

11226



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MEDICINA Y ALCOHOLISMO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presentada por:

Dr. José Alberto Benicia Galeco

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.



Puebla, Pue.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

1983 - 85



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

	Pág.
Introducción.	1
Antecedentes históricos	2
Justificación	15
Objetivos	15
Material y Metodos	16
Resultados	20
Conclusión	33
Resumen	34
Referencias bibliográficas	34

Introducción:

El alcoholismo es evidentemente uno de los grandes problemas humanos, y en su etiología ocupan los factores sociales y culturales un lugar preponderante, de ahí el interés y la utilidad de su examen, mereciéndose considerarse dentro de los análisis científicos de los fenómenos más preocupantes de nivel mundial.

La historia del alcoholismo se remonta al principio de la historia, siendo considerado como un problema médico probablemente en el siglo II en Roma.

Actualmente existen en el mercado una gran variedad de bebidas alcohólicas cuyo porcentaje en alcohol etílico fluctúa entre el 4 y 46 %.

La OMS define al alcoholismo como una enfermedad crónica, caracterizada por la ingesta repetida de bebidas alcohólicas, causando perjuicios a la salud del bebedor, en sus relaciones sociales y en su actividad económica.

El alcoholismo por el hecho de afectar a grandes grupos humanos, por la frecuencia con que se presenta y por su trascendencia en el medio social, debe ser estudiado desde el punto de vista epidemiológico. Sin embargo, este tipo de estudio es muy difícil de realizar y la prueba la encontramos en que siempre que se nos solicita informes al respecto, solo encontramos estudios muy limitados en número y de muy dudosa confiabilidad.

Cualquier programa que tenga por objeto establecer medidas de prevención y de control, debe basarse en una concepción bipolar, indispensable para ubicarlo dentro de un marco de realidad; el conocimiento preciso de los patrones de bebida y al mismo tiempo, de la forma en que la comunidad contempla el problema. Por tal razón es preciso realizar todos los esfuerzos necesarios para obtener datos confiables en relación con este antiguo e importante problema de salud pública.

Por lo anteriormente enunciado, hemos creído justificado realizar un estudio con objeto de determinar las causas más frecuentes predisponentes y determinantes de esta enfermedad así como investigar y evaluar la eficacia de los diversos tratamientos antialcohólicos y así obtener conclusiones para poder elaborar programas adecuados y basados no sólo en las características y magnitud reales del problema, sino además en la forma como la propia comunidad lo percibe y está dispuesta a enfrentarse a ella.

Los resultados obtenidos del presente estudio son todavía muy limitados, en relación a la gran cantidad de alcohólicos existentes pudiendo servir de apoyo para las personas interesadas en el problema.

ALCOHOLISMO

Antecedentes históricos:

Desde el principio de la Historia, el hombre se ha ingeniado para producir bebidas alcohólicas, sin embargo no fué sino muchos siglos más tarde cuando se comenzó a utilizar la palabra alcohol, vocablo de origen árabe compuesto por el prefijo "Al" y el sustantivo "KOH", que servía para designar un polvo fino usado para pintar las pestañas.

Los materiales para la producción de alcohol (agua, azúcar y fermento), han estado disponibles desde hace al menos 200 mil millones de años. Inaudiblemente el alcohol se descubrió primero en el zumo de fruta o de miel fermentados. Los etimólogos que han investigado el origen de la palabra "hidromiel" (miel fermentada), han encontrado que el hecho que se asocia la embriaguez más con la miel que con la fruta y el grano, sugiere que aquella hubo de ser la fuente principal temprana de alcohol.

Los ejemplos más antiguos de escritura cuneiforme en Mesopotamia que datan de aproximadamente cinco mil millones de años, indican que el alcohol se utilizaba como elemento de placer. Escritos posteriores revelan que ya 2,300 años A.C. había tabernas en Mesopotamia. Los antiguos escritos de los egipcios, hebreos y griegos aluden a las bebidas y alla borrachera.

Los primeros exploradores europeos encontraron vinos y cervezas locales en los rincones más profundos de Africa, e inclusive entre las tribus indias menos avanzadas de Estados Unidos y Sud-América.

La idea de que el alcoholismo constituye un problema médico se remonta probablemente al siglo VII en roma, en que algunos comentaristas legales sostienen que la embriaguez repetida era más bien un problema médico que legal. En el siglo XIII, Jaime I de Aragón publicó un edicto especificando que el bebedor crónico se debería hospitalizar; pese a estas observaciones ocasionales en el sentido de que es preferible clasificar a la bebida como una enfermedad y no como un acto ilegal, fué hasta principios del siglo XIX cuando el médico Thomas Trotter se refirió a él como enfermedad.

El concepto del alcoholismo como enfermedad constituyó un obstáculo al desarrollo de métodos de tratamiento durante todo el siglo XXI, debido a que la Iglesia se oponía por el hecho de que negaba el principio básico del libre albedrío y destruía en esta forma la función que los curas habían asumido en la redención del bebedor crónico.

A principios del siglo XX, la oposición a la idea de alcoholismo como enfermedad menguó primero en Europa y luego en Estados Unidos, pero no fué hasta 1946 en que la iglesia presbiteriana se apartó de la oposición del alcoholismo como enfermedad. Por otra parte durante siglos el alcohol estuvo asociado a la medicina, en textos griegos se le menciona como antiséptico en el tratamiento de heridas, para el aseo de las manos, desde entonces y hasta nuestros días encontramos testimonios cotidianos de que el alcohol fué considerado como un Dios benigno que dá tranquilidad, o como un demonio que llena de ira, embrutece y anula las facultades humanas más apreciadas.

Actualmente existen en el mercado un gran número de bebidas alcohólicas, cuyo porcentaje en alcohol etílico fluctúa entre el 4 y el 46 %. El alcohol menos dañino es el etílico (frutas), les siguen en orden perjudicial : el propílico (de grano), el butílico (de tallos y hojas de plantas), y el metílico (tallos-leñosos) que es sumamente tóxico. El alcohol etílico es hepatotóxico en sí, y la desnutrición solo actúa como coadyuvante.

El alcohol metílico (de madera), es virtualmente incombustible, y no puede descomponerse químicamente y eliminarse del cuerpo sin gran esfuerzo fisiológico, por consiguiente sus efectos son muy prolongados y peligrosos debido a que uno de los productos secundarios de su oxidación es el ácido fórmico, substancia que puede destruir el nervio óptico.

En relación al grado de alcohol tenemos que la sidra, cerveza, y pulque contienen del 4 al 6 % de alcohol, los vinos del 10 al 12 %, mientras que: el tequila, rón, cognac, whisky, vodka y la ginebra contienen entre el 40 y el 46 % de alcohol.

El alcohol etílico es el que se utiliza para preparar bebidas, y es una droga anestésica que narcotiza las células cerebrales y de aquí su efecto tranquilizante.

En un estudio realizado por Velasco y cols. en 1976, reportaron que la frecuencia en bebidas alcohólicas consumidas eran respectivamente: cerveza, pulque, tequila, aguardiente de uva, caña y no destilados, guardando la misma frecuencia en relación a su producción anual a nivel nacional. (47)

Aunque se han propuesto muchas definiciones sobre alcoholismo la mayoría han sido por lo general imprecisas y ambiguas. Se ha definido al alcoholismo-enfermedad como : " La dependencia psicológica y fisiológica del alcohol, caracterizada por la incapacidad del alcohólico de controlar el principio y la terminación del consumo de este producto". La O.M.S. amplió la definición diciendo : " El alcoholismo es una enfermedad crónica o un desorden de la conducta, caracterizada por la ingesta repetida-

de bebidas alcohólicas, en forma que excediendo el consumo dietético acostumbrado o el de la adaptación corriente a las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas, y a su actividad económica".

La Asociación Médica Americana refiere que: "El alcoholismo es una enfermedad que se caracteriza, por el beber compulsivo de alcohol". La Comisión Cooperativa para el estudio del alcoholismo ha definido a este como un estado en que el individuo ha perdido el control de su ingestión de alcohol, en el sentido de que es consistentemente incapaz de abstenerse de beber antes de embriagarse.

El alcoholismo se clasifica de diversas maneras : se subdivide en 1) Ingestión excesiva de alcohol de carácter episódico. 2) Ingestión excesiva de alcohol de carácter individual. 3) Adicción al alcohol.

También se diferencia entre : a) Alcoholismo intermitente , y b) Alcoholismo inveterado. Otra clasificación considera 1) Alcoholismo neurótico, 2) Alcoholismo no complicado , 3) Alcohomanía y 4) El alcoholismo por incapacidad para abstenerse de beber (47).

El Dr. Jellipeck ha delimitado al alcoholismo en cinco especies y las distingue con las letras del alfabeto griego en:

a) Alcoholismo Alfa .- Representa una dependencia psicológica o de confianza en los efectos del alcohol con objeto de neutralizar el dolor corporal o emocional producido por una enfermedad subyacente, no ofrece síntomas de privación ni signos de progresión.

b) Alcoholismo Beta .- En que las combinaciones alcohólicas con las polineuropatías, gastritis, cirrosis hepática y otras ocurren sin estar acompañadas de dependencia psicológica ni física o de síntomas de privación .

c) Alcoholismo Gamma.- Se caracteriza por la creciente tolerancia del organismo al alcohol, con síntomas de abstinencia cuando el alcohol se suspende .

d) Alcoholismo Delta.- Que muestra creciente tolerancia al alcohol con dependencia física e incapacidad para dejar de beber.

e) Alcoholismo Epsilon.- Cuando existe pérdida del control incapacidad para abstenerse después de beber las primeras copas, con dependencia psicológica y física .

