

11226
28/1/86



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD
EN LA FAMILIA**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTADA POR

JOSE DE JESUS CESAR ORTEGA Y JIMENEZ



IMSS

U.M.F. No. 2

I.M.S.S.

PUEBLA, PUE.

1984-86

FALLA DE ORIGEN



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

	PAG.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	2
a) Historia	3
b) Factores causales del alcoholismo	7
c) Factores Psicológicos	10
d) Factores Biológicos	12
e) Factores Genéticos	13
f) Factores Socioculturales	15
TOXICIDAD Y ALCOHOLEMIA	30
a) Intoxicación alcohólica	31
CRITERIOS PARA HABLAR DE ALCOHOLISMO	34
METABOLISMO DEL ALCOHOL	38
EL MECANISMO GENERICO DE DAÑO ALCOHOLICO AL MICRONIVEL - CONSECUENCIAS DEL DAÑO AL MACRONIVEL	42
a) El tejido nervioso	43
b) El sistema endocrino	44
c) El hígado	44
d) El páncreas	47
e) El tubo digestivo	47
f) Síndrome fetal alcohólico	47
g) Miocardio	48
h) Músculo estriado	48
i) Otros	48
DAÑO FETAL EN EL EMBARAZO DE MUJER ALCOHOLICA	49
ALCOHOLISMO Y GENETICA	51
a) Efectos teratogénicos del alcohol	52
b) Alteraciones del Sistema Nervioso Central	52
c) Deficiencias del crecimiento y desarrollo	53
d) Alteraciones faciales	54

	PAG.
DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO -----	55
a) Síntomas Iniciales -----	57
b) Síntomas Intermedios -----	57
c) Síntomas Tardfos -----	58
INTERACCION DEL ALCOHOL CON LOS MEDICAMENTOS -----	61
ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA -----	64
GENERALIDADES -----	65
SEMIOLOGIA DE LA VIOLENCIA EN EL ALCOHOLICO -----	67
EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO Y DELITO EN MEXICO -----	73
PATOGENIA DEL ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA -----	77
a) Alcoholismo y suicidio -----	77
EPIDEMIOLOGIA DE LOS ACCIDENTES AUTOMOVILISTICOS Y ALCOHOLISMO -----	79
LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL EN MEXICO Y -- ESTRATEGIAS PARA PREVENIRLOS -----	80
DESARROLLO HISTORICO, CLASIFICACION Y DEFINICION DE CONCEPTOS CLAVES FUNDAMENTALES -----	81
ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL -----	83
1) Marco teórico de referencia -----	84
2) Organismos y mecanismos coordinadores -----	84
3) Recopilación de información básica y específica -----	86
4) Mecanismos de evaluación -----	87
5) Adopción de políticas -----	88
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO -----	92
MANEJO PSICOTERAPEUTICO DEL ENFERMO ALCOHOLICO -----	101
ASPECTOS PSICODINAMICOS DEL ENFERMO ALCOHOLICO -----	103
OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA EN EL ALCOHOLICO -----	105
PSICOTERAPIA DE GRUPO -----	109
GRUPOS DIRIGIDOS Y DIFERENTES TIPOS -----	109
OTRAS ESTRATEGIAS PSICOTERAPEUTICAS -----	114

	PAG.
ALCOHOLISMO Y DINAMICA FAMILIAR -----	118
MATERIAL Y METODOS -----	124
1) Cuestionario -----	125
2) Prueba Michigan para la detección del alcoholismo ----	129
3) Evaluación de la Prueba Michigan -----	131
RESULTADOS -----	132
GRAFICAS :	
EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA	
1) Grado de escolaridad del padre de familia -----	136
2) Papel del Padre en la familia -----	137
3) Papel de la Esposa en la familia -----	138
4) Relaciones Interpersonales -----	139
5) Dinámica Familiar (Organización del Grupo) -----	140
6) Integración Familiar -----	141
TABLAS :	
A) Ocupación del Padre de Familia -----	142
B) Familia de Origen (esposo) -----	143
C) Familia de Origen (esposa) -----	144
D) Estudios de Grupos -----	145
RESUMEN -----	146
JUSTIFICACION -----	149
CONCLUSIONES -----	150
BIBLIOGRAFIA -----	151

INTRODUCCION

Desde tiempos inmemorables, en que el vino fue elaborado en forma casual, el hombre se aficionó a tomarlo por su gusto y efectos -- psicológicos agradables que producía. No obstante, estas experiencias gratificantes tomaron tal afición en un hecho continuo y descontrolado. Y, de este modo, surgió desde aquel entonces la individual y socialmente grave entidad nosológica conocida con el nombre de alcoholismo.

En los pueblos de la antigüedad, el alcohol era ingerido sólo por los sacerdotes y altos dignatarios. Desde luego que el carácter ritual de esta ingestión no evitaba las repercusiones psicossomáticas en el individuo. Se considera que las primeras alteraciones en la dinámica de la familia aparecieron cuando el consumo del alcohol se extendió más allá del reducido círculo de las castas sacerdotales y gobernantes.

Así pues, con el paso del tiempo, el alcoholismo llegó a afectar a la sociedad en general. Y, por tratarse de un mal en constante aumento y por la dependencia física y psicológica que genera en los pacientes que lo sufren, desde hace algunos años el alcoholismo ya no es considerado un vicio sino una farmacodependencia; es decir, una enfermedad crónica de muy complicada etiología biológica, psicológica y social.

El presente trabajo de investigación pretende mostrar un panorama concreto de las alteraciones de orden biológico y psicosocial que ocurren en el paciente alcohólico y su entorno. Espero que sea de utilidad, no sólo para el individuo directamente afectado, sino también en la terapia de apoyo familiar.

ANTECEDENTES

Aunque el alcoholismo es tan antiguo como la humanidad, apenas -- hasta alrededor del 1800 fue considerado como enfermedad por el -- médico Thomas Trotter.⁽¹⁾ Pero no es sino aún más recientemente en -- 1954, cuando se logra precisar claramente una definición de la -- entidad. Tal definición, propuesta por la OMS, dice: "El alcoho-- lismo es una enfermedad crónica o desorden de la conducta, carac-- terizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, de for-- ma 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".⁽²⁾

El exceso en los placeres y las comodidades que la sociedad faci-- lita constituye una tendencia humana que la mayoría de los indivi-- duos manejan y pueden resistir la mayor parte del tiempo. El abu-- so del tabaco, del alcohol y de otras drogas, comer en exceso y -- la promiscuidad sexual son algunas de las formas por medio de las -- cuales los individuos buscan el placer momentáneo y el alivio a -- la tensión y a la ansiedad, a expensas de grave peligro para sus -- vidas.

El alcoholismo es un problema demasiado complejo para que se pue-- da considerar solamente como una ofensa criminal o espiritual, un -- mal hábito, una adicción, un estado tóxico o una enfermedad; es -- también una aflicción de la sociedad en sí; un problema de inte-- rés que compete no sólo al médico y al farmacólogo, sino también -- al antropólogo, al sociólogo, legislador, jurista, criminalista, -- penalista, abogado, trabajador social y al economista.

HISTORIA

Los estudios de las más antiguas culturas han encontrado evidencia del uso de bebidas alcohólicas desde la Edad de Piedra, en un periodo cercano a los 4000 años a. de J.C. Parece, pues, que el hombre ha bebido alcohol desde hace por lo menos 5000 años. No existe ninguna razón para suponer que lo ingería sólo para degustarlo. Tal vez el más viejo producto vegetal que se hizo fermentar fue la miel, e igualmente existen datos que inducen a creer que el agua miel de algunas plantas sirvió para hacer los primeros destilados. Si bien los irlandeses reclaman para ellos el conocimiento inicial de la destilación, los árabes se consideran -- los inventores, aun 200 años antes de aquéllos. El ingenioso proceso fue conocido también por los griegos y los chinos de la antigüedad. En verdad, las bebidas alcohólicas producidas por fermentación, a partir de un sorprendente número de sustancias, ocuparon su lugar prácticamente en todas las sociedades humanas y aún permanecen en ellas. Con todo derecho podemos deducir que los males psicológicos, físicos y sociales a que da lugar el consumo -- excesivo de alcohol han acosado a la humanidad desde que se integraron sus primeras comunidades.

Disponemos de testimonios escritos sobre el conocimiento que los egipcios, los antiguos hebreos, los griegos y los romanos tenían acerca del vino y otras bebidas (incluidos los licores); supieron de sus efectos, al menos los inmediatos, y se conservan las observaciones que hicieron sobre la conducta del individuo en estado -- de ebriedad. Desde el principio hubo la tendencia a relacionar -- las bebidas alcohólicas con el sentimiento religioso. Así fue -- como los egipcios dieron crédito a Osiris por haberles permitido conocer el vino, los hebreos a Noé y los griegos a Baco o Dionii--

sios. Todos creyeron que las acciones de sus dioses en este sentido eran buenas y contribuían a enriquecer sus tradiciones.

En el México prehispánico, el alcohol, representado por el octli o pulque, dejó también su huella impresionante en el aspecto social. Sobre el descubrimiento del pulque, la bebida típica entre los indígenas del altiplano mexicano, producto de la fermentación del aguamiel del maguey, Fernando de Alva Ixtlilóchitl, el historiador mexicano descendiente de una antigua familia de jefes chichimecas, nos cuenta que "habiendo heredado Tecpancaltzin el señorío de los toltecas, a los diez años de su reinado fue a su palacio una doncella muy hermosa llamada Xóchitl, acompañada de su padre Papatzin, a presentarle la miel de maguey que había descubierto. Prendióse el rey de la doncella y tras los episodios en esos casos naturales, acabó por seducirla, ocultándola en una fortaleza que había sobre el cerro Palpan, donde tuvo un hijo a -- quien le pusieron Meconetzin, que quiere decir "hijo del maguey". por recuerdo al origen de los amores de sus padres y el cual nació el año de acatl".

La importancia del pulque se ve sobre todo en el papel que desempeñaban en la religión de los dioses de la bebida y de la embriaguez. Eran los dioses lunares y terrestres de la abundancia, los cetzontotóchtin (cuatrocientos conejos) y también la diosa del maguey, Mayahuel. Por otra parte, sabemos bien que la interpretación del calendario adivinatorio era muy importante para el individuo, ya que la influencia del signo del día de su nacimiento lo dominaría hasta la muerte e incluso determinaría su vida en el otro mundo. Quien nacía en el signo 1 Ocelotl, por ejemplo, moriría como prisionero de guerra, y a quien le tocara el 4 Itzcuin--tli sería rico y próspero aunque no se esforzara en absoluto en conseguirlo. El signo Ome tochtli profetizaba para su poseedor --

una tragedia: sería afecto a la embriaguez.

El ilustre religioso español Fray Bernardino de Sahagún nos dice al respecto: "decían que cualquiera que naciera bajo ese signo -- sería borracho, inclinado a beber vino y que no buscaba otra cosa sino el vino, no se acuerda de otra cosa sino del vino y en des--pertando en la mañana lo bebe, y así cada día anda borracho y aun lo bebe en ayunas y amaneciendo luego se va a la casa de los ta--barneros, pidiéndoles por gracia el vino; y no se puede sosegar - sin beber vino". El conejo era, pues, considerado como un símbolo de los dioses del pulque, en honor de los cuales se celebraban -- fiestas y banquetes en los que se bebía el octli. Entre todos los dioses destacaba la diosa Mayahuel, a quien se representaba vestida de blanco, que es el color del pulque, sentada sobre un maguey con sus hojas tiesas ligeramente curvas y con espinas en sus ex--tremos. Era frecuente que junto a ella se pintara una olla de pulque, saliendo de su boca la espumosa bebida y traspasada con una flecha que quizá expresara la idea de castigo, ya que beber pul--que fuera de ciertas ceremonias era tenido por un crimen. Alguna versión señala que todas las culturas del altiplano consideraban el pulque como una bebida sagrada sólo permisible a los sacerdo--tes, a los guerreros y a los que iban a morir, en tanto que el -- resto de la población podía consumirlo una vez al año, pero sin - llegar a la embriaguez.

También es verdad que se le ha atribuido al pulque, desde aquella época, virtudes curativas. Se dice que el propio Hernán Cortés, - asombrado por las propiedades del pulque que se vendía en los - tianguis (mercados) de Tlatelolco, escribió a Carlos V una carta de relación sobre sus efectos en las mujeres débiles y su acción benéfica en las articulaciones. Felipe II envió al doctor Francisco Hernández a investigar los efectos del pulque en las artritis

y en ciertos padecimientos intestinales. Hoy sabemos ya lo suficiente para descartar tales supuestos y nos debe interesar el estudio de los efectos a largo plazo de una ingestión prolongada de fuertes cantidades de alcohol, sin importar la clase de bebida -- que lo contenga.

Otra bebida típicamente mexicana, que al parecer ya se conocía en la época de las culturas indígenas, es el tequila, aguardiente -- obtenido de la fermentación y destilación de un agave que se cultiva en tierras de temporal en los estados de Jalisco, Nayarit y Guanajuato.

Siguiendo el relato de Ramón Michel Ochoa que aparece en la bien documentada Enciclopedia de México que dirige José Rogelio Alvarez, diremos que fue, al parecer, la tribu de los tiquilla o tiqui los la que elaboró esta bebida en Amatitlán, una vez que aprendieron a cocer el cogollo del maguey y su proceso complementario. Se dice que sólo tomaban tequila los sacerdotes y los ancianos. Según el médico español Jerónimo Hernández (allí por el año de 1651) era usado por el pueblo para la cura, por frotación, de la falta de movimiento en las articulaciones.

FACTORES CAUSALES DEL ALCOHOLISMO

En el año 1977, la OMS publicó un trabajo editado por los más destacados especialistas en el campo del alcoholismo. El principal objetivo de este trabajo fue aclarar conceptos relativos a esta enfermedad. Se propuso, por ejemplo, llamar "Síndrome de dependencia del alcohol" a lo que comúnmente conocemos como alcoholismo. Sin duda el síndrome existe, aunque científicamente no se esté en posición de clasificar la dependencia del alcohol como una condición de etiología conocida y de expresión patológica totalmente establecida conforme a lo que generalmente se conoce como "historia natural de la enfermedad". Al hablar de la etiología, se parte de las siguientes premisas:

- a) Se puede identificar un conjunto de síntomas y signos relacionados con lo que se conoce como alcoholismo, o como "adicción al alcohol".
- b) El síndrome es multifactorial y existe en grados.
- c) Las incapacidades de cualquier individuo, relacionadas con el consumo excesivo de alcohol, son susceptibles de un análisis multifactorial, aunque el individuo no sea un verdadero farmacodependiente.
- d) El síndrome de dependencia del alcohol es una condición diagnosticable, en la que los factores ambientales y sociales juegan un papel importante e interactúan con los que son propiamente orgánicos o biológicos.
- e) El síndrome se caracteriza porque el sujeto afectado manifiesta alteraciones de la conducta, de la subjetividad y del organismo y sus funciones.

Un enfoque como éste obliga a abandonar, desde el principio, las expectativas de encontrar una sola causa del alcoholismo.

Es probable que buena parte del rechazo que los médicos generales sienten hacia el tratamiento del alcoholismo se deba a la incertidumbre de la etiología. La incapacidad para identificar una causa específica puede llevar a pensar que ningún tratamiento es racional, lo que sería desafortunado. A pesar de la mezcla de los datos bien conocidos con la fantasía, las hipótesis y la información errónea, sabemos lo suficiente sobre la patogenia del alcoholismo para actuar con interés profiláctico y terapéutico en beneficio afectivo de los pacientes. Pero es necesario insistir y dejar muy en claro este punto: para comprender el alcoholismo y sus problemas asociados, se debe señalar que la gran mayoría de las autoridades en la materia están de acuerdo en que no existe una causa única, sino una interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan esta grave farmacodependencia.

De acuerdo con los estudios del Dr. Plaut, los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que:

- 1) Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma (quizás determinada fisiológicamente) que les permite experimentar intenso alivio y relajación.
- 2) Poseen ciertas características de la personalidad que les impiden enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.
- 3) Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

Estos puntos constituyen indudablemente un buen modelo que resume bien los diferentes factores que se invocan respecto del problema del alcoholismo. En definitiva, mientras más estudios se acumulan, más claramente se ve que hay una gran variedad de circunstancias significativas en torno a la bebida, que son diversos los tipos - de personal de quienes se convierten en alcohólicos y que existen muchas "razones" para empezar a beber y continuar bebiendo hasta alcanzar un nivel peligroso.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Desde hace muchos años, sobre todo bajo la influencia del psicoanálisis, la búsqueda de una "personalidad alcohólica" o de los rasgos de carácter "típicos del alcohólico" ha llevado a diversos autores a sostener hipótesis que de hecho son divergentes unas de otras y aun contradictorias. Tienen la intención común de poner en evidencia las tendencias específicas que dentro del plano etiológico llevan a los individuos al consumo excesivo del alcohol. Pero no existe una "personalidad alcohólica" definida, ni hay rasgos que puedan "explicar" el origen o la evolución del alcoholismo; nada de lo que se ha argumentado al respecto ofrece seguridades para diagnosticar el "potencial patológico" de los individuos.

Los estudios clínicos más serios, aquéllos que no intentan forzar los hechos para que concuerden con la teoría escogida, demuestran la pluralidad de personalidades entre los alcohólicos. Por lo tanto, no debemos conceder importancia especial a ciertas teorías psicodinámicas, como aquella que sostienen que el impulso básico hacia el consumo obsesivo de alcohol es la homosexualidad latente cuya represión se logra mediante la intoxicación sostenida. Tenemos que aceptar que las explicaciones psicodinámicas no pueden ponerse en términos científicos y por ello las recordamos en sus expresiones originales. La más clásica describe al individuo alcohólico como una persona pasiva-dependiente ("oral"), por lo que el alcoholismo no es más que la falta de superación de una etapa psicosexual. Pero otros puntos de vista, dentro del enfoque psicodinámico, incluyen la hipótesis de que la ingestión excesiva de alcohol protege al individuo contra un sentimiento de minusvalía, o bien le permite alcanzar la sensación de mayor poder. Se ve al alcohólico como un ser inmaduro que necesita beber para sentirse

poderoso, algo que la realidad de todos los días no le proporciona. Esto "explicarla", se dice, por qué la incidencia del alcoholismo es considerablemente más baja en mujer: su dependencia social es tolerada y no tiene que recurrir al alcohol para cambiar su realidad. Pero, aparte de que estas hipótesis muestran el problema de la imposibilidad de separar las causas de los efectos, tienen limitaciones prácticas tanto en el tratamiento como en la prevención del alcoholismo. Tampoco se apoya en la observación científica el supuesto de que esta farmacodependencia expresa un intento de escapar de los sentimientos de culpabilidad, e incluso de ocultar la incapacidad para dar o aceptar sentimientos genuinos.

Algunos investigadores han señalado que las características más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes: se trata de persona neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduros, tendientes al aislamiento, dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad e indignidad. También se dice que suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia privación emocional y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares; pero la verdad es que todas estas características de la personalidad, así como las experiencias infantiles señaladas, pueden darse en individuos que desarrollan diferentes formas de neurosis e incluso en quienes alcanzan un desarrollo normal de la personal. Por último, es conveniente recordar que ciertos estudios clínicos han demostrado, sin dejar dudas, que el alcohol no disminuye la ansiedad ni la depresión en los bebedores crónicos, como podría creerse, y que, por otra parte, sí acentúan otros problemas psicológicos, como la culpabilidad y la pérdida de la autoestima.

FACTORES BIOLÓGICOS

En muchos textos sobre alcoholismo se dedica un amplio capítulo a los factores biológicos, que bien pueden ser divididos para su mejor discusión en fisiológicos y genéticos. La explicación de esta tendencia generalizada es que los aspectos biológicos de cualquier fenómeno patológico son más objetivamente abordables, lo cual no quiere decir que se les considere más importantes que los psicológicos o sociales. Si bien es cierto que la investigación de los cambios ocurridos en el organismo del individuo alcohólico está sujeta al método científico, debemos reconocer que tales cambios bien pueden ser el resultado de una intensa y prolongada ingestión del alcohol. Aquí también, entonces, encontramos el problema de distinguir causas y efectos. Sin embargo, la asociación de cambios fisiológicos y la ingestión de bebidas alcohólicas es un campo absolutamente válido para la investigación, aunque quizás resulte de mayor trascendencia para la clínica y patología, no tanto para el estudio de la etiopatogenia del síndrome de dependencia del alcohol.

Empecemos por los factores fisiológicos. En los últimos años se ha prestado una gran atención al estudio del metabolismo del etanol, las respuestas orgánicas que provoca y su influencia sobre la evolución de la enfermedad, con su cortejo de complicaciones físicas y psicológicas. Pero, aunque de estas investigaciones se han obtenido conocimientos de indudable utilidad, queda aún sin respuesta la pregunta de si el alcoholismo es una mera aberración fisiológica.

La naturaleza del proceso adictivo, el desarrollo de los cambios fisiológicos a nivel de todo el organismo y de las alteraciones

del sistema nervioso central que definen la dependencia del alcohol son hasta ahora asuntos no bien conocidos; más allá del obvio requerimiento de la ingestión intensiva y prolongada de alcohol - para que se desarrollen la adicción y la tolerancia, los determinantes mismos de estas dos condiciones son aún problemas por aclarar, y permanecen sujetos a la investigación científica.

La etiología del alcoholismo no se define, según hemos visto, por los factores fisiológicos (al menos por ahora). Por otra parte, - en cambio, el papel que estos factores desempeñan en la evolución del alcoholismo es muy bien conocido en la actualidad. El alcohol tiene acción depresora sobre el sistema nervioso central determinada por la duración y la cantidad de la ingestión; una vez que ha sido metabolizado y sus efectos han desaparecido, el sistema nervioso reacciona con una mayor excitabilidad durante un período proporcional. Las manifestaciones clínicas mientras dura la acción depresora van desde fenómenos psíquicos relativamente simples hasta la depresión de centros vitales y la muerte. Los signos y síntomas de la excitabilidad secundaria se manifiestan por lo común "a la mañana siguiente", en forma de temblores y agitación, molestias que pueden ser aliviadas temporalmente con una nueva ingestión de alcohol. Este ciclo aparentemente inevitable se agrava hasta el punto en que el consumo de alcohol se convierte en una dependencia física y psicológica.

Veamos ahora los Factores Genéticos.

Los estudios hechos por diversos autores parecen demostrar la naturaleza familiar del alcoholismo, pero, de acuerdo con estos y otros estudios, la fuerza de los posibles factores familiares -- depende de la severidad del alcoholismo de las personas sometidas a la investigación. Cuando se trata de alcohólicos hospitali

zados, se puede afirmar que alrededor del 50% de los familiares - de primer grado (los padres, hermanos, hijos), sufre o sufrirá -- alcoholismo. Por supuesto, semejante tendencia familiar no implica necesariamente que existan factores genéticos, dado que las -- mismas influencias psicológicas y culturales afectan a todos los miembros del grupo familiar.

El estudio de gemelos es importante para establecer la naturaleza genética de los factores patogénicos. Se parte de una premisa: al comparar el grado de concordancia entre alcohólicos genéticamente idénticos (monocigotos) con el de los gemelos bivitelinos (dicigotos), se pueden obtener datos concluyentes sobre la importancia - de la herencia en el alcoholismo. De entre las investigaciones - que han sido calificadas como las más importantes, destaca la de Kaij en Suiza quien estudio a 174 pares de mellizos de los cuales uno de cada par por lo menos era alcohólico registrado en el Consejo de Temperancia. Reporto que habia una concordancia de 54% -- para el alcoholismo en los gemelos univitelinos o monocigotos, -- contra 28% para el caso de los bivitelinos o dicigotos. Igualmente, encontró que a mayor gravedad del síndrome en el primero de - cada mellizo identificado, mayor concordancia con su pareja.

Análisis posteriores de la muestra llevaron a concluir que el deterioro de la vida social y del funcionamiento cerebral de los -- alcohólicos es mayor en los monocigotos, existiendo una relación directa entre esta condición y el deterioro mismo.

Atendiendo a la valorización que de estas búsquedas hacen los autores de mayor influencia que ha pesar de la evidencia de que el alcoholismo está en cierta medida determinado genéticamente, la - herencia sola no explica la gran mayoría de los casos: la disposi ción constitucional, cuando existe en un individuo dado, tiene --

que conjugarse con los otros factores para alcanzar un valor patológico. Pero sería un grave error negar, la participación de la herencia en la precipitación del alcoholismo, como parece que lo hacen algunos investigadores de las causas ambientales. En todo caso, deberá tenerse en cuenta un hecho que se deduce inequívocamente de los estudios de Good Nin en Dinamarca; son muy altas las probabilidades de que el primogénito de los alcohólicos varones - sea también un alcohólico en la vida adulta (20% contra 5% del -- grupo control).

LOS FACTORES SOCIOCULTURALES

¿Por qué el alcoholismo se encuentra tan extendido en algunos grupos nacionales, culturales y religiosos, en tanto que es más bien raro o excepcional en otros?. Si tuvieramos una respuesta segura a esta pregunta encontraríamos la explicación etiopatogénica del consumo excesivo de alcohol; por desgracia no es así, a pesar de que uno de los caminos más prometedores en lo que toca a la búsqueda de las causas del fenómeno que nos ocupa es, precisamente, el estudio de los factores sociogenéticos precipitantes y coadyuvantes. Numerosos estudios han servido para señalar algunos hechos que indudablemente influyen sobre la incidencia o la ausencia del alcoholismo en los diferentes grupos sociales, las regiones y las naciones. Sabemos ya algo acerca de las diferencias socioculturales que influyen para acentuar el problema en el norte de Francia, y países como Suecia, Suiza, Polonia, Rusia y los Estados Unidos, en tanto que, permiten un índice de morbilidad relativamente bajo en Grecia, China e Israel. En general, las investigaciones más dignas de crédito demuestran que los grupos sociales con menor grupo de alcohólicos, tienen las siguientes características:

- a). Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluidas.
- b). Generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos.
- c). Las bebidas se consideran principalmente como alimentos, y se consumen generalmente en las comidas.
- d). Los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.
- e). No se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo. -- Así, el ingerirlas no es virtuoso o vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.
- f). La abstinencia es una actitud socialmente aceptable.
- g). En cambio, no es socialmente aceptable, el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.
- h). Finalmente existe un acuerdo completo respecto a lo que puede llamarse "las reglas del juego en el beber".

