Alcoholism in the general hospital. *Br Med J* 1979 Aug 25;2(6188):469-72.

107. Smals GL, van der Mast RC, Speckens AE, Schudel WJ. Alcohol abuse among general hospital inpatients according to the Munich Alcoholism Test (MALT). *Gen Hosp Psychiatry* 1994 Mar;16(2):125-30.

108. Sharkey J, Brennan D, Curran P. The pattern of alcohol consumption of a general hospital population in north Belfast. *Alcohol Alcohol* 1996 May;31(3):279-85.

109. Sri EV, Raguram R, Srivastava M. Alcohol problems in a general hospital-- a prevalence study. *J Indian Med Assoc* 1997 Sep;95(9):505-6.

110. Conde Lopez V, Pacheco Yañez L, Perez Puente C. Descripción de los pacientes diagnosticados de Síndrome de dependencia del alcohol y abuso del alcohol, según criterios CIE-9 de la OMS, en un servicio de hospitalización psiquiátrica. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1990 May-Jun;18(3):193-204.

111. Haugland G, Siegel C, Alexander MJ, Galanter M. A survey of hospitals in New York State treating psychiatric patients with chemical abuse disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1991 Dec;42(12):1215-20.

112. Rincon HG, Granados M, Unutzer J, Gomez M, Duran R, Badiel M, Salas C, Martinez J, Mejia J, Ordonez C, Florez N, Rosso F, Echeverri P. Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression, and delirium in the adult critical care unit. *Psychosomatics*. 2001 Sep-Oct;42(5):391-6.

113. Pares A, Caballeria J, Rodamilans M, Urbano A, Bach L, Rodés J Consumo de alcohol y accidentes en Barcelona, Estudio epidemiológico. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 759-762.

114. Pirmohamed M, Brown C, Owens L, Luke C, Gilmore IT, Breckenridge AM, Park BK. The burden of alcohol misuse on an inner-city general hospital. *QJM*. 2000 May;93(5):291-5.

115. McDonald AJ 3rd, Wang N, Camargo CA Jr. US emergency department visits for alcohol-related diseases and injuries between 1992 and 2000. *Arch Intern Med*. 2004 8;164(5):531-7.

116. de Pablo J, Parramon G, Goikolea JM, Corbella B, Fuente E. Complejidad y adecuación de las urgencias psiquiátricas en un hospital general. *Med Clin (Barc)*. 2003 Nov 15;121(17):650-2.

117. Humbert H, Vilalta J, Treserra J, De Pablo J, Garcia M, Garcia L, Cirera E. Detección de alcoholismo en el Hospital General. Instrumentos psicométricos y biológicos. *Medicina Clínica (Barc)* 1987, 88 (17): 670-673.

118. Hulse GK. Impediments to screening for hazardous alcohol use and dependence in general hospital psychiatric inpatients. *Aust N Z J Psychiatry* 2001 Oct;35(5):606-12.

119. Rumpf HJ, Hapke U, Hill A, John U. Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcohol Clin Exp Res* 1997 Aug;21(5):894-8.

120. Chen CH, Chen WJ, Cheng AT. Prevalence and identification of alcohol use disorders among nonpsychiatric inpatients in one general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 ;26(3):219-25.

121. Rumpf HJ, Hapke U, Erfurth A, John U. Screening questionnaires in the detection of hazardous alcohol consumption in the general hospital: direct or disguised assessment?. *J Stud Alcohol*. 1998 Nov;59(6):698-703.

122. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996 Jan;184(1):43-51.
123. Lligoña A, Ortega L. Asistencia intrahospitalaria a enfermos alcohólicos. Investigación por encargo del Organ Tècnic de Drogodependencies- Departament de Sanitat, Generalitat de Catalunya, 1987.
124. Rumpf HJ, Bohlmann J, Hill A, Hapke U, John U. Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: a matter of methodological shortcomings? *Gen Hosp Psychiatry*. 2001 May-Jun;23(3):133-7.
125. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, de Jonge P, van Dijck R, Creed F, Crespo MD, Cardoso G, Guimaraes-Lopes R, Mayou R, van Moffaert M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(3):124-32.
126. Dent T, Shepherd R, London M, Alexander G, Duff C. Education and audit can improve the identification of excessive drinkers among medical inpatients. *Health Trends* 1995;27(3):92-7.
127. Gual A. Sensibilización, actitudes y conocimientos sobre el alcoholismo entre los médicos residentes de un Hospital General. XVI Jornadas Socidrogalcohol, 1988; Valladolid.
128. Desai MM, Rosenheck RA, Craig TJ. Screening for alcohol use disorders among medical outpatients: the influence of individual and facility characteristics. *Am J Psychiatry*. 2005 Aug;162(8):1521-6.
129. Wallen J, Pincus HA, Goldman HH, Marcus SE. Psychiatric consultations in short-term general hospitals. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Feb;44(2):163-8.
130. Alaja R, Seppä K, Sillanaukee P. Persistence of substance use-related hospital utilization among psychiatric consultation patients. *Alcohol Alcohol* 1999;34:346-8.
131. Brennan PL, Kagay CR, Geppert JJ, Moos RH. Predictors and outcomes of