También se clasifica en fases que son: la primera fase pre alcohólica sintomática en que la sensación del alcohol al ser ingerido es de bienestar , la segunda fase básica o crucial se caracteriza por la incapacidad de abstenerse , y la tercera fase o de alcoholismo crónico se observa dependencia física y social con falta de control e incapacidad para abstenerse (14).

Hanlon refiere al alcoholismo desde el punto de vista epidemiológico como una enfermedad adquirida, crónica y progresiva de la vida adulta caracterizada por la ingestión compulsiva de cantidades excesivas de alcohol, que conduce en los estadios más avanzados de la enfermedad, a ciertas secuelas de deterioro psicológico, social y físico; de acuerdo a lo anterior el alcoholismo debe ser analizado con un doble enfoque: el médico propiamente dicho, y el que representa con un problema que afecta a la sociedad midiéndose esta última a través de sus consecuencias, en la medida en que es más frecuente y sus repercusiones más ostentibles (32).

El alcoholismo por el hecho de afectar a grandes grupos humanos, y por la frecuencia con que se presenta, y por su trascendencia en el medio social, debe ser estudiado desde el punto de vista epidemiológico, sin embargo, este tipo de estudio es muy difícil de realizar, y la prueba la encontramos en que siempre que se nos solicitan informes al respecto, solo encontramos estudios limitados en número y de muy dudosa confiabilidad, al menos en nuestro medio, tomando en cuenta el proceso por el cual una persona se convierte en alcohólica, dura generalmente varios años, --- puesto que en muchos casos la dolencia no llega a la muerte, debe haber una población de varios miles de pre-alcohólicos, es decir de personas que son "grandes bebedores habituales de alcoholes de alta graduación".

Las formas de alcoholismo, así como su frecuencia son muy diversas y varían según los países e inclusive de un medio cultural a otro. Italia es un país en donde por mucho tiempo el consumo de alcohol fue elevado, y sin embargo no presentaba problemas médicos pero a últimas fechas ha pasado ha encontrarse en una situación preocupante, ya que entre 1947 y 1962 se triplicó el número de enfermos mentales que ingresaban por primera vez al hospital.

En comparación con los Estados Unidos de América, había en -- 1970 aproximadamente 5 400 000 alcohólicos, 4 500 000 de ellos -- eran hombres, 4.2% eran adultos de más de 20 años, de los cuales entre el 5 y 10% se incorporan cada año al grupo de alcohólicos anónimos .

En México hasta hoy solo disponemos de métodos indirectos para aclarar la magnitud del alcoholismo. En un estudio presentado a la Academia Nacional de Medicina en 1974, se calculaba según el método de Jenilleck, que el número de alcohólicos en México entre 1961 y 1971 había variado entre 1 559 663 y 1 260 074, siendo obtenidas en base a las estadísticas de mortalidad por cirrosis hepática, teniendo en cuenta que la padecen de 10 al 30% de los alcohólicos crónicos.

A nivel nacional, entre los estados que predomina el mayor -

índice de alcohólicos es Chiapas siguiendo en orden de frecuencia, Tabasco, Yucatán, Durango, Hidalgo y Tlaxcala.

Dajer y cols. en un estudio efectuado en el Instituto Nacional de Nutrición concluye que el alcoholismo es un padecimiento cuya prevalencia aumenta con la edad; en general las áreas urbanas tienen tasas superiores a las de las áreas rurales, siendo más frecuente en el hombre que en la mujer.

Por lo que respecta a la proporción en relación al sexo, se admite comunmente que es de 5:1 en hombres y mujeres respectivamente, en Estados Unidos de América, es de 2:1, en Gran Bretaña y de 3:1 en Escandinavia y, de 5:1 en México, esto se debe a que las mujeres presentan mayor dificultad para ingerir bebidas alcohólicas debido a razones sociales (alcohólicas escondidas), pensando en que puede existir un incremento como resultado de que los promotores y dirigentes de la sociedad de consumo al haber la incorporación de la mujer a la vida de la sociedad, están trabajando para canalizar parte de la capacidad económica femenina en cuanto les es posible, hacia el consumo de tabaco y de alcohol (12, 29).

La tasa de mortalidad en alcohólicos es 2.5 veces la tasa normal, las de suicidio también son 2.5 veces mayores, las muertes por accidentes entre los alcohólicos son 7 veces más altas que en la población general. También las tasas de morbilidad entre alcohólicos son muy altas, del 13 al 20%; la psicosis relacionada con el alcoholismo en Estados Unidos de América fue del 15%, en Canadá estas estadísticas son mucho más bajas (2.4 %). La tasa de mortalidad por alcoholismo en Suecia es de 3.5% - la de Finlandia de 1% del total de defunciones. En Irlanda del Norte la tasa es de 0.8%, con una relación de 3 varones a 1 mujer.

Al igual que con muchos otros problemas de la conducta, --- existen teorías tanto fisiológicas como psicológicas de la etiología del alcoholismo. Las explicaciones fisiológicas han relacionado el alcoholismo con la adicción a alimentos, con defecto en glándulas endócrinas y con anomalía nutricional, entre otros factores. Todas estas teorías comparten el supuesto de la predisposición fisiológica que hay hacia el alcoholismo es congénita (4). Descubrimientos de "marcos biológicos" tal como la radio de ácido amino butírico y leucina porque podrían improvisar procedimientos diagnósticos y ayudar a identificar personas con un alto riesgo de adquirir problemas relacionados al alcohol (33).

La teoría psicológica facilita otro intento de entender el alcoholismo como un trastorno psicológico si pudiera identificarse primero una (personalidad alcohólica) típica (13,42).

Este punto de vista lleva implícito la creencia de que el alcoholismo es una maniobra defensiva, que puede ser utilizada por una diversidad de personas en respuesta a diferentes conflictos - siendo personas con una tolerancia baja para los problemas (26, 29, 50).

Diferentes estudios psicológicos y psicopatológicos de orden clínico señalan que las características más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes: se trata de personas neuróticas incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás sexual y emocionalmente, e inmaduras, tendientes al aislamiento, dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y tienen sentimientos de perversidad y de indignidad, ingiriendo bebidas a muy temprana edad cuando crecen en un grupo familiar diluido, en la que los padres son ejemplos de consumidores de bebidas alcohólicas, ingiriéndose estas principalmente con los alimentos, no dándose ningún valor subjetivo a dichas bebidas, aunándose a esto la ignorancia y la desocupación (desempleo), aunque no siempre, como sucede con el personal profesional en los cuales la incidencia de alcoholismo aumenta después de la graduación profesional, en respuesta a reuniones sociales (3, 24, 34, 35 y 51).

Al empezar a beber el individuo tiene la sensación de energía extraordinaria, debido a las calorías que produce el alcohol "quemado" por el hígado, y este fenómeno hace que empiecen a paralizarse las funciones psíquicas debido a su metabolito activo (acetaldehído), reduciendo su eficiencia en general, dificultando la percepción, fijación, la atención y las ideas, disminuyendo la coordinación de movimientos, entorpeciendo el habla, presentando náuseas, vómito y somnolencia que en casos extremos puede llegar al coma.

Los mecanismos bioquímicos por el cual el alcohol lesiona los diferentes tejidos y células han sido revisados, los datos demuestran en forma definitiva que el efecto tóxico del alcohol se debe a su transformación y otros tejidos que contengan aldehído deshidrogenasa, dicho metabolito actúa inhibiendo los cofactores en las reacciones de óxido-reducción, y de la generación de energía por las mitocondrias.

El sujeto alcohólico muestra con frecuencia dos tipos de alteraciones que son: 1) Cambios relacionados a la desnutrición avanzada y 2) Infecciones respiratorias y de otros sitios.

A nivel sanguíneo existe anemia megaloblástica debido a efecto tóxico del alcohol sobre las células precursoras de eritrocitos y en parte a la interferencia con el metabolismo normal del hierro y los fosfatos. La presencia de sideroblastos en anillo así como la trombocitopenia, la leucopenia y disminución de la

amino oxidasa plasmática (30).

La atrofia testicular es un cambio casi constante en el alcoholismo crónico, que con frecuencia tiene manifestaciones de feminización en los hombres, y en las mujeres la amenorrea es común, presentando los ovarios atrófia y disminución de los folículos primordiales.

El aumento de ácido gástrico que provoca la ingesta de alcohol nos puede condicionar una gastritis, síndrome de Mallory, y úlcera péptica complicada especialmente con hemorragia masiva, la cual no es raro y la mortalidad es alta cuando coexiste con cirrosis hepática. Los cambios relacionados con la oxidación del alcohol en el hepatocito, provocan lesiones hepáticas agudas (esteatosis, hepatitis alcohólica) y, crónicas (hepatitis crónica-activa, hepatitis crónica alcohólica, cirrosis alcohólica nutricional macro y micronodular). En el páncreas la forma más frecuente es la pancreatitis alcohólica y se presenta en la proporción de 2 a 1 con la colelitiasis, pudiendo ser edematosa o hemorrágica. La fibrosis pancreática es directamente proporcional en presencia de alcoholismo a esteatosis hepática y el paciente que sobrevive de un ataque agudo se enfrenta a numerosas complicaciones como : trombosis de vana esplénica, portal, infecciones secundarias, infarto del páncreas, etc. (31).

La cardiopatía se caracteriza por insuficiencia cardíaca de tipo hipocinético, predominando en hombres de menos de los 50 años y su mortalidad es del 50 %. Sobre el músculo estriado las alteraciones son reversibles, caracterizándose por elevación de creatín-fosfo-cinasa sérica, manifestada clínicamente por mialgias, debilidad, atrofia muscular e incapacidad funcional.

