

Trabajos de revisión:

Desintoxicación domiciliaria

César Jara ¹, Luis Acuña ², José Vergara ³

Resumen

El actual contexto de pandemia pone a prueba al sistema de salud que, puesto en jaque por la magnitud del problema y la incertidumbre, intenta dar una respuesta adecuada reasignando recursos clínicos y postergando o desestimando el foco en otros problemas: es el caso de la atención psiquiátrica de los trastornos por uso de sustancias cuyo manejo queda ahora en manos entonces del nivel secundario de Salud Mental que debe adaptarse en el propio contexto de una población que en medio de esta crisis sanitaria recurre cada vez más al alcohol generando un aumento en la frecuencia de cuadros severos. Una de las respuestas de los COSAM frente a este problema es el reflote de la desintoxicación domiciliaria, intervención que este trabajo busca soportar proponiendo algunos elementos clínicos para la evaluación caso a caso de su factibilidad.

Palabras clave: desintoxicación ambulatoria, alcoholismo, atención secundaria.

Home detox

Abstract

The current context of a pandemic puts the health system in tension, which, put in check by the magnitude of the problem and the uncertainty, tries to give an adequate response, reallocating clinical resources and postponing or dismissing the focus on other problems: this is the case of care psychiatric of substance use disorders whose management is now in the hands of the secondary level of Mental Health that must adapt in the context of a population that in the midst of this health crisis increasingly resorts to alcohol generating an increase in frequency of severe pictures. One of the COSAM responses to this problem is the refloating of home detoxification, an intervention that this work seeks to support by proposing some clinical elements for case-by-case evaluation of its feasibility.

Keywords: outpatient detoxification, alcoholism, secondary care.

Preámbulo

Un dios portador de fuego se ha lanzado sobre nosotros y atormenta la ciudad: la peste, el peor de los enemigos.

Sófocles, en *Edipo Rey*.

De la entropía aún no tenemos escape. Hace un año nadie habría sospechado que la gente que vive al sur del mundo estaría viviendo una pandemia nacida prácticamente en sus antípodas ni que nuestra comunidad médica estaría enfrentando desafíos que develaran tanto sus precariedades como sus fortalezas, echando mano de viejas enseñanzas tanto como de novedosos enfoques, anticipando y otras veces improvisando, teniendo tanto aciertos como desaciertos.

Dentro de las medidas que se pusieron en marcha para enfrentar una esperable merma en los recursos de camas hospitalarias, a nivel terciario se ha privilegiado la atención de las psicosis más graves aunque en desmedro de los cuadros asociados a dependencia de alcohol y sustancias, una decisión quizás comprensible pero claramente fundada en antiguos prejuicios que comprometen negativamente un área que, por sí sola, constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en nuestro país, arriesgando al mismo tiempo a esa parte de nuestra población con TUS que se encuentra en una urgencia médica y/o psiquiátrica que, dada su severidad, ameritaría de una inmediata internación.

Sin plazas en atención cerrada para cubrir sus necesidades de desintoxicación, por lo general graves, la atención psiquiátrica secundaria proporcionada por los COSAM se enfrentan a un problema que constituye un peligro creciente para la población que tienen a cargo: nace ahí la propuesta de la *desintoxicación domiciliaria*. Por cierto, no tiene nada de nuevo (Ritson, 2001), pero ha sido una intervención que ha caído en el desuso frente a la previa disponibilidad de plazas hospitalarias. Con una población que bebe y se droga más por el confinamiento y la angustia justificada de la *peste* más allá de sus puertas (Balluerka, Gómez e Hidalgo, 2020), esta intervención cobra merecida vigencia. Para llevarla a cabo con el rigor técnico que amerita, sin embargo, hay que acordar los modos y las distinciones

1. Médico Psiquiatra, COSAM Independencia, asesor Programa Alcohol y Drogas.
2. Médico Psiquiatra, COSAM Independencia, tratante Programa Alcohol y Drogas.
3. Kinesiólogo, COSAM Independencia, Programa Alcohol y Drogas.

referentes a la severidad, a los cuadros clínicos tratables y los lineamientos generales en la terapéutica.