Estas características no deben ser olvidadas en los programas de prevención del alcoholismo. Tal vez se puede influir en algunas de ellas si es que ya las hay en la comunidad, con el fin de acentuarlas. Y donde no existen, quizás puedan crearse mediante la persuasión adecuada. Seguramente ninguna medida de este tipo bastará por sí sola para bajar los índices de alcoholismo, pero es evidente que en vista de los estudios tan concluyentes que hemos cita

do, coadyuvarán en la prevención primaria de esta farmacodependencia.

Por otra parte, estos hallazgos parecen apoyar las explicaciones que autores dan como base de ciertos "modelos sociológicos" : - - Bales, por ejemplo, basándose en la revisión de numerosos estudios culturales y transculturales, ha propuesto que existen tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo:

- a). El grado en el cual una cultura opera sobre los individuos -- para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas.
- b). Las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo de alcohol; y
- c). La medida en la que provee medios sustitutivos para la satisfacción de necesidades.

Como consecuencia lógica de sus tesis, Bales supone que una sociedad que produce tensiones internas agudas, como la culpabilidad, la agresión contenida, los conflictos sociales y la insatisfacción sexual, y cuya actitud hacia el alcohol es la de aceptarlo - utilitariamente como un reductor de tales tensiones, es una sociedad que tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos. Las actitudes de una cultura hacia el consumo de bebidas se clasifican, de acuerdo con este autor, en a). abstinencia; b) uso ritual en ceremonias religiosas; c). uso social en situaciones de convivencia; y d). uso utilitario, en el cual la "razón" para beber es individual. Esta actitud es la que se considera más importante en el plano de la patogenia del alcoholismo.

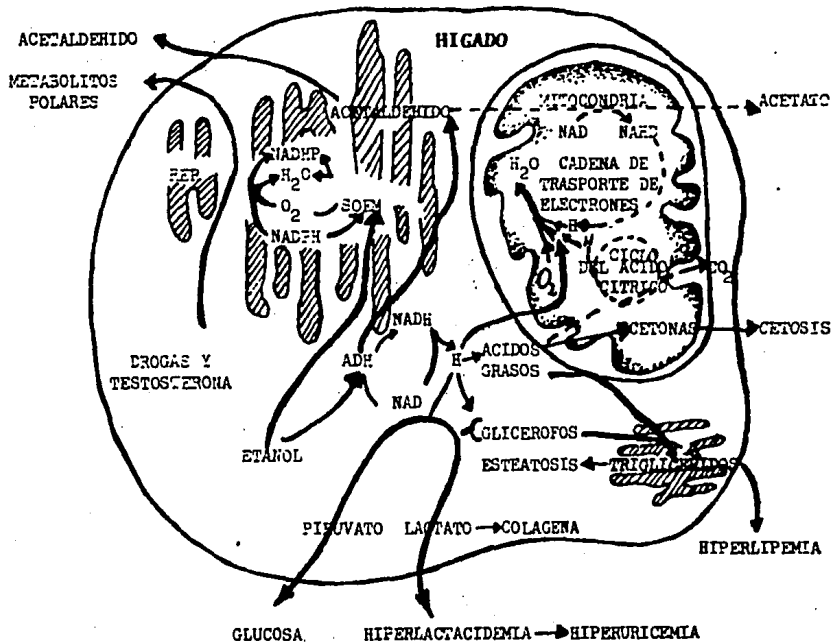
Una teoría interesante y de carácter subcultural, es la que propone que hay individuos que se sienten alienados de su propia sociedad, de la cual no aceptan ni asimilan los valores éticos. Este estado psicológico especial que recibe el nombre de "anomia", facilita la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas y en general a consumir drogas que causan dependencia. La anomia se define como el resultado de una ruptura en la estructura sociocultural, debido a un desfase y a una tensión excesiva entre las metas propuestas y los medios legítimos que pueden usarse.

Cuando se tiene la intención de valorar con mayor precisión los factores etiológicos del síndrome de dependencia del alcohol se puede pensar que los elementos más valiosos serían aquellos mejor definidos, reconocibles y demostrables. Así, sólo tomaríamos como verdaderos alcohólicos a los sujetos que han desarrollado una dependencia física traducida en el hecho de que la supresión de la ingestión de alcohol provoca el síndrome de abstinencia, estado patológico bien conocido y fácilmente diagnosticable.

Desde hace muchos años sabemos que la dependencia física se desarrolla sólo después de algunos años de beber excesivamente, pero desgraciadamente no es posible examinar este hecho mediante la observación experimental directa. El único camino es el de atenernos a la explicación que los sujetos hacen sobre su propia autoobservación, con todo lo que tiene de inseguro, dadas las distorsiones, olvidos y omisiones conscientes e inconscientes. Es sin embargo, la única manera de reconstruir la historia del desarrollo de la dependencia. Mello y Mendelson²³ estudiaron a 129 alcohólicos basándose en su propia reconstrucción de los hechos, llegando a la conclusión de que el volumen de alcohol consumido no permite predecir con certeza el tiempo que tomará el desarrollo de la dependencia y la aparición del síndrome de abstinencia.

Para la presentación de éste, parece necesario un mínimo de 2 - - años de ingestión excesiva de alcohol, y para la mayoría de los - sujetos estudiados (72%) se necesitaron al menos 5 años para llegar a la dependencia física inconfundible. El estudio arrojó otro dato interesante, como por ejemplo el de que si bien el desarrollo del alcoholismo parece ser independiente de la concentración de alcohol en la bebida preferida, la dependencia física se presenta más tardíamente cuando se trata de vino o cerveza, es decir de -- bebidas de bajo contenido alcohólico.

El uso excesivo de alcohol, puede producir cambios anatómicos más o menos graves en distintos aparatos y sistemas del organismo; -- los más frecuentemente afectados son el hígado, el páncreas y el sistema nervioso, aunque también existe daño en el músculo cardiaco y estriado, los órganos hematopoyéticos, el aparato genital, -- la piel y otros. Los mecanismos bioquímicos por los que el alcohol lesiona los diferentes tejidos y células han sido revisados -- recientemente y los datos demuestran en forma definitiva que el efecto tóxico del alcohol se debe a su transformación en acetal--dehído, un metabolito que actúa inhibiendo a los cofactores en -- las reacciones de óxido-reducción y en la generación de energía -- por la mitocondrias (Fig.1)



Sin embargo, es posible que éste no sea el único mecanismo por el que el alcohol produce daño tisular; también se conoce desde hace tiempo que el sujeto alcohólico muestra con frecuencia dos tipos de alteraciones graves, que pueden o no estar directamente relacionadas con su toxicidad, que son cambios secundarios o desnutrición avanzada e infecciones respiratorias y de otros sitios.


El alcohol etílico a cualquier dosis es depresor del sistema nervioso central, y a muy altas dosis es capaz de producir un estado

de coma tóxico metabólico.

La toxicidad aguda de esta sustancia va a depender :

- 1). Del acostumbramiento del sujeto. El sistema nervioso puede -- adaptarse al alcohol, sin descenso importante en su función, -- si el sujeto acostumbraba previamente ingestión frecuente de bebidas alcohólicas; es decir si existe "tolerancia". Es común ver que la gente acostumbrada, digamos, a tomar vino en -- las comidas, tolera mucho mayor cantidad de alcohol que aquel que ingiere licor muy de vez en cuando.
- 2). Del tipo de licor. Los hay con mucha concentración alcohólica y los hay con poca. Hay alcoholes que por su toxicidad pueden incluso causar la muerte (metanol). En las tablas 1 y 2 se -- señalan los procedimientos para calcular el contenido de alcohol de las diferentes bebidas; para ello es necesario conocer la graduación alcohólica (en grados Gay-Lussac o grados -- "proof") y la cantidad en milímetros que será ingerida o que contiene una copa o una botella.

Tabla 1	
¿Cómo calcular el contenido de alcohol de una bebida?	
1o. CONOCER GRADUACION ALCOHOLICA DE LA BEBIDA	
a) Grados Gay-Lussac:	Porcentaje de alcohol en ml, a 15°C de temperatura (en 100 ml de la bebida)
* Ejemplo =	Cerveza de 5° GL: contiene 5 ml de alcohol por c/100 ml
b) Proof:	El más utilizado; corresponde al doble de graduación en la escala Gay-Lussac
* Ejemplo =	Whisky 86° Proof = 43° GL
(CFB-ICHR)	

Tabla 2	
¿ Cómo calcular el contenido de alcohol de una bebida?	
2o. TRANSFORMAR <u>ml</u> a <u>gr</u> DE ALCOHOL	
a) La densidad del alcohol es 0.79 POR LO TANTO 1 ml de ALCOHOL = 0.79 gr	
b) Si se conocen los ml de alcohol de una bebida, se multiplica la cifra por 0.79 y con ello se obtiene la cantidad en gramos	
* Ejemplo	1 bote de cerveza 5°GL=340 ml
	$\frac{340 \times 5}{100} = 17 \text{ ml de alcohol}$
	17 ml x 0.79 = 13 gr de alcohol
	(CFB-ICH)

Los licores fuertes (ginebra, vodka, tequila, ron, brandy, cognac) contienen entre 38 y 50°GL (tab. 3 y 8).




	L I C O R E S		3
	o/ "Jigger" * 	"Jigger" ** 	>
	°GL 30 ml	42 ml	
GINEBRA EXTRA SECA	50° 15 ml (12 gr)	21 ml (17 gr)	
VODKA IMPORTADO	45° 14 ml (11 gr)	19 ml (15 gr)	
WHISKEY	43° 13 ml (10 gr)	18 ml (14 gr)	
TEQUILA	42° 13 ml (10 gr)	18 ml (14 gr)	
RON JOVEN COGNAC			
BRANDY IMPORTADO	40° 12 ml (9 gr)	17 ml (13 gr)	
GINEBRA SECA VODKA NACIONAL			
RON AÑEJO BRANDY NACIONAL	38° 11 ml (9 gr)	16 ml (13 gr)	CFB-

Tabla 3

Puede verse en esas tablas como una dosis usual de 30 ml aporta - por copa o bebida entre 9 y 12 gr de alcohol (12 a 15 ml) dependiendo de la graduación de cada bebida. Esto es cuando la medida para servir la copa corresponde al "jigger" pequeño de una onza; (30 ml); cuando se utiliza el "jigger" mayor, de una y media onzas o de 45 ml, la cifra de contenido alcohólico sube a 13 grs, - para el caso el ron joven o el brandy o el cognac, o hasta 17 gr de etanol en el caso de la ginebra extraseca. Los vinos tipo jerez (aperitivos) están entre 16 y 23°GL (16°vermouth, 17°jerez, - 20°el oporto, 23°licores de frutas) (ver tabla 4).





		VINO APERITIVO		4
		°GL	"Jigger" * 30 ml 	"Jigger" ** 42 ml 
LICOR DE FRUTAS O SIMILARES		23°	7 ml (6 gr)	10 ml (8 gr)
OPORTO		20°	6 ml (5 gr)	8 ml (7 gr)
JEREZ		17°	5 ml (4 gr)	7 ml (6 gr)
VERMOUTH		16°	5 ml (4 gr)	7 ml (6 gr)

Tabla 4

La cerveza mexicana contiene menos de 6 ml de alcohol en cada 100 ml, (o sea que su graduación es de menos de 6°GL) (ver tabla 5).



		CERVEZA		5
	°GL	340 ml 	940 ml 	≈ 3
CERVEZA	6° *	17 ml (13 gr)	47 ml (37 gr)	CFB-

Tabla 5

Por lo que en una botella o bote de 340 ml tiene 13 gr. (17 ml) de alcohol. La graduación de los vinos de mesa blancos es de 9 a 11° GL, y la de los vinos tintos de 11 a 12.5°GL. (así como el champagne) (ver tabla 6).




VINO de MESA				6
	°GL	84 ml 	1/2 botella 375 ml + 4.5 copas 	1 botella 750 ml + 9 copas 
VINO TINTO	12.5°	11 ml (8 gr)	47 ml (37 gr)	94 ml (74 gr)
	12°	10 ml (8 gr)	45 ml (36 gr)	90 ml (71 gr)
	11°	9 ml (7 gr)	41 ml (33 gr)	83 ml (65 gr)
VINO BLANCO	10°	8 ml (7 gr)	38 ml (30 gr)	75 ml (59 gr)
	8.8°	7 ml (6 gr)	33 ml (26 gr)	66 ml (52 gr)
				CFB-

Tabla 6

En cada copa de vino tinto de 84 ml existen 8 grs de etanol; en cada copa de vino blanco también de 84 ml hay 7 grs de alcohol. En general una botella de vino tinto contiene 65 a 74 grs de alcohol, y una de vino blanco entre 52 y 59 grs. A manera de resumen, en la tabla 7 se señala el contenido de alcohol en cada "trago" o "copa" de acuerdo a la cantidad usual que suele servirse de cada uno de ellos.

ALCOHOL (ml y grs) Y ALCOHOLEMIA









CANTIDAD Y TIPO DE BEBIDA	°GL	1 COPA	ALCOHOLEMIA 3 COPAS
 30ml DE <u>JEREZ</u>	(17°)	5 ml= 4 gr	30 mg %
 84 ml DE <u>VERMOUTH</u>	(16°)	13 ml= 11 gr	60 mg %
 42 ml DE <u>RON</u> O <u>BRANDY</u>	(38°)	16 ml= 13 gr	90 mg %
 42 ml DE <u>WHISKY</u> O <u>TEQUILA</u>	(42°) (43°)	16 ml= 14 gr	90 mg %
 42 ml DE <u>VODKA</u> O <u>GINEBRA</u>	(45°) (50°)	19 ml= 15 gr	90 mg %
 340 ml DE <u>CERVEZA</u>	(-6°)	17 ml= 13 gr	90 mg %
 84 ml DE <u>VINO TINTO</u> (12°)		10 ml= 8 gr	60 mg %
 84 ml DE <u>VINO BLANCO</u> (10°)		8 ml= 8 gr	45 mg % CFB-

Tabla 7

Y en la tabla 8 se muestra el contenido de alcohol en cada botella o media botella, de los licores fuertes.

INGESTION DE ALCOHOL EN BEBIDAS DESTILADAS 8
(VODKA, GINEBRA, WHISKY, TEQUILA, RON, BRANDY, COGNAC)






L	CANTIDAD DE BEBIDA	CONTENIDO DE ALCOHOL	MARGEN
I	 30 ml	13 ml = 10 gr	11-15 ml 9-12 gr
C	 42 ml	19 ml = 15 gr	16-21 ml 13-17 gr
O	 + 9 copas 362 ml	150 ml = 120 gr	138-163 ml 109-130 gr
R	 + 17 copas 725 ml	300 ml = 240 gr	276-326 ml 218-260 gr
E	 + 22 copas 930 ml	390 ml = 310 gr	353-465 ml 279-367 gr
S			CFB

Tabla 8

Debe decirse aquí que algunos consideran "bebedor fuerte" al sujeto que ingiere alrededor de 80 grs de etanol al día, mientras que por otra parte la mayoría de los estudios epidemiológicos asocian la cirrosis a un consumo mayor de 160 grs al día (120-180 grs de etanol al día, diario y durante 15 años al menos), y el síndrome fetal-alcohólico, a un consumo mayor de 150 grs diarios de etanol durante el embarazo.






3). De la relación entre ingestión-absorción con el metabolismo y excreción de alcohol. La rapidéz de la ingestión y desde lue-

go la cantidad, son de gran importancia. El organismo tolera mucho mejor la ingestión lenta y escasa que la aguda y masiva. El 20% de lo ingerido se absorbe rápidamente en el estómago - (absorción precoz) lo que hace detectar el alcohol a los 5 -- minutos (químicamente o subjetivamente), pero el 80% se absorberá posteriormente en el intestino (absorción tardía, que es mucho más importante en cantidad). De acuerdo con esto, hay una reacción subjetiva precoz a la ingestión de un trago de bebida alcohólica y una tardía mucho mayor, lo que es factor de importancia en la intoxicación alcohólica, pues, quiere -- decir que los síntomas molestos irán muy retrasados en su -- aparición respecto a la ingestión; retarda la absorción el -- hecho de que el estómago esté ocupado, especialmente leche, -- es frecuente el piloroespasmó factor que coopera aún más a -- retardar la absorción completa de una dosis, puede retardarse de 2 a 6 hrs o más. También el tipo de bebida influye en la -- absorción del alcohol que contiene; los residuos de cerveza -- hacen que la absorción de alcohol de esta bebida sea más lenta que la de cualquier otra. Todo ello hace verlo tardío y -- prolongado del alcohol, de lo peligroso de la sumación de -- efectos si se continua bebiendo largamente. En general, el -- alcohol absorbido llega a su máxima concentración sanguínea -- al cabo de una o sólo media hora después de ingerida con excepciones previas.

Por otra parte, 90-95% del alcohol absorbido es oxidado a acetaldehído, básicamente en el hígado (80%), formado por CO_2 y H_2O a una lenta velocidad de 5-10 ml por hora; sólo un 5-10% se excreta en la orina. La unión de esta oxidación excreción hace que la -- alcoholemia en la sangre disminuya con lentitud, entre 15 y 20 -- mgs % por hora lo que equivale que el alcohol desaparece del organismo a una velocidad entre 120 a 150 mgs X kg X cada hora. Sin --

embargo son numerosos los factores que afectan también el metabolismo y eliminación de alcohol y entre ellos están : La dosis ingerida por si misma, los ritmos biológicos (dependientes de edad, sexo, raza, estado hormonal y capacidad metabólica del hígado), - la ingestión de medicamentos, la ingestión de alimentos (el ayuno reduce la velocidad de su metabolismo, mientras que la ingestión previa lo aumenta), lo agudo o crónico de la ingestión alcohólica factores genéticos, el stress y otros factores más. El anciano -- tiene un menor volumen de distribución y menor capacidad metabólica por lo que se intoxica fácilmente.

Se ha señalado que la capacidad máxima del organismo para metabolizar el alcohol, en un día es de 400 a 500 ml (alrededor de 355 grs) de etanol cantidad equivalente a una y media botella de whisky, tequila o ron. El sujeto alcohólico no hepatópata puede metabolizar 100 grs más en cada día (tablas 9, 10 y 11).

1 "BEBIDA" = 11 A 15 gr DE ALCOHOL		9
= 	42 ml de whisky, ron, brandy, tequila o vodka	
= 	340 ml de cerveza	
= 	84 ml de jerez	
= 	2 copas de vino (de 84 ml c/u)	
= 	42 ml de brandy o cognac	CFB-

PESO	ALCOHOLEMIA
64 kg	30 mg%
73 kg	< 30 mg%
82 kg	<< 30 mg%

Tabla 9



ALCOHOLEMIA (mg%) APROXIMADA SEGUN CANTIDAD DE COPAS
INGERIDAS / 1 HORA Y PESO DEL SUJETO 10

No. DE "BEBIDAS" (1 "BEBIDA" = 13-19 ml. ó 11-15 gr. alcohol)*

PESO EN Kg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45	40	90	130	180	220	260	300	350	390
55	40	70	110	140	180	220	250	290	330
64	30	60	90	120	160	190	220	250	280
73	30	50	80	110	140	160	190	220	250
82	20	50	70	100	120	140	170	200	220
91	20	40	60	90	110	130	150	170	190

*Esta cantidad de alcohol se encuentra en 42 ml de whisky, 340 ml de cerveza, 42 ml de coñac, 84 ml de vermouth o bien en 2 copas de vino de mesa de 84 ml c/u.

CFB

Tabla 10

Tabla 11

¿Cómo calcular la alcoholemia esperada de un sujeto?

Conocer

- 1) Cantidad de "bebidas" ingeridas, Utilizaremos como concepto de "bebida" aquella que contiene entre 11 y 15 gramos de alcohol (ver Tablas 7 y 9).
- 2) Tiempo consumido en la ingestión.
- 3) Cantidad de alcohol metabolizado en ese lapso. Este se calcula multiplicando dicho lapso, en horas, por 15 ya que en cada hora se metabolizan 15 mg% de alcohol.

Proceder así

- A) Relacionar en la Tabla 10 el "número de bebidas" ingeridas, con el peso del sujeto en cuestión.
- B) A la alcoholemia así calculada, restar el alcohol metabolizado en el lapso transcurrido para su ingestión. De esta manera se podrá conocer el nivel de alcohol en la sangre que tendrá dicho sujeto, - al final del lapso en que estuvo tomando.

TOXICIDAD Y ALCOHOLEMIA

La intoxicación alcohólica aguda de grado discreto es importante en la medida que deje molestias psico-fisiológicas residuales una vez excretado el alcohol. La intoxicación grave en cambio, pone en peligro la vida al producir un estado de coma con edema cerebral, insuficiencia respiratoria central o shock; son posibles otras complicaciones como las neumonias por aspiración, traumatismos, etc.

Por su importancia práctica se ha discutido mucho el problema de en que momento considerar a un sujeto intoxicado por alcohol. La cuantificación de la alcoholemia es desde luego un índice muy - - útil para acercarse a este problema. Se considera que la cifra de 30 mgs por ciento altera poco o nada la capacidad de juicio, la de 100 mgs por ciento ya produce ataxia; la de 150 mgs por ciento implica intoxicación de grado mediano (ebriedad incompleta); la de 150-200 mgs por ciento es marcada (ebriedad completa); la de 300 mgs puede orillar al estado estuporoso; la de 400 mgs por ciento implica muy grave intoxicación en la totalidad de los casos (incluso en alcohólicos) pudiendo ser fatal por arriba de los 450 mgs por ciento, todo esto según los preceptos médicos forenses vigentes en la República Mexicana, ver tablas 18 y 19.

2. INTOXICACION ALCOHOLICA

1.- Fase Incipiente o de Leve Intoxicación (50 a 100 mgs por ciento = a Euforia).

El sistema nervioso es el afectado y clínicamente el llamativo, - pues fuera de ello no hay trastorno cardiocirculatorio ni metabólico significativo. Pudiera aparecer vasodilatación de origen central, leve, con aumento de flujo sanguíneo a la piel, rubefacción de la misma y sudoración.

Clínicamente el aspecto de estos sujetos sería el de una "estimulación" a nivel de sistema nervioso central; se cree que es una estimulación indirecta ya que fisiológicamente lo que ocurre es depresión por inhibición del sistema reticular que así "libera" a la corteza cerebral produciendo alteración en las funciones intelectivas, volitivas, emotivas, etc., disgregando la personalidad, desfigurando la realidad, provocando euforia, confianza, valor, - desinhibición psíquica, sensación de una mejor capacidad de la expresión verbal, disminución de la sensación de fatiga y una serie de fenómenos que suelen ser agradables al sujeto. Una etapa más avanzada implica trastorno en el estado de alerta en la coordinación mental, disminución de la capacidad de trabajo mental, - muscular, visual y de reactividad así como ataxia.

2.- Fase de Intoxicación mayor con ebriedad incompleta (excitación confusión).

Aumenta la inhibición del sistema reticular activador y con ello las funciones de la vida de relación, corresponde a una alcoholemia entre 100 y 150 mgs/l. La vasodilatación es mayor pudiendo presentarse un flujo sanguíneo cerebral aumentado. El centro termo-

regulador disminuye su actividad, tendiendo a la hipotermia y a la hipotensión. Clínicamente presenta trastornos del habla, la visión, audición, integración del lenguaje, la reactividad al dolor, la memoria, ataxia y fenómenos como náusea, vómito y sudoración fría. El sujeto puede estar grandemente excitado y agresivo o puede ser de fácil manejo. En este estado puede requerirse ya de tratamiento.

3.- Fase de Gran Intoxicación o Ebriedad Completa : Confusión, -- estupor, coma y aún la muerte,

Se acentúa la inhibición del sistema reticular con profunda depresión mental y cuadro de estupor hasta coma (alucinaciones antes de llegar a él). Puede ocurrir edema cerebral por vasodilatación prolongada, con hipertensión intracraneana, puede producir shock por la gran vasodilatación periférica, suele deprimirse el centro respiratorio y producir hipoventilación. La alcoholemia suele ser superior a 400-400 mgs por ciento. Clínicamente los sujetos muestran estado de coma que se diferencia de los traumatizados de cráneo u otros comas por las pupilas midriáticas y el nistagmus. Habrá signos de shock diaforesis, piel fría, hipotensión arterial, taquicardia, oliguria, retención aguda de orina, respiración ruidosa y paro cardíaco o respiratorio. El paciente requiere tratamiento en la sala de terapia intensiva, si salva este cuadro puede complicarse con neumonía o sepsis, deshidratación, hemorragia de tubo digestivo, ictericia o hepatitis, pancreatitis aguda, -- nefritis, distensión abdominal aguda, en el cardiópata insuficiencia cardíaca, complicaciones por estado de shock, estado epiléptico y enfermedad vascular cerebral en sujeto jóvenes, mielinolisis pontica central caracterizada por cuadriparesia y parálisis pseudobulbar (trastornos del lenguaje y de la deglución), parálisis facial, signos de descerebración y coma. El diagnóstico dife-

rencial de la gran intoxicación alcohólica se hace con fracturas de cráneo, hemorragia subdural o subaracnoidea, enfermedad vascular cerebral y otros estados de coma.

Para Fernández Pérez la intoxicación alcohólica se divide en 7 -- grupos : sobriedad, euforia, excitación, confusión, estupor, coma y muerte o en cuatro estados : euforia, ebriedad incompleta, e intoxicación aguda, según las manifestaciones clínicas y el nivel de la alcoholemia (tablas 18 y 19).