En el sistema nervioso periférico, existe polineuritis periférica simétrica especialmente en extremidades inferiores, los nervios presentan degeneración walleriana y desmielinización que clínicamente se traduce en dolor e incapacidad funcional, respondiendo a la administración de tiamina. A nivel cerebral se puede encontrar proliferación capilar, en tercero y cuarto ventrículo con o sin hemorragias, pérdida casi completa de células de Purkinje con fenómenos de degeneración, condicionando el llamado "atrofia alcohólica del cerebelo, corteza cerebral y sustancia blanca" pudiendo ser corroborado por tomografía axial computarizada, en alcohólicos crónicos con una frecuencia del 56 % (15), pudiendo existir disminución de serotonina cerebral, (1).

Las infecciones son frecuentes en estos pacientes pudiendo presentar : neumonía, TB pulmonar, endocarditis bacteriana, pielonefritis, meningitis y septicemia, debida a leucopenia, disminución de diapedesis, y recientemente se ha demostrado que la -

intoxicación alcohólica aguda, bloquea la hipersensibilidad celular a la hemacianina, aunado esto a otros factores como, desnutrición, cirrosis, pancreatitis, etc.

Se ha descrito que los niños nacidos de madres alcohólicas pueden presentar el síndrome alcohol-fetal, caracterizado por microcefalea, hipertonia de miembros, cambios faciales, irritabilidad, y malformaciones congénitas internas, etc.

El alcohol etílico se absorbe a nivel del estómago rápidamente, eliminándose aproximadamente el 10 % a través de los pulmones, riñones y piel. Cuando alcanza los 200 mgs. por cada 100 ml. de sangre aparecen los síntomas leves de intoxicación, y son casi mortales de 500 a 700 mgs. cuando se trata de una persona normal, pero el alcohólico puede tolerar hasta 1000 y 1200 mgs. debiéndose a la habituación de las células y del SNC, pero en grados avanzados el proceso es a la inversa.

Al empezar a beber el individuo tiene la sensación de energía extraordinaria debido a las calorías que produce el alcohol "quemado" por el hígado, y este fenómeno, hace que empiecen a paralizar las funciones psíquicas reduciendo su eficiencia en general dificultando la percepción, fijación, la atención y las ideas, disminuyendo la coordinación de movimientos, entorpeciendo el habla, presentando náuseas, vómito y somnolencia que en casos extremos puede llegar al coma (18).

El cuadro clínico del alcoholismo se divide en: 1) Alcoholización Aguda subdividida en un periodo de hipomanía nerviosa y otro sensorio-motor, 2) Alcoholismo crónico, con o sin complicaciones orgánicas y, 3) Síndrome de abstinencia, siendo este último más frecuente en alcohólicos crónicos (2 y 21).

El estado de intoxicación alcohólica no solo depende de la cantidad y frecuencia con que se ingieren las bebidas etílicas sino también de la condición patológica del sujeto, siendo descrita por Joid como Mania Potu.

El alcoholismo al afectar diversos órganos darán sintomatología respectiva (digestiva, cardíaca, miopatías, neuropatías, etc.) los cuadros crónicos frecuentemente se acompañan de: deshidratación, desnutrición, excitación e insomnio que provocan cuadros de angustia, siendo también descritos cuadros con impotencia sexual (49).

El alcoholismo crónico condiciona varios tipos de psicosis alcohólicas como son: 1) Delirium Tremens caracterizada por confusión mental, excitación psicomotora, temblores, alucinaciones, todas de gran intensidad, que se presenta en el 21 % de los casos; 2) Psicosis de Korsakof representada por deterioro progresivo de las funciones intelectuales que pueden llegar a la demen-

cia; 3) Psicosis Alucinatoria caracterizada por alteraciones en todas las funciones mentales y que se presenta en un 40 % de los casos; 4) Delirio de celos en un 6 % y, 5) Alucinosis Alcohólica en un 8 % (9,10 y 20).

El alcoholismo es evidentemente uno de los grandes problemas humanos, y en su etiología ocupan los factores sociales y culturales un lugar preponderante, llevando consigo grandes repercusiones socioculturales, ocasionando un aumento en accidentes de tránsito, homicidio, pobreza, delincuencia juvenil, etc. (5, 25, 48).

A nivel familiar sus repercusiones son las que más predominan con el conyuge y los hijos, originando un ambiente de depresión y ansiedad que posteriormente es exteriorizada hacia los amigos y la sociedad, teniendo su origen en la disfunción sexual-falta de seguridad y estabilidad por parte del alcohólico a su familia, disminución de ingresos percórita, etc. (6, 17, 38, 43, 44).

A nivel nacional el alcoholismo condiciona, que los países disminuyan en su evolución, debido a la baja producción de sus ciudadanos y al aumento de gastos en la salud de dichos enfermos.

Lo más importante para el diagnóstico del médico, en el individuo dependiente del alcohol, es comprender la fisiopatología acompañante que resulta directa e indirectamente, de la ingestión de dicha bebida basándose en diferentes factores como: velocidad de consumo, frecuencia de los episodios de alcoholización aguda, efectos de los estados de embriedad sobre el paciente y su familia, etc. La investigación clínica de los sistemas cardiovascular, digestivo, nervioso, sanguíneo, músculoesquelético, en su semiología completa realizan el diagnóstico de alcoholismo corroborándose con el laboratorio de rutina, EKG, EEG.

El alcoholismo es uno de los problemas más importantes de salud pública actualmente, y desde 1956 cuando la O.M.S. decidió que el alcoholismo era una enfermedad que debía ser tratada en hospitales generales, debería considerarse como una de las enfermedades principales que debe ser objeto de tratamiento médico de urgencia. Para el tratamiento, debemos de considerar dos grandes tipos de alcoholismo. El alcoholismo crónico que se caracteriza por la ingestión habitual de bebidas alcohólicas, sin provocar ningún estado de intoxicación aguda que altere en forma considerable la salud física y mental, pero que lo lleva a una transgresión de las normas socioculturales, entrando en conflicto con su medio ambiente, perjudicando a la larga su salud física y mental; y el alcoholismo agudo considerándose al estado donde se provoca una intoxicación grave por el alcohol, como consecuencia de la ingestión prolongada e intensa, produciéndose importantes alteraciones físicas y mentales.

El tratamiento del alcoholismo comprende tres fases que son :
 1) Fase de desintoxicación; 2) Fase de motivación y 3) Fase de rehabilitación.

La fase de desintoxicación tiene como objeto el tratamiento de la intoxicación alcohólica la cual generalmente se lleva a cabo en un servicio de urgencias, durando de 24 a 72 horas, excepto en casos complicados donde durará una semana o más. Cuando a la intoxicación se le considera leve o moderada generalmente solo requieren " dormir la borrachera " en su hogar. El tratamiento de la intoxicación aguda, consiste en tres niveles, que son :
 1) Normalizar los cambios metabólicos inducidos por el alcohol,
 2) Tratar el síndrome de abstinencia o prevenirlo en caso de que no se haya presentado y 3) Tratar las complicaciones intercurrentes del alcoholismo.

Para normalizar los cambios metabólicos, se siguen varios pasos como es la rehidratación y el aporte energético mediante soluciones glucosadas al 5, 10 ó 50 %.

Es un hecho establecido que un alto porcentaje de alcohólicos crónicos tienen hipomagnesemia por lo que se recomienda la administración de magnesio, ya que además de su efecto sedante y preventivo de las crisis convulsivas del delirium tremens, interviene en la formación de enzimas dependientes de la tiamina; se usa a razón de soluciones de sulfato de magnesio al 50 % en 2 ml durante uno o dos días (19).

Recientemente se ha informado que la fructuosa administrada-IV provoca una rápida disminución de la alcoholemia en un 25 % - de los casos.

El paciente alcohólico además de no alimentarse bien, tiene interferencia en la absorción de tiamina, por la presencia de alcohol siendo precursora de algunas enzimas del ciclo de Krebs -- por lo que se recomienda su administración así como la de niacina.

En caso de coma alcohólico se intuba endotraquealmente y en caso de insuficiencia respiratoria dar respiración asistida. En caso de estupor no se administran medicamentos depresores e investigar la causa. El lavado gástrico, diálisis peritoneal, y hemodiálisis suelen ser de gran utilidad.

Los tranquilizantes, que vendrán a sustituir el efecto sedativo del alcohol, es el paso más importante del tratamiento y con frecuencia el más difícil, recomendándose el clorodiazepóxido a dosis para producir sedación sin estupor a razón de 50 a 200 mgs. IM ó IV cada dos o cuatro horas pudiendo mezclarse con las soluciones, o por vía oral a dosis de 10 a 25 mgs por día durante uno a tres días. La hidroxizina se utiliza para eliminar la ansiedad, tensión, agitación, aprehensión y confusión a dosis de 25 a 100 mgs. por día. Para calmar rápido al paciente se puede utilizar a dosis de 50 a 100mgs. IM cada 4 o 6 horas. En caso de presentar convulsiones se administrará difenilhidantoinato a razón de 0.1 gr. tres veces al día y a dosis respuesta, en caso de prolongarse

las convulsiones se podrá administrar diazepam IV.

Es importante no administrar barbitúricos o fenotiazinas, ya que estos medicamentos pueden llevar al paciente a un estado soporoso y caer en coma culminando con la muerte, ya que potencializa los efectos depresores del alcohol sobre el SNC además de intensificar la hipotensión (27).