Lo que se apunta a continuación es una propuesta de fundamentos clínicos para la evaluación individual de la factibilidad de una *desintoxicación alcohólica*, que ejemplifica las consideraciones previas desde perspectivas que han resultado útiles empíricamente en nuestro medio.

Clínica

Severidad

El paciente que requiere desintoxicación lo hace por lo que significa para él su *síndrome de privación*. El primer paso es estimar si la severidad de este cuadro clínico lo amerita ya sea en forma domiciliaria u hospitalaria, para lo que proponemos mantener el esquema sugerido por Alfredo Pemjean (1984).

Tipo	Sintomatología	Etapas de aparición	Duración
Leve	Irritabilidad, ansiedad, inquietud psicomotora, temblor distal fino, debilidad muscular, des-concentración, distraibilidad, diaforesis, hipertensión sistólica, taquicardia, insomnio, pesadi-las, anorexia, inyección conjuntival	6 a 48 h post suspen-sión ingestión	1 a 4 días
Mediano o moderado	Intensificación de los signos previos: temblor amplio e irregular que empeora con estrés, diaforesis profusa, taquicardia, agitación sicomotora, sobreacción a estímulos ambientales, angustia, insomnio. Se agregan náuseas, vómitos y diarrea.	24 a 72 horas	3 a 7 días
Grave o severo	Se agregan:		
	Estado delirioso	24 a 72 h	Variable
	Delirium tremens	48 a 96 horas	5 a 10 días
	Alucinosis	2 a 10 días	2 semanas
	Convulsiones	24 a 72 h	1 a 2 crisis

Cuadros clínicos graves

Incluida dentro del esquema anterior aparece la necesidad de poder distinguir los cuadros susceptibles de intentar una desin-toxicación domiciliaria de las *psicosis alcohólicas*, cuya grave-dad y compromiso tanto individual como familiar fuerzan a su hospitalización. Una categorización especialmente útil en nues-tro medio es la que resumieran Aravena y Ercilla (1981) hace casi cuarenta años basados tanto en la psicopatología desde la perspectiva de la *teoría estructural de la psicosis* como en el análisis epidemiológico y que, para quienes trabajamos con estos pacientes, nos parece totalmente vigente. Estos autores propusieron diferenciar entre tipos *oniroides* y *cognoscitivas*:

Psicosis Alcohólicas Oniroides. Pérdida del juicio de realidad, degradación del nivel de conciencia, hay confusión, se dan en relación al síndrome de privación alcohólica, suelen tener un curso autolimitado.

Psicosis Alcohólicas Cognoscitivas. Pérdida parcial del juicio de realidad, sin compromiso del nivel de conciencia, psicosis alucinatorio-delirantes. Son prolongadas, pueden hacerse crón-icas.

A partir de estos tipos, se pueden distinguir seis cuadros clínicos muy característicos:

Psicosis Alcohólicas

Tipo	Subtipo
Oniroides	Psicosis Alcohólica Nocturna Benigna
	Delirium Tremens
Cognoscitivas	Alucinosis Alcohólica
	Parafrenia Alcohólica
	Paranoia Alcohólica
	Psicosis Alcohólica Átípica o Mixta

Psicosis Alcohólica Nocturna Benigna. Exclusivamente nocturna, durante la privación, de una a doce noches de duración, con confusión u obnubilación, sin compromiso físico, insomnio, alucinaciones escenográficas, curso benigno.

Delirium Tremens. Similar a la anterior, se presenta de día y de noche, con grave compromiso físico, puede llevar a falla orgánica multisistémica, intensos síntomas de privación, ilusiones y alucinaciones intensas (incluyendo el *sui generis delirio laboral*), falso reconocimiento, desconcentración, sugestionabilidad. Urgencia médica, puede ser mortal, sin intervención puede durar hasta una semana, deja amnesia del periodo.

Se diferencian cuatro cuadros clínicos de tipo cognoscitivo:

Alucinosis Alcohólica. Alucinaciones auditivas injuriosas y amenazantes, angustia, sin ritmo circadiano, sin desorientación, empeora en soledad y antes de dormir, no deja amnesia, pueden durar hasta dos semanas.