Tabla 18		
Relación de manifestaciones clínicas y alcoholemia		
I -	Sobriedad =	10 - 50 mg %
II -	Euforia =	30 - 120 mg %
III -	Excitación =	90 - 250 mg %
IV -	Confusión =	180 - 300 mg %
V -	Estupor =	20 - 400 mg %
VI -	Coma =	350 - 500 mg %
VII -	Muerte =	+ 450 mg %

Tabla 19		
Correlación entre el número de "bebidas y alcoholemia según preceptos médico-forenses vigentes en México		
	Alcoholemia	No. de "bebidas"
Euforia	. - 100 mg %	3
Ebriedad incompleta	100-150 mg %	3 - 5
Ebriedad completa	150-200 mg %	5 - 8
Intoxicación aguda	250-300 mg % o más.	8 - 12 o más

CRITERIOS PARA HABLAR DE ALCOHOLISMO

Los criterios utilizados para calificar de alcohólico a un sujeto son muy variables. En términos generales esta enfermedad crónica que conlleva alteración en la conducta, ha sido definida como la ingestión de alcohol que sobrepasa las costumbres de la comunidad en dicha ingestión, y que interfiere con la salud, las relaciones interpersonales y el trabajo del bebedor, lo que en términos fisiopatológicos implica adicción al alcohol. Para definir -- pues al alcohólico hay criterios no solo médicos, sino también -- sociales.

- 1.- Sánchez Torres utilizó como criterio la ingestión de 1 lts de etanol por semana (790 grs, aproximadamente un par de botellas de licor fuerte) y/o cuatro "borracheras" al mes, por -- más de 5 años.
- 2.- Para Read es el consumo excesivo de más de 80 grs de alcohol al día,
- 3.- El síndrome fetal alcohólico es una entidad clínica presente en la tercera parte de los niños nacidos de madres alcohólicas bebedoras de al menos 150 grs. diarios de alcohol durante el embarazo.
- 4.- Melina y Cocco utilizaron como criterio la ingestión de 2 lts diarios de vino por más de 5 años (148 a 104 grs diarios).
- 5.- Pérez Tamayo citando al comité de alcoholismo de los EU. los divide en tres tipos : 1) bebedor normal ; quien consume entre 1 y 49 grs de etanol al día; 2) bebedor exagerado ; el --

que consume entre 50 y 100 grs de alcohol diariamente; 3) --- bebedor inveterado aquel que ingiere aún más cantidad de alcohol. Subdivide a cada tipo en tres clases, según la frecuencia de ingestión : diario, intermitente o de fin de semana.

- 6.- Marconi, según la cantidad y efectos de la ingestión alcohólica, los divide en : 1) bebedor normal; ingiere menos de 100 ml (79 grs] de alcohol al día, y se embriaga menos de una vez al mes. 2) bebedor patológico o alcohólico : ingiere, cualquiera sea la cantidad y sus efectos, para calmar los síntomas de la dependencia física selectiva hacia el alcohol. Según el tiempo que transcurre entre una ingestión y otra, los subdivide en : continuo o inveterado, intermitente o remitente, si entre una y otra transcurren horas, días, semanas, meses o años respectivamente.
- 7.- Kersenovich, pide que al menos exista dependencia y tolerancia físicas hacia el alcohol, que el sujeto padece enfermedades asociadas al alcoholismo, y que en algunos momentos de su vida tenga conducta incongruente en sus actividades personales y los períodos de intoxicación.
- 8.- Velasco-Fernández enfatiza sobre el poco valor de las clasificaciones basadas en la cantidad de etanol ingerido, e insiste en que el alcoholismo hay que definirlo en términos generales señalados al principio de este inciso : hay que tomar en cuenta lo crónico, junto con la cantidad, pero sin olvidar la adicción al alcohol y las repercusiones que sobre la salud de cada sujeto tiene, en lo físico, mental y social. La tecnología actual busca la forma de precisar parámetros ("marcadores") que permitan identificar al alcohólico, cuantificando cifras, Así se ha buscado lo anterior a través de la medición

del alcohol en la sangre, la orina o la respiración, y en la medición en estudios serológicos de tipo bioquímico, máxime - que se sabe que el alcohol se excreta con extrema lentitud, - quedando en la sangre una apreciable cantidad aún a las 24 -- hrs de la ingesta en caso de bebedores exagerados. Se comprende de que una medición de la alcoholemia puede permitir no sólo identificar el abuso ocasional del alcohol, sino ayudar a la detección del alcohólico. De hecho se ha dicho que cifras superiores a los 80 mgs por ciento sugieren alcoholismo, que -- las de 150 mgs por ciento lo señalan, sobre todo si el sujeto con esta cifra aparece poco intoxicado (por tener "tolerancia"), Enfatizamos de nuevo, que no distingue la ingestión -- ocasional de la crónica. En lo referente a concentraciones en la orina se ha considerado que valores superiores a los 120 - mgs por ciento son sugestivas del diagnóstico, y que más allá de 200 mgs por ciento, "son diagnósticas de alcoholismo". A este respecto, la muestra debe ser refrigerada y preferiblemente congelada hasta el momento del análisis, para evitar -- falsas positivas sobre todo en diabéticos en quienes se fermenta la glucosa. La medición de la concentración de alcohol en aire espirado es buen reflejo del nivel sanguíneo. Es prueba simple de realizar con conocimiento inmediato del resultado.

Existe una serie de exámenes de laboratorio que aislados o en combinación dan resultados satisfactorios, aunque a veces equívocos. Su sensibilidad es variable, ya que son afectados por otras enfermedades particularmente las hepáticas, sanguíneas, cardíacas y renales, así como la administración de fármacos que inducen movilización de enzimas, (barbitúricos, anticonvulsivantes y hormonas - esteroides). Sin embargo, la exclusión de tales eventualidades deberían alertar al médico sobre el posible abuso en el alcohol. De

METABOLISMO DEL ALCOHOL (ELEMENTO AGRESOR)

Existen alcoholes de toxicidad mortal como el propílico y el metílico. Nos referimos ahora al alcohol etílico que es el común y a su camino metabólico en el organismo. Una vez ingerido, el etanol es detectable con rapidez en la sangre en unión del acetaldehído, que es el producto de su primer paso metabólico. Habrá que recordar : a) que el alcohol proporciona "calorías vacías" e incluso es desnutriente (por disminución del apetito, por déficit en la ingestión de sustratos y vitaminas y por ser promotor de diarrea y otros trastornos); b) es un tóxico directo de las células y tejidos muy miscibles en agua; c) es aparte, generador de otro tóxico celular más grave como el acetaldehído, el que normalmente no existe en los alimentos ni se forma en el cuerpo a través de precursores (o sea, tóxicos ambos que dependen de ingestión exógena) y al que se ha implicado como acondicionante de la dependencia al etanol, aunque sin evidencia firme.

El 90 % de la destrucción-excreción del etanol ocurre en el hígado y hasta ahora no hay evidencia de que también existan vías oxidativas en el miocardio. Así, en el hígado, la primera etapa del proceso da lugar a la formación de acetaldehído por la acción de varios sistemas enzimáticos capaces de oxidar etanol independientemente. El más importante de ellos, en el sujeto no alcohólico, es el de la deshidrogenasa alcohólica presente en el citosol y que requiere de cofactor al dinucleótido de Adenina-Nicotinamida (NAD), el cual acepta un ión H^+ y se convierte en NADH. -- Esto trae por consecuencia una alteración en la relación NAD/NADH con aumento de agentes reductores en el citosol lo que lleva a importantes cambios en el metabolismo intermedio del hepatócito : 1) A transformación del piruvato en lactato con la consecuente --

estos señaladores bioquímicos el más sensible y mejor, es la concentración de la Gama-Glutamil-Tanspeptidasa (G-G-T) en suero. Valores superiores a 40 U.I por lt, se encuentran en el 80% de los bebedores con problemas haya o no daño hepático. Las cifras regresan rápidamente a lo normal al abstenerse del alcohol. Es también de valor importante la medición del Volumen Globular Medio (V.G.M. o MCV) ya que cifras superiores a las 90 micras cúbicas (normal de 80-98) se presentan en el 60% de los alcohólicos, cifras más frecuentes en mujeres que en hombres. El aumento del VGM o sea la macrocitosis, es significativa, ya que la acción del alcohol en la maduración eritrocítica difiere de su proceso bioquímico transitorio en el hígado. Esto puede ser debido no sólo al propio efecto del alcohol sobre la maduración eritrocítica, sino también a una posible deficiencia de ácido fólico, asociado a la toxicidad.

Existen otras pruebas más, entre las que destacan : a) medición de uratos, que se elevan en el 50% de los alcohólicos; b) la de triglicéridos en sangre en ayunas; c) la de enzima Aspatato-Amino-Transferasa, que sí indica daño hepático y d) la de la enzima - Creatin-Fosfocinasa (CPK).

Infortunadamente muchas pruebas actuales, no reúnen ciertas características, lo que les resta valor, y enfatizan como aún no contamos con "marcadores bioquímicos del alcoholismo" genuinos y confiables. Ondarza señala que una prueba bioquímica de alcoholismo para ser efectiva debe : a) manifestar cambio importante por el consumo excesivo y prolongada del alcohol; b) su alteración debe persistir tiempo después de la abstención alcohólica; c) la prueba debe distinguir al bebedor consuetudinario del bebedor ocasional; d) no debe ser afectada por factores dietéticos o enfermedades intercurrentes; y e) debe poderse practicar en muestras accesibles (sangre y orina).

hiperlactacidemia que por sí sola rara vez podrá ocasionar acidosis láctica, pero la cual puede empeorar lo que resulta de otras causas (por ejemplo la observada en diabéticos tratados con fenformín); 2) hiperuricemia tanto por aumento en la producción de uratos como por la inhibición de su excreción en el túbulo renal debida a la elevación del ácido láctico, con el cual compete; - - 3) acumulación de triglicéridos al inhibirse la beta oxidación de los ácidos grasos y su incorporación al ciclo del ácido cítrico, lo que resulta en hígado graso favorecido también por el aumento en la movilización de ácidos grasos desde la periferia, al parecer mediada por liberación de catecolaminas inducida por el alcohol; 4) a disminución o aumento selectivos en la síntesis proteica, -- que lleva a un aumento en la síntesis de colágena, la cual por -- otra parte por efectos del etanol ve reducida su degradación; - - 5) a inhibición de la gluconeogénesis que puede traducirse en hipoglucemia; 6) a disminución de la cetogénesis, lo cual explica -- por que es incorrecto el nombre de "cetosis alcohólica", ya que -- lo que realmente ocurre es que durante la abstinencia de bebidas alcohólicas se suprime esta inhibición sobre la cetogénesis, y -- entonces sí los ácidos grasos previamente acumulados se transforman en cuerpos cetónicos, principalmente beta-hidroxibutiratos -- ("cetosis post-alcohólica") (Williams sugiere denominarla acidosis metabólica asociada al alcohol).

Antes de señalar los demás sistemas oxidativos del etanol, hay -- que decir que la relación NAD/NADH resulta más alterada debido a que la oxidación del acetaldehído utiliza al NAD como cofactor -- para la producción de acetato, que es el último metabolito de la oxidación del alcohol, por lo tanto los efectos tóxicos del acetaldehído además de directos son también debidos a los productos de su metabolismo. Los efectos directos incluyen : a) unión covalente a proteínas que las inactivan o modifican; b) alteración de

la secreción protéica a través de los microtúbulos que provoca a la desorganización de la arquitectura celular del hepatocito, retención de proteínas y "abombamiento" celular, c) toxicidad mitocondrial que entre otras funciones altera la de oxidación de los ácidos grasos y d) peroxidación de los lípidos de las membranas celulares.

Cuando la ingestión de alcohol es prolongada el retículo endoplásmico del hepatocito prolifera y estimula la aparición de otro sistema que oxida etanol, ya no en citosol, sino "microsomal", llamado MEOS (microsomal-ethanol-oxidizing-system). En el sujeto alcohólico este sistema cobra importancia ya que explica el por qué de la mayor capacidad que tienen para metabolizar alcohol. Debe enfatizarse que esto es distinto a la tolerancia, debida a adaptación del sistema nervioso central y que por otra parte la mayor capacidad del hígado del sujeto alcohólico para metabolizar etanol, también se debe en una fracción a un aumento de la actividad de la deshidrogenasa alcohólica. Una tercera vía de oxidación alcohólica se hace por medio de una catalasa.

La proliferación del retículo endoplásmico por la ingestión crónica de bebidas alcohólicas se ha invocado como responsable de : --

- a) aumento de la secreción hepática de lipoproteínas en sujetos aún sin daño hepático; b) aumento del metabolismo de fármacos -- (meprobamato, barbitúricos, aminofilina, tolbutamida, propranolol, warfarina, difenilhidantoina, rifamicina, e Isoniacida entre -- otras), que puede persistir durante semanas después de la abstinencia alcohólica; c) aumento de la producción de acetaldehído y -- sus efectos tóxicos, por la propia elevación de la capacidad de -- metabolizar alcohol; d) producción de sustancias hepatotóxicas -- por la mayor síntesis de metabolitos tóxicos de diversas sustancias debida a su mayor metabolismo (acetaminofen, Isoniacida); --

- e) formación de sustancias carcinogénicas a partir de diversos -- procarcinógenos endógenos o procedentes de la luz intestinal, que explica el aumento de la incidencia de cáncer en el alcohólico; -
- f) aumento en la degradación de otros sustratos endógenos o exó-- genos tales como hormonas esteroideas, vitamina A, etc.

EL MECANISMO GENERICO DE DAÑO ALCOHOLICO AL MICRONIVEL

(ELEMENTO AGREDIDO)

Se ha visto como el metabolismo del etanol disminuye el potencial de oxido-reducción celular, así como la modificación de otras - - vías metabólicas, la de las células en general y del hepatocito - en particular. El daño bioquímico-estructural dependerá de varios factores en donde destacan la cantidad y duración del elemento -- agresor (etanol y sus metabolitos) y la susceptibilidad del ele-- mento agredido. El daño dependerá desde luego, de si la agresión es aguda (destacando al macronivel en su expresión clínica la muy sensible célula cerebral a través de trastorno funcional) o cróni-- ca (destacando entonces la célula hepática a través de trastorno anatomofuncional).

El alcohol altera así, a factores que participan en la producción energética a través de : a) interferencia en los sustratos nutritivos; b) en la actividad multienzimática que trastorna los ci-- clos metabólicos de carbohidratos, grasas y proteínas (destacando la disminución de la ATPasa), y c) en la permeabilidad de las mem-- branas, tan fundamental para el intercambio y transporte iónico y las propiedades eléctricas de la misma (Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Mg^+ y P). Es pues, una alteración compleja de incapacidad metabólica enzimática catalítica del etanol, progresiva, productora, de desorganiza-- ción química, que remata en la pérdida de la producción de la - - energía celular, t que a la larga produce daño ultraestructural y anatómico del tipo tóxico-irritativo-lítico-degenerativo. Se da-- ñan pues, procesos vitales para mantener la integridad estructu-- ral y funcional de las membranas y células.

CONSECUENCIAS DEL DAÑO AL MACRONIVEL

(Resultantes de la agresión-reacción)

El tropismo lesional es diverso. Aquí nos referimos principalmente al alcoholismo crónico con ingestión abundante.

EL TEJIDO NERVIOSO

El tejido nervioso central y periférico, es particularmente sensible. Aparte de neuropatías, se tiende a una encefalopatía, en cuyo extremo está el síndrome de Wernicke-Korsakoff, expresión -- quizá, de atrofia cerebral, considerada como irreversible, aunque aún sujeta a dudas. Esta encefalopatía se expresa por un estado - confusional global, (que puede llegar al coma), nistagmus, trastornos sensitivos (hiposensibilidad) motores (ataxia, debilidad - llamativa de brazos y piernas). Tienen alta tendencia a presentar hemorragias fatales del cerebro medio. Los estudios electro encefalográficos, y de tomografía axial computada muestran compromiso cerebral entre el 50 y el 100 % de los casos de alcohólicos cróni- cos. En muchos casos, con abstinencia, asociada de altas dosis de tiamina desaparecen la confusión, la ataxia y los trastornos of- tálmicos, aunque hay un lote que no lo hace y queda con llamati- vos cambios en la personalidad y alteraciones cognitivas.

En varios estudios neurofisiológicos, parece destacar el hecho de como el alcohólico mantiene un intelecto y una capacidad verbal - levemente superior al promedio, pero con disminución en lo espa- cial (equilibrio) visual y motor, así como en su rendimiento fisi- co, en comparación a grupos controles. Tanto en hombres como muje- res, muestran déficit neuropsicológico a saber : función verbal - relativamente intacta, la porcentual espacial pobre, con disminu-

ción en la capacidad para resolver problemas y disfunciones cognitivas (memoria, aprendizaje). En ellos basta un mes de suspensión del alcohol para mejorar lo cognocitivo; lo verbal se recupera más aprisa de lo no verbal y entre ello las habilidades motoras. El mecanismo lesional no parece aún claramente establecido.

EL SISTEMA ENDOCRINO

El sistema endócrino es también sensible. Los alcohólicos tienden a ser hipogonadales (ginecomastia, pérdida de pelo fácil, telangiectasias angiomatosas, atrofia testicular, trastornos y disfunciones sexuales secundarias con posibilidad de algún trastorno en la función reproductora masculina. El alcohol es una toxina gonadal que interfiere con la biosíntesis de la testosterona por los testículos y en parte en el metabolismo de esta hormona en el hígado. El resultado es la disminución del nivel de testosterona con aumento en el estrogénico. A nivel pituitario se inhibe la liberación de HL que se une a su receptor en los testículos e inicia la biosíntesis de testosterona. Todas estas alteraciones explican claramente la afectación de la función sexual.

EL HIGADO

El hígado es particularmente sensible. El catabolismo del etanol que básicamente ocurre a ese nivel, disminuye el potencial de óxido-reducción del hepatócito, cuya función principal es detoxificar así como producir sustancias necesitadas por otros tejidos. Así, a través de su lesión bioquímico-ultraestructural-anatómica, se comprende el efecto deletéreo del alcoholismo a ese nivel con sus consecuencias : una es la inadecuada detoxificación orgánica a través de la deficiencia en la producción de sustancias necesi-

tadas por otros tejidos, en la posibilidad de daño indirecto para el organismo en general. Podrá haber daño en el metabolismo de -- los carbohidratos, grasas y proteínas. Recordar que la glucosa -- sanguínea puede seguir tres caminos : a) ser utilizada como combustible por los tejidos para su gasto energético ("glicólisis"); b) ser utilizada en las síntesis de glucógeno hepático, que servirá de reserva energética ("glucogénesis") y c) ser transformada -- en grasa, lo que es otra forma de reserva energética más ("lipogénesis y proteogénesis"). Así en un alcohólico mal nutrido y depletado de glucógeno, tiende a la hipoglicemia. Ante la disminución de la glucólisis y la glucogénesis aumentará la "neoglucogénesis" o sea, la rápida movilización de grasas tisulares almacenadas en forma de ácidos grasos no esterificados o libres (AGEN o AGL) que tienden a hacer frente tanto a los requerimientos calóricos como a los energéticos. Este proceso catábólico graso o proteico exagerará a nivel del hígado la producción de cuerpos intermedios o -- cetónicos, que normalmente se forman en dicho órgano, pero que -- son quemados en los tejidos, produciendo CO_2 y H_2O . En estas condiciones sería tal el exceso de cuerpos cetónicos neoformados que su producción sobrepasara la capacidad de utilización celular y -- (de eliminación renal) con lo que se acumularán en la sangre -- (cetosis o cetonemia debida a los ácidos beta-hidroxibutírico y -- ácido acético). Como son cuerpos ácidos, el organismo tiende primero a neutralizarlos con amortiguadores, después a hiperventilar para perder ácidos y luego a excretarlos por la orina, haciendo -- intensificar el mecanismo de bufferrenal túbular distal, que normalmente protege de acidosis, reabsorbiendo bases y excretando -- ácidos. Ello implica un factor de deshidratación por profusa natriuresis con acetonuria, aparte de una acidosis metabólica intra orgánica con sus efectos deletéreos intracelulares : catabolismo y destrucción de nitrógeno , disminución del consumo de oxígeno -- celular, muy particularmente importante para el cerebro, donde --

puede traer daño irreversible y pérdida de iones fundamentales - - para la célula, tales como el K y los cuerpos fosforados. Este mecanismo de acidosis metabólica es similar a la de un diabético. -- Así, esta acidosis metabólica cetonémica, con elemento asociado no infrecuente de tipo lactacidémico (por acumulo de lactatos en la sangre, consecutivo a disminución del potencial de óxido-reducción del hepatocito), forma parte de los trastornos metabólicos del alcohólico con alteración hepática y su expresión más seria puede -- ser el estado de coma. Por otra parte, la capacidad de excreción renal para el ácido úrico puede disminuir llevando a una hiperuricemia secundaria; lo que clínicamente agrava y perpetua ataques -- de gota frecuentemente asociados al alcohólico. La alteración metabólica de la relación NAD-NADH también trastorna, con el metabolismo de carbohidratos y proteínas, ya analizado, el de las grasas, - permitiendo una acumulación reversible de ésta a nivel del hígado, principalmente hecha de triglicéridos, "hígado graso" que no parece ser tan benigno como se creyó, capaz de producir insuficiencia hepática y muerte particularmente en personas jóvenes. Por otra -- parte bien puede desencadenarse una hepatitis alcohólica en el --- bebedor crónico, etapa frecuente precursora de la cirrosis. En la celdilla hepática se acumula en dichos hepatíticos, un depósito -- hialino alcohólico (Mallory), expresión de efectos degenerativos del alcohol en estructuras subcelulares, microtubulares que tienen importancia secretoria, y por otra parte, el sistema linfocítico - invade al hígado en una reacción aparentemente inmunológica en -- contra de su propio hialino. Finalmente, en estos alcohólicos es - bien conocido que puede ocurrir la acumulación de tejido cicatrizal fibroso que distorsiona la estructura hepática y constituye -- la cirrosis alcohólica productora de insuficiencia hepática e hipertensión portal. El alcohol parece, sin necesidad de desnutrición, (ni de hepatitis previa), produce fibrosis, lo que puede - - igualmente decirse para el daño lesional miocárdico en el paciente

que desarrollará por ello una cardiopatía alcohólica.

EL PANCREAS

El páncreas es sensible al alcohol, expresándolo a través de pancreatitis aguda (aumento de secreción pancreática, obstrucción del esfínter de Oddi, aumento de presión en los ductos pancreáticos, irritación peritoneal), o de pancreatitis crónica (daño directo de la célula acinar más fenómenos degenerativos tóxicos fibróticos).

EL TUBO DIGESTIVO

El tubo digestivo es fuente de problemas en el alcohólico : esofágicos, gástricos e intestinales. Produce irritación inflamatoria directa de sus mucosas (ulceración, hemorragias) así como alteraciones indirectas del tipo inhibición de la absorción (tiamina, ácido fólico, vitaminas, nutrimentos) y de la motilidad. Todo ello explica la posibilidad de desnutrición, hemorragias, anemias, y trastornos metabólicos en carbohidratos, proteínas y lípidos, etc.

SÍNDROME FETAL ALCOHOLICO

Se ha descrito un "síndrome fetal alcohólico" como entidad clínica que aparece en la tercera parte de niños nacidos de madres alcohólicas bebedoras al menos de 150 grs, diarios de alcohol durante el embarazo. Las características principales del niño nacido en esas circunstancias son : microcefalia de leve a moderada, con retardo mental, bajo IQ, del 50-70 % del promedio normal, crecimiento retardado (pre y postnatal), ojos "pequeños" (microoftalmi

cos), hipoplacia maxilar, anormalidades articulares, temblor fino, mala coordinación neurológica y muscular y frecuentemente asociación de malformaciones cardíacas congénitas.

MIOCARDIO

La cardiopatía alcohólica se caracteriza por insuficiencia cardíaca de tipo hipocinético; se presenta con mayor frecuencia en sujetos masculinos menores de 50 años de edad y tiene una mortalidad cercana al 50 %. Ocasionalmente el daño miocárdico ha sido reversible al suspender la ingestión de alcohol. En la autopsia, el corazón está aumentado de tamaño y es blando, hay dilatación de ambos ventrículos y las arterias coronarias principales no muestran cambios. Uno de los cambios más notables es la obliteración parcial de arteriolas por hiperplasia irregular del tejido conjuntivo subendotelial, que no ocurre en todos los casos.

MUSCULO ESTRIADO

Se han descrito tres variedades de miopatía alcohólica, que son : 1) una variedad subclínica donde la única alteración es la elevación de la enzima creatin fosofosquinasa en el suero; 2) una forma aguda, manifestada clínicamente por dolores musculares y debilidad, aumento de la CPK y de la mioglobinuria; 3) una forma crónica, con atrofia muscular e incapacidad funcional; el músculo del psoas es el más frecuentemente afectado. Si se suspende la ingestión de alcohol la miopatía es reversible.

OTROS

Otros aparatos y sistemas pueden estar afectados en los sujetos -

alcohólicos. En el sistema hematopoyético ocurre anemia megaloblástica, debida al efecto tóxico directo del alcohol en las células precursoras de eritrocitos y en parte a la interferencia con el metabolismo normal del hierro y de los folatos. Es frecuente la trombocitopenia así como la leucopenia.

DAÑO FETAL EN EL EMBARAZO DE MUJER ALCOHOLICA

Aún cuando el abuso en el consumo alcohólico y la descripción de sus efectos se conocen desde la más remota antigüedad, la posibilidad de daño a la descendencia solo se esboza en algunas referencias históricas aisladas y así, un viejo ritual cartaginés prohibía a las parejas el consumo del alcohol durante la noche de bodas, para evitar la concepción de un hijo defectuoso.

A mediados del siglo pasado, en Inglaterra, reportes de un comité creado para el estudio del alcoholismo, refieren que los hijos -- de madres alcohólicas estaban desnutridos, con la piel arrugada y tenían un desarrollo imperfecto. En 1900, Sullivan encontró, en una prisión de Liverpool para mujeres, una alta incidencia de prematuridad, mortalidad perinatal, falta de desarrollo, desnutrición en los sobrevivientes, todos hijos de madres con alto grado de alcoholismo.

Quando se trata de investigar los posibles efectos del alcohol -- durante el embarazo, es necesario tomar en cuenta varios factores: 1) Sus propiedades teratogénicas intrínsecas. 2) Período del embarazo en que ocurre la exposición; 3) Tiempo de la misma.