De las complicaciones psiquiátricas más frecuentes son: la alucinación alcohólica, el estado paranoide alcohólico y el delirium tremens, todos ellos síndromes de supresión los cuales llegan a controlarse al normalizar los cambios metabólicos, cosa que no sucede con otras complicaciones neuropsiquiátricas como son los síndromes de Korsakof y el de Wernicke. En el síndrome de Korsakof el sustrato orgánico radica en una deficiencia de tiamina, remitiendo con la administración de esta a dosis de 20- a 50 mgs. diarios por vía parenteral preferentemente, además de levadura de cerveza, ácido ascórbico, dieta rica en elementos de complejo B. El síndrome de Wernicke obedece a una insuficiencia de tiamina y niacina, dando lugar a la acumulación de ácido piruvico en la sangre y a la consiguiente encefalopatía, tratándose con grandes cantidades de complejo B (20).

La intoxicación patológica en una psicosis alcohólica dramática debida a descarga del lóbulo temporal, su tratamiento es a base de difenilhidantoinatos, primidona y/o carbamacepina.

El uso de antipsicóticos, tipo fenotiazinas o butirofenonas, está indicado en casos de asociación del alcoholismo con esquizofrenia, trastornos paranoides o psicosis afectivas.

Por lo que respecta a trastornos y complicaciones digestivas debiera recibir tratamiento hospitalario o ambulatorio.

La Segunda Fase del tratamiento, es la "Motivación", es el paso que sigue después de la desintoxicación y su función es: 1) Crear conciencia de la enfermedad en el paciente, 2) Educación e información al paciente y familiares sobre las consecuencias de la enfermedad, 3) Confrontar o superar mecanismos de defensa que impidan aceptación de enfermedad, 4) Generar responsabilidades en el paciente, 5) Modificar hasta donde sea posible la dinámica familiar que está favoreciendo e incrementando el hábito alcohólico del enfermo, a través de un manejo continuo de orientación familiar. Para lograr lo anterior existen varias estrategias terapéuticas que son:

1) Teoría del reflejo condicionado.- Que consiste en formar una simple asociación entre la ingestión de alcohol y una respuesta masiva de síntomas, como ocurre con el disulfiram, el cual interviene con la excreción de acetaldehído por bloqueo enzimático provocando una reacción tóxica en 5 o 15 minutos, caracterizada por sensación de calor en cara y cuello debido a vasodilatación intensa, hiperemia conjuntival, taquicardia, jaqueca, disnea, mareo e -

hipertensión arterial inicial seguida de hipotensión. Se utiliza a razón de 50 a 125 mgs. por día, siendo sus resultados desalentadores (28).

Existe el intento de tratamiento del alcoholismo crónico con LSD y otras drogas psicodislépticas, pero sus resultados son pésimos.

2) Psicoterapia individual.- Que es secundaria, ya que si se inicia el tratamiento con esta, sus resultados son negativos.

3) Psicoterapia de grupo.- Que puede ser : dirigida abierta o cerrada y de autoayuda. La psicoterapia dirigida cerrada es a nivel intrahospitalario, y su objetivo principal es la motivación-hacia la abstinencia, a través de conocimiento de la enfermedad, aceptación de la misma, derrumbe de sus mecanismos de defensa, principalmente la negación y la autoadvertencia de sus conflictos no resueltos. En la psicoterapia de grupo dirigida abierta, su objetivo es la autoaceptación, mediante el conocimiento de los patrones de conducta, identificación de los sentimientos, la autoafirmación, liberación de culpa, etc. reeducando al paciente a que asuma sus responsabilidades.

En la psicoterapia de grupo de autoayuda, el ejemplo más característico es el grupo de alcohólicos anónimos, que es un grupo de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema en común, y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo, siendo el que actualmente está dejando mejores resultados.

4) Psicodrama.- Que es otra forma de psicoterapia de grupo de autoayuda y que corresponde a una representación estructurada, dirigida y dramatizada de los problemas emocionales del paciente, y de sus problemas inmediatos de interacción de grupo. Esta es una técnica muy efectiva en la primera etapa del tratamiento psicoterapéutico del alcohólico cuando el objetivo principal es romper defensas para producir aceptación de la enfermedad creandose con ello unabarrera artificial.

5) Cinedrama.- Que consiste en la exhibición de una película o documental que como tema tenga al alcoholismo, o algunos de los conflictos que estén girando en torno a este; una vez terminada la película se lleva a cabo una dinámica de grupo dirigida por un terapeuta en donde se discute dando los miembros sus opiniones. Este método es muy útil en los hospitales o centros de rehabilitación donde el paciente esta aún muy resistente a otro tipo de terapia (36).

6) Psicoterapia familiar.- La cual está indicada en aquellos alcohólicos pertenecientes a familias en donde se ha formado "un sistema familiar patológico", que está siendo determinante en la progresión de la enfermedad, siendo sus objetivos reducir y re-

solvar el conflicto y la ansiedad patógena, aumentar la realización de los miembros de la familia, en cuanto a sexos y generaciones, fortaleciendo la inmanidad familiar, aceptando al alcohólico como problema exclusivo, evitando toda actitud de presión, control, dominio o chantaje en relación a la enfermedad. El ejemplo más característico es el grupo AL ANON, que es un grupo de ayuda familiar donde informan y orientan sobre el problema del alcoholismo, aunque este grupo no ha tenido la proliferación del grupo AA sus ejemplares beneficios son evidentes y deberá ser complemento en el manejo terapéutico (32 y 46).

La tercera fase o de rehabilitación consiste en una terapia ocupacional, educando a la población para utilizar al rehabilitado, y reincorporando al individuo a la sociedad e ingresándolo al grupo AA, AL ANON o a otros grupos de autoryuda (8 y 18).

Las medidas preventivas efectuadas en todas las enfermedades, juegan un papel importante para controlarlas, debiendo de ser oportunas y eficaces. En el caso del alcoholismo es difícil aplicar la prevención, y una vez instalada la enfermedad existe una dependencia física y psicológica resultando más difícil su tratamiento.

La SSA y el Código Sanitario establecieron una serie de medidas para disminuir la incidencia del alcoholismo crónico, siendo estas las siguientes:

- 1) Establecer campañas de orientación científica sobre los efectos del alcoholismo en la salud y en las relaciones sociales.
- 2) La SSA ejercerá una vigilancia estricta en las bebidas alcohólicas para cuidar que sean genuinas y puras.
- 3) Las autoridades sanitarias por ningún motivo concederán licencia para la apertura de expendios de bebidas embriagantes a menos de 500 metros de centros de trabajo, escuelas, hospitales, iglesias, asilos o edificios públicos.
- 4) Establecer ley seca en distintos días del año, secundario a acontecimientos políticos.

Si bien estas medidas son un tanto empíricas y ficticias, ya que actualmente vemos la gran disponibilidad de bebidas etílicas con autorización legal, reeditándole ingresos al país por el impuesto en la fabricación y venta, siendo entradas ficticias, ya que estas deben volver a invertirse en servicios sociales de prevención y tratamiento.

Otro factor que interviene para que las medidas preventivas no resulten efectivas son los medios de difusión, sobre todo la radio y la televisión, y de estos en especial cuando exhiben programas deportivos o especiales (16).

De gran importancia es prevenir el alcoholismo sobre todo en el sexo femenino, en donde se ha demostrado la presencia de malformaciones en los hijos de madres alcohólicas.

En comparación con otros países, los EUA establecen como medidas preventivas:

1) Establecer horarios de ventas, 2) Edad mínima para comprar alcohol.

En Rusia se han empleado tres medidas para su prevención que son:

- 1) Información educativa en las escuelas, fábricas y medio rural,
- 2) Estrategia económica, aumentando considerablemente el precio del vodka y reduciendo el de las bebidas ligeras.
- 3) La humillación pública a los ofensores.

Estas medidas en ambos países no han dado resultados satisfactorios (40).

Justificación.

El alcoholismo es un problema grave de salud para el individuo, un problema de situación para la familia y un problema económico para la sociedad, siendo actualmente un problema muy importante de Salud Pública. En los servicios de urgencias de los hospitales, en los puestos de socorro y en la consulta médica se atienden un alto porcentaje de enfermos con problemas de alcoholismo crónico, siendo cada día mayor la incidencia de esta enfermedad. El médico general, es la primera persona cuya función es conservar la atención sanitaria para preservar u perpetuar la familia, desempeñando un papel importante en la sociedad y quien sino él, cuyos conocimientos en recursos comunitarios e íntimos de las necesidades de sus pacientes alcohólicos está en condiciones de ser un profesional eficaz en los problemas de este tipo, de aquí la importancia del conocimiento del alcoholismo para efectuar tratamientos definitivos, disminuyendo el índice de alcohólicos y así, prevenir en generaciones actuales y futuras esta patología.

Objetivos.

La falta de conocimientos y/o interés del médico hacia el alcoholismo como enfermedad biopsicosocial, y de los factores predisponentes y desencadenantes de esta patología, trae como consecuencia que el paciente alcohólico crónico sea visto únicamente como un problema orgánico anatómico-funcional, sin tomar en cuenta las repercusiones a nivel social y familiar, instalando únicamente tratamientos médico-farmacológicos para contrarrestar los efectos del alcohol en la fase de desintoxicación no proporcionando al paciente una adecuada instrucción sobre los problemas del alcoholismo y, así no permitiéndole tener un manejo psicoterapéutico eficaz para el tratamiento definitivo, ni elabora medidas preventivas tratándose al

alcohólico y no al alcoholismo, de aquí la importancia de este trabajo cuyo objetivo es:

- 1) Investigar las causas más frecuentes, predisponentes y desencadenantes de esta enfermedad.
- 2) Investigar y evaluar la eficacia de los diversos tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos en la fase de motivación en pacientes alcohólicos crónicos actuales y antiguos, obteniendo conclusiones sobre la forma más eficaz de prevención en generaciones actuales y posteriores, así como la terapia más eficaz para la resolución definitiva del alcoholismo.