Parafrenia Alcohólica. Similar al cuadro anterior, a veces se inicia como tal, se agrega delirio conforme con las alucinaciones, indemnidad del resto de la personalidad, puede durar años o hacerse crónica.

Paranoia Alcohólica. O celotipia alcohólica. Delirio sistematizado de celos que domina la conducta llevando a la violencia o el crimen. Tardía, después de los 40 años, suele observarse una escalada conductual que va desde los celos durante la embriaguez hasta los celos crónicos durante la abstinencia. Sin conciencia de enfermedad, más frecuente en fanáticos e inseguros, también en promiscuos y disfunciones sexuales.

Psicosis Alcohólica Atípica o Mixta. Se entremezclan características de los cuadros anteriores, a veces superponiéndose, otras veces sucediéndose en el transcurso de dos a siete días, por lo general sin compromiso físico.

Terapéutica

Medidas generales

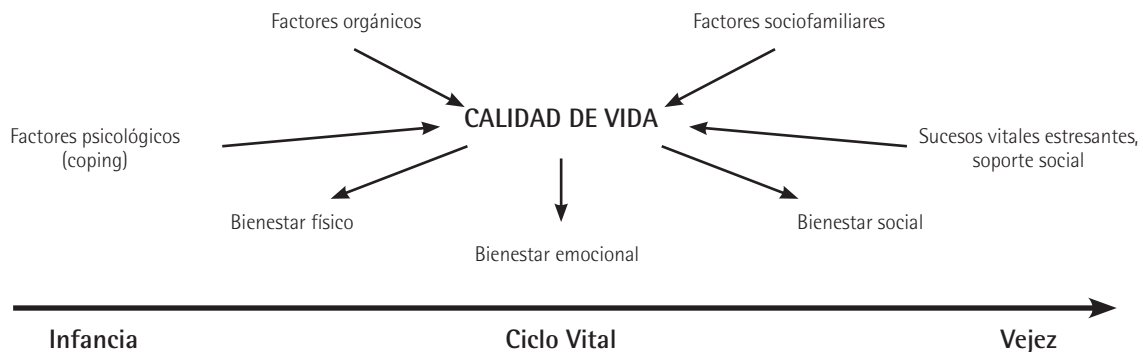
Las medidas terapéuticas deberían ir destinadas a la suspensión del consumo, hidratación, alimentación adecuada, polivitamínicos y complejo B asociado a Ácido Fólico. Se da preponderancia a las benzodiazepinas, durante el proceso de desintoxicación, con asociación de un antipsicótico atípico ante la presencia de fenómenos esceno-oníricos. Propiciar un sueño satisfactorio en un ambiente de baja estimulación sensorial con iluminación indirecta.

Soporte psicosocial

Si bien las redes sociales son consideraciones horizontales al trabajo de prevención y tratamiento de todas las patologías psiquiátricas, los alcohólicos y drogadictos muestran un severo compromiso de la conducta social. El descuido de este aspecto es causa conocida de los fracasos terapéuticos y las recaídas, de modo que debe ser manifiesta su preocupación. Nacida originalmente desde el punto de vista de la *teoría de la mente*, la *cognición social* es un fenómeno estudiado ahora hasta en su neurofisiología y se constituye en un elemento cuyo abordaje puede brindar un aporte significativo al manejo de las dependencias (Tirapu, 2012).

Calidad de Vida

El concepto de *Calidad de Vida Relacionado con la Salud* (CVRS) abarca aquellos aspectos de calidad de vida en general que pueden ser claramente demostrados que afectan la salud (Donoso, 2015) y se entiende como «*la salud física y mental percibida individual o grupalmente*». Desde esta perspectiva, en el caso del alcoholismo los objetivos del tratamiento deben incluir (Bodes, Casas y Gutiérrez, 2003) lograr un estilo de vida libre de alcohol, incrementar la calidad de vida del paciente y prevenir recaídas.