La evidencia obtenida por los datos clínicos reportados en diversas revisiones, sugieren que el consumo diario de 89 ml. de alcohol absoluto o su equivalente por día y que es más o menos el

contenido de seis cocteles o bebidas fuertes, representa ya un -- alto riesgo para el feto. Para establecer un criterio comparativo se habla en general de tres tipos de gestantes alcohólicas : a) - grandes bebedoras que consumen como mínimo diario la cantidad señalada anteriormente, b) bebedoras moderadas que consumen de una a tres copas diarias, c) bebedoras ocasionales.

En lo que se refiere al tiempo de exposición al etanol se han descrita también los daños fetales causados por el tóxico durante el primer trimestre o en las etapas tardías del embarazo.

ALCOHOLISMO Y GENETICA

El hallazgo experimental de que en ciertas cepas de ratones se encuentran una preferencia aumentada por el alcohol, ha apoyado la existencia de factores genéticos en el alcoholismo. Las investigaciones de Cruz Coke, en Chile, en 1967, relativas a la elevada frecuencia con que coincidían el alcoholismo, la cirrosis y la ceguera parcial al color, hicieron pensar en que estas alteraciones podrían ser explicadas por una disrupción en los brazos cortos del cromosoma X, y por lo tanto postularon idéntico mecanismo para la ceguera parcial al color y el alcoholismo. Estudios posteriores no han podido comprobar que el alcoholismo sea una enfermedad hereditaria en forma recesiva ligada al cromosoma X : Actualmente el mecanismo hereditario del mecanismo se desconoce y si bien pueden existir factores genéticos predisponentes, la influencia ambiental juega un papel mucho más importante. Desde este punto de vista el alcoholismo podría considerarse como una enfermedad multifactorial que implicaría el concurso de varios genes y de un ambiente desencadenante.

EFFECTOS TERATOGENICOS DEL ALCOHOL

El mayor riesgo para el feto ocurre cuando la madre ingiere alcohol en cantidades suficientes durante el período de la segunda y octava semana de la gestación. Es cuando puede observarse con mayor profusión y detalle la dismorfogénesis del síndrome alcohólico-fetal. Cuando la ingestión se limita a etapas posteriores del embarazo, la alteración recaé en disminución del crecimiento lineal con talla corta y peso bajo.

Del numeroso grupo de alteraciones del desarrollo descritas en el síndrome alcohólico-fetal Clarren y Smith han hecho cuatro grupos.

- 1). Alteraciones del sistema nervioso central.
- 2). Deficiencias del crecimiento y desarrollo.
- 3). Alteraciones faciales.
- 4). Otras anomalías mayores y menores.

ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El retraso mental es uno de los más comunes y serios problemas del daño fetal ocasionado por el alcohol.

Los estudios neuropatológicos de fetos que nacieron con daño cerebral incompatible con la vida, y cuyas madres tenían alcoholismo - indudable y en grado avanzado, demostrando diversos grados de alteraciones del desarrollo de las neuronas y las células de neuroglia. Sin embargo, las displasias del cerebelo con núcleos de células heterotópicas, que también invadían la corteza cerebral, fue hallazgo constante. Las anomalías subtentoriales explicarían los ca-

sos de hidrocefalia. La microcefalia es otro de los componentes -- del síndrome alcohólico fetal y se atribuye a un defecto en el desarrollo global del cerebro.

Por lo tanto en los casos de anencefalia, de mielomeningocele, y -- aun en los lipomas lumbosacros, debe investigarse a fondo la ingestión de alcohol por la madre durante el embarazo.

Es común observar en los recién nacidos hiperactividad, irritabilidad, temblores, debilidad del reflejo de succión, hipertonia de -- los miembros y aparente hiperacusia. Estas alteraciones pueden estar presentes días, semanas o meses. Se discute en la actualidad -- hasta qué punto algunos de estos síntomas asociados a la presencia de aliento alcohólico en el neonato, llanto con gritos de furia, -- el arqueamiento del dorso, la sudoración y la somnolencia más bien pueden ser componentes del síndrome de privación del alcohol. El tratamiento con fenobarbital o infusiones de alcohol diluído para aliviar los síntomas, hablan en favor del síndrome de supresión. .

En los escolares y adolescentes la hiperactividad e hiperquinesia ocupan un lugar preponderante entre los síntomas.

DEFICIENCIAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Uno de los componentes más constantes del síndrome alcohólico fe-- tal es la deficiencia en el crecimiento y desarrollo, situación -- que se manifiesta desde la vida intrauterina y puede comprobarse -- fácilmente al nacimiento. Por lo regular el peso y la talla de los niños afectados permanecen dos desviaciones estándar por abajo de -- los controles de niños sanos. Anteriormente se creía que la talla se afectaba más que la masa corporal y el peso, pero en la actua-- lidad se piensa que ambas cosas se modifican en la misma propor--

ción. Inclusive, los niños afectados que tienen peso y talla normales al nacimiento pueden acusar defectos del crecimiento en etapas más tardías de su desarrollo.

Es también un hecho de observación común la escasa cantidad de tejido adiposo dando el aspecto de niños desnutridos. Hasta donde se sabe no hay ninguna alteración endocrina que explique esta situación, la que más bien se atribuye al efecto tóxico del alcohol sobre la proliferación celular, ocasionando una disminución en el número y quizá en la talla de los elementos celulares del feto.

ALTERACIONES FACIALES

El aspecto general de la facies de un neonato afectado del síndrome alcohólico se dice que es característica y un médico con experiencia podría reconocerla, como sucede a propósito del síndrome de Sownn. Sin embargo, la enumeración de los detalles más frecuentes encontrados son : hendiduras palpebrales pequeñas casi siempre asociadas a microoftalmia con estrabismo, miopía y pliegues epicántos. La nariz es corta y la punta casi siempre ve hacia arriba, el labio superior es hipoplásico, adelgazado y junto con el aspecto de la nariz da la impresión de un aumento en la distancia entre las aletas nasales.

El desarrollo de los maxilares puede resultar insuficiente lo que da lugar a micrognatia, prognatismo relativo y en general, a observar poco desarrollo del macizo facial. El labio y paladar hendido se describen con alguna frecuencia, en los pabellones auriculares se puede encontrar rotación posterior del hélix y diversas alteraciones morfológicas globales.

DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO

Seguramente cuando el hombre conoció el alcohol y disfrutó de sus efectos placenteros, nunca imaginó el daño que era capaz de producirle.

A lo largo de la historia de la humanidad, el alcohol se ha incorporado a la vida del hombre y ha oscilado entre el uso moderado y placentero hasta el abuso intemperante y hasta la dependencia que lo convierte en un agente patógeno.

En nuestro país, como en otros muchos lugares del mundo, el consumo de bebidas embriagantes ha aumentado considerablemente y con ello se multiplica hasta niveles pavorosos el número de enfermos alcohólicos.

Las causas, los mecanismos de daño y las consecuencias del alcoholismo continúan en estudio, interesantes y bien documentados -- trabajos se han descrito sobre el alcohol como agente patógeno y sobre el alcoholismo como enfermedad.

Sobre el enfermo alcohólico, seguido a lo largo de su penosa enfermedad, se ha descrito poco, tal vez entre otras cosas de las muchas por aclarar, ¿por qué el enfermo no busca con frecuencia al médico?, y éste no es tampoco un gran entusiasta para abordar el tema.

Pero la realidad es que, los enfermos ahí están, cada día hay más y el médico tiene que atenderlos y tratar de atenderlos aún consciente de los problemas que la enfermedad implica y de las frecuentes e inevitables frustraciones que siguen al intento terapéutico. La mayoría de los pacientes proceden del medio rural o sub-

urbano, de escasos recursos socioeconómicos y con baja escolaridad, con antecedentes de alcoholismo en el medio familiar, el cual se encuentra desintegrado por orfandad o abandono de alguno de los progenitores durante su crecimiento y desarrollo, tuvieron poco afecto, malos tratos, sin estímulos y motivaciones, con presiones familiares para elaborar trabajos pesados los cuales toman al alcoholismo como válvula de escape o para demostrar su virilidad, así como con vivencias traumáticas en su juventud (pérdida de seres queridos, desengaños amorosos, incomprensión y malos tratos en el medio familiar) : También influye el tipo de oficio del enfermo alcohólico como por ejemplo labores del campo, albañilería, panadería, músicos y actividades afines con la distribución y ventas de bebidas alcohólicas. En cuanto a la personalidad del enfermo alcohólico, es común encontrar rasgos de tipo neurótico : inmadurez, inseguridad, dependencia, etc.

El alcoholismo propicia otras enfermedades, o coincide con ellas - las cuales complican o agravan la evolución de la enfermedad (desnutrición, diabetes mellitus, absceso hepático amibiano, neumonías y lesiones traumáticas variadas.

DIAGNOSTICO

Dado que el alcoholismo es una enfermedad que posee una sintomatología bastante típica en los estados avanzados aunque menos reconocible en los inicios del trastorno. En cambio resultará sin duda muy útil exponer los síntomas y datos esenciales tal como pueden apreciarse en la conducta del alcohólico, aunque no sea un procedimiento estrictamente médico. Suponiendo una duración promedio de la enfermedad de 20 años o más, podemos exponer el comportamiento reconocible del alcohólico dividiéndolo en tres etapas.

SINTOMAS INICIALES, ALCOHOLISMO INCIPIENTE (PERIODO QUE CONSUME UNOS 10 AÑOS)

El sujeto ya un consumidor regular de bebidas alcohólicas, se hace promesas a sí mismo y a los demás : "La próxima vez me controlaré mejor", "Conozco bien mis límites y nunca me propaso". Dice mentiras : disminuye intencionalmente el número de tragos tomados o niega haber ingerido bebidas alcohólicas, aún ante la evidencia en contrario. Toma con rapidéz y se queja de que otros "la platican demasiado". Suele tomar uno o más tragos antes de asistir a una reunión o espectáculo en los que se servirán bebidas. Tiene ciertos momentos para beber : antes de la comida, al término del trabajo, antes de cenar o de eventos especiales (citas importantes, el teatro, reuniones, etc.) e igualmente con motivo de ciertos estados de ánimo : cansancio, nerviosismo, depresión. Sus hábitos de alimentación no están muy afectados, pero puede verse ya una tendencia a dejar más sitio a la bebida durante las comidas, a tratar de mejorar el apetido con licores especiales, a prolongar mucho tiempo de la ingestión de alimentos, etc.

SINTOMAS INTERMEDIOS (OCUPAN DE 2 A 5 AÑOS A PARTIR DE LA TERMINACION DEL PERIODO ANTERIOR)

Las promesas y mentiras son ahora más frecuentes y más graves, -- pues el bebedor excesivo tiene que ocultar el hecho de que él -- bebe en una forma diferente.

Generalmente trata de crear el mito de que se detiene cuando quiere y los engaños tienen por objeto apoyarlo a pesar de que en su interior se da cuenta de su incapacidad. Al mentir y prometer persigue también otros fines : evitarse problemas en el trabajo, no

exponerse a las críticas, prevenir escenas en el hogar, se distingue por beber más y, más rápidamente que sus amigos y por estar -- siempre preparado para las oportunidades de hacerlo; es decir, -- no le faltan las bebidas en casa, en el coche, en el trabajo. Prefiere los aperitivos en el bar y no en su casa, inicia la comida ya con cierto grado de intoxicación y su alimentación es muy irregular e insuficiente : a base de alimentos distintos a los de consumo hogareño cotidiano. Con frecuencia está "irritable", cansado o deprimido y necesita "un trago" para sentirse mejor. Durante -- las últimas etapas de este período intermedio aparecen o se acentúan algunas manifestaciones importantes : el sujeto empieza a -- beber a horar que antes eran respetadas (durante el trabajo, por ejemplo), bebe en forma solitaria, se excede durante el fin de -- semana, pasándolo a veces en continuo estado de ebriedad manifiesta, bebe al despertarse e iniciada la semana de trabajo en mal -- estado físico. Un dato importante y fácilmente reconocible es el de que su irritabilidad se intensifica durante los cortos períodos de abstinencia.

SINTOMAS TARDIOS ALCOHOLISMO AVANZADO : HASTA LA MUERTE LA PERDIDA DE LA SALUD MENTAL O LA RECUPERACION.

Ahora el alcohólico "bebe para vivir y vive para beber", como muy poco y sin orden y permanece en estado de ebriedad en momentos -- muy inadecuados, como en el trabajo, en una entrevista para lograr un nuevo empleo, en los oficios religiosos o en una cita importante.

Sin embargo, muchos sujetos en esa etapa son capaces de causar -- una buena impresión en una primera entrevista y hasta llegan a -- convencer sobre su autocontrol. Los olvidos de lo ocurrido durante el estado de embriaguez aumentan ("lagunas mentales" de la bo-

rrachera), los períodos de intensa y continua ingestión de alcohol son más prolongados, dependiendo del estado financiero y de las condiciones físicas del individuo. Es la etapa en la que se pierde el trabajo y se cae en la repetición de los fracasos laborales descendiendo irreversiblemente en la escala social del empleo. Como la adicción es ya grave, ha de conseguir dinero recurriendo a cualquier medida, por lo cual se tienen problemas con la justicia. La relación familiar es imposible o se ha perdido y, es frecuente ver que el alcohólico aparece indiferente ante el sufrimiento de los suyos. Las complicaciones físicas son la regla, aún la pérdida del sentido del tiempo. Como ya se mencionó el viejo término de alcoholismo se reemplazó por el de "síndrome de dependencia al alcohol". El empleo de la palabra "síndrome" marca tres condiciones fundamentales : a) etiología múltiple y todavía desconocida en donde intervienen factores de muy diversa índole; - b) una historia natural que hace posible formular pronósticos y situar la evolución del fenómeno en el tiempo y c) finalmente el hecho de que es posible identificarlo por una serie de síntomas característicos.

Edwards y Gross, consideran que para hacer diagnóstico de "síndrome de dependencia del alcohol" no es necesario que estén presentes todos los elementos descritos. No todos los casos son homogéneos, pues cada uno de ellos se distingue porque ciertos elementos destacan más que otros. La descripción del síndrome de dependencia es un adelanto de la clasificación de los fenómenos relacionados con el alcohol. Pues, aparte de que se trata de una realidad clínica irrevatible, su descripción es más clara, está libre de connotaciones moralistas.

Desde la perspectiva de la salud pública las consecuencias del consumo de alcohol son de la más variada naturaleza, pues abarcan

desde asuntos estrictamente médicos como cirrosis hepática y cáncer esofágico, hasta condiciones socioeconómicas como accidentes de tránsito y ausentismo laboral.

INTERACCION DEL ALCOHOL CON LOS MEDICAMENTOS

Uno de los campos de la farmacología al que se ha dedicado gran -- atención los últimos años, es el que trata de la interacción de -- unos medicamentos con otros y de éstos con diversas sustancias -- como el alcohol. La trascendencia de estas interacciones es varia- -- ble. Algunas de ellas son subclínicas, mientras que otras dan ma- -- nifestaciones francas. El alcohol puede interactuar con los medi- -- camentos, no solo por los cambios que puede producir en su farma- -- codinamia y farmacocinética, sino que, también por su efecto sobre la porción alta del tubo digestivo, puede alterar la absorción de algunos medicamentos y a través de su repercusión en otros órganos y sistemas, modificar su excreción o su metabolismo.

Son diversos los mecanismos responsables de la interacción de los medicamentos con el alcohol. Algunos de ellos han sido identifica- dos, mientras que de otros se conoce el fenómeno resultante de la interacción pero no su causa. Entre los mecanismos identificados están : el aumento o la disminución en el metabolismo del alcohol o en el medicamento, la inhibición del metabolismo intermedio del alcohol o del medicamento, el aumento en la producción de metabo- litos tóxicos y el aditivo.

Se han identificado más de veinte medicamentos cuyo metabolismo o actividad se modifican por el alcohol. En teoría puede presumirse que el alcohol interacciona con todos los agentes psicoterapéuti- cos, si bien el patrón y la magnitud de dicho efecto no pueden -- predecirse. En efecto, siendo diferentes la farmacología y la ve- locidad de eliminación de las diferentes sustancias el grado de -- la interacción es diferente.

Por otro lado el conocimiento de la actividad principal sobre el

sistema nervioso del alcohol y del medicamento, no permite anticipar la respuesta que se produzca al asociarlo, tal es el caso de las anfetaminas. Los efectos de éstas y los del alcohol, al ingerir simultáneamente se modifican de manera aparentemente arbitraria e independiente de la acción básica estimulante de las primeras y depresora del segundo.

El alcohol también puede alterar el transporte del medicamento, - en tanto que la intoxicación alcohólica crónica altera la síntesis de la albúmina, de otras proteínas y de lipoproteínas encargada de transportar a los medicamentos. Esto produce una alteración en la relación medicamento libre/medicamento combinado y en las - concentraciones sanguíneas del medicamento, así como la velocidad de depuración o degradación del propio medicamento. La actividad del medicamento combinado es diferente a la del mismo cuando está libre. Entre los medicamentos cuya actividad es modificada por -- estos mecanismos, están el diazepam, tolbutamida, furosemida, --- prednisona y quinidina.

El abuso crónico del alcohol produce alteraciones de adaptación - bioquímica y neurofisiológica, las que a menudo disminuyen la acción farmacológica esperada de otros medicamentos psicoactivos - (tolerancia cruzada) cuando se da un poco después de que se ha -- eliminado el alcohol.

En la intoxicación alcohólica aguda del hombre, la "vida media" o tiempo de eliminación de algunos medicamentos, como meprobamato, pentobarbitona, y tolbutamida se prolongan.

El riesgo de la asociación de alcohol y de sustancias depresoras como barbitúricos y opiáceos es bien conocido. Los efectos de la asociación en casos graves varía desde depresión respiratoria y -

falla circulatoria hasta la pérdida de conciencia, parálisis, coma y finalmente la muerte. La combinación del alcohol con dosis terapéuticas de las citadas sustancias si bien no conduce a los cuadros clínicos anteriores, limita las capacidades del sujeto y lo conduce a diversos tipos de accidentes entre ellos los de tránsito.

Ha merecido particular atención el estudio de los efectos de la -- asociación de hidrato de cloral y alcohol. En forma ocasional, la ingestión simultánea de ambos produce el cuadro conocido como caída del Knock out; menos rara es la aparición de vasodilatación, -- taquicardia, el enrojecimiento de la cara, e hipotensión, indistin guible del cuadro producido por el acetaldehído.

Entre sustancias que interactúan en forma más clara con el alcohol está el Antubuse o disulfirám. Esta sustancia inhibe la transfor-- mación del acetaldehído, producto intermedio del metabolismo del - alcohol, en acetato. A causa de ello se presentan niveles sanguí-- neos elevados de acetaldehído, lo que da origen a una gran varie-- dad de síntomas, cuyo número e intensidad varían mucho de un enfer-- mo a otro. Dicho síntomas son : bochornos, diaforesis, calambres - intestinales, náuseas, vómitos, visión borrosa, disnea, hiperven-- tilación, taquicardia, hipotensión, confusión y episodios psicóti-- cos. La reacción a la mezcla ocurre cuando se ingiere alcohol en - el curso de las 24 horas siguientes de haber tomado el disulfirám; puede presentarse aún a los 4 ó 5 días, y en ocasiones a las dos - semanas de haber tomado el disulfirám y se inicia a los 5 ó 15 mi-- nutos de haber ingerido una bebida alcohólica, si el disulfirám -- está presente en la circulación. Debe tenerse en cuenta que ningun-- na sustancia (propanolol, café), ni medida (baños de agua fría) es capaz de incrementar el metabolismo del alcohol de manera de poder acelerar la recuperación de un cuadro de intoxicación aguda.

ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA

Cuenta la leyenda griega que en su adolescencia, Dionisio tenía que hacer una larga travesía del Píamo hacia Atenas. En la primera escala de sus descansos, en la ribera de un estanque, se inclinó - - para beber agua y al agarrarse de sus bordes, quedó asida en una - de sus manos una plantita cuyas hojas minúsculas él nunca había -- visto antes, por su forma poco común; después de analizarla brevemente decidió llevarla al lugar de su destino y al pensar como podría preservarla, buscó en rededor de él, y encontró el esqueleto de un pájaro, de donde tomó la cabeza, le abrió el pico y puso un poco de agua en él e introdujo la planta; después la metió en su morral y continuó la marcha hacia Atenas, días más tarde en uno - de los descansos que tuvo que hacer, notó que había crecido ya la plantita y pensó que ya era insuficiente el improvisado receptáculo, así que buscó alguna oquedad sin encontrar nada mejor que el - esqueleto de un león, uno de cuyos mayores huesos rompió con una - roca y llenó con agua y continuó su camino hacia Atenas. Días después, Dionisio se detuvo al borde de un río a tomar agua y descansar; al asomarse al morral descubrió que su planta ya había crecido, por lo que había que cambiarla nuevamente de continente; buscó a su alrededor y encontró el esqueleto de un burro; quebró uno de sus huesos también para darle alojamiento a su ya desarrollada - - planta. Siguió así su camino hasta llegar a Atenas, donde lo primero que hizo fué sembrarla y al cabo del tiempo vió que aquella - - planta incidentalmente encontrada, daba frutos globulares y jugosos en tal cantidad que habían cubierto ya los alrededores de su casa, por lo que tuvo que almacenar el jugo, el cual una vez fermentado, cuando era bebido por lo hombres, reproducía justamente - las etapas por las que había pasado la planta, es decir : primero se ponían alegres y cantarines como un pájaro, después tan valientutes y bravos como un león y finalmente tan torpe como un burro.

Dionisio hizo después anualmente las fiestas báquicas, pero a nosotros nos interesa por ahora hablar durante un rato de ese león y de ese burro que descubrió Dionicio como uno de los orígenes -- más comunes de la violencia del hombre.

GENERALIDADES

Son indudables los efectos nefastos que la ingestión alcohólica produce en los hombres como causa primordial de violencia. Partamos pues de la aceptación genérica de que la ingestión inmoderada de bebidas alcohólicas es capaz de perturbar la conducta humana y virtualmente el hombre se convierte en un agresor potencial de sí mismo, de su familia y de la sociedad. De sí mismo porque primero amenaza su integridad física y mental; segundo porque su hábito llega a lesionar los intereses profesionales, personales, sociales y económicos que a él atañen.

De su familia porque su hábito cuando llega a ser irredento, le hace entrar en un ciclo vicioso de deterioro social y económico -- como abandono de su persona y su familia, en las responsabilidades morales que ha contraído con la subsecuente respuesta o reclamo familiar de una esposa descontenta, que suele actuar como espiña irritativa en el alcohólico y disparar en primera instancia su violencia contra la esposa y los hijos que son actores próximos -- del alcohólico. Y socialmente su hábito independientemente de que lo lleva a delitos imprudenciales con falta de tolerancia, con -- sentimientos de prepotencia, le hace ganar pronta fama con des-- prestigio de alcohólica que lo hace caer en situaciones de inferioridad laboral y social, ya que se convierte en vitando (persona que por conducta impertinente suele ser evitada en los medios sociales en donde se mueve), lo que la acarrea el consiguiente -- daño económico por perder la confiabilidad que tenía como emplea-

do, ya que lo que ha logrado a base de ausentismo, de conducta -- inadecuada o escandalosa o simplemente por no ser objeto depositario de responsabilidades, por no saberse cual puede ser su reacción con determinadas responsabilidades que se le confían. Todo esto indica el campo conductual que frecuentemente lleva al alcohólico a una incertidumbre que provoca ante él mismo y ante los demás y que muchas veces origina en él toda una gama de resentimientos, celos, envidias y actitudes hostiles que antes de ser -- alcohólico no sufría.

El alcohólico como causa de accidentes no siempre es la víctima, sino frecuentemente queda como victimario. La experiencia a través de incontables casos nos autoriza a afirmar que los accidentes tanto urbanos como suburbanos o en carreteros, volcaduras o incendios se han dado frecuentemente en personas víctimas inocentes o no alcohólicas que transitaban por el lugar del siniestro y que fueron alcanzadas o bien forzadas a cambiar la dirección del vehículo por manejadores alcohólicos, que actúan de esta manera - como actores iniciales de los accidentes, aun cuando no sufran directamente el accidente.

Tal se desprende de la relación de hechos de personas que llegan o se detienen en el lugar del accidente y manifiestan que kilómetros atrás venían cuidándose de un conductor ebrio que en varias ocasiones puso en peligro la seguridad de los vehículos que iban en la misma dirección o en dirección opuesta a ellos. Como suele suceder en tales casos los conductores ebrios no suelen enterarse en ocasiones de los accidentes que provocaron o si acaso tal vez lo hagan por la prensa.

Dichos relatos de los actores de los dramas carreteros nos deben llevar a la conclusión que en estado de ebriedad no solamente --- puede el ebrio actor causal y víctima en un accidente, sino jugar

un papel determinante quien como él conduce con exceso de velocidad, vaivén en la conducción o disimetría en el abordaje de las curvas y causas, sin sufrirlo, el accidente.

La abrumadora información que se tiene sobre las causas y señalamientos de los accidentes nos conducen a aceptar que el estado alcohólico ya sea incipiente, medio o total suele venir acompañado o ser proclive a la violencia en diversos grados y de acuerdo con la condición anímica del alcohólico. De esto son fehacientes pruebas las notas rojas de cualquier diario de cualquier época; desde la trifulca que se gesta en el momento de pagar la cuenta, pasando por la forma de abordar y salir del vehículo en el sitio donde se ingirieron las bebidas alcohólicas; el tránsito de ese sitio hacia el hogar o dormitorio del alcohólico y las actuaciones de éste --- cuando llega a su domicilio. Sitio donde se suelen escenificar pequeños dramas familiares por deformación hiperbólica de los hechos más pequeños e intrascendentes que cobran a sus ojos proporciones pasionales que pueden derivarse golpeando a hijos y esposa.

SEMIOLOGIA DE LA VIOLENCIA EN EL ALCOHOLICO

Aunque los sentimientos de la persona alcohólica le llevan a la -- prepotencia, conviene señalar que tales sensaciones de euforia, de capacidad, valor, audacia, depresión y regresión ocurren durante el período alcohólico.