Materia y Metodos.

Se estudio en un periodo de seis meses a pacientes alcohólicos con más de cinco años de evolución, con historia de embriaguez -- de dos a tres veces por semana, adscritos al grupo de Alcohólicos Anónimos y a la Unidad Medico Familiar No. 1 IMSS Puebla y Hospital General de Zona Puebla.

Se estudiaron del grupo de Alcohólicos Anónimos a 67 personas siendo un 45.88 % del total de los investigados y, 79 personas adscritas a Instituto Mexicano del Seguro Soc al Puebla con un promedio de 54.19 %

Se utilizo el cuestionario de la Organización Mundial de la Salud, al cual se modifico de acuerdo al objetivo de este estudio; dicho cuestionario se efectuo en forma directa a personas alcohólicas con más de cinco años de evolución, e indirectamente a familiar más cercano en alcohólicos donde no fue posible el cuestionario directo, investigandose: causa que originaron la ingesta, edad de inicio, tipo de bebida, manejo terapeutico efectuado, causas de abandono, recaída y frecuencia de alcoholismo en la misma familia.

De los resultados recopilado de los cuestionarios, se obtuvo medidas estadísticas, efectuandose graficas de acuerdo a causas -- predisponentes, desencadenantes, exacerbantes, tipo de bebida, -- edad y sexo, terapeutica efectuada, grado de escolaridad y ocupación.

CUESTIONARIO :

- 1.- Edad.- _____
- 2.- Sexo.- _____
- 3.- Escolaridad.- _____
- 4.- Ocupación.- _____
- 5.- Edo. Civil.- _____
- 6.- Edad a la que inició la ingesta de bebidas alcohólicas _____

- 7.- Causas predisponentes de la ingesta
a) Económica, b) Afectiva, c) Social, d) Otra
- 8.- Causas que originaron la ingesta
a) Económica, b) Afectiva, c) Social, d) Otra
- 9.- Causas que exacerbaron la ingesta
a) Económica, b) Afectiva, c) Social, d) Otra
- 10.- Frecuencia de la embriaguez.- _____
- 11.- Tiempo de evolución hasta el momento actual.- _____
- 12.- Ha usado otras drogas.- _____
- 13.- Cual ? _____
- 14.- Tipo más frecuente de bebida.
a) Cerveza, b) Pulque, c) Tequila, d) Aguardiente de uva
e) Licor de caña, f) Vinos no destilados.
- 15.- Cantidad aproximada en mls. por día _____
- 16.- Número de hospitalizaciones por presentar crisis de intoxicación.

- 17.- Número de hospitalizaciones para tratamiento medicamentoso o psicoterapéutico.- _____
- 18.- Ha tenido algún tratamiento.- _____

- 19.- Que tipo de tratamiento.- _____
- 20.- Que tipos de medicamentos antialcohólicos ha usado _____

- 21.- Tiempo de tratamiento.- _____
- 22.- Persistencia en el tratamiento.- _____
- 23.- Causas de abandono del tratamiento.- _____
- 24.- Tiempo de abstinencia durante el tratamiento.- _____
- 25.- Causa de la recaída.- _____
- 26.- Que frecuencia de alcoholismo existe en su familia.- _____
- 27.- Ha tenido problemas en su trabajo ? _____
- 28.- Cuantos trabajos ha desempeñado ? _____
- 29.- Ha tenido problemas con su esposa ? _____
- 30.- De que tipo ? _____
- 31.- Ha tenido problemas con sus hijos ? _____
- 32.- De que tipo ? _____

CLAVES DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO :

- 1.- Edad en años .
- 2.- F Femenino, M Masculino.
- 3.- Escolaridad : a) Analfabeta, b) Sabe leer y escribir, c) Primaria
d) Secundaria, e) Preparatoria, f) Facultad.
- 4.- Ocupación : a) Desempleado, b) Campesino, c) Obrero, d) Empleado,
e) Comerciante, f) Profesionista.
- 5.- Edo. Civil : a) Soltero, b) Casado, c) Unión Libre, d) Viudo(a)
e) Divorciado.
- 6.- Edad en años.
- 7.- a) Económica, b) Afectiva, c) Social, d) Otras.
- 8.- a) Económica, b) Afectiva, c) Social, d) Otras.
- 9.- a) Económica, b) Afectiva, c) Social, d) Otras.
- 10.- a) Diario por periodos de menos de cinco días.
b) Diario por periodos de menos de diez días.
c) Diario por periodos de menos de veinte días.
d) Diario por periodos de menos de treinta días.
e) Diario por periodos de más de treinta días.
- 11.- Evolucion en años.
- 12.- a) Si, b) No.
- 13.- a) Cambis, b) LSD, c) Thiner o cemento, d) Otras.
- 14.- a) Corveza, b) Pulque, c) Tequila, d) Aguardiente de uva
e) Licor de caña, f) Vinos no destilados.
- 15.- Mls. por día aproximadamente.
- 16.- Cantidad en número
- 17.- Cantidad en número
- 18.- a) Si, b) No.
- 19.- a) Desintoxicación, b) Medicamentoso, c) Psicoaterapico.
- 20.- a) Antabusen, b) Otro, c) Ninguno.
- 21.- Número en meses
- 22.- a) Fue persistente en el tratamiento.
b) Solo se uso esporadicamente
c) No se uso
- 23.- a) Ineficacia, b) Cura aparente, c) Otra.
- 24.- Tiempo en días
- 25.- a) Económica , b) Afectiva, c) Social, d) Otra.
- 26.- Número de miembros alcohólicos.
- 27.- a) Si, b) No.
- 28.- Número de trabajos
- 29.- a) Si, b) No.
- 30.- a) Económico, b) Afectivo, c) Otro.
- 31.- a) Si, b) No.
- 32.- a) Económica, b) Afectivo, c) Otro.

RESULTADOS .

Se investigaron un total de 146 alcohólicos , de los cuales 67 personas correspondieron al grupo de alcohólicos - anónimos , y 79 fueron estudiados dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Puebla.

De estas 146 personas sus edades oscilaron entre los 15 y 59 años con una media de 37 , los cuales se distribuyeron en grupos de la siguiente manera :

DISTRIBUCION POR EDAD Cuadro.-1

GRUPO DE EDAD	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
15 - 19	1	0.68
20 - 24	2	1.36
25 - 29	14	9.58
30 - 34	20	13.69
35 - 39	37	25.34
40 - 44	31	21.23
45 - 49	26	17.80
50 - 54	11	7.53
55 - 59	4	2.73

DISTRIBUCION POR SEXO Cuadro.-2

SEXO	TOTAL	PORCENTAJE
Masculino	139	95.20
Femenino	7	4.79

GRADO DE ESCOLARIDAD Cuadro.-3

GRADO	TOTAL	PORCENTAJE
Analfabetas	16	10.95
Saben leer y escribir	37	25.34
Primaria	75	44.72
Secundaria	17	11.64
Preparatoria	8	5.47
Profesional	3	2.05

OCUPACION

Cuadro.-4

OCUPACION	TOTAL	PORCENTAJE
Desempleados	15	10.27
Campeñinos	51	34.93
Obreros	17	11.64
Empleados	25	17.12
Comerciantes	29	19.86
Profesionistas	9	6.16

ESTADO CIVIL

Cuadro.-5

EDO. CIVIL	TOTAL	PORCENTAJE
Solteros	20	13.69
Casados	74	50.68
Unión libre	42	28.76
Viudos	5	3.42
Divorciados	5	3.42

EDAD DE INICIO

Cuadro.-6

GRUPO DE EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
5 - 9	2	1.36
10 - 14	34	23.28
15 - 19	53	36.30
20 - 24	41	28.08
25 - 29	10	6.84
30 - 34	6	4.14

CAUSAS PREDISPONENTES

Cuadro.-7

CAUSAS	TOTAL	PORCENTAJE
Afectiva	93	63.69
Económica	29	19.86
Social	24	16.43

FRECUCIA DE ALCOHOLISMO FAMILIAR Cuadro.-8

No DE FAMILIARES ALCOHOLICOS	FRECUCIA	PORCENTAJE
0	20	13.69
1	28	18.48
2	30	20.54
3	25	17.12
4	20	13.69
5	6	4.10
6	7	4.79
7	9	6.16
8	1	.68
9	1	.68
10	1	.68

CAUSAS DESENCADENANTES Cuadro.-9

CAUSAS	TOTAL	PORCENTAJE
Afectiva	96	65.75
Económica	49	33.56
Social	1	.68

CAUSAS EXACERBANTES Cuadro.-10

CAUSAS	TOTAL	PORCENTAJE
Afectiva	100	68.49
Económica	39	26.71
Social	6	4.10
Otras	1	.68

TIEMPO DE EVOLUCION Cuadro.-11

TIEMPO EN AÑOS	TOTAL	PORCENTAJE
5 - 9	9	6.16
10 - 14	24	16.43
15 - 19	34	23.28
20 - 24	38	26.02
25 - 29	22	15.06
30 - 34	14	9.58
35 - 39	3	2.05
40 - 44	2	1.36

FRECUENCIA DE LA INGESTA

Cuadro-12

Frecuencia	TOTAL	PORCENTAJE
Diario por periodos de menos de 5 días	51	34.95
Diario por periodos de menos de 10 días	38	26.02
Diario por periodos de menos de 20 días	31	21.23
Diario por periodos de menos de 30 días	21	14.38
Diario por periodos de más de 30 días	5	3.42