Tomado de Encuesta Nacional de Salud de Chile 2009-2010, MINSAL

Para contribuir en la mejorar de la calidad de vida en el alcoholismo se recomienda:

- Asistir a grupos de autoayuda. Como Alcohólicos Anónimos, por ejemplo (Donoso, 2015).
- Realizar exámenes médicos para conocer el estado biológico.
- Participar de redes que promueven la actividad física y la prevención del sedentarismo y la ociosidad.
- Aumentar la ingesta de alimentos ricos en vitaminas y proteínas (Schmohr et al, 2005).
- Hacer caminatas de intensidad moderada de 30 minutos, 3 veces por semana (Schmohr et al, 2005).
- Mejorar el consumo de agua diario (8 vasos de 200 ml al día es una buen tip).
- Generar vínculos con personas que no consuman alcohol.
- Tomar distancia de personas y medios de comunicación que promuevan el consumo de alcohol (Donoso, 2015).

Salud y bienestar físico para enfrentar el alcoholismo. El ejercicio físico y el deporte han sido propuestos como medios para la promoción de la salud en edades tempranas. Existe la creencia generalizada de que la participación en actividades deportivas limita el uso de sustancias adictivas como el alcohol. Sin embargo, no son suficientemente eficaces, ya que la promoción de actividad física activa y estructurada debe ir acompañada con una educación saludable en otros aspectos de estilos de vida (Schmohr, Kristensen, Prescott y Scharling, 2005).

Farmacoterapia

Para elaborar una estrategia farmacológica nos interesa saber el número y tipo de sustancias consumidas, la gravedad del trastorno y el deterioro funcional asociado, las alteraciones médicas y psiquiátricas, el contexto socio-ambiental en que vive y debe ser tratado el paciente en particular. Todo esto sin olvidar que la intoxicación no siempre está relacionada a una *dependencia* bien establecida (Ars Médica, 2001).

Distinciones clínicas

Para el caso del alcoholismo no contamos con un tratamiento *específico* y así se hacen frecuentes los fracasos de los esquemas estandarizados y las complicaciones de las prescripciones sujetas a error y ensayo individual. Muy lejos aún de respuestas del tipo *Medicina de Precisión*, sí contamos con modelos de comprensión de la personalidad del alcohólico que pueden orientar con mayor rigor la terapéutica, como es el caso del propuesto por Cloninger y que a partir de la observación hoy encuentra sólidas bases neurofisiológicas. Cloninger propuso dos subtipos de alcoholismo:

Tipo I. O alcoholismo circunscrito al ambiente. Sin distinción de género, se inicia después de los 25 años, hay capacidad de abstinencia pero se pierde el control al iniciar el consumo. No suelen ser agresivos ni mostrar conductas psicopáticas. De mal pronóstico si su infancia se desarrolló en un medio de alto consumo.

Tipo II. Se circunscribe a los varones, es de inicio precoz, hay descontrol del consumo, conductas violentas y antisociales, genética evidente, sin antecedente de consumo familiar en la infancia.

Cada subtipo se asocia a alteraciones particulares en la neurotransmisión, como se declara en la siguiente tabla:

Fenómeno	I	II	Mediador	I	II
Búsqueda de novedad	Baja	Alta	Dopamina	↑ ¹	-
Evitación del daño	Alta	Baja	Serotonina	↑ ¹	↓
Dependencia de la recompensa	Alta	Baja	Noradrenalina	↓	-

1. Actividad alta como efecto del consumo continuo de alcohol.

Algunos principios activos útiles

Naltrexona. A dosis de 50 mg diarios reduciría el consumo de alcohol y contribuiría a la resolución de problemas relacionados con la sustancia, posiblemente mediado por el bloqueo de los opiáceos endógenos que refuerza el alcohol.