Esto, sabido es, no es más que el resultado de la pérdida del estado crítico, ante él mismo como persona y ante las situaciones o circunstancias en las que puede encontrarse .

En efecto, el subtrato o común denominador de la conducta del alcohólico recae en su falta gradual de autocrítica, de tal suerte que

"ahora sí" "en estado alcohólico" "se siente capaz" de hacer o decir las cosas que antes no se hubiera atrevido a decir o hacer. De esta falta de autovigilancia se desprende la incapacidad de la persona alcohólica para decir entre lo que debe o no debe decir o hacer y tal incapacidad no es necesario que sea directamente proporcional al grado de ingestión alcohólica, basta haber alcanzado un "umbral tóxico (variable entre las personas), para disparar los -- mecanismos efectores del trastorno conductual. Es en este trastorno de la actitud social modificada temporalmente (mientras se --- bebe), donde se entrañan la no observancia de la norma social o - moral y el nuevo juego de valores que tiene ante su capacidad discernitiva para decir y actuar. La explicación de la embriaguez -- aclara su mecanismo: un poco de alcohol y los mecanismos inhibidores y sutiles desaparecen sin control, liberados los núcleos psicológicos que lo controlaban y conforme aumentaban la concentración del alcohol en la sangre se van liberando núcleos cada vez más arcaicos, antiguos y primitivos de la vida, en forma típicamente regresiva. Por eso se dice que el alcohol libera tendencias brutales e instintivas.

Pero no solo se liberan estas tendencias: hay en cada hombre núcleos de valor espiritual, inhibidos por nuestra culturización muchas veces deshumanizadas, convencional, profesionante y desprovista de valores auténticos. Cuando se embriaga el sujeto hay un regresión ; tocando no solo núcleos reprimidos olvidados, por penosas experiencias también surgen aquellos que se grabaron en la mente por placenteros, hedonísticos, fantasiosos y afrodisiácos. Todo lo anterior lo podemos resumir en una definición que los psicólogos han hecho del super yo y que dice; el super yo es aquella parte teórica de la mente que es soluble al alcohol. Es decir el -- super yo, el deber ser, el yo social es aniquilado (simplemente -- quedó el ser, el instinto o impulso. Este nivel primitivo es - -

desencadenado y liberado gradualmente cuando se embriaga el sujeto. Con ello, se desencadenan en forma de avalancha los actos brutales, agresivos, animaloides y antisociales latentes en cualquier individuo pero especialmente en el que hay predisposición psicopatológica. Con esto no podemos explicar también cual es el motivo que induce al hombre a beber y embriagarse formándose un ciclo retroalimentador y difícil de romper. Por un lado se esfuerzan conductas inadecuadas y por otro lado se induce a seguir bebiendo para sentirse mejor "o para aliviar tensiones o angustias".

Quando la intoxicación etílica llega a 200 mgs/del de sangre, las inhibiciones de la corteza cerebral se pierden (este es el umbral violencia) Emergen todos los "complejos" resentimientos y frustraciones del sujeto presentándose una visión paranoide de la existencia, especialmente con sus compañeros de bebida o con quien ocasionalmente en esas ocasiones "se le atraviesa en su camino" o tenga diferencias con él, pero especialmente con sus familiares más indefensos. Arriba de este nivel (200 mgs) sin perder la peligrosidad y una vez alcanzada la insensibilidad sociomoral, el alcohólico entra en una fase de anestesia física con pérdida gradual de lucidez mental pasando por confusión, hasta el estupor, la inconciencia y el estado de coma profundo.

A nosotros nos interesa ese umbral de violencia, etiopatogenia de la agresión alcohólica que se presenta con diversas caras.

Digamos que el alcohol le da seguridad; de hecho el alcohólico compra o bebe "seguridad". Llegando a un cierto nivel, todo le parece "más fácil" o "más lógico". Lo justo, lo necesario y conveniente pierde su dimensión, su proporción y también su diferencia específica, aparece entonces el "¿por qué no?" una vez rotas las barreras discriminatorias y es en este momento cuando se

se inicia ya como agresor ya como agresor. Primero agresor en el decir "agresor verbal"; ahora puede levantar la voz para hacer --preponderar su verdad. Todavía no se percata que su voz, innecesariamente fuerte, ya molesta a los demás, cuando ya gesticula --tajante o hace aspavientos contra su costumbre y suelta la primera palabra soez, que polariza la atención de quienes lo han escuchado. Entonces la tolerancia, si la debe de haber, ha de ser --para él; la convivencia él la impone. Sometidos al rigos de juicio, debe su opinión o criterio camppear entre los próximos a él; los otros inmediatos a él ya no cuentan, no importa que haya roto la armonía del lugar que aquí y allá la pareja por la familia se sobrecogen por sus impertinencias, que queden los demás presos --por las circunstancias, molestos, parados en el diálogo, en espera temerosa de más insensateces o malas palabras o razones, a la expectativa de nuevos exabruptos del mismo origen, en espera en --fin de la chispa que encienda la hoguera e inicie las hostilidades.

El alcohólico transgrede pues los ámbitos en que se mueve como un primer actor que concita entre las circunstancias temor e indignación, mismos sentimientos que conllevan a la protesta, al reclamo de los que tienen que sufrirlo ante sus desmanes, sus impertinencias, con facilidades sabemos, se suscitan los percances que frecuentemente terminan en las agencias investigadoras del Ministerio Público y en los hospitales de urgencias, y es de estas experiencias de los hospitales de urgencias de lo que queremos hablar, como uno de los sitios depositarios de la violencia que causa el alcohol.

La violencia de etiología alcohólica recaé en dos principales rubros : a) los delitos imprudenciales por violencia inducida por -

alcoholismo y b) los delitos intencionales inducidos por secuelas o circunstancias colaterales en la conducta del alcohólico y la respuesta del medio ante él. En ambos casos puede hablarse de crimogénesis de etiología alcohólica, no obstante en los casos de accidentes imprudenciales (atropellamiento, colisión, volcadura e incendio) se catalogan como tales de acuerdo a la definición -- que la OMS ha venido sosteniendo desde hace algún tiempo como -- "accidente" aunque ésta sea perfectible y no satisfaga todos los criterios.

La definición que ha sostenido la OMS de accidentes dice : "Acontecimiento independiente de la voluntad humana que es provocado por una fuerza externa que actúa rápidamente y que se manifiesta por un daño corporal o mental".

En México la magnitud y trascendencia del factor alcohol en la -- producción de los accidentes de tránsito es desconocida. Sin embargo, existen varias dependencias que tienen a su cargo la captación de datos referentes a la intervención del alcohol en los accidentes.

Debemos admitir por la fuerza de los hechos, que son los accidentes de tránsito una de las fuentes más socorridas de lesionados por violencia etílica; dentro de éstos debemos considerar a todos los vehículos : automotores de cualquier tamaño, incluyendo locomotoras, hasta los vehículos con o sin motor de dos ruedas. Hay pruebas abundantes de que la ingestión de alcohol por los usuarios en la carretera es una causa importante de los accidentes de tráfico; estas pruebas proceden en parte de las investigaciones realizadas por diversos estudios.

La observación cotidiana ha demostrado muchas veces que el conduc

tor ebrio está más expuesto que otros a los accidentes de la circulación. Sin embargo, cuando una persona se encuentra en estado de embriaguez avanzada, lo más frecuente es que no quiera conducir o que realmente sea incapaz de hacerlo; los conductores verdaderamente peligrosos son lo que sin llegar a ese estado acusan claramente los efectos del alcohol. Por otra parte, en la intoxicación subtelica puede estar muy reducida la capacidad de conducción aunque el consumo de alcohol no se revele por ningún signo objetivo.

Las conclusiones que ha dado el comité de expertos en alcohol de la OMS, determina que una concentración de alcohol en la sangre de 50 ml/dl es la más elevada que puede tolerarse en un conductor, sin comprometer la seguridad de los demás usuarios de la carretera.

Hay otras causas numerosas que también hemos observado en los hospitales de urgencias: la frecuencia con que los hechos violentos - suelen darse en fines de semana o cuando coinciden éstos con los días de quincena o en días festivos o feriados que coincidan con fines de semana, de modo que pueden existir puentes o períodos de vacaciones tradicionales, como Semana Santa, vacaciones de mayo, el día de la Santa Cruz, fiestas septembrinas, fiestas decembrinas, - que incluyen el día de la Virgen de Guadalupe, las preposadas, las posadas, la Navidad y el Año Nuevo. Los tipos de lesionados que a ellos han llegado exceptuando los accidentes automovilísticos al que ya aludimos, son: 1) lesionados por proyectiles de arma de fuego de diverso calibre; 2) Heridas por armas punzocortantes de abdómen o tórax; 3) personas lesionadas por contusiones o golpes con o sin objetos punzocortantes tales como palos, varillas, piedras, etc. 4) lesionados por quemaduras de diversa cuantía y extensión. En -- casi todos estos casos ha sido la disputa, la riña reyerta o zacapela, multitudinaria, donde ha habido ingestión alcohólica de di--versos grados y cuantía.

EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO Y DELITO EN MEXICO

El efecto del alcohol en la comunidad se ha visto con ambivalencia : para unos el alcohol es el mismo demonio, "que todo lo revuelve y lo desbarata y trae todos los males juntos" como decían los emperadores aztecas; para otros en cambio, es una fuente de producción y riqueza. Y en efecto en la comunidad de estos dos -- efectos son fácilmente perceptibles.

Todas las descripciones del México Colonial y del México Independiente, están de acuerdo en el hecho de que el grueso de la población bebía en grandes cantidades, Mayer en su libro "México lo -- que fue y es", nos pinta una traumática historia de disolución -- donde el alcohol jugó importante papel. El licenciado Julio Guerrero, en un estudio epidemiológico acerca del alcoholismo en el porfirismo, muestra que en 1984 de 19000 infracciones al orden -- público, el 63 % eran debidas al alcohol. Y en aquella época que haría revisar el adagio que dice "Todo tiempo pasado fue mejor", -- es sensiblemente deprimente : en la ciudad de México había 16 fábricas de aguardiente, 458 cantinas y 1,761 pulquerías, o sea un expendio de bebida alcohólica por cada 230 habitantes. Actualmente el Consejo Nacional de Publicidad por información de las diversas Cámaras de Comercio y de Censos Comerciales, establece que -- hay 5 cantinas por cada escuela; eso sin considerar a los expendios de bebidas alcohólicas clandestinas o no registradas.

En 1936, de todos los delinquentes que ingresan a las cárceles -- por diferentes delitos, el 20% estaban ebrios al momento de cometer actos delictuosos. Para esa época había una cantina por cada 646 habitantes,

En 1939 estudios realizados por el Dr. Quiroz Quaron reportaron -

que, el 66 % de las personas que intervinieron en lesiones de todo orden estaban bajo la influencia del alcohol. También sabemos de que los accidentes de tránsito en el 6 % había intervenido el alcohol y cuando estos accidentes provocaban lesiones, en el 15 % intervenía el alcohol. En causales de divorcio por crueldad mental, en el 56 % había factor alcohol como generador de esa problemática, en la cual va incluida también, la mayor parte de las veces mal trato físico e irresponsabilidad en el sustento familiar.

Varias correlaciones de fenómenos sociales prueban que mientras hay más pobreza hay más ingestión de alcohol; que mientras más caros son los comestibles, se abren más cantinas y que entre más ingestión de alcohol hay, más actos atávicos y crueldades inauditas en el acto delictivo del alcoholizado. Finalmente, incontables inquietudes nos asaltan cuando revisamos el tema del alcoholismo y la delincuencia; una de ellas en especial la establecemos en la siguiente forma : nuestro alcohólico mexicano genéticamente desnutrido, sigue comiendo mal, alimentando mal a su familia, podría esto explicarnos que el alcohol junto con otros factores externos nos ha perfilado económica, política y socialmente desde hace 6 siglos y nos prevee un futuro más desesperanzado, dada la posibilidad de menor ingesta proteica por el alto costo de la vida así como a las edades cada vez más jóvenes en que empiezan a ingerir bebidas embriagantes nuestros ciudadanos y que dan como producto final lo que estamos observando de una mayor prevalencia de internos en nuestras cárceles cuyas edades oscilan entre 18 y 25 años.

El alcoholismo tomado como un exceso, destruye o desequilibra estructuras biológicas o sociales, que permiten al hombre su desarrollo armónico en el contexto de la comunidad en donde se desa-

rrolla.

En México, en la población mayor de 10 años, se calcula una frecuencia de 9 a 12 alcohólicos por 1,000 habitantes, a pesar de que los análisis epidemiológicos que contamos en México han demostrado ser poco confiables. Aún así otros estudios nos proporcionan una imagen bastante real del problema de México. Cabe señalar que esta cifra, no incluye a los alcohólicos crónicos que no han sido invalidados; en base a esto, puede calcularse que en la actualidad existen unos 2,5 millones de personas adultas con problemas de alcoholismo en nuestro país. Se calcula que en 1982, había alrededor de un millón de alcohólicos inválidos en México. Como en el caso anterior, esta cifra no incluye a los bebedores excesivos ni a los alcohólicos que hasta ese momento no se han invalidado socioeconómicamente.

Hay que tener en cuenta las diversas desventajas por las que atraviesa nuestro país ancestralmente; especialmente la desnutrición en el aspecto hipoproteico que resta eficiencia en el rendimiento laboral y que también la riqueza de nuestro país que por injusticia social no alcanza a las grandes masas de población; creándole grandes frustraciones en lo individual y en lo grupal.

Si miramos bien hacia el trasfondo social y humano, el alcoholismo viene a ser una secuela colateral indeseable de muchas frustraciones que convergen en un mismo individuo. Una de las causales que inducen o motivan el hábito alcohólico (como un síntoma neurótico) es el mal reparto del ingreso o de la riqueza nacional. La sociedad acomoda sus intereses en lo que ella siente que, "debe ser el orden o la paz" y es en honor de ese orden y de esa paz, de ese deber ser acomodaticio, cuando margina y se explota a los más débiles y éstos suelen ser los más impreparados. Por esto no

nos debe sorprender que sean los más imprevistos, peones de campo, albañiles, trabajadores y operarios humildísimos, los que suelen ser más alcohólicos y cometen los peores desmanes entre sí y con los suyos. No es aguisa de justificación, sino de explicación que encontramos explicable como un hombre imprevisto que solo tiene dos brazos y 10 a 12 horas de jornada laboral a destajo, no pueda con su salario alcanzar ya no la bonanza, ni soñarla, pero ni siquiera la suficiencia para mal vivir él y sus 4 a 8 hijos -- (porque la explosión demográfica viene de la mano con estos hombres), y todavía a pesar de tanto esfuerzo y trabajo, ellos saben que no han de salir nunca de pobres, ni podrán ser más de lo que son : unos desgraciados, miserables, paupérrimos, llenos de hijos y con un destino continuo de penurias y necesidad. Habitualmente los estratos sociales, económicos y culturales más ínfimos suelen ser proclives al alcoholismo y a la violencia. En estos medios -- sociales existe un círculo vicioso según el cual la ignorancia -- induce a la pobreza, ésta induce a la desnutrición e insalubridad; la desnutrición e insalubridad, inducen a su vez a las enfermedades, entre ellas las parasitarias y dentro de este medio ya incluido, insalubre, sórdido, se induce sorpresivamente también a la explosión demográfica con la cual, el pobre no solo tiene la garantía de ser pobre sino de hacerse cada día más pobre y por añadidura con el riesgo del hábito alcohólico, que acaba por empobrecerlo como persona y como cabeza de un grupo familiar, esto es socialmente.

PATOGENIA DEL ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA

En lo que se refiere a la violencia, existe una relación muy importante entre el alcoholismo y los delitos violentos graves, lo que se llama criminalidad primitiva, muscular o atávica tipificada básicamente en los delitos de lesiones de violación y homicidios. Parece ser que en el 90 % de los delitos de homicidio por lesiones y homicidio en riña, uno de los dos contendientes se encuentran en estado alcohólico. Otro delito en el cual interviene el alcohol es la violación, sobre todo por incesto, la tumultuaria u ocasional,

Es innegable la relación etilismo-trastornos conductuales por los datos confiables que tenemos en fuentes fidedignas y de ellas - solo someramente citaremos algunas de este respecto : "los delitos de sangre" coinciden hasta en el 64 % con ingesta alcohólica de algunos de los participantes, lo que habla de la peligrosidad social de la ingesta desmedida del alcohol. Por otra parte, hay una correlación entre el número de expendios de bebidas alcohólicas y el número de delitos que hay en una comunidad; el índice -- encontrado en la República Mexicana es de 86 por ciento. Como se observa, es evidente que existe una importante relación entre criminalidad y hechos violentos, graves en general, y alcoholismo -- como patología social e individual.

ALCOHOLISMO Y SUICIDIO (Autoviolenca)

El país que tiene mayor incidencia de muertes por suicidio es Suecia con 11 por 100,000 habitantes, seguida por Hungría con 10,5 Estados Unidos con 10,2. En Suecia se ha observado una relación muy significativa entre la ingestión de alcohol per cápita, que es de los más altos del mundo.

Por lo que se concluye que, a pesar de no tener datos precisos de suicidios y alcohol, existe también en México una frecuencia alta de suicidios en poblaciones que consumen más bebidas alcohólicas. Además, el alcohol opera en el suicida como un recurso que "agrega valor" para "ser capaz" de autoeliminarse. El alcohol como - - coadyuvante de la violencia dirigida contra el mismo individuo es deliberadamente buscado para tomar la determinación prefigurada o prevista, como en los casos de quienes en la "ruleta rusa" se dan valor, alcoholizándose para suicidarse en el más estúpido y violento de los juegos de azar que existen.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

EPIDEMIOLOGIA DE LOS ACCIDENTES AUTOMOVILISTICOS Y ALCOHOLISMO

Se calcula que el 44 % de los accidentes automovilísticos se deben directamente al alcoholismo del individuo y de ellos, el 68 % conduce a la muerte. Se calcula que el 88 % de los accidentes graves se deben al conductor, 5 % a fallas mecánicas y 7 % a causas que no provienen ni del estado del conductor ni del automóvil. -- Del 88 % mencionado, 47 % se debe al estado de alcoholismo.

Esto permite comprender la génesis de lo que en el aspecto automovilístico se llama "accidente de vehículos automotores guiados -- inhumanamente".

LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL EN MEXICO Y ESTRATEGIAS PARA PREVENIRLOS

En México nadie niega actualmente el impacto que el consumo de alcohol tiene en la salud pública de sus habitantes. Se le responsabiliza de una alta proporción de las muertes por cirrosis hepática, accidentes de tránsito, lesiones por riña, y de ausentismo laboral y desarmonía familiar. Por lo que con frecuencia se escuchan voces de denuncia que claman para que se remedie la situación. Estos surgen de diversos sectores como jurídico, educativo, gubernamental, religioso, de la salud y de los medios masivos de comunicación. Los remedios varían de acuerdo con la ideología y el interés del sector que las propone porque en materia de alcohol, la unanimidad de las opiniones se conserva al señalar el mal pero es un verdadero caos cuando lo intenta elegir la manera de resolverlo. La razón de las discrepancias obedece a que el tema del alcohol aparte de que fácilmente se contamina de elementos afectivos y que toca una serie de fuertes intereses políticos y económicos, es también un tema complejo que para comprenderlo en toda su extensión requiere de la competencia de diferentes disciplinas científicas como bioquímicas, fisiología, psicología, sociología, antropología, etc. Cada una de ellas observa el fenómeno bajo su ángulo de interés y la interpreta con su propio esquema conceptual por lo que tampoco los expertos llegan a compartir un punto de vista unitario.

DESARROLLO HISTORICO, CLASIFICACION Y DEFINICION DE CONCEPTOS CLAVES FUNDAMENTALES

Las explicaciones, actitudes y concepciones de la sociedad en general y los expertos en particular, hacia las personas que sufren las consecuencias que provoca el consumo de alcohol han cambiado en el curso de la historia y a la luz de los conocimientos nuevos. Al principio se les consideró con base en rígidos principios moralistas, como sujetos viciosos y faltos de voluntad, por lo que se les marginó y condenó. Después no hace más de 40 años se empezó a considerarlo como una enfermedad porque se hizo patente que estas personas bebían y cometían faltas de juicio en contra de su propia voluntad, por lo que en lugar de confinarlos al castigo y expiación se les ofrece el tratamiento y la rehabilitación. A partir de entonces surgen una gran variedad de programas asistenciales y se crean los grupos voluntarios como Alcohólicos Anónimos. La actitud que predomina es la de señalar la gravedad del mal, -- pero bajo la necesidad de no contemplarlo como vicio o falta de moralidad, sino como una seria enfermedad que hay que combatir.

El panorama prometió cambiar a raíz de que los científicos se interesaron por el tema. La época científica que empezó hace no más de 10 años, se distingue por la gran actividad desplegada, el surgimiento de conocimientos nuevos y el cuestionamiento de conceptos que antes estaban perfectamente establecidos. En los últimos años la cantidad de la información científica en materia de alcohol -- ha alcanzado proporciones abrumadoras. Hay fácilmente de 6 a 7 -- publicaciones periódicas de nivel internacional dedicadas exclusivamente a tratar el tema, aparte de la multitud de artículos que aparecen en otras publicaciones no especializadas. El tema es -- tratado de una infinidad de ángulos y si bien es cierto que ahora

se conoce mucho más que antes, también es cierto que la información disponible dista mucho de formar un todo coherente pues, la mayor parte de las veces se trata de conocimientos fragmentarios, contradictorios y desafortunadamente todavía muy lejos de ser --- utilizados a nivel práctico. Las nuevas aportaciones, la diversidad de científicos que trabajan en el campo y los diferentes enfoques utilizados han provocado discrepancias y confrontaciones. -- Desde una perspectiva práctica, la más importante de todas ellas se da entre los que consideran que las consecuencias del consumo de alcohol deben de contemplarse bajo un marco médico y aquellos otros que abogan por una concepción culturista,

El activo y reciente rechazo al modelo médico que mantiene algunos miembros de la comunidad de la comunidad científica y profesional ha encontrado su mejor justificación teórico doctrinal en las aportaciones y concepciones de los científicos sociales, pero no nada más la oposición se explica exclusivamente por la postura de estos últimos, sino que también otras circunstancias y factores han contribuido a fomentarla. Como por ejemplo, el abuso del concepto de alcoholismo se ha hecho, el presupuesto desproporcionado que - en algunos países se ha elaborado para programas del tratamiento y rehabilitación y finalmente que el modelo médico aplicado en -- forma rígida presenta serias limitaciones en el campo de la salud pública.

El término alcoholismo se ha empleado con poca precisión, en diferentes acepciones y en una serie de situaciones en donde es fácil percibir sus limitaciones. Esto ha provocado confusión y ha desgastado y desprestigiado su uso, a tal extremo que los médicos -- han preferido últimamente abandonarlo por el de "síndrome de dependencia del alcohol", que aparece en la novena clasificación de las enfermedades de la OMS.

Algunos autores consideran que mantener la postura tradicional de alcoholismo como enfermedad en el campo de la salud pública, aparte de que como ya se ha visto es totalmente inoperante, podría -- muy bien interpretarse como que se están haciendo el juego a intereses económicos y comerciales de las grandes corporaciones que producen y distribuyen alcohol. Por eso no es raro que ciertas -- empresas estén dispuestas a destinar parte de sus ganancias a financiar programas de tratamiento y rehabilitación, pues es una -- manera que el alcohol es un vehículo activo y que lo más adecuado en materia preventiva es el de limitar su disponibilidad. Como ya se mencionó el viejo término alcoholismo se reemplazó por el "síndrome de dependencia al alcohol". Este nuevo término presenta varias ventajas sobre el antiguo de alcoholismo. Es más neutro pues está libre de concepciones moralistas. El empleo de la palabra -- "síndrome", marca tres condiciones fundamentales : a) etiología -- múltiple y todavía desconocida donde intervienen factores de diversa índole, b) una historia natural que hace posible formular pronósticos y situar la evolución del fenómeno en el tiempo y c) finalmente el hecho de que es posible identificarlo por una serie de síntomas característicos. Edwards y Gross esquematizan al síndrome en : a) cambios de la conducta; b) cambios subjetivos; y c) manifestaciones psicobiológicas. Para hacer el diagnóstico de -- Síndrome de Dependencia al Alcohol no es necesario que estén todos los elementos descritos.

ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Para fines didácticos, es recomendable dividir el diseño de un -- programa preventivo en 5 fases.

- 1.- ADOPCION DE UN MARCO TEORICO DE REFERENCIA
- 2.- CREACION DE ORGANISMOS Y MECANISMOS COORDINADORES
- 3.- ADOPCION DE UN SISTEMA QUE RECOPILE INFORMACION BASICA Y ESPECIFICA
- 4.- POSIBILIDAD DE EVALUAR CUALQUIER MEDIDA
- 5.- FLJAR POLITICAS PRECISAS, EXPLICITAS Y CONVENIENTES

1.- MARCO TEORICO DE REFERENCIA

Los problemas que se relacionan con el consumo de alcohol, son -- del más variado origen, inciden en diferentes esferas, tanto del individuo como de la comunidad y si se desea enfrentarlos hay que tocar intereses y realidades que rebasan a los sectores salud y educación. Por ello un programa de este tipo, no sólo puede reducirse o prevenir, curar y rehabilitar, sino que sus pretensiones deben ir mucho más allá, pugnando por considerar todos aquellos factores que estén involucrados en la promoción de la salud, bienestar y desarrollo del individuo y la colectividad,

Un programa cuya meta sea reducir los problemas que plantea el -- uso de alcohol, debe de estar dispuesto a tocar prácticamente todas las estructuras sociales y culturales sin ningún compromiso,

2.- ORGANISMOS Y MECANISMOS COORDINADORES

Los problemas que se relacionan con el consumo de alcohol, son el resultado de un largo y complejo proceso que consta de diferentes facetas como la producción, la distribución, la comercialización, etc. En el proceso participan : agricultores, comerciantes, indus triales como fiscales, sanitarias, policiaacas y por último los -- mis inos consumidores. Las relaciones entre ellos se regulan median

te medidas y reglamentos legales administrativos, fiscales y sanitarios. La promulgación y aplicación de las medidas y reglamentos no necesariamente sigue un criterio unitario puesto que cada uno de ellos obedece a fines e intereses particulares. El resultado es que los grupos con más fuerza como el comercial, industrial y fiscal se imponen a otros y con frecuencia, sin considerar que -- ciertas medidas repercuten en la salud de los individuos y la comunidad. Por tal motivo, en todo programa que intente reducir los problemas que ocasiona el alcohol es indispensable que se cuente con un organismo coordinador del más alto nivel en cuanto a su influencia y toma de decisiones para que regule la fuerza de los diferentes grupos que busquen un equilibrio que tenga en cuenta -- las repercusiones del alcohol en el campo de la salud pública.