TIPO DE BEBIDA

Cuadro-13

BEBIDA	TOTAL	PORCENTAJE
Cerveza	57	39.04
Pulque	51	34.93
Aguardiente	20	13.68
Tequila	12	8.21
Licor de caña	3	2.05
Vinos no destilados	2	1.36

PROMEDIO DE INGESTA DIARIA

Cuadro.-14

TIPO DE BEBIDA	PROMEDIO
Cerveza	4,824 mls/día
Pulque	5,432 mls/día
Tequila	1,000 mls/día
Aguardiente	887 mls/día
Licor de caña	583 mls/día
Vinos no destilados	1,250 mls/día

ASOCIACION A OTRO TIPO DE DROGAS

Cuadro.-15

USO DE DROGA	TOTAL	PORCENTAJE
NO	107	73.28
SI	39	26.71

TIPO DE DROGA

Cuadro.-16

DROGA	TOTAL	PORCENTAJE
Cannabis	30	76.92
Thinner o cemento	9	23.07

TRATAMIENTO ANTIALCOHOLICO

Cuadro.-17

TIPO DE TRATAMIENTO	TOTAL	PORCENTAJE
Desintoxicación	65	44.52
Psicoterapéutico	102	69.86
Medicamentoso oral	36	24.65
a) Disulfiran	32	88.88
b) Otro	4	11.11

TIEMPO DE TRATAMIENTO

Cuadro.-18

TRATAMIENTO	DIAS	TOTAL	PORCENTAJE
Psicoterapéutico	3	1	.68
	4	6	4.10
	5	6	4.10
	7	14	9.58
	10	3	2.05
	14	4	2.72
	20	1	.68
	+ 180	67	45.88
Medicamentosos	60	11	7.53
	90	2	1.36
	30	2	1.36
	- 30	17	11.69

PERSISTENCIA Y CAUSAS DE ABANDONO
AL TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO.

Cuadro.-19

PERSISTENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
SI	67	66.76
NO	35	34.31
CAUSAS	TOTAL	PORCENTAJE
Ineficacia	7	20.00
Cura aparente	6	17.14
Inespecífico	22	62.85

CAUSAS DE RECAIDA

Cuadro.-20

CAUSAS	TOTAL	PORCENTAJE
Afectivas	37	69.80
Económicas	6	11.32
Sociales	10	18.86

FRECUENCIA DE PROBLEMAS INTRA Y
EXTRAFAMILIARES

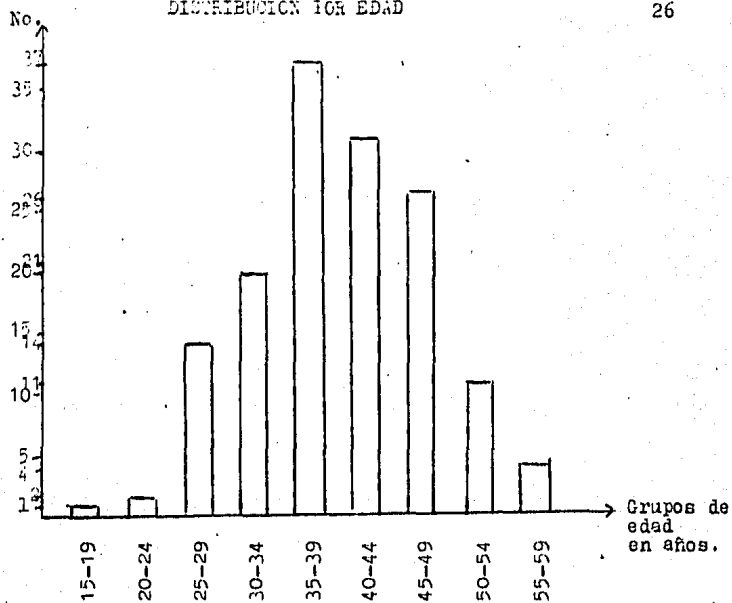
Cuadro.-21

PROBLEMAS FAMILIARES	TOTAL	PORCENTAJE
Con la esposa		
SI	111	95.68
NO	5	4.31
Con los hijos		
SI	116	100.00
NO	0	0
PROBLEMAS EXTRAFAMILIARES		
Con el trabajo		
SI	100	68.49
NO	46	31.50
NUMERO DE EMPLEOS	TOTAL	PORCENTAJE
1	47	32.19
2	5	3.42
3	18	12.33
4	24	16.50
5	19	13.00
6	11	7.53
7	17	11.64
8	4	2.73
10	1	.68

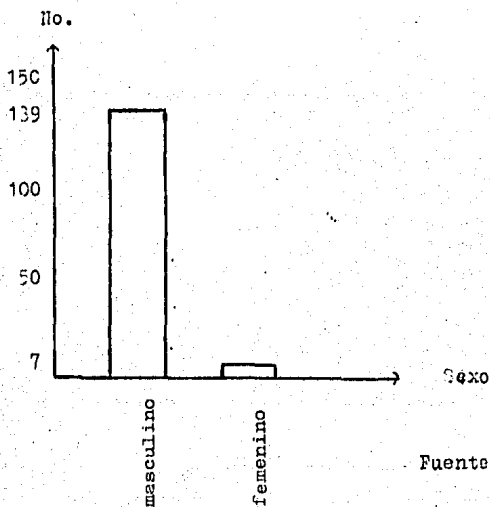
TIPOS DE PROBLEMAS FAMILIARES Cuadro.-22

TIPO DE PROBLEMA ESPOSA	TOTAL	PORCENTAJE
Afectivo	104	93.69
Económico	7	6.03
TIPO DE PROBLEMA HIJOS		
Afectivo	57	49.13
Económico	59	50.86

DISTRIBUCION POR EDAD

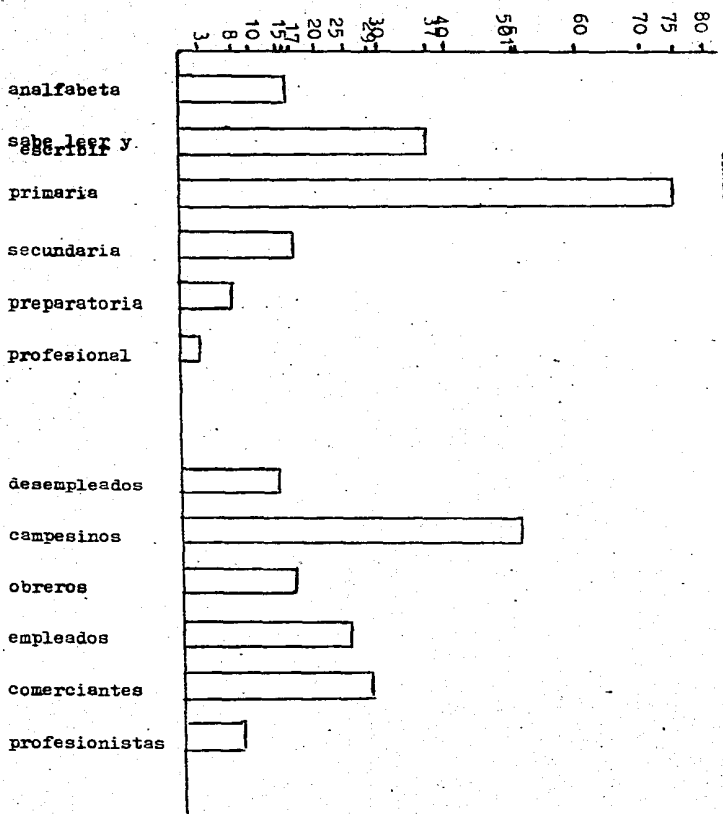


Fuente: Estadística obtenida del presente trabajo. 1984



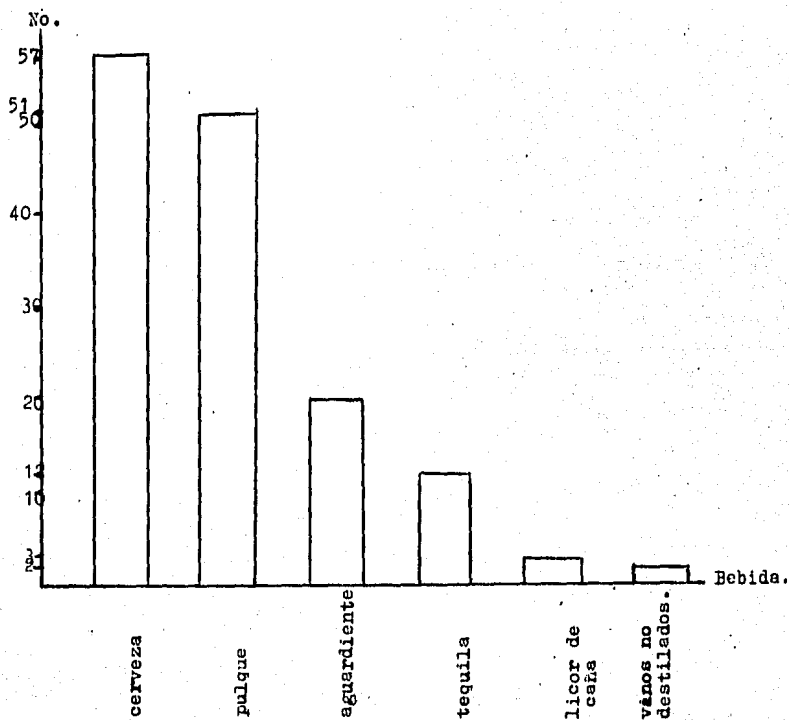
Fuente: Estadística obtenida del presente trabajo. 1984.