Disulfiram. Tiene dosis terapéutica a 250 mg día en un rango de 125 a 500 mg. Describir sus efectos tóxicos al usuario constituye un requisito previo a su empleo. Los pacientes motivados y no impulsivos y aquellos en quienes el consumo de alcohol es desencadenado por estímulos internos o externos no previstos serían los mejores candidatos para su uso. En contraste, no es aconsejable para quienes se muestran impulsivos, cursan alteraciones del juicio o enfermedades psiquiátricas severas (como esquizofrenia o trastorno depresivo mayor). Debe desestimarse preliminarmente en enfermedad hepática, neuropatía periférica, embarazo, insuficiencia renal y cardiopatía.

Antidepresivos. Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina son especialmente útiles para bebedores sociales pero tienen un uso más amplio por los fenómenos de angustia y depresión asociados.

Acamprosato. Disminuiría la frecuencia del consumo y aumentaría la tasa de abstinencia.

Litio. Cuando se le utilizado en pacientes con consumo no asociado a TAB, los resultados tienden a ser contrapuestos.

Recomendaciones durante el confinamiento

La actual situación de aislamiento constituye un estresor que se asocia a aumento en el consumo de alcohol y sustancias y a un incremento en la frecuencia de complicaciones de estas dependencias (García-Álvarez, 2020). Citamos acá algunas recomendaciones generales para aplicarlas en la comunicación con nuestra población y que derivan de un breve ensayo que comenta acerca del modo de enfrentar el aislamiento (Acuña, 2020).

1. **Rutina.** Aconseje a sus pacientes continuar o desarrollar una rutina de actividades de vida diaria. Sin una básica disciplina las alteraciones del ritmo circadiano son el primer paso de una probable cadena de fenómenos de creciente dificultad en resolver y que pueden llevar desde una disomnia secundaria, pasando por el recrudecimiento sintomáticos de síndromes de Fibromialgia, hasta el desencadenamiento de un episodio maniaco (Mera et al, 2020). Ya sea escritura, paseo de la mascota, retiro de correo, ejercicio o lectura, sugiera mantener o enriquecer las actividades diarias sin fijar un plazo de término, no sabemos si deberemos estar confinados unas semanas o varios meses. Sólo haga su rutina y la cronobiología se lo agradecerá.
2. **Limpieza.** Sí, esto evidentemente es esencial en cuanto a sus prácticas de descontaminación tras haber salido fuera de casa y su consejo colaborará con las necesidades epidemiológicas. Pero sugiera a su paciente —y Ud. puede ser su paciente también— ducharse sólo porque sí, porque debe mantenerse limpio y de buena apariencia. Por superficial que esto parezca, reforzará su rutina, detendrá cualquier deterioro en sus estándares estéticos y de convivencia con los demás y se alejará de los fenómenos depresivos de abandono del propio cuidado (Linconao, 2020). Vale también para un tercer blanco de la limpieza, la vivienda y el espacio de teletrabajo.
3. **Ocio.** Recomiende a su paciente que asegure de contar con tiempo de inactividad incorporado a la rutina diaria. La información, ese fluido de particular negación entrópica en el que nos sumergimos o nos sumergen desde la primera hora del día y antes de acostarnos, alimenta la incertidumbre, genera fantasías apocalípticas y conspiranoicas así como temores funestos respecto de nuestros cercanos y de nuestra propia suerte. Busque una salida realista pero optimista, arranque de los recuentos de fallecidos y contagiados al menos por una hora diaria. Sugiera apagar televisores, noticiarios, Twitter y noticias online. Promoverá una efectiva reducción de la ansiedad (Balluerka, Gómez e Hidalgo, 2020).
4. **Conflicto.** Están a prueba las fronteras de los self. Aún en las más consolidadas familias las desavenencias van incrementando las diferencias y la irritabilidad lleva a una oscura y peligrosa acumulación de odios que devengan en fallas, violencias (Lorente-Acosta, 2020), faltas de acuerdo y disfunciones familiares, de pareja, de amistades o de socios que no harán sino progresar junto con el lapso de cuarentena decretado que significará además un deterioro económico creciente (Orgilés et al, 2020). Aconseje resolverlo de inmediato acordando, negociando o pidiendo mediación, sugiera sus propias estrategias de gestión del conflicto.
5. **Comunicación.** La wifi, celulares, radios y teléfonos satelitales son imprescindibles en nuestros hogares. En la práctica considere que la comunicación constante con los familiares o compañeros de aislamiento es tan importante como la más distanciada con aquellos de quienes se está alejado en este tiempo (Lewnard y Lo, 2020). Recomiende la videoconferencia, el llamado grupal, la fotografía desde la rutina diaria. Recomiende espacios lúdicos con la pareja y los hijos (Castilla et al, 2020). Mantenga su intimidad pero abra la puerta, en general, a los pequeños. Asegure lapsos durante el día para hablar con amigos y familiares, mantenga las redes.