En México, mediante la creación del Consejo Nacional Antialcohólico, el día 31 de marzo de 1981, se dió una adecuada respuesta a -- esta situación. Su creación implicó un reconocimiento explícito a la importancia del problema. El Consejo es un órgano de consulta, asesoría y coordinación de la SSA. Está constituido por el titular del ramo, directores y funcionarios de la misma dependencia. -- Está capacitado para invitar, en calidad de miembros, a representantes del Congreso de la Unión, otros Secretarios de Estado y -- Representantes de educación y salud. Entre sus principales facultades destacan : a) apoyar la formación de personal técnico; b) -- recomendar políticas y medidas específicas; c) promover reformas a la legislación en materia de producción, distribución, publicidad y consumo de bebidas alcohólicas; y d) estudiar y conocer todo asunto relacionado con la prevención, erradicación y rehabilitación del consumo de alcohol. Cuenta con un secretario y está -- obligado a reunirse cada dos meses.

Como es fácil deducir, se trata de una institución con gran capa-

cidad de decisión e influencia. Por su constitución, todos sus -- miembros son personas técnicamente preparadas, con experiencia en lo académico y en la administración pública y que en el momento - de ocupar su puesto, son capaces de ejercer su influencia. Lo - - ideal, para que su labor sea más efectiva, es que su funcionamien- to se complemente con instituciones que lleven tiempo estudiando aspectos relacionados con el consumo del alcohol. Porque a pesar de que el tema es multidisciplinario y exige para su estudio la - participación de especialistas de diferentes campos, la verdad es que, por los conocimientos que se requieren y las técnicas que se necesitan, se trata de un campo de subespecialidad. Esta eventualidad ha sido tomada en cuenta por el Consejo al invitar al direc- tor del Instituto Mexicano de Psiquiatría a formar parte de él. - En esta forma el IMP cumple más plenamente con una de sus funcio- nes para la que fue creado y el Consejo se beneficia con los co- nocimientos y la experiencia de un grupo de especialistas que de tiempo atrás viene trabajando en el tema.

3.- RECOPIACION DE INFORMACION BASICA Y ESPECIFICA

Un paso previo y esencial para desarrollar cualquier programa re- lacionado con el alcohol es conocer la naturaleza, variedad y ex- tensión de los problemas que ocasiona su consumo. Lo primero que se recomienda hacer es que mediante la búsqueda de las fuentes -- estadísticas convencionales, se responda a preguntas como las si- guientes : ¿Cuánto alcohol se consume en los últimos años? ¿Qué - bebidas son las más populares? ¿Cuáles son los ingresos del gobier- no por concepto de impuestos? ¿Cuáles son las etapas de mortali- dad por cirrosis hepática?, etc.

Estas y otras muchas preguntas deben ser contestadas.

En la fase inicial del proyecto de "Las respuestas de la comunidad a los problemas del alcohol", por petición de la misma OMS, se procedió a recopilar en nuestro país, parte de esta información. La recopilación de la información no fue tarea fácil. Hubo necesidad de recurrir a múltiples fuentes (Secretarías de Estado, organismos privados, Cámara de la Iniciativa Privada, etc.). El acceso a los datos se obstaculizó por las dificultades burocráticas o por motivos de confidencialidad, cuando finalmente se llegaba a la fuente, los datos eran incompletos o no seguían un patrón uniforme en su presentación, por lo que no hubo manera de hacer comparaciones. Incluso hubo problemas para localizar la fuente correcta. El resultado es que después de esta experiencia, por fin se pudo reunir en un solo documento información útil que habitualmente está dispuesta a presentarla en forma uniforme. La información dista mucho de ser completa y a pesar de los esfuerzos que en forma continua han realizado personas del Instituto Mexicano de Psiquiatría no se ha logrado mantenerla al día.

En resumen : es fundamental instrumentar un mecanismo que permita recopilar y actualizar información en forma automática y continua sobre todo lo relacionado con la producción, distribución y consumo de alcohol, así como elaborar estudios de campo enfocados hacia poblaciones específicas.

4.- MECANISMOS DE EVALUACION

Todo programa indica un esfuerzo y pretende obtener un efecto. Por ello, la necesidad de diseñar mecanismos que lo evalúen tanto para justificar los esfuerzos, como para conocer su eficacia. En general, este tema tan socorrido y tan de moda en la salud pública contemporánea, no ha dejado de ser motivo de controversia. "Las respuestas de la comunidad a los problemas relacionados con

el alcohol", contempla la posibilidad de evaluar las acciones que se han llevado a cabo en la comunidad estudiada.

5.- ADOPCION DE POLITICAS

La adopción de políticas en el desarrollo de programas, va de la mano de todos los aspectos que ya se han discutido. En materia de alcohol, la historia de las políticas es la historia de las controversias, contradicciones y rectificaciones. Aún ahora es un tema en el que todavía no hay uniformidad de criterio. Por ejemplo, los países pueden clasificarse entre aquellos que manejan -- una política totalmente abstencionista que llega hasta a recomendar la prohibición total del alcohol, como el caso de las naciones musulmanas, hasta aquellos otros en que las medidas son totalmente laxas, como podría ser muy bien el caso de México. Otro ejemplo de discusión es de entre aquellos que afirman que los problemas relacionados con el alcohol solo son reducibles mediante campañas educativas contra aquellos otros en los que el único método que consideran efectivo es el que es capaz de reducir la -- cantidad de alcohol disponible en una sociedad dada. También hay discusión entre que si lo mejor es promover facilidades de tratamiento porque la prevención es prácticamente utópica, contra una postura totalmente opuesta. La verdad es que la adopción de políticas es un proceso completo que debe de responder adecuadamente a la realidad sociopolítica de los países y que si se desean adoptarlas con buen éxito, es esencial adelantarse a los obstáculos -- que van a presentarse, prever que se cuenta con el apoyo de los sectores más importantes de la población.

Tomando en cuenta estos conceptos, creo que el criterio que más se apoya a la realidad mexicana es el que adoptó el Comité de Expertos de la OMS, que se reunió en Ginebra, Suiza, en noviembre --

de 1979. Estos puntos de sus recomendaciones que intentan destacar son los siguientes :

1.- a) Dar una clara prioridad a los programas de prevención; y b) Que los programas de tratamiento se concentren en la organización de servicios poco costosos y de elevada eficacia la recomendación se fundamenta en el hecho de que los problemas relacionados con el alcohol son muchos y variados, por lo que es prácticamente imposible contender, con ellos a base de programas y de tratamientos porque hasta ahora éstos son costosos y han mostrado poca eficacia y finalmente porque las medidas preventivas, de acuerdo con las estrategias actuales resultan bastante prometedoras.

2.- Que se tomen inmediatamente medidas para evitar en cualquier nuevo aumento de consumo de alcohol y que se comience a reducir el consumo por habitante, disminuyendo la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y tomando medidas educativas y de otra índole para disminuir la demanda. Y se consideran ambas recomendaciones a la luz de la situación que actualmente prevalece en México, el panorama es de más profundo pesimismo, pues se están dando todas las condiciones para que el consumo de alcohol por habitante en la población general aumente y continde incrementándose en los años siguientes. Por ejemplo, México es un país que está experimentando los cambios rápidos y profundos en su estructura socio-económica y se sabe que ésta es una condición para que el consumo de alcohol aumente. Otros factores importantes que favorecen esta situación son los siguientes : a) las bebidas nacionales y locales como el pulque, tequila y mezcal están siendo reemplazadas por las internacionales como cerveza y brandy; b) las normas tradicionales que ritualizan y autelimitan las frecuencias y cantidad de la bebida, están siendo abandonadas por prácticas más libe

rales y cosmopolitas; c) la industria de la cerveza, el vino y -- los licores, se encuentran en expansión y con decidido impulso -- por parte del Gobierno para estimular la producción nacional. La tendencia de la industria es hacia la formación de monopolios y -- la asociación con compañías extranjeras. Con la intención de que mediante el manejo de mejores técnicas de venta se amplíe el mercado nacional ya que debido a la fuerte competencia internacional, es muy difícil que la producción se destine a la exportación; d) hasta ahora las medidas administrativas y legales que regulan el consumo de alcohol en México, tiende más a favorecer su incremento que su restricción. Por ejemplo : 1) El precio de la bebida es muy bajo en comparación con otros países y con el poder adquisitivo de la moneda. 2) Los expendios autorizados para vender bebidas alcohólicas aumentan a una velocidad mayor que la población y son del más variado tipo, pues incluyen tiendas de abarrotes, autoservicios, misceláneas, espectáculos; 3) Los horarios de venta son de los más amplios; 4) No hay restricciones para que ciertas personas compren alcohol, como es el caso de los menores. No es de extrañar que el consumo de alcohol en México haya aumentado en -- los últimos años.

Otra de las recomendaciones del Comité de Expertos se refieren a que los gobiernos organicen programas eficaces de educación e información sobre el alcohol que se dirija específicamente a segmentos particulares de la población general, y a grupos profesionales interesados. Estos programas deben de resaltar la promoción de la salud y fomentar la comprensión pública y el apoyo a las medidas políticas necesarias para la prevención de los problemas causados por el alcohol.

También recomiendan que los gobiernos procedan simultáneamente a efectuar una revisión de sus políticas con respecto a la publici

dad de las bebidas alcohólicas con el propósito de que guarden -- una mayor coherencia con los esfuerzos educativos que tienen como objetivo disminuir la demanda.

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Los problemas médicos generados por el consumo del alcohol abarcan varios rangos : en primer lugar, la intoxicación etílica aguda que puede presentarse tanto en bebedores sociales como en bebedores consuetudinarios; en segundo lugar, las complicaciones médicas del consumo de alcohol que afecta prácticamente a todos los órganos de la economía humana, pero fundamentalmente el aparato digestivo y el sistema nervioso central y periférico; y finalmente el llamado síndrome de dependencia al alcohol, que es una complicación psiquiátrica de tipo adictivo en donde el consumidor de bebidas embriagantes ha desarrollado dependencia psíquica y física del alcohol.

Es importante saber diferenciar estos tres rangos de problemas consecutivos al consumo del alcohol, ya que, desgraciadamente muchos médicos confunden estos tres tipos de complicaciones en una sola a la que genéricamente le dan el nombre de "alcoholismo".

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ALCOHOLISMO

Generalmente este tratamiento se lleva a cabo en las salas de urgencia de los hospitales, en los puestos de socorro o en los hospitales psiquiátricos. La sala de un hospital general se considera como el mejor sitio para el tratamiento de estos casos.

El típico paciente alcohólico en fase aguda suele llegar en condiciones de agitación, desaliño y poca cooperación; suele provocar alborotos o, inclusive, agredir a los asistentes y enfermeras de la sala. Generalmente se encuentra deshidratado y desnutrido, pues con seguridad lleva varios días sin probar alimento. Además

puede presentar alguna complicación digestiva o psiquiátrica, - - siendo los más frecuentes el vómito, la intolerancia a la ingestión de alimentos, el sangrado digestivo, los trastornos sensoriales y los delirios.

El tratamiento de este tipo de enfermos deberá realizarse a tres niveles :

- 1) Normalizar los cambios metabólicos inducidos por el alcohol.
- 2) Tratar el síndrome de abstinencia o prevenirlo en caso que no se haya presentado, y
- 3) Tratar las complicaciones intercurrentes del alcoholismo.

Para lograr esto, el enfermo necesitará, fundamentalmente, soluciones glucosadas endovenosas al 5 ó 10 % las que rehidratarán al paciente y, por el otro, cubrirán sus necesidades calóricas, ya que el aporte de calorías queda bruscamente suspendido cuando el paciente deja de ingerir alcohol. No debemos olvidar, además, que en el enfermo alcohólico agudo los niveles de glucosa intracerebral están muy disminuídos y deben reponerse. La administración de glucosa normaliza la hipoglucemia habitual en la intoxicación alcohólica y repone los depósitos de glucógeno hepático. El alcohol, al competir con la glucosa en su metabolismo, produce disminución en los depósitos de ésta, inhibe la secreción de insulina y provoca, así mismo, un aumento en la formación de cuerpos cetónicos por gluconeogénesis.

La aplicación de sedantes es el paso más importante del tratamiento. Se ha comprobado que los ansiolíticos del tipo del clordiazepóxido y la hidroxizina, por el riesgo relativamente leve de que produzca sobredosificación, por su baja capacidad de crear adicción, por su improbable potencialización y por su baja toxicidad hepá-

tica.

El advenimiento de estas drogas ha hecho que la sedación sea más segura, simple y efectiva y ha facilitado, en gran parte, el cuidado medido y de enfermería de la detoxificación y del período de supresión.

Además, nuestra creciente comprensión de los aspectos psicobiológicos de la enfermedad nos ha alentado a tratar a los alcohólicos en una atmósfera de rutina, no punitiva con comprensión y sin discriminación. El alcohólico ha logrado responder tanto a las drogas como a esta atmósfera de comprensión y se ha vuelto más gobernable.

La dosis requerida para producir sedación (sin estupor) varía de 50 a 200 mg. de clordiazepóxido o hidroxizina por vía intramuscular o endovenosa, la cual tenga que repetirse en un término de dos a cuatro horas. Con esto, se logra una sedación inmediata y, consecuentemente se simplifica el manejo del enfermo. Se acostumbra, habitualmente, mezclar el sedante en solución glucosada, - aunque también puede aplicarse por vía intramuscular o endovenosa cuando el enfermo está muy agitado. Este tratamiento se puede continuar hasta que el enfermo supere la fase aguda.

Es importante no administrar barbitúricos o fenotiazinas que en forma errónea son frecuentemente utilizados. Estos medicamentos pueden llevar al paciente alcohólico a un estado estuporoso o hacerlo caer en coma que puede culminar en la muerte, ya que potencian los efectos depresores del alcohol sobre el sistema nervioso central, además de intensificar hipotensión.

Por último, hay que administrar suficiente cantidad de vitaminas, particularmente las que forman parte del complejo vitamínico "B" (en especial, Tiamina y Niacina), las cuales deben aplicarse por vía parenteral y durante toda la fase de desintoxicación. La Tiamina es precursora de algunas enzimas que intervienen en el ciclo de Krebs, que a estas alturas se encuentra funcionando en un nivel muy bajo. El paciente alcohólico, además de no alimentarse bien, tiene interferencia de absorción de Tiamina por la presencia de alcohol. Su carencia es responsable de los cuadros de polineuritis y otras complicaciones como el síndrome de Wernicke y la psicosis de Korsakoff.

Es un hecho bien establecido que un alto porcentaje de alcohólicos crónicos tiene un nivel disminuido de magnesio sérico. Por lo tanto, es recomendable la administración de este elemento en el tratamiento del alcoholismo agudo, ya que además de su efecto sedante y preventivo de las crisis convulsivas del delirio tremens, interviene en la formación de enzimas dependiente de la Tiamina. Se recomiendan soluciones de Sulfato de Magnesio al 50 % en dos mililitros intramuscular durante uno o dos días. Recientemente, se ha informado de la utilidad, la fructuosa administrada intravenosa durante la etapa aguda, ya que suele provocar una rápida disminución de la alcoholemia en un 25 % de los casos, con el consiguiente acortamiento del período de intoxicación.

Finalmente, deben mencionarse dos estados aunque raros, deben tenerse muy en cuenta, pues pueden presentarse como consecuencia de una intoxicación etílica aguda; tales como el estupor y el coma. El estupor ocasionado por el alcohol es común y sólo requiere de observación y una diferenciación cuidadosa de otras muchas causas. En estos casos es muy importante evitar el uso de sedantes y tranquilizantes por la posible potencialización del alcohol y --

precipitación del estado de coma. Para el diagnóstico diferencial es útil realizar una determinación de alcohol en sangre, pero no se debe confiar enteramente en este factor, debido a la ocurrencia de traumatismo craneoencefálico en el alcohólico.

El coma alcohólico es bastante raro, pero es un caso de urgencia debido a la posibilidad de una depresión respiratoria y al deceso consecuente. La condición es reversible si el paciente es asistido adecuadamente hasta que baje el nivel de alcohol en la sangre. Es importante investigar rápidamente otras posibles causas de coma, por el interrogatorio indirecto y por estudios de laboratorio y gabinete, con especial énfasis en el contenido de la glucosa, alcohol y barbitúricos en la sangre. Debe aplicarse intubación endotraqueal y dar auxilio respiratorio en caso de que surja una dificultad de esta índole. El lavado gástrico, la diálisis peritoneal y la hemodíalisis suelen ser de gran utilidad. Se ha utilizado una amplia variedad de drogas, como glucosa, insulina y estimulantes, pero no han tenido valor alguno. Algunos autores recomiendan una ampollita de 50 ml de glucosa vía Iv. Sin esperar los resultados del análisis de sangre a fin de prevenir un posible daño al cerebro en caso de que se trate de un coma hipoglucémico.

De las complicaciones psiquiátricas, las más frecuentes son : la alucinosis alcohólica, el estado paranoide alcohólico y el delirium tremens. Todos ellos son síndrome de supresión y casi la totalidad de los mismos logran controlarse con los medicamentos antes enumerados para el tratamiento de la intoxicación etílica aguda. Esto es debido a que estos trastornos psiquiátricos, motivados por la interrupción súbita de una ingesta etílica prolongada, son la manifestación clínica de un grave trastorno del metabolismo cerebral y general, principalmente los carbohidratos existiendo con una disminución de la función desintoxicante del hígado, -

tendencia a la acidosis, oxigenación deficiente del cerebro, balance hidroelectrolítico alterado y diversas carencias nutricionales, especialmente de vitamina B.

Es por ello que al normalizar los cambios metabólicos inducidos por la supresión del alcohol, generalmente estos síntomas psiquiátricos desaparecen en un tiempo relativamente breve. No sucede lo mismo con otras complicaciones neuropsiquiátricas como el síndrome de Korsakoff y el de Wernicke.

En el síndrome de Korsakoff, el substratum orgánico radica en una deficiencia importante de vitamina B, lo que da lugar a una degeneración de ciertas áreas del sistema nervioso central (neurona, neuroglia y nervios periféricos). ameritan un tratamiento prolongado con la aplicación de grandes cantidades de tiamina (de 20 a 50 g. diariamente), de preferencia por vía parenteral. Además, se recomiendan 20 gr. de levadura de cerveza, ácido ascórbico, y una dieta rica en elementos del complejo B, como sería la leche, la carne, los huevos y la fruta. Algunos autores recomiendan también la administración de dosis diarias de insulina.

El síndrome de Wernicke obedece también a una insuficiente de tiamina y de niacina, lo que da lugar a una acumulación de ácido pirúvico en la sangre y su consiguiente encefalopatía. Su tratamiento farmacológico consiste también en grandes cantidades de complejo B, glucosa y una adecuada alimentación, aunque debe hacerse hincapié en que tanto en el síndrome de Korsakoff como en el de Wernicke, si ya se han instalado cambios irreversibles, las vitaminas no modificarán los síntomas.

La intoxicación patológica es una psicosis alcohólica, dramática y repentina, en la cual el paciente con cantidades bajas o mode--

radas de alcohol, presenta un cuadro caracterizado por confusión, trastornos senso-perceptivos, hiperactividad y sobre todo conducta impulsiva y agresiva que puede llegar a la destructividad. Los -- trastornos emocionales son profundos y consisten en furia, angustia o depresión, se acompañan de impulsos suicidas u homicidas. - En la actualidad, es universalmente aceptado que dichos cuadros - corresponden a descargas paroxísticas del lóbulo temporal, por lo que está indicado el uso de sustancias del tipo del difenilhidantoinato, la primidona y la carbamazepina, con buenos resultados. - El uso de antipsicóticos tipo fenotiacinas o butifenonas está indicado en aquellos casos en que el alcoholismo está asociado a -- otros tipos de psicopatología, fundamentalmente esquizofrenia, -- trastornos paranoides o psicosis afectivas. Cuando ya se ha instalado el síndrome orgánico cerebral crónico (como el caso del deterioro alcohólico), son frecuentes los brotes psicóticos no asociados a la ingesta de etílicos. También, a los estados paranoides alcohólicos prolongados, se recomienda el uso de dichas sustancias.

Debe consignarse que la depresión es un trastorno que con muchísima frecuencia va aunado al alcoholismo y en muchas ocasiones este último suele enmascarar al síndrome depresivo, por lo que se recomienda, invariablemente, la investigación clínica de síntomas depresivos en pacientes alcohólicos. Cuando este diagnóstico se ha confirmado, es necesario someter al paciente a un tratamiento - - prolongado con antidepresivos.

Finalmente, las complicaciones digestivas más frecuentes son las gastritis, el sangrado de tubo digestivo, la cirrosis y la pancreatitis. En el tratamiento hospitalario, habitualmente se prescriben antiácidos, anticolinérgicos, dietas suaves y vigilancia - de enfermería. Cuando el paciente presenta descompensación por --

su cirrosis, coma hepático o cuadros de pancreatitis aguda deberá ser canalizado a un servicio de gastroenterología para su tratamiento especializado.

Se ha descrito el tratamiento clásico de la intoxicación etílica aguda y de las complicaciones del alcoholismo crónico. Sin embargo, es necesario volver a hacer hincapié en que el tratamiento farmacológico es tan solo un aspecto parcial y meramente sintomático dentro del manejo del problema del alcoholismo, el cual es multifactorial. Por lo anterior, sería ingenuo pensar que la farmacoterapia por sí sola puede resolver el problema del paciente alcohólico.

Por ello es que han fracasado todos los intentos encaminados a "curar" el alcoholismo por medio de drogas. Los métodos de este tipo que han alcanzado mayor popularidad son aquellos que pretenden condicionar aversión hacia el alcohol por medio de sustancias que al mezclarse con el etanol dentro del organismo producen una serie de síntomas indeseables las más utilizadas de estas sustancias ha sido el disulfiram (antabuse) el metronidazol, la apomorfina, la succinilcolina y la carbimida citratada de calcio.

El disulfiram fue introducido en 1948 por Hald y Jacobsen, quienes advirtieron que esta droga interfería con la excreción del acetaldehído por bloqueo enzimático. El acetaldehído es un producto de la degradación del alcohol y su acumulación provoca una tóxica intensa, que se inicia de 5 a 15 minutos después de que el individuo bajo tratamiento haya ingerido etanol. Cuando eso ocurre se presenta un cuadro clínico caracterizado por sensación de calor en la cara y cuello, debido a la vasodilatación intensa. La piel de estas regiones puede tomar un color rojo púrpura, hay hiperemia conjuntival, taquicardia, jaqueca, disnea, mareo, dolor

retroesternal, náusea, palpitaciones y vómito. Hay también hipertensión inicial e hipotensión final.

Las dosis de disulfiram utilizada es de 50 a 125 mg diarios, administrados por las mañanas. Existe un gran caudal de información bibliográfica en torno a los resultados obtenidos con el disulfiram en alcohólicos crónicos. Todos estos estudios serios elaborados con un número suficiente de casos seguidos durante períodos prolongados, se muestran muy optimistas sobre la efectividad del medicamento, ya que la mayor parte de los alcohólicos en quienes se utiliza recaen al cabo de un tiempo. En nuestra experiencia personal, también los resultados son desalentadores, ya que nos hemos dado cuenta que la mayor parte de los pacientes que se someten a este tipo de tratamiento no tienen el deseo auténtico de dejar la bebida. Por lo general son sujetos a los que su pasividad ha orillado a buscar una droga que en forma mágica los saque del alcoholismo sin haber desarrollado una autoadvertencia integral acerca de su problemática. Por otro lado, no debemos olvidar que ese tratamiento conlleva potencialidades tóxicas muy graves a nivel cardíaco, hepático, vascular o metabólico. Esto mismo podríamos decir del resto de los tratamientos farmacológicos aversivos; la mayor parte de los informes sobre la utilidad de la apomorfina, el metronidazol, la succinil-colina y la carbimida no son concluyentes.

Existen comunicaciones sobre el intento del tratamiento de los alcohólicos crónicos con LSD y otros fármacos psicodislépticos. Los resultados han sido pésimos, pues lejos de conducir a la sobriedad, suelen llevar al desarrollo de dependencia de este tipo de drogas o a la aparición de brotes psicóticos parecidos a los de la esquizofrenia.

MANEJO PSICOTERAPEUTICO DEL ENFERMO ALCOHOLICO

El papel de la personalidad en el desarrollo de la enfermedad.

La estructura de la personalidad, junto con los factores de tipo genético y bioquímico, así como los elementos socioculturales, - constituye una serie de factores determinantes en el desarrollo del alcoholismo.

Aunque no se ha podido estructurar lo que pudiera denominarse -- una "personalidad alcohólica" la totalidad de los autores están de acuerdo que todos los sujetos tienen problemas psicológicos - derivados de una detención con estancamiento o una regresión en el desarrollo de su personalidad,

Resultan interesantes los estudios de Knight que dividió en dos grupos a los sujetos con problemas de alcoholismo: en el primero se encuentran los alcohólicos primarios o esenciales y en el segundo los sintomáticos secundarios o reactivos. Dicha clasificación resulta útil para determinar los objetivos que se pretenden alcanzar en las psicoterapias para fines pronósticos.

El Alcohólico primario o esencial ha sufrido estancamiento o regresiones en el desarrollo de su personalidad en estados muy tempranos de su vida, lo que da lugar a alteraciones muy importantes en la estructura de su personalidad, siendo pacientes con -- más mal pronóstico que los sintomáticos o secundarios.