No. GRADO DE ESCOLARIDAD Y OCUPACION.



Fuente: Estadísticas obtenidas del presente trabajo. 1984.

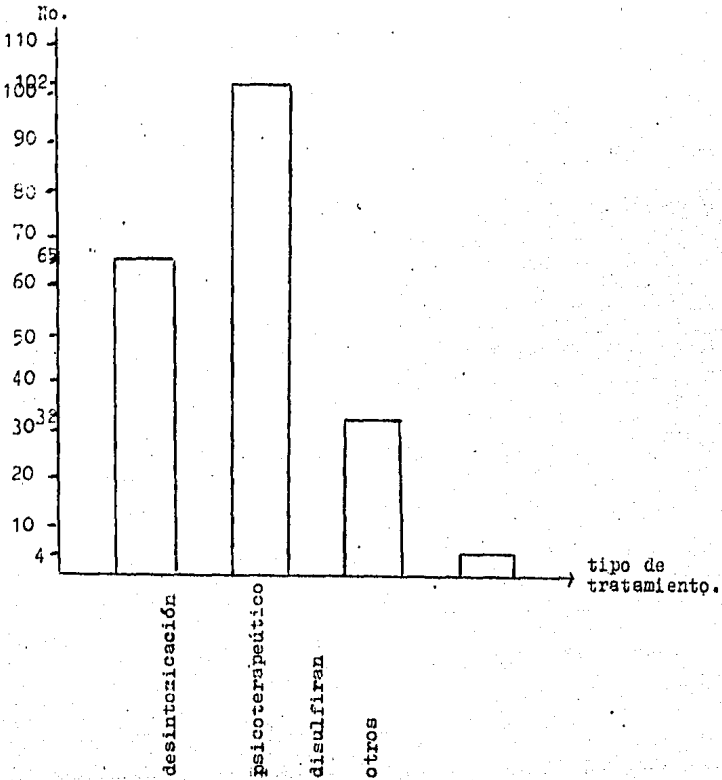
TIPO DE BEBIDA.



Fuente: Estadísticas Obtenida
del presente trabajo
1984.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

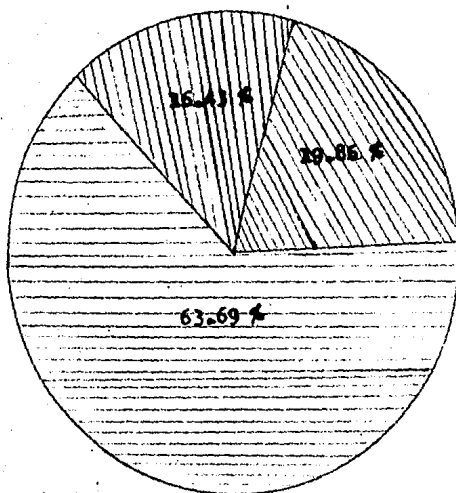
TRATAMIENTO ANTIALCOHOLICO.



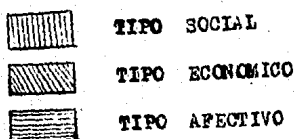
Fuente: Estadística obtenida del presente trabajo 1984.

GRAFICA No I

CAUSAS PREDOMINANTES



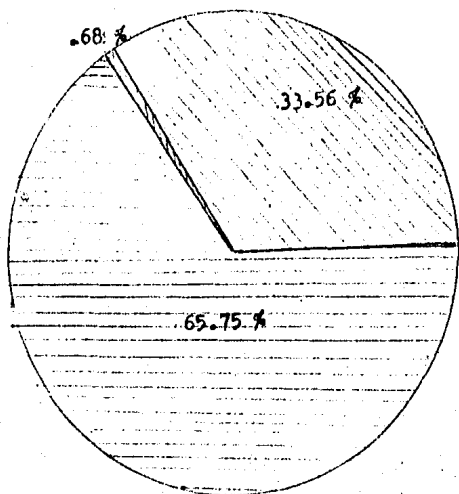
SIMBOLOGIA



FUENTE : 1.- Grupo de A.A.
2.- I.M.S.S. PUE.

GRAFICA No II

CAUSAS DESENCADENANTES



TIPO SOCIAL



TIPO ECONOMICO

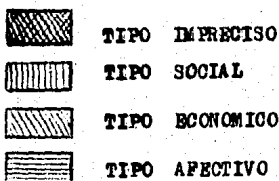
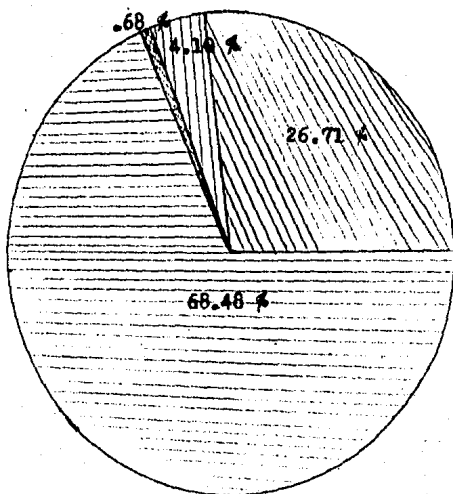


TIPO AFECTIVO

FUENTE : 1.- Grupo de A.A.
2.- I.M.S.S. PUE.

GRAFICA No III

CAUSAS EXACERBANTE



FUENTE : 1.- Grupo de A.A.
2.- I.M.S.S. PUE.

CONCLUSION .

El alcoholismo es un grave problema de Salud Pública , por su alta incidencia y sus repercusiones tanto a nivel individual-familiar , laboral y social , por lo que ha sido motivo de investigaciones y estudios para encontrar un mejor tratamiento , para disminuir y contrarrestar su frecuencia.

El alcoholismo es una enfermedad crónica y de repetición , caracterizada por la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas que producen trastornos orgánicos en el individuo , repercutiendo en su dinámica psico-social , sin respetar sexo ni edad , incrementándose su frecuencia en la etapa más productiva del hombre.

Actualmente es difícil encontrar medidas estadísticas directas específicas sobre el alcoholismo en México , y únicamente los medios en que se basan los investigadores para determinar la frecuencia de esta enfermedad , está relacionada con las tasas de morbilidad y mortalidad por cirrosis hepática , sabiendo que esta enfermedad se presenta generalmente en un 30 % de pacientes alcohólicos.

Dependiendo del tiempo de evolución del padecimiento , se pueden encontrar grados variables de lesión orgánica , con alteraciones más o menos severas de la personalidad , rechazo social , desempleo , desajustes económicos y desintegración en el núcleo familiar.

El tratamiento y rehabilitación del paciente alcohólico , debe estar encaminado no solo al daño orgánico , sino también al control de sus repercusiones familiares , sociales y laborales.

La prevención , tratamiento y rehabilitación del paciente alcohólico requiere un gran equipo , con el empleo de numerosos recursos económicos humanos y financieros.

Hasta la actualidad las experiencias y resultados obtenidos en el manejo de los pacientes son desalentadores , de ahí nuestra finalidad de elaborar este estudio de investigación , para conocer las causas más frecuentes que originan el alcoholismo , para limitarlas y fortalecer las medidas preventivas , así como de conocer las causas del fracaso de algunos tratamientos , para saber manejar de una manera más efectiva al paciente .

En el presente estudio de investigación se obtuvo:

- 1.- No lo consideramos como terminantemente concluyente , debido al número de pacientes investigados , en relación a la cantidad de alcohólicos existentes , esperando que sirva de apoyo a investigaciones posteriores.
- 2.- Dentro del grupo de edad la mayoría de los pacientes , se encontró que pertenecían a la etapa más productiva de la vida , y en relación a la edad en que iniciaron la ingesta de bebidas , se encontró el mayor grupo dentro de los 15 a los 19 años , etapa durante la cual el individuo se encuentra en fase crítica , sobre-

todo en el aspecto psicológico, coincidiendo también por este motivo con la distribución a las causas predisponentes y desencadenantes a las de tipo afectivo.

3.- La mayoría de los pacientes investigados fueron del sexo masculino demuestra de así las investigaciones sociales que presenta la mujer alcohólica mayor limitación, ya que por lo general se trata de alcohólicas "escondidas".

4.- El grado de escolaridad que más se encontró fue el de la primaria sin embargo, tal vez tenga que ver con el medio socioeconómico de la mayoría de los investigados, aun así encontrando profesionistas aunque en escaso número.

5.- Aunque la mayoría de pacientes pertenecían a un medio económico bajo, contaban con recursos para sufragar los medios para continuar la ingesta de bebidas, siendo en una mayoría de ocupación campesina y empleados, lo que también nos sugiere que la esposa subrogaba la ingesta.

6.- Las causas predisponentes más comúnmente referidas fue la afectiva y una gran mayoría refirió tener varios familiares alcohólicos.

7.- La cerveza fue la bebida más frecuentemente consumida seguida por el pulque.

8.- Una baja frecuencia de asociación con otras drogas fue observada con un 26,71 %, tal vez por el costo de las drogas.

9.- Los pacientes que recibieron su tratamiento psicoterapéutico y medicamentoso lograron prolongar por mayor tiempo su abstinencia, lo que nos habla de que un manejo asociado con varios tipos de tratamiento producen un mejor resultado.

10.- Como causa de recaída se encontró con mayor frecuencia la afectiva. Asimismo el tipo de problemas que se presentó para con la esposa fue frecuente, indicándonos la carga afectiva de este padecimiento.

Resumen.