outpatient mental health care: a 4-year prospective study of elderly Medicare patients with substance use disorders. *Med Care* 2001 Jan;39(1):39-49.

132. Alaja R, Seppa K. Six-month outcomes of hospital-based psychiatric substance use consultations. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Mar-Apr;25(2):103-7.

133. Fleming MF, Wilk A, Kruger J, Kropp S, Manwell L, Desnoyers P. Hospital-based alcohol and drug specialty consultation service: does it work? *South Med J*. 1995 Mar;88(3):275-82.

134. Holder HD, Cisler RA, Longabaugh R, Stout RL, Treno AJ, Zweben A. Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction*. 2000 Jul;95(7):999-1013.

135. Cordoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, Frisas O, Lopez del Val A. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract*. 1998 Dec;15(6):562-8.

136. McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*. 2004 Jan;99(1):39-52.

137. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol*. 2003 Oct;71(5):843-61.

138. Wutzke SE, Conigrave KM, Saunders JB, Hall WD. The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction*. 2002 Jun;97(6):665-75.

139. Hulse GK, Tait RJ. Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Addiction*. 2003 Aug;98(8):1061-8.

140. Gossop M, Stewart D, Treacy S, Marsden J. A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction*. 2002 Jan;97(1):39-47.

141. Sanchez-Carbonell X, Seus L. Ten-year survival analysis of a cohort of heroin addicts in Catalonia: the EMETYST project. *Addiction*. 2000 Jun;95(6):941-8.

142. Sanchez-Carbonell X, Vilaregut A. A 10-year follow-up study on the health status of heroin addicts based on official registers. *Addiction*. 2001 Dec;96(12):1777-86.

143. Gossop M, Marsden J, Stewart D. Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems. *Addiction*. 2002 Feb;97(2):169-78.

144. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A. Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers. 1-year follow-up results. *J Subst Abuse Treat*. 2000 Jul;19(1):45-50.

145. Montero Perez-Barquero M, Vega Reyes JA, de la Fuente Dader B, Sanchez Guijo P. Factores pronósticos de supervivencia en el alcoholismo crónico en un estudio de seguimiento a 10 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(8):281-4.

146. Kristenson H, Osterling A, Nilsson JA, Lindgarde F. Prevention of alcohol-related deaths in middle-aged heavy drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002 Apr;26(4):478-84.

147. Arolt V, Driessen M. Alcoholism and psychiatric comorbidity in general hospital inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 1996 Jul;18(4):271-7.

148. Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. Motivation to change drinking behavior: comparison of alcohol-dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *Gen Hosp Psychiatry* 1999 Sep-Oct;21(5):348-53.

149. Armstrong MA; Midanik LT; Klatsky AL; Lazere A. Utilization of health

services among patients referred to an alcohol treatment program. *Subst Use Misuse* (United States), Dec 2001, 36(13): 1781-93.

150. Dixon L, McNary S, Lehman AF. Remission of substance use disorder among psychiatric inpatients with mental illness. *Am J Psychiatry* 1998 Feb;155(2):239-43.

151. Zarkin GA, Bray JW, Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol drinking patterns and health care utilization in a managed care organization. *Health Serv Res.* 2004 Jun;39(3):553-70.

152. Piette JD, Barnett PG, Moos RH. First-time admissions with alcohol-related medical problems: a 10-year follow-up of a national sample of alcoholic patients. *J Stud Alcohol.* 1998 Jan;59(1):89-96.

153. Beresford TP. Alcoholism consultation and general hospital psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry.* 1979 Dec;1(4):293-300.