El alcohólico sintomático, reactivo o secundario es un individuo que logra una mejor estructuración de su personalidad pero el -- impacto de conflictos emocionales continuos lo han orillado a -- asumir una conducta regresiva a edades más tempranas de su --

vida.

Aunque los estudios de Knight llevaban una orientación exclusivamente psicoanalítica, en la rutina clínica del psiquiatra es común encontrar estos dos tipos de alcohólicos; el que empieza a -- beber secundariamente a sus conflictos emocionales, hasta desarrollar un síndrome de adicción al alcohol y el que genera problemas familiares y sociales como consecuencia de su incontrolable forma de beber.

Se ha desperdiciado gran cantidad de energía en la búsqueda de -- una estructura de la personalidad subyacente común a los alcohólicos. Se ha sometido a diversos grupos de alcohólicos a una gran cantidad de pruebas psicológicas con objeto de encontrar una constelación de rasgos característicos de los alcohólicos. Además tales estudios inevitablemente confunden las características de personalidad presentes en el individuo antes de desarrollar el sín--drome de dependencia al alcohol, con los cambios en las caracte--rísticas (o el desarrollo de nuevos rasgos), consecutivos a dicha adicción.

Pese a lo anterior, la mayor parte de los sujetos con síndrome de dependencia al alcohol o incapacidades relacionadas a su consumo, exhiben rasgos de personalidad muy recientes tales como: inmadu--rez de personalidad (arcaica, fijada en niveles muy tempranos de desarrollo, con defensa frágil e inestables), un mal contacto con la realidad, con gran tendencia a la negación de la misma, son -- dependientes, narcisistas con con serios problemas en el manejo - de su actividad que los lleva a asumir actitudes pasivo-agresivas ante los demás. Son muy sensibles y tienen frecuentes problemas de inestabilidad emocional. Su umbral de ansiedad es muy abajo y éste se desencadena aún ante problemas relativamente sencillos.

Esperan que los demás decidan por ellos o resuelvan sus problemas. Muchos de ellos tienen problemas psicosexuales de falta de identificación o de tendencias homosexuales reprimidas, manejadas con frecuencia a través de formaciones reactivas. La mayor parte de los alcohólicos presentan sentimientos de inferioridad, autodevaluación y minusvalía además de ser altamente culpógenos. La ambivalencia es otro rasgo de la personalidad comúnmente encontrada en los alcohólicos.

ASPECTOS PSICODINAMICOS DEL ENFERMO ALCOHOLICO

Blun (1966) revisó la literatura sobre las teorías psicoanalíticas del alcoholismo y concluyó que los conceptos psicoanalíticos pueden aplicarse al entendimiento psicodinámico del alcoholismo.

La fijación oral parece ser el área predominante en el desarrollo del alcohólico. Esa fijación responde a características infantiles y de dependencia tales como el narcisismo, comportamiento de mandante, pasividad y dependencia. La fijación ocurre después de un grado significativo de privación durante el desarrollo de la primera infancia. Hay evidencias que apoyan el punto de vista de que los alcohólicos fueron expuestos al rechazo de uno o ambos padres y que las necesidades de dependencias son uno de los mayores factores psicológicos que contribuyen al desarrollo del alcoholismo. Otros factores de desarrollo que se han encontrado como contribuyentes a un conflicto de dependencia han sido la sobreprotección y el forzar prematuramente la responsabilidad del niño.

Como se mencionó anteriormente, no se ha logrado sistematizar ningún tipo de personalidad alcohólica, pero si, en cambio se puede hablar de una constelación psicodinámica, tal como la describe -- Zimberg.

Esta constelación psicodinámica es el factor psicológico clave - en el alcoholismo y constituye el conflicto central que debe reconocerse en la psicoterapia.

Podríamos decir que esta constelación psicodinámica es un problema común entre los alcohólicos, pero no produce una personalidad común.

El conflicto consiste en una falta de autoestima aunada a sentimientos negados y reprimidos y conducen a necesidades inconcientes de ser cuidados y aceptados (necesidades de dependencia). -- Como estas necesidades de dependencia no pueden ser satisfechas en la realidad producen ansiedad y necesidades compensadoras de control, poder y logro. El alcohol tranquiliza la ansiedad y, - lo que es más importante, crea sentimientos inducidos de poder, omnipotencia e invulnerabilidad. Cuando el alcohólico despierta después de un episodio de ingesta, experimenta culpa y desesperación porque no ha logrado más que antes de beber y sus problemas permanecen igual. Por lo tanto sus sentimientos de minusvalía - se intensifican y el conflicto continúa en un círculo vicioso, - frecuentemente con una espiral descendente progresiva.

El alcohol provee un estado de sentimiento artificial de poder y control que no puede ser logrado en la realidad. A esta intensa necesidad de grandeza puede llamarse "grandiosidad reactiva". Estas observaciones se esquematizan en la figura 1, que resume la psicodinamia del alcoholismo. El rechazo de la infancia, la sobreprotección, o la responsabilidad prematura conducen a una necesidad inconciente de protección que no puede ser llenada en la realidad y resulta un rechazo. El rechazo conduce a la ansiedad que a su vez lleva al desarrollo de un número de mecanismos de - defensa, particularmente la negación y una necesidad compensato-

ria de grandeza. La grandiosidad causa que tales individuos la -- traten de obtener con desesperación y resulta un inevitable fracaso. Los fracasos llevan a más ansiedad, depresión , furia y culpa. Estos efectos poco placenteros pueden reducirse con el alcohol, - por lo menos por algún tiempo, y llevan a los sentimientos farmacológicamente conducidos de poder y omnipotencia, reforzando así la negación y la grandiosidad reactiva,

Un individuo con un conflicto psicológico de éstos, se convertirá en alcohólico si existe predisposición genética al alcoholismo y si vive en una sociedad en la cual el uso del alcohol es sancionado como manera de sentirse mejor, o en la cual hay ambivalencia con respecto al uso del alcohol. En cualquier individuo uno o más factores etiológicos pueden predominar y provocar alcoholismo.

OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA EN EL ALCOHOLICO

Quizá el alcoholismo sea la única enfermedad en medicina que tenga la característica de que quien la padece no sólo no desea restablecerse, sino que hace esfuerzos inauditos para seguirla padeciendo. La razón de ésto obedece a diferentes factores : lo multi causal de la enfermedad, su naturaleza adictiva, la compleja personalidad del alcohólico, los mitos que existen alrededor del alcoholismo, la estigmatización de que ha sido objeto y la falta de sensibilización de la población en general para su detección y -- tratamiento.

Todo lo anterior da lugar a que el enfermo alcohólico sea un paciente extraordinariamente difícil para su manejo psicoterapéutico y que ponga a prueba la vocación y aptitudes del terapeuta, - quien frecuentemente se siente frustrado en el tratamiento de -- estos enfermos que comprometen sus necesidades de prestigio y de

autoconfirmación, angustiándolo y deprimiéndolo en no pocas ocasiones. Por lo anterior muchos psiquiatras no solo no se interesan por el tratamiento sino que los hostilizan y rechazan.

Por tanto, el primer paso importante en el manejo psicoterapéutico del alcohólico es la adecuada preparación de aquel que se hará cargo de su tratamiento. Muchos médicos, e inclusive psiquiatras, tienen la idea de que es relativamente sencillo manejar un caso de alcoholismo. Esto dista mucho de la realidad, pues para manejar adecuadamente en psicoterapia a un alcohólico se necesita un profundo conocimiento de la enfermedad en todos sus aspectos, tener simpatía por el paciente y convicción de que podrá ser ayudado. Mucha paciencia, pues los cambios ocurren muy lentamente y, en ocasiones, son frecuentes las recaídas; y finalmente, mucha firmeza y objetividad para no ser víctima de las tendencias manipuladoras y seductoras que caracteriza al alcohólico.

Existen dos grados objetivos en la psicoterapia para alcohólicos: el primero, la abstinencia y, el segundo, la promoción a través de supresión de aquellas áreas más alteradas de su constelación psicodinámica.

La motivación hacia la abstinencia será el objetivo primordial en la psicoterapia del alcohólico, pues el segundo objetivo, en términos generales, no se alcanzará si no mantiene su abstinencia. Sin embargo, hay que reconocer que existe una retroalimentación mutua entre el síntoma "ingesta de alcohol" y los desórdenes de la personalidad del alcohólico. Si un alcohólico deja de beber, pero no alcanza ningún logro en su proceso de maduración, la persistencia de sus trastornos de personalidad pueden determinar una nueva recaída y, por otro lado, un paciente con síndrome de dependencia al alcohol que pretendía superar sus trastornos de personalidad sin dejar de beber, seguramente fracasará en su obje

tivo.

En la figura dos, se representan los diferentes tipos de pacientes alcohólicos de acuerdo a las modificaciones a sus patrones de ingesta y de conducta,

El círculo "A" representa a los pacientes que han dejado de beber, El círculo "B" representa a los pacientes que han mostrado mejoría en algunas facetas de su vida, El círculo "C" representa a los pacientes que continúan bebiendo,

Las intercepciones de estos círculos producen cinco subgrupos,

Area 1 : Representa a los pacientes que han dejado de beber pero no presenta ninguna otra forma de mejoría,

Area 2 : Representa a los pacientes que han dejado de beber y muestran otras formas de mejoría,

Area 3 : Representa a los pacientes mejorados, cuya mejoría no está demostrablemente relacionada a cambios en sus prácticas de ingesta,

Area 4 : Representa a los pacientes que muestran otras formas de mejorías aunque siguen bebiendo,

Area 5 : Representa a los pacientes que continúan bebiendo y no muestran mejoría,

Para lograr el primer objetivo, o sea la abstinencia el primer paso será informar y educar al enfermo sobre la naturaleza de su enfermedad, ya que, generalmente existe una gran ignorancia sobre

todos estos aspectos. Una vez dado este paso, se tiene que promover la aceptación de la enfermedad, trabajando principalmente en los mecanismos de defensa del paciente, principalmente la negación, la racionalización, la proyección y la formación reactiva. Las técnicas de grupo son particularmente efectivas para lograr el derrumbe de estos mecanismos defensores. Posteriormente hay que educar al paciente para que encuentre nuevas maneras de manejar viejos problemas sin que recurra al alcohol. Será muy conveniente ayudar al paciente en la creación de un "plan de emergencia", en caso de que reaparezca la obsesión de volver a beber. Este plan de emergencia puede consistir en llamar telefónicamente al terapeuta a cualquier hora, o presentarse al hospital, o acudir al grupo de AA, o llamar telefónicamente a un compañero de grupo, etc. Todo con el objeto de que el paciente sea reconfortado en el momento crítico y que puede continuar en la abstinencia. Finalmente se orientará la terapéutica para que aprendan nuevos patrones de conducta que le permitan disfrutar de la vida sin alcohol.

Aproximadamente las doce primeras semanas de tratamiento se dedicaron a motivar y a reforzar al paciente en su abstinencia. Una vez logrado este objetivo, se trabajará en aquellas áreas más perturbadas de la constelación psicodinámica desarrollando determinadas metas específicas de acuerdo a cada caso en particular.

Estas metas específicas generalmente son : Reconocimiento e identificación de sentimientos; reconocimiento e identificación de patrones de conductas adquiridas de responsabilidad para la resolución de ciertos problemas existenciales, el manejo de la culpa, de los sentimientos hostiles y agresivos, la autoafirmación, la autoestima, el manejo de temores inespecíficos, la ansiedad y la depresión.

La duración del tratamiento depende del tiempo transcurrido para el logro de las metas planteadas.

PSICOTERAPIA DE GRUPO :

De acuerdo con las diferentes experiencias, se ha llegado a la -- conclusión de que el tipo de terapia ideal para el tratamiento -- del alcohólico, es la terapia de grupo. Podemos distinguir fundamentalmente dos tipos de grupos; los grupos dirigidos, que generalmente tienen un profesional como líder o coordinador; y los -- grupos de auto ayuda representados típicamente por "Anónimos". -- Que son grupos abiertos y que sin un líder aparente que no cuentan con la dirección de ningún profesional.

GRUPOS DIRIGIDOS Y DIFERENTES TIPOS

Los grupos dirigidos reciben esta denominación porque son manejados o coordinados por algún profesional (generalmente psiquiatra o psicólogo) que es el encargado de la selección y admisión de -- los pacientes, de estimular al grupo en su avance, de sugerir los temas a tratar, y de interpretar los fenómenos que vayan ocurriendo en el grupo de evaluar el logro de objetivos para decidir la -- terminación de la terapia.

Estos grupos deberán estar formados por un mínimo de 7 pacientes y un máximo de 12. Pueden ser grupos abiertos o cerrados. Los -- abiertos se caracterizan por una población variable de miembros, -- es decir, pueden ir entrando nuevos miembros al grupo para suplir a los que deserten o concluyan su terapia. Este es el tipo de grupo más común en el tratamiento de alcohólicos debido a que, por la naturaleza de la enfermedad, de las características de personalidad del alcohólico, es difícil que se mantenga en grupo por un largo período de tiempo con los mismos miembros.

El grupo cerrado conserva los mismos miembros desde que empieza -

hasta que termina. Generalmente son grupos reducidos, programados por lapsos breves y con objetivos muy precisos.

Ambos tipos de grupos tienen sus ventajas y desventajas, el grupo abierto tiene la ventaja de ser permanente y que permite la admisión de un número relativamente grande de pacientes. Los miembros pueden vivenciar la tendencia a las recaídas de algunos de sus -- compañeros y obtener provecho de esta situación; por otro lado, - el ingreso de nuevos miembros suele promover problemáticas no tra-- tadas antes. Tiene la desventaja de que el avance de la terapia - es más lento, pues, los nuevos elementos retrasan, por lo general, el avance de los miembros más antiguos.

El grupo cerrado tiene la ventaja de que se puede precisar objetivos muy concretos para ser alcanzados por el grupo y una vez que se logra la integración y la cohesión del mismo se avanza muy rápidamente, obteniéndose los objetivos en un tiempo mucho menor -- que en el grupo abierto. Sin embargo, la inconsistencia del alcohólico y lo recurrente de su enfermedad da lugar a que sea muy -- difícil mantener un grupo mínimo de 7 personas durante mucho tiempo y con frecuencia se termina el grupo porque solo sobreviven -- uno o dos miembros después de algunos meses de iniciada la terapia. Los grupos cerrados que funcionan muy bien son los de los -- pacientes hospitalizados por lapsos breves que oscilan entre tres y ocho semanas. Como la hospitalización garantiza la permanencia del paciente en el grupo, se pueden programar sesiones diarias -- durante el tiempo que esté internado el paciente. El objetivo de estos grupos cerrados intrahospitalarios es el de motivación para la abstinencia.

La psicoterapia de grupo dirigida puede ser manejada a dos niveles : una primera etapa posterior a la desintoxicación del enfer-

mo y del tratamiento de sus complicaciones médicas, a nivel intra hospitalario, dentro de un grupo cerrado y con una duración promedio de cuatro semanas persiguiendo un objetivo fundamental : la motivación hacia la abstinencia a través del conocimiento de la enfermedad, la aceptación de la misma, el derrumbre de sus mecanismos de defensa principalmente la negación y la autoadvertencia de sus conflictos no resueltos que están girando alrededor de su alcoholismo. Una vez concluida esta etapa el paciente deberá ser externado del hospital o centro de rehabilitación e iniciar una psicoterapia de grupo, con una duración mayor que puede ser entre 6 y 18 meses, dentro de un grupo abierto y cuyas metas básicas sean el reforzamiento de su motivación para la abstinencia y fundamentalmente, la superación de sus conflictos neuróticos derivados de su constelación psicodinámica. En estos grupos se trabaja fundamentalmente en la autoaceptación, el conocimiento de patrones de conducta, La identificación de los sentimientos, la autoafirmación, la liberación de la culpa, la grandiosidad reactiva, el manejo de la hostilidad, la dependencia y el crecimiento en general, reeducando al paciente a que asuma sus responsabilidades existenciales.

La psicoterapia de grupo dirigida en alcohólicos puede llevarse simultáneamente con otras técnicas, como grupos de alcohólicos anónimos, el psicodrama o la terapia individual.

La psicoterapia de grupo dirigida es fundamentalmente una psicoterapia de tipo reeducativo donde se manejan elementos conscientes tanto como inconscientes.

GRUPO DE AUTOAYUDA AA

La experiencia histórica ha demostrado la gran afectividad que, -

en el tratamiento del alcoholismo, tienen los grupos de autoayuda - representados por AA, hermandad integrada exclusivamente por enfermos alcohólicos que se ayudan, apoyan y refuerzan mutuamente - en su deseo de permanecer en la abstinencia.

Los grupos de AA se iniciaron en 1934 por iniciativa de sus dos - cofundadores, el Dr. Bob Smith y el corredor de bienes raíces, -- Bill Wilson (Bill y Bob) los que, abrumados por los problemas generados por su forma de beber, determinaron apoyarse y cuidarse mutuamente para mantenerse en la abstinencia. De ahí surgió la idea de invitar a otras personas que tuvieran problemas con el alcohol, hasta que se formó un grupo lo suficientemente grande que constituyó la hermandad cuya filosofía fundamental radica en un conjunto de normas conocidas como "LOS DOCE PASOS" y las "DOCE TRADICIONES" de AA.

Dichos grupos tienen una inspiración religiosa, basada en ritos - protestantes del tipo de movimientos de Emmanuel o del movimiento de Oxford de gran influencia en los años en que fundado el movimiento. En esta inspiración religiosa fortalece mucho el espíritu y la cohesión del grupo, dándole una relevancia moral al programa y aliviando mucho los sentimientos de culpa y la necesidad de expiación que experimentan los alcohólicos después de sus etapas de intoxicación.

El enunciado de alcohólicos anónimos, reza de la siguiente manera : "Alcohólicos Anónimos, es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para -- resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA, es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembros de AA no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribucio-

nes. AA no está afiliado a ninguna secta religiosa, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa.

Nuestro objetivo principal es mantenernos sobrios y ayudar a -- otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

Actualmente AA tiene grupos en la mayoría de los países del mundo. Su sede central está en New York. En México existen más de -- 2,500 grupos y el número de miembros se calcula en 25,000.

El éxito de los AA ha radicado fundamentalmente en su espontaneidad, la autonomía de los grupos como la gran cantidad de ellos -- (fundamentalmente en zonas socioeconómicas desfavorecidas), al -- ser gratuitas pero, fundamentalmente el hecho de que el alcohólico no confronta el problema de autoridad y encuentra una gran -- identificación con el compañero que le "pasa el mensaje". El alcohólico respira en tales grupos un ambiente de libertad; nadie -- lo presiona, nadie lo dirige, nadie lo juzga, nadie lo regaña. Al mismo tiempo encuentra una gran aceptación y el efecto catártico de contar su historial en la tribuna tiene un resultado de expiación que le alivia sus tensiones. Una vez que el nuevo miembro se integra al grupo, se siente nuevamente aceptado por la sociedad; el sentirse parte de un grupo lo autoafirma y cuando empieza a -- "prestar servicio" se siente importante al ayudar a otros. Al mismo tiempo, el único líder que reconoce es a "su poder superior" -- que es Dios, tal como cada quien lo concibe, y el espíritu religioso del programa lo orilla a mantener una actitud de humildad y recato.

Consideramos que todo médico debe conocer la naturaleza y los alcances del programa AA y sugerirlo a sus pacientes, ya que de nin

ninguna manera interfiere con ningún otro tipo de terapia que -- estén llevando. Aunque no se cuenta con cifras estadísticas, la experiencia es que aquellos que se integran a los grupos AA, alcanzan lapsos muy prolongados de sobriedad.

OTRAS ESTRATEGIAS PSICOTERAPEUTICAS

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

La psicoterapia individual no está aconsejada para el tratamiento inicial de los alcohólicos. La experiencia, hasta el momento ha sido negativa por los malos resultados obtenidos. Es frecuente que lleguen los alcohólicos a los servicios de psiquiatría -- institucional o al consultorio del psicoterapeuta pidiendo ayuda expresa para su etilismo o enmascarando su enfermedad alcohólica a través de síntomas de angustias o depresión, o por algún problema de ajuste existencial. La actitud del psiquiatra en la primera consulta debe ser practicar un pormenorizado interrogatorio y un completo examen psiquiátrico. Si el diagnóstico final es un síndrome de dependencia al alcohol, o una incapacidad relacionada al consumo del mismo, lo aconsejable es sugerir al paciente - incorporarse a una psicoterapia de grupo para alcohólicos, simul táneamente con los grupos de AA. Una vez que al paciente se haya afirmado en la abstinencia, la psicoterapia individual puede fun cionar como un excelente auxiliar para la terapia de grupo.

La mayor parte de los alcohólicos que se rehabilitan, desarrollan la necesidad de someterse a una psicoterapia individual. Esto -- ocurre casi siempre después de unos meses de abstinencia. Por -- otro lado los alcohólicos reactivos secundarios con problemas de neurosis o trastornos de personalidad pueden recibir grandes --

beneficios con una psicoterapia individual asociada a su tratamiento de grupo. No olvidar que más del 50 % de los alcohólicos padecen una depresión enmascarada y que también hay una buena -- proporción de problemas de angustia, fobias, hipocondria y ten-- dencias obsesivo compulsivas. Hay casos de alcoholismo reactivo, secundario a reacciones de ajustes existenciales o a problemas - de personalidad. En el caso de trastornos crónicos del carácter pueden funcionar inclusive una psicoterapia analíticamente orien-- tada, pero, en términos generales funciona una psicoterapia a -- corto plazo con fines reeducativos y con metas bien definidas.

PSICODRAMA

El psicodrama es esencial, una forma de psicoterapia de grupo y - comprende una representación estructurada dirigida y dramatizada de los problemas personales y emocionales del paciente y sus problemas inmediatos de interacción de grupo. Iniciado por José Luis Moreno, se basa en el principio fundamental de que la psicoterapia dramática permite una mayor profundidad y amplitud de conocimientos de los que puede obtenerse a través de medios simplemente verbales. Incluye procedimientos como la catarsis, la abreacción, la asociación libre en la actuación y peleas entre personas. Su - objetivo no solo es el insight, sino la espontaneidad, la percepción total de respuestas no saludables, una percepción más exacta de la realidad, el compromiso con otras personas y el aprendizaje a través de la experiencia. Participan en el grupo, el paciente - o protagonista, el "director" que es el terapeuta y los "egos auxiliares" que son miembros del grupo y que actúan con el protagonista con el fin de intensificar el impacto de la situación terapéutica.

Diversos estudios demuestran que el psicodrama en alcohólicos es

particularmente útil por la tendencia tan grande que tiene este tipo de enfermos a reprimir sus conflictos y enmascarar sus sentimientos. El alcohólico se ha habituado a externar sus verdaderos sentimientos sólo en estado de ebriedad. La abstinencia lo convierte en un individuo encerrado en sí mismo y con mucha dificultad para expresar sus sentimientos e incógnformidad. A través de la estimulación psicodramática se provoca lo que pudiera llamarse una "borrachera artificial" donde el paciente o protagonista se comporta como si estuviera psíquicamente liberado por el alcohol y tiene la posibilidad de hablar libremente de sus conflictos.

Para lograr lo anterior, existen diversas técnicas como la dramatización del conflicto de uno de los miembros del grupo, el intercambio de roles, los juegos dramáticos, etc.

Es importante la adecuada selección de los pacientes para el psicodrama ya que existen algunas contraindicaciones como podría ser el caso de depresiones severas o psicosis. El psicodrama es una técnica muy efectiva en la primera etapa del tratamiento psicoterapéutico del alcohólico, cuando el objetivo fundamental es romper defensas para provocar una aceptación de la enfermedad. Puede aplicarse simultáneamente con otras estrategias psicoterapéuticas.

CINE DEBATE TERAPEUTICO

La aplicación de los medios audiovisuales a la psicoterapia es un recurso que ha enriquecido el arsenal del psicoterapeuta. El cine-debate terapéutico consiste en la exhibición de un documental o una película que, como tema central, tenga el del alcoholismo o alguno de los conflictos que estén girando en la constelación psicodinámica del alcohólico. Una vez terminada la película,

se lleva a cabo una dinámica de grupo dirigida por el terapeuta - en donde se discuten varios tópicos del film.

El terapeuta estimula a los miembros del grupo a que den su opinión acerca del argumento, los personajes, etc. Una vez que los miembros del grupo han vencido sus resistencias iniciales, se logra remover una serie de sentimientos y conflictos que pueden ser utilizados por el terapeuta para hacer observaciones, sugerencias e interpretaciones. Generalmente se logra obtener mucho material psicodinámico que se puede utilizar en otro tipo de terapias. El cine debate terapéutico es particularmente útil en los hospitales o centros de rehabilitación donde el paciente aún está muy resistente a otro tipo de terapias; a través del cine pueden empezar a ceder sus defensas.

EL MODELO CONDUCTISTA

Las terapias del comportamiento se han mostrado muy escépticas - en relación al tratamiento de los alcohólicos, pues la mayoría - de los investigadores en esta área han llegado a la conclusión - de que "el problema del alcoholismo es uno de los más intrata---bles y difíciles de todos los problemas del comportamiento ..."

Las técnicas conductuales más utilizadas han sido el condicionamiento clásico, aversivo (con drogas, con choques y con parálisis); el condicionamiento instrumental de excitación con choque, la técnica de imaginación aversiva y terapias de relajación aversión y de amplio espectro. De todas las mencionadas anteriormente la que ha tenido más arraigo entre sus practicantes es la del condicionamiento clásico aversivo con drogas, utilizando fundamentalmente la apomorfina o cualquier otra sustancia emética. Al paciente se le aplicaba esta droga y posteriormente se le daba -

un vaso de licor y se le pedía que lo viera, oliera y saboreara; posteriormente, lo ingería e inmediatamente después sobreviene el vómito, después de vomitar se le daba un vaso de cerveza con tártaro emético para prolongar las náuseas. En los tratamientos posteriores se aumentaba la dosis del emético, la duración del tiempo del vómito y se empleaba el rango de licores utilizado. Posteriormente había que aplicar terapias de reacondicionamiento.

Los resultados, aunque aparentemente exitosos en un principio fueron decepcionantes a la larga, pues la mayor parte de los pacientes se negaron a seguir el tratamiento de reacondicionamiento con la consiguiente recaída.