El alcoholismo es un problema grave físico, social y económico para el individuo y la sociedad por lo que es importante conocer y determinar los factores que lo ocasionan y evaluar el mejor tratamiento actual para combatirlo. En el presente trabajo se analizó por medio de un cuestionario a un total de 146 personas alcohólicas con historia de alcoholismo de más de cinco años, encontrándose más frecuente en el hombre, en la etapa más productiva de la vida donde el individuo se encuentra en fase crítica sobre todo en el aspecto psicológico, coincidiendo este aspecto con las causas predisponentes y desencadenantes; la mayoría de escolaridad primaria y nivel socioeconómico bajo, de ocupación campesina y empleados siendo la bebida más frecuente la cerveza. Los pacientes que recibieron tratamiento psicoterapéutico lograron prolongar por mayor tiempo su abstinencia.

Referencias Bibliográficas.

1. Ballenger C. T., Goodwin F. K., Major L. F., et. al.: Alcohol and Central Serotonin Metabolism in Men. *Archive General Psychiatry* 36: 224-227, February 1979.

2. Bedell C. T., Santora M. B. Sheffer J.W.: Health of psychiatry in midlife in relation use of alcohol. Johns Hopkins Medical Journal 146: 1-10. February 1979.
3. Bedell C.T., Post R.B.: Kindling as a model for alcohol withdrawal syndrome. Br. Journal Psychiatry 133: 1-14. July 1978.
4. Cadoret R.J., Gath A.: Inherencia de alcoholismo en adoptes. Br. Journal Psychiatry 132: 252-258. March 1979.
5. Castro C.E., Valencia M.: Problemas asociados al uso del alcohol y drogas en jóvenes estudiantes. Salud Pública Mexicana. Mexico XXI 559-567. 1979.
6. Chiles J. A., Stauss F.S., Lorna S. B.: Marital conflict and sexual psychiatry dysfunction in alcoholic and nonalcoholic couples. Br. Journal Psychiatry 137: 226 September 1980.
7. Coid J. Mania a potu a control review of pathologic intoxication Psychol Medical 9: 709-713 November 1979.
8. Conn H.P.: Medicina familiar. Teoría y práctica. 5a. ed. ED Interamericana. México 1974 pag. 20
9. Cutting J.: Deficiencias psicológicas específicas originadas por el alcoholismo. Revista de Salud Mental 4 No.1: 16-19, 1981
10. Cutting J.: Reappraisal of alcoholic psychoses. Psychol Medical 8: 285-295. May 1979.
11. Dahlgren L.: Famele alcoholic.: III development and pattern of problem drinking. Acta Psychiatry Scand 57: 325-335. April 1979.
12. Dahlgren L., Idestrom C.M.: Famele alcoholic U. morbidity. Acta Psychiatry Scand 60: 199-213. August 1979.
13. Donovan D.M., Chaney E.F., and O'learly M.R.: Alcohol MMPI subtypes: relationship to drinking styles benefits and consequences. Journal Nerv. Mental Disease 166: 553-561. August 1978.
14. Elizondo L.A.: El alcoholismo en México. Ia. ed. Ed. Federación de Investigaciones Sociales. México 1982 Pag. 440.
15. Faccio B., Fernández M. R.: El cerebro de los alcohólicos crónicos Neuropsiquiatría (arg) 1:100. 1978.
16. Ghandrian A.M.: Adolecentes alcohólicos. Motives and alternatives Compr. Psychiatry 20: 469-474. Sep-Oct. 1979.
17. Griffith E.: Drinkings Problems: Putting the third world on the map. Lancet 2:402-404. August 1979.
18. Guerra G.J.: El alcoholismo en México: Ia. ed. Ed. Fondo de cultura Económica. México 1977, pages 144.
19. Hamilton J.R.: Evaluation of a detoxification since for habitual drinkén offenders. Br. Journal Psychiatry 135: 28-34. July 1979.
20. Henningsen R., Kraun P. and Rafaelsen O.J.: Delirium tremens an - related clinical states, etiology. Acta Psychiatry Scand 59:337-369. April 1979.
21. Jandira M., Jomar M.: Ervelanecia en pacientes con indicadores de alcoholismo. Acta Psychiatry Scand Amer Lat.26:125-130. 1980.
22. Kaufman E., Pattison.E.: Methods diferencial of family the rapy in treatment of alcoholism: Journal of Study on Alcohol42:11 Nov.1981
23. Khatsan L.J.: The alcoholics patients and overview and perspective. American Journal Psychiatry 34:14-19. January 1980.

- 24.- Kenneth H.A., Grant L., Garlin A.S.: Cross-study comparisons of self, reported alcohol consumption in four clinical groups. American Journal of Psychiatry 139: 445-449. April 1981
- 25.- Kolb G.: Psiquiatria Clínica Moderna. 5a. ed. Ed. La prensa Médica Mexicana. Mexico 1981, 12 pag.
- 26.- Lacoussiere A. B., Rodière F. E. and Ruby L.M.: Traumatic neurosis in etiology of alcoholism: American Journal Psychiatry 137: 966-968 August 1980.
- 27.- Lefkowitz W.J., Herbert M., Callen H.M., et. al.: Prevention of effects of alcohol intoxication by naloxone: Lancet 2:1157 Dec 79
- 28.- Ling C., Carovastra V.: Use of disulfiram for alcohol in methadone maintenance. Archives of General Psychiatry 40: 851-854 August 1983.
- 29.- Logue P.A., Boyle G.B., Linnoila M. et. al.: Effect of alcohol consumption on states anxiety changes in male and family nonalcoholics. American Journal Psychiatry 133: 1079-1081 Sept. 1978.
- 30.- Major L.F., Murphy D.L.: Platelet and plasma amine oxidase activity in alcoholic individuals. Dr. Journal Psychiatry 132: 548-554. June 1978.
- 31.- Marín P.N., Ortega R.J.: Complicaciones físicas asociadas al alcoholismo. Departamento de servicios contra la adicción; Secretaría Auxiliar de Prevención 1981.
- 32.- Melvin Z., Emory L.: Psicopatología 2a. ed. Ed. Interamericana México 1979, 11 pages.
- 33.- Mendelson J.H., Mello P.N.: Biologic concomitance of alcoholism New England Journal Medical 301: 912-931 October 1979.
- 34.- Mitchell J.E., Hong K.M., and Corman C.: Childhood onset of alcohol abuse. American Journal Orthopsychiatry 49: 511-513. July 1979.
- 35.- Natera G. and Orozco C.: Opiniones sobre el consumo de alcohol en una comunidad semirural. Salud Pública México XXIII 472-482 1981.
- 36.- O'leary O.R., Speltz M.L., Donovan H., et. al.: Implicit pre-admission screening criteria in a alcoholism treatment program. American Journal Psychiatry 136: 1190-1193. Sept. 1979.
- 37.- Orozco C.E.: La mujer alcohólica. Literatura Centro de Integración Juvenil Puebla 1-15 1982.
- 38.- Pottenger M., Mackernon J., Patrie L.S., et. al: Prevalency and persistence of depressive symptoms in the alcohol abuser. Journal Nerv. Mental Disease 166: 562-570 August 1979
- 39.- Reynald S., Natera G., Almendares J.B.: El alcohol y sus problemas en tres países de las Américas. Prescripción Médica 16: 19 Octubre 1983
- 40.- Roman G.M., Begert P.J.: Abuso de alcohol en Estados Unidos y en la Unión Soviética. Divergencia y convergencia en la política e ideología: Social Psychiatry 14: 207-216. 1979.
- 41.- Sarabia F., Bowden Ch.: Computerized Tomographic evidence of cerebral atrophy in heavy drinkers. South Medical Journal

- 73: 716 - 718. June 1980.
- 42.- Schukit M. A., Hampton A. and Miller L. : There rear follow up of elderly alcoholic. Journal Clinical Psychiatry 41: 412 413. December 1980.
- 43.- Steinglass P. : Assessing families in their own homes. American Journal Psychiatry 137: 1523 - 1528. December 1980.
- 44.- Steinglass P. : The alcoholic family home : Patterns of interaction in dry, wet and transitional stages of alcoholism. American Journal Psychiatry 30: 578 - 584. 1981.
- 45.- Steinglass P. : The impact of alcoholism on the family. Journal of studies on alcohol 42: 288 - 301. 1981.
- 46.- Uleary M. R., Donovan M. E. : Relation ship of alcoholic personality subtypes to treatment follow up. Journal Nerv Mental Disorder 168: 475 - 480. August 1980.
- 47.- Velasco F. S., Ganlochip L. A., and González G. L. : El alcoholismo. Revista de la Facultad de Medicina XLX (11-12): 6 - 27. 1976.
- 48.- Virkkunen M. : Alcoholism an antisocial personality. Acta -- Psychiatry Scand 59: 493 - 501. May 1979.
- 49.- Whalley L. J. : Sexual adjustment of male alcoholics. Acta Psychiatry Scand 58: 281 - 288. October 1979.
- 50.- Wessman M. M., Myers J. K. : Clinical depression in alcoholics. American Journal Psychiatry. 137: 372 - 373. March 1980.
- 51.- Wolin S. J., Bennet L. A. , Noonan D. I. : Family rituals - and recurrence of alcoholise over generations. American Journal Psychiatry 136 : 589 - 593. April 1979.

Comunicado
1327621

Dr. Ernesto Corona
Medico Familiar
Coordinador Departamento Clínico
UMF No. 1 IMSS. Puebla

1524/43

Dr. Alberto Aparicio Rosas.
Coordinador Estatal
Residencia de Medicina Familiar
(autorización de impresión).

1524/43 H5563356

Dr. José Alberto Venicio Galeco
Residente del segundo año
Especialidad: Medicina Familiar