154. Ramos Rincon JM, Garcia Ruiperez D, Aliaga Matas F, Lozano Cutillas MC, Llanos Llanos R, Herrero Huerta F. Specific mortality rates by DRG and main diagnosis according to CIE-9-MC at a level-II hospital. *An Med Interna.* 2001 Oct;18(10):510-6.

155. Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2002.

En: <http://www.msc.es/sns/sistemasInformacion/analisis/pdf/analisis.pdf>

156. Marik P, Mohedin B. Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit. *Alcohol Alcohol.* (England). 1996, 31 (4): 393-396.

157. Gual A; Lligona A; Colom J. Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol Alcohol* (England),1999; 34(2): 183-192.

158. Klein D, Smith L. Organizational requirements for effective clinical effectiveness studies. *Prevention and Treatment* 1999; 2: 50-55.

159. American Psychiatric Association. DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Ed. Masson, 1988.

160. Gibbons FX, Smith TW, Ingram RE, Pearce K, Brehm SS, Schroeder DJ. Self-awareness and self-confrontation: effects of self-focused attention on members of a clinical population. *J Pers Soc Psychol.* 1985 Mar;48(3):662-75.

161. Monras M, Garcia S, Torres M, Gual A, Ortega L.. El ingreso hospitalario en el tratamiento de los alcohólicos crónicos . *Adicciones* 1998; 10(2.): 151-160.

162. Kim JS, Kim GJ, Lee JM, Lee CS, Oh JK. HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale): validation of an insight-evaluation instrument for practical use in alcoholism. *J Stud Alcohol.* 1998 Jan;59(1):52-5.

163. Monras M, Gual A, Palau N. SADQ y APQ. Validación de dos tests para evaluar la gravedad del alcoholismo”. *Adicciones* 1997; 9 (4): 507-528.

164. Hathaway SR, McKinley JC. The Minnesota Personality Inventory Manual. New York. Psychological Corporation. 1951. (Traducción castellana: Manual del MMPI, Madrid, TEA).

165. Kincannon JC. Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting Psychology*, 1968; 30: 126-137.

166. Salamero M, Marcos T, Rodríguez X.A. Una forma abreviada del MMPI, el Mini-Mult, para la evaluación de rasgos psicopatológicos. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1983; 10, 311-321.

167. Monras M, Freixa N, Lligoña A, Gual A. Defensividad psicológica y deterioro cognitivo en alcohólicos. ¿Están relacionados y son útiles para el pronóstico a los 5 años?. *Psiquiatría Biológica* 1999; 6 (4): 154-168.

168. Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, de la Camara C, Ventura T, Morales Asin F, Fernando Pascual L, Montanes JA, Aznar S. Revalidación y normalización del Mini-examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc).* 1999 Jun

5;112(20):767-74.

169. Wechsler D. Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale. New York, Psychological Corporation. 1955. (Traducción y adaptación castellana: WAIS. Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos. Madrid. TEA.).

170. Wechsler D. A standardized memory scale for clinical use. *Journal of Psychology*, 1945, 19, 87-95.

171. Loranger AW et al. International Personality Disorder Examination. DSM-IV Module. OMS, 1995. (Traducción y adaptación española: IPDE, Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad. Modulo DSM-IV, Madrid, 1996).

172. Monras M. Evaluación psicológica en el diagnóstico del alcoholismo. En libro: Manual SET de Alcoholismo. Coords: Garcia E, Mendieta S, Cervera G, Fernandez JR. Madrid 2003, Editorial Medica Panamericana (Ministerio del Interior-Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas).

173. Monras M. Freixa N. Evaluación del deterioro neuropsicológico en los pacientes alcohólicos. En: Rodés, J. Urbano-Marquez, A. Bach, L. eds. Alcohol y Enfermedad. Barcelona. J.R. Prous Editores. 1990. pp. 75-87.

174. Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Recursos Sanitaris, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1998-2002. Elaboración propia.

175 Willenbring ML, Johnson SB, Tan E. Characteristics of male medical patients referred for alcoholism treatment..J Subst Abuse Treat 1994 May-Jun;11(3):259-65 .

176. Monras M, Freixa N, Ortega L, Lligoña A, Mondon S, Gual A. Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. *Medicina Clínica (Barc)* 2000; 115 (4): 126-131

177. Monras M, Gual A. Attrition in group therapy with alcoholics: a survival analysis. *Drug and Alcohol Review* 2000; 19: 55-63.

178. WHO's International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Geneva, World Health Organization, 1992. (Versión española: CIE-10: clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª revisión. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1995).