Referencias

- Acuña, L. (2020). The enemy below: tips para el confinamiento. Disponible en línea a contar de mediados de junio 2020. Accedido desde <https://bit.ly/3hH5yMZ>
- Aravena R. y Ercilla R (1981). Psicosis Alcohólica: definiciones operacionales, descripción epidemiológica, descripción clínica. Trabajo libre presentado en el II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo. Santiago, Chile. Noviembre 1981.
- Ars Médica (2001). Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de Sustancias.
- Balluerka N, Gómez J e Hidalgo D (2020). Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco, marzo-mayo 2020.
- Castilla C, Del Mazo A, Diz M y Rodríguez M (2020). Algunas aportaciones de la orientación educativa en red durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. Revista AOSMA, ISSN-e 1887-3952, N°. Extra 28, 2020.
- Donoso M. Análisis de Resultados del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Boletín Observatorio Chileno de Drogas. Santiago. 2015, marzo. ISSN: 0719-2770
- García-Álvarez, L., Fuente-Tomás, L. D. la, Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2020). ¿Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19? *Adicciones*, 32(2), 85. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1546>
- Ghedin Walter Hugo (2012). Las enfermedades mentales. Ediciones Lea.
- Julio Bodes G., Miguel Casas, Miguel Gutiérrez. Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencia. 2003. Cap 3 (115,116,117)
- Lewnard JA, Lo NC. Comment Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against COVID-19. 2020 [citado el 26 de abril 2020]; Disponible en <https://doi.org/10.1016/S1473-3099>
- Linconao, A. (12 de Abril de 2020). El confinamiento ante el COVID-19, sus efectos vinculares y psicológicos. Obtenido de ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/340595520_El_confinamiento_ante_el_COVID-19_sus_efectos_vinculares_y_psicologicos_Fenomenos_y_practicas_recomendadas
- Mera, A. Y., Tabares-Gonzalez, E., Montoya-Gonzalez, S., Muñoz-Rodríguez, D. I., & Monsalve Vélez, F. (2020). Recomendaciones prácticas para evitar el desacondicionamiento físico durante el confinamiento por pandemia asociada a COVID-19. *Universidad y Salud*, 22(2), 166–177. <https://doi.org/10.22267/rus.202202.188>
- MINSAL (2010). Encuesta nacional de salud de Chile 2009–2010. Acceso: 30/01/2020. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb-03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Orgilés, M., Morales, A., Delveccio, E., Mazzesci, M., y Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. Accesible en: <https://psyarxiv.com/5bpfz/>
- Pastor R., Llopis J. & Baquero A. (2003). Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. *Adicciones*, Vol. 15, Núm. 2 (2003). <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/439>
- Pemjean, A. Alcoholismo: aspectos clínicos. En *Psiquiatría*, Gomberoff M, Jiménez JP. 1982. Ediciones Medcom. Cap. 30, Págs. 377–412.
- Ritson, B (2001). Papel que desempeñan los servicios especializados en la respuesta a los problemas relacionados con el alcohol. *Adicciones*, 13(3), 347–352.
- Schmohr, P., Kristensen, T.S., Prescott, E. & Scharling, H. (2005). Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time – The Copenhagen City Heart Study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 15, 107–112.
- SENDA (2020). 10 consejos para prevenir el consumo de alcohol y otras drogas durante la cuarentena. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Descarga en <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/04/SENDA-DECALOGO.pdf>
- Tirapu Ustárroz, J. (2012). Cognición social en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 14(1), 3–9. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(12\)70037-5](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70037-5)