El tratamiento con disulfiram o metronidazol se basa en los mismos principios y sus logros son igualmente inconsistentes a la larga.

Creemos que el método conductista solo está indicado en aquellos casos malignos resistentes a otro tipo de psicoterapia.

LA FAMILIA DEL ALCOHOLICO

ALCOHOLISMO Y DINAMICA FAMILIAR

Es inconcebible el tratamiento psicoterapéutico del alcohólico si no se incluye en el mismo a la familia.

La familia del alcohólico está de tal modo involucrada en su enfermedad, que es muy difícil esperar modificaciones en la conducta del alcohólico si, simultáneamente no se trata de promover modificaciones en las actitudes de la familia.

Es en la familia donde el impacto destructivo de la conducta del alcohólico genera las mayores consecuencias negativas.

Se podría hablar de un círculo vicioso: Por un lado, la conducta irresponsable del alcohólico es percibida por la familia como un acto de agresión o desacato a las normas implantadas en la misma. Esta reacción agrediendo u hostilizando al alcohólico que, al sentirse atacado, vuelve a beber (como forma de agresión pasiva) y así continua el círculo vicioso.

Por otro lado, la familia generalmente ignora que el alcoholismo es un problema de salud, conceptuándolo casi siempre como un problema de moral. Por tal razón desarrollan, igual que el alcohólico, mecanismos de negación, de racionalización o de proyección -- para no aceptar la existencia de un alcohólico en la familia. En las familias de los alcohólicos casi siempre se encuentran dos -- tipos de actitudes de parte de la familia hacia él : Sobreprotección o rechazo.

En las familias de alcohólicos sobreprotegidos, casi siempre encontramos madres controladoras, dominantes o posesivas o esposas muy maternas que juegan más bien el papel de madre que de compañera y que también tienen características controladoras, dominantes o posesivas. Este tipo de madres o esposas está ligado a un alcohólico cuyos rasgos de personalidad más sobresalientes son : La pasividad, la dependencia, la inseguridad, la inmadurez y un manejo de su hostilidad a un nivel pasivo agresivo.

En las familias de alcohólicos rechazados, encontramos madres u esposas débiles, sumisas, dominadas, muy resentidas con su alcohólico pero que no han tenido la posibilidad de desligarse de él, reaccionando contra el paciente con una actitud de frialdad y - -

rechazo. Este tipo de alcohólicos tienen a ser agresivos, fanfarrones, mujeriegos como resultado de una formación reactiva hacia sentimientos de inseguridad, minusvalía, falta de autodeterminación de su virilidad.

En las mujeres alcohólicas encontramos una dinámica similar en -- relación hacia sus padres o esposos.

En ocasiones, los abuelos, tíos, hermanos, primos o algún amigo íntimo, pueden jugar el papel de padre o madre sustitutos en esta dinámica.

La conducta alcohólica, en ocasiones se convierte en una forma de ganancia secundaria para la familia. Así por ejemplo, una madre posesiva prefiere que su hijo siga bebiendo y que, de esta forma no crezca y no obtenga su autonomía que provocaría el alejamiento del mismo. O una esposa sumisa haciendo el papel de "martir" ante los demás, obtiene tal gratificación que no le importa que su marido siga bebiendo y hasta estimulará sutilmente esta conducta.-- Muchos maridos tienen temor de que su esposa, al dejar de beber, logre un nivel de superación tal que los haga sentirse inferiores, por lo que se oponen al tratamiento o estimulan sutilmente que siga bebiendo.

Muchas familias desean conscientemente que el miembro alcohólico deje de beber, pero inconscientemente sabotean su tratamiento - - como una forma de resistencia al cambio.

Esa es la explicación del por qué muchas familias han logrado mantener lo que se llama un "equilibrio patológico" durante la etapa alcohólica del miembro problema. Pero, una vez que éste deja de beber, se rompe este equilibrio, surgiendo problemas mucho más --

graves que cuando el alcohólico bebía. Por supuesto que en los casos anteriores nos hemos referido a familias patológicas o sintomáticas; en una familia sana, generalmente el alcoholismo de uno de los miembros provoca una auténtica preocupación en el resto de la misma. lo que de pronto solicita ayuda adecuada y, generalmente, coopera con interés y esmero informándose de la naturaleza del problema y cambiando aquellas actitudes que podían estar perjudicando al alcohólico.

PSICOTERAPIA FAMILIAR

La psicoterapia familiar está indicada en aquellos alcohólicos pertenecientes a familias sintomáticas en donde se ha formado -- "un sistema familiar patológico", que está siendo determinante en la producción de la enfermedad.

Los objetivos de la psicoterapia familiar del alcohólico no distan mucho de la terapia familiar en general y son : a) Resolver o reducir el conflicto y la ansiedad patógena dentro de la matriz de relaciones interpersonales; b) Aumentar la percepción -- y la realización por los miembros de la familia de las necesidades emocionales de cada uno; c) Fortalecer la inmunidad de la familia frente a crisis externas e internas; d) Promover relaciones más adecuadas entre los sexos y generaciones; e) Fortalecer la capacidad de los miembros individuales y de la familia como un todo para enfrentarse con fuerzas destructivas desde el interior y desde el ambiente que les rodea; f) Influir sobre la identidad y los valores de la familia de modo que se dirijan hacia la salud y el crecimiento; g) Aceptar que el alcoholismo es problema exclusivo del miembro que lo padece y evitar toda actitud de presión, control, dominio o chantaje en relación a la enfermedad.

LOS GRUPOS DE FAMILIAS "AL-ANON"

Al igual que los grupos de AA, existen grupos de autoayuda para los familiares de los alcohólicos que se denominan, "Grupos de familias AL-ANON". Están compuestos por esposas, padres, madres, parientes en general e incluso amigos íntimos de los alcohólicos.

Están destinados a ayudar a los parientes de los alcohólicos, fundamentalmente los más cercanos (madres y esposas, constituyen la población mayoritaria), quienes frecuentemente se sienten angustiados o culpables de la conducta alcohólica de su familiar.

AL-ANON les ayuda, primeramente, a que reciban una información y orientación sobre el problema del alcoholismo; además, les ofrece la oportunidad de relacionarse con otras personas que tienen su mismo problema, encontrando apoyo y fortaleza mutua. Finalmente, les sugiere cómo enfrentar y manejar más serenamente problemas que no dependen de ellos cambiar.

Uno de los folletos de AL-ANON dice lo siguiente : "Ningún alcohólico ha sido ayudado con sermones, regaños o escenas violentas. Con humillarlos o embrabecerlo sólo aumentaremos su culpabilidad y sus tragos. Debería mejor emplearse la energía emocional conduciéndola, dentro de acciones y pensamientos constructivos. El hombre y la mujer aprenden de AL-ANON cómo encarar estos problemas de buena fe, actuando con fe y valor. Todos queremos que nos sucedan cosas buenas, pero no podemos sólo rezar y sentarnos a esperar, que los milagros lleguen. Debemos acompañar con acciones nuestros rezos".

Como podrá apreciarse, los grupos de AL-ANON tienden a cambiar las actitudes del familiar que llega a los grupos pensando que --

obtendrá una receta para que su familiar alcohólico deje de beber pero terminará convenciéndose de que él no podrá jamás cambiar a su ser querido y que, en todo caso, él tendrá que cambiar primero sus actitudes respecto al alcohólico y manejar con mayor serenidad todos los problemas generados por su enfermedad.

Aunque AL-ANON no ha tenido la proliferación de los grupos de AA, sus efectos benéficos son evidentes y deberá ser el complemento - en el manejo terapéutico de la familia del alcohólico.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio transversal, concurrente, observacional, - comparativo, entrevistando a 30 familias, en las cuales uno de - sus miembros (por lo general el jefe de familia) es un enfermo - alcohólico y a 30 familias en las que aparentemente no había es- te tipo de enfermos.

De este estudio se excluyó a pacientes que tuvieran además otro tipo de toxicomanía (excepto tabaquismo) y a quienes también pre sentaran patologías no relacionadas con el alcoholismo.

Las muestras se tomaron al azar, de la consulta externa del ser- vicio de Medicina Familiar de la Unidad Médica Familiar N.º. 2 -- del IMSS, Puebla. La recolección de datos se hizo por medio de - cuestionario que incluyó ficha de identidad, Prueba Michigan, -- aspectos de la familia y antecedentes patológicos de la familia; las encuestas se realizaron en el domicilio de las familias, para tratar de observar en forma directa las relaciones interfamilia-- res.

CUESTIONARIO

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Afiliación _____ Domicilio _____
Fecha de nacimiento _____ Fecha de Invest. _____
Ocupación _____ Ingreso mensual _____
Aporte a la familia _____ Escolaridad ___ N () P () S () B () L ()
Otras _____
Estado civil UL () C () D () V () Religión _____

CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA DE LA CUAL PROVIENE :

Nuclear () Extensa () Extensa compuesta () Urbana ()
Rural () Integrada () Semi-integral () Desintegrada ()
Campesina () Obrera () Profesional () Primitiva ()
Tradicional () Moderna ()

Antecedentes de alcoholismo en la familia : _____

Tabaquismo sí () no () Toxicomanías sí () no ()
¿Cuáles? _____ Hábitos higiénicos _____ Aliment. _____
Enfermedad actual sí () no () ¿Cuál? _____

Esposa :

Nombre _____ Edad _____ Ocupación _____
Ingreso mensual _____ Aporte a la familia _____
Escolaridad N () P () S () B () L () Otras _____
Estado civil UL () C () D () V () Religión _____

CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA DE LA CUAL PROVIENE :

Nuclear () Extensa () Extensa compuesta () Urbana ()
Rural () Integrada () Semi-integrada () Desintegrada ()
Campesina () Obrera () Profesional () Primitiva ()
Tradicional () Moderna ()

Antecedentes de alcoholismo en la familia _____

Tabaquismo sí () no () Toxicomanías sí () no () ¿Cuáles?

Alcoholismo sí () no () Hábitos higiénicos Aliment.

Enfermedad actual sí () no () ¿Cuál? _____

Antecedentes G-O : Menarca _____ Ritmo _____ I.V.S.A. _____

G _____ P _____ A _____ CB _____ Mortinatos _____ Obitos _____

F.U.R. _____ P.P.F.V. sí () no () Inicio _____

Método _____

¿Se ha visto en la necesidad de acudir a una clínica psiquiátrica o de salud mental o ha recurrido Ud. a algún médico, trabajadora social o consejero, en busca de ayuda para resolver algún problema emocional, en el que la bebida fuera parte de dicho problema? sí () no ()

Alguna vez ha sido Ud. arrestado por conducir en estado de ebriedad, intoxicado o bajo la influencia de bebidas alcohólicas, en caso afirmativo cuántas veces _____ sí () no ()

Algunas veces ha sido Ud. arrestado, aunque haya sido por pocas horas, a causa de alguna otra forma de comportamiento ebrio? ¿Cuántas veces? _____ sí () no ()

MEDIO FISICO :

Urbano () Rural ()

Casa propia () Rentada () Monto de la renta _____

Habitaciones _____

Ventilación _____ Iluminación _____

Agua potable () Pozo () Pipa ()

Drenaje () Fosa séptica () Letrina () Ras del suelo ()

Higiéne del lugar _____

Características generales _____

Vestido _____ Calzado _____

DINAMICA FAMILIAR

Papel del padre en la familia _____

Papel de la madre en la familia _____

Relación esposa-esposo : _____

Organización del grupo : _____

Relación padres-hijos : _____

Relación entre hermanos : _____

Relación de los familiares con Ud. _____

Actividades de recreación del paciente con la familia _____

Frecuencia _____ ¿Son satisfactorias? sí () no ()

¿Por qué? _____

FASES DE LA FAMILIA :

Matrimonio () Expansión () Dispersión () Independencia ()

Retiro ()

ETAPAS DE LA FAMILIA :

Embarazos (No.) _____ Planeados _____ No planeados _____

¿Qué sentimientos generan? Preocupación () Alegría ()

Nacimientos : Actitud afectiva de la familia : _____

Enseñanza de la sexualidad sí () no () ¿Por qué? _____

Estado laboral : Campesino () Obrero () Profesional ()

Desocupado () Busca nuevo empleo sí () no ()

¿Por qué? _____

Enfermedad de un miembro de la familia :

Actitud afectiva de la familia : _____

Muerte de un miembro de la familia :

Actitud afectiva de la familia _____

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Socialización () Cuidado () Afecto () Status ()

Reproducción ()

CON RESPECTO AL PACIENTE ALCOHOLICO :

¿Siente usted vergüenza o culpa por ser considerado o considerarse un alcohólico?

Paciente _____

Esposa _____

¿Se siente temeroso de que en el futuro esta situación tenga consecuencias negativas en la relación entre Ud. y su esposa e hijos?

Paciente _____

Esposa _____

¿Sabe qué efectos psicológicos ha tenido en sus hijos el hecho de que ingiera bebidas alcohólicas?

Paciente _____

Esposa _____

¿Se ha modificado su vida sexual?

Sí () No () ¿Por qué? _____

¿La relación con el resto de sus familiares se ha modificado?

Paciente _____

Esposa _____

¿Ha tenido asesoramiento por alguna sociedad o médico para su tratamiento ? _____

¿Quién lo ha dado? _____

DIAGNOSTICO FAMILIAR :

Según su : desarrollo _____ estructura _____

demografía _____

integración _____ ciclo _____

tipología _____

JJCOJ

PRUEBA MICHIGAN PARA LA DETECCION DEL ALCOHOLISMO

Si No

0. ¿Disfruta usted un trago de vez en cuando?
Si la respuesta es afirmativa, entonces --
continúe con las siguientes preguntas.
1. ¿Piensa usted que es usted un bebedor nor
mal? (Por normal queremos decir que bebe
usted menos que o tanto como la mayoría -
de las demás personas). _____
2. ¿Alguna vez ha despertado a la mañana si-
guiente a una noche en que había tomado -
algunos tragos y ha encontrado que no po-
dría recordar parte de la velada ? _____
3. ¿Alguna vez su esposa, esposo, padre, ma-
dre u otro pariente cercano se ha preocu-
pado o quejado por su manera de beber? _____
4. ¿Puede usted dejar de beber sin esfuerzo
después de uno o dos tragos? _____
5. ¿Se siente culpable a veces por su mane-
ra de beber? _____
6. ¿Piensan sus parientes o amigos que es -
usted un bebedor normal? _____
7. ¿Es usted capaz de dejar de beber cuando
así lo desea? _____
8. ¿Ha asistido usted alguna vez a una reu-
nión de Alcohólicos Anónimos? _____
9. ¿Ha participado usted en riñas al estar
bebiendo? _____
10. ¿Alguna vez su manera de beber ha creado
problemas entre usted y su esposa, espo-
so, padre, madre u otro pariente cerca-
no? _____
11. ¿Alguna vez su esposa, esposo (u otros
miembros de la familia) ha recurrido --
a alguien en busca de ayuda por la for-
ma en que bebe usted? _____

12. ¿Alguna vez ha perdido usted amigos a causa de su manera de beber? _____
13. ¿Alguna vez ha tenido problemas en el trabajo o la escuela por causa de la bebida? _____
14. ¿Alguna vez ha perdido el trabajo a causa de la bebida? _____
15. ¿Alguna vez ha descuidado sus obligaciones, su familia o su trabajo por dos o más días seguidos por andar bebiendo? _____
16. ¿Bebe usted antes del medio día muy frecuentemente? _____
17. ¿Alguna vez se le ha dicho que sufre usted del hígado? ¿Cirrosis? _____
18. ¿Alguna vez, después de beber en exceso, ha sufrido usted delirium tremens o temblor intenso o escuchado voces o visto cosas inexistentes? _____
19. ¿Alguna vez ha recurrido usted a alguien en busca de ayuda por su manera de beber? _____
20. ¿Ha estado usted alguna vez en el hospital a causa de la bebida? _____
21. ¿Alguna vez ha sido usted paciente de un hospital psiquiátrico o del pabellón psiquiátrico de un hospital general en que la bebida haya sido parte del problema por el cual se le hospitalizó? _____
22. ¿Se la ha visto a usted alguna vez en una clínica psiquiátrica o de salud mental o ha recurrido usted a algún médico, trabajadora social o consejero en busca de ayuda para resolver algún problema emocional en que la bebida fuera parte de dicho problema? _____
23. ¿Alguna vez ha sido usted arrestado por conducir en estado de ebriedad, intoxicado o bajo la influencia de bebidas alcohólicas? _____
- (En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____)
24. ¿Alguna vez ha sido usted arrestado, aunque haya sido por pocas horas, a causa de alguna otra forma de comportamiento ebrio? _____
- (En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____)

EVALUACION DE LA PRUEBA MICHIGAN

Todas las respuestas de alcohólico deberán ser afirmativas, con excepción de la primera, cuarta, sexta y séptima, que deberán ser negativas.

Las respuestas valdrán 2 puntos cada una, con las siguientes excepciones :

Respuestas 3a, 5a, 9a y 16a : 1 punto cada una.

Respuestas 8a, 19a y 20a : 5 puntos cada una.

Además, la respuesta 18a, valdrá 5 puntos, cuando se trate de -- verdadero delirium tremens, y en las respuestas 23a. y 24a. se -- considerarán 2 puntos por cada arresto.

Por común acuerdo, se considera que un resultado de 5 ó más puntos es muy sugerente de alcoholismo. Muchos médicos clínicos informan que un resultado de 10 ó más invariablemente indica alcoholismo.

RESULTADOS

En el presente estudio se encontró que la de obrero fue la ocupación predominante de los padres de familia, tanto en las familias de estudio como en las de control (Tabla A).

La escolaridad predominante fue la de nivel primario, con 19 pacientes alcohólicos y 16 no alcohólicos, como se ilustra en la Gráfica 1.

El estado civil de los pacientes alcohólicos fue : casados 25, divorciados 3, (como consecuencia del alcoholismo); unión libre 2. En el grupo de control : casados 29, unión libre 1.

Respecto a los antecedentes de las familias de origen de los pacientes alcohólicos y los pacientes de control se encontró que ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a su estructura, demografía, tipología y desarrollo. Se encontró notoria diferencia en relación con su integración : 15 familias de origen de un paciente alcohólico integradas contra 25 del grupo de control; 5 semiintegradas del grupo alcohólico y 2 del grupo de control; y, significativamente, 10 desintegradas del grupo alcohólico por solo 2 del grupo de control (Tabla B).

El tabaquismo se presentó en ambos grupos, pero más frecuentemente entre los pacientes alcohólicos. En el grupo de control se encontró un paciente con diferente toxicomanía.

En relación con la escolaridad de las esposas de los pacientes; ambos grupos resultaron homogéneos. Y lo mismo sucedió respecto de las familias de origen de las mismas esposas, familias con predomi

nio de las nucleares, urbanas, integradas, obreras y tradicionales. (Tabla C).

Tocante a la dinámica familiar, se encontró que el papel que desempeña el padre de familia en el grupo de estudio es tradicional 100 por ciento, en tanto que en el grupo de control este papel es tradicional en el 91.6 por ciento de los casos y primitivo en el restante 8.4 por ciento, como se ilustra en la Gráfica 2. En la Gráfica 3 se muestra el papel de la esposa en ambos grupos, el cual resultó ser de esposa-madre en 19 y 20 casos y de esposa-colaboradora-igualitario en 11 y 10 casos, respectivamente.

A los siguientes parámetros que se comentan en seguida, se les aplicó la prueba estadística de χ^2 .

En lo que se refiere a relación esposo-esposa, se encontró que en la pareja del paciente alcohólico predominan las malas relaciones en 17 casos, mientras que en el grupo de control el predominio es de buenas relaciones; $p < 0.05$ (Gráfica 4).

Se confirma la evidente presunción de que la organización del grupo familiar queda a cargo de la madre cuando el padre es alcohólico, pues así ocurre en 16 de los 30 casos (Gráfica 5).

Es claro el deterioro de las relaciones padres-hijos en las familias de los pacientes alcohólicos, entre las cuales se encontraron 10 con malas relaciones, 2 con regulares relaciones y 12 con buenas relaciones. En cambio, en el grupo de control se encontraron 27 con buenas relaciones y 3 con regulares relaciones - - - ($p < 0.05$).

En las relaciones interfamiliares también se nota una gran diferencia

cia : estas relaciones resultaron más en 11 familias de pacientes alcohólicos, por solamente 1 caso en el grupo de control.

De modo semejante, las relaciones con otros familiares más lejanos también se encuentran alteradas en 17 familias de pacientes alcohólicos, en contraste con ningún caso en el grupo de control (p 0.05).

En cuanto a las fases del ciclo vital de la familia, la encuesta dió como resultado que la totalidad en ambos grupos ya había pasado la llamada fase de matrimonio, que 27 familias de pacientes alcohólicos se hallaban en fase de expansión por 22 en el grupo de control; en fase de dispersión se encontraron 2 y 5 familias, respectivamente; en fase de independencia, 1 y 2. Sólo en el grupo de control se encontró una familia en fase de retiro.

Tocante al medio físico, se encontró que en ambos grupos las características del mismo son similares, como se observa en la Tabla D.

En resumen, la clasificación socioeconómica, cultural y de dinámica psicosocial de las familias estudiadas queda como sigue. -- (Las cifras correspondientes se dan en el mismo orden en que se mencionan a lo largo de este trabajo; es decir, en primer término las que pertenecen al grupo afectado por el alcoholismo, y en segundo las del grupo de control).

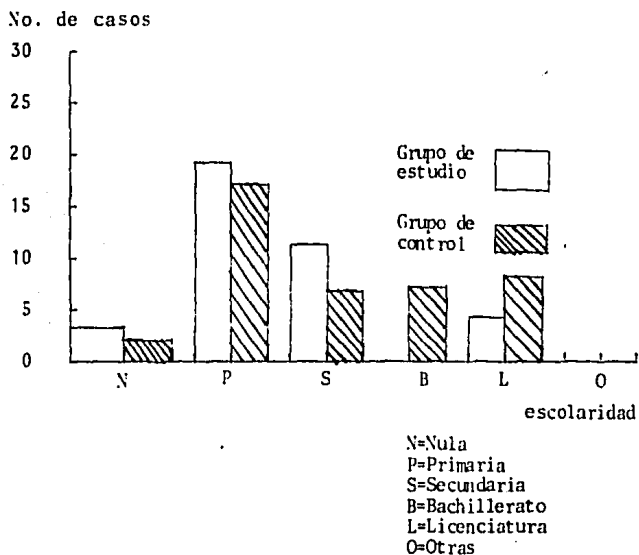
Por su :	Tradicionales :	30 por 28
Desarrollo	Modernas :	0 por 2
	Primitivas :	0 por 0

Demografía	Urbanas :	27 por 27
	Suburbanas :	3 por 3
	Rurales :	0 por 0
Integración	Integradas :	7 por 29
	Semiintegradas :	6 por 1
	Desintegradas :	17 por 0
Tipología	Obreras :	28 por 25
	Profesionales :	2 por 5
	Campesinas :	0 por 0
Estructura	Nucleares :	8 por 25
	Extensas :	20 por 3
	Extensas com- puestas :	2 por 2
Fase de ciclo vital en que se encontra- ban.	Matrimonio :	0 por 0
	Expansión :	27 por 22
	Dispersión :	2 por 5
	Independencia :	1 por 2
	Retiro :	0 por 1

Los resultados anteriores evidencian que los cambios psicosociales negativos que afectan el desarrollo armónico de las familias son más importantes en las que hay pacientes alcohólicos.

EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL PADRE DE FAMILIA

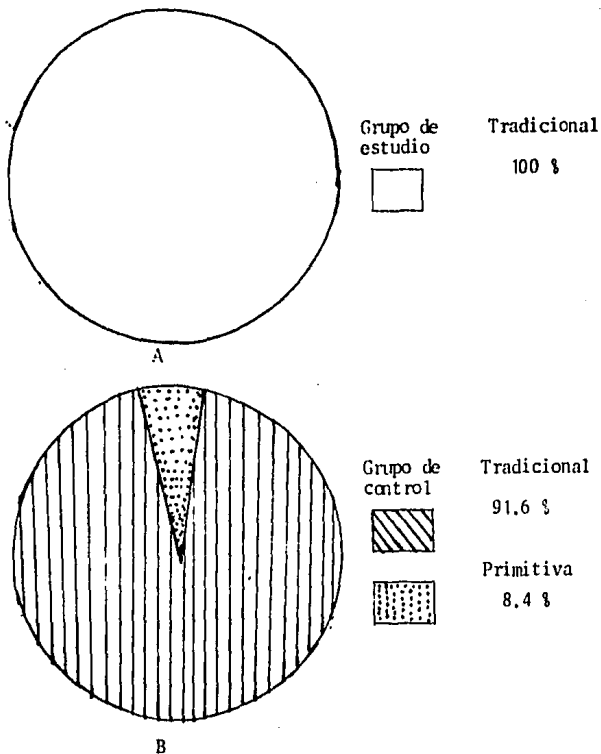


Gráfica 1

Fuente : encuesta personal

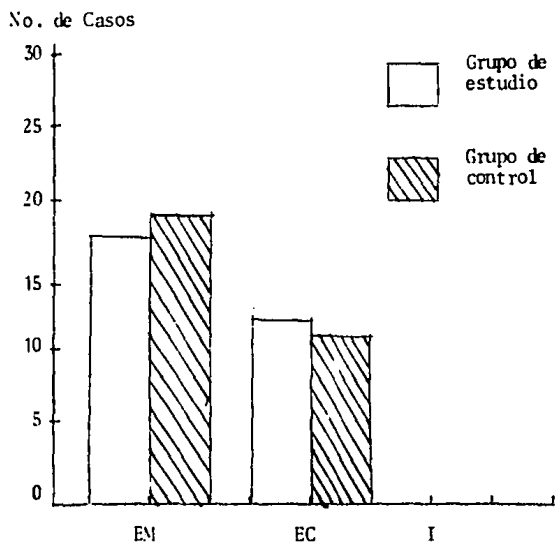
EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA

PAPEL DEL PADRE EN LA FAMILIA



Gráfica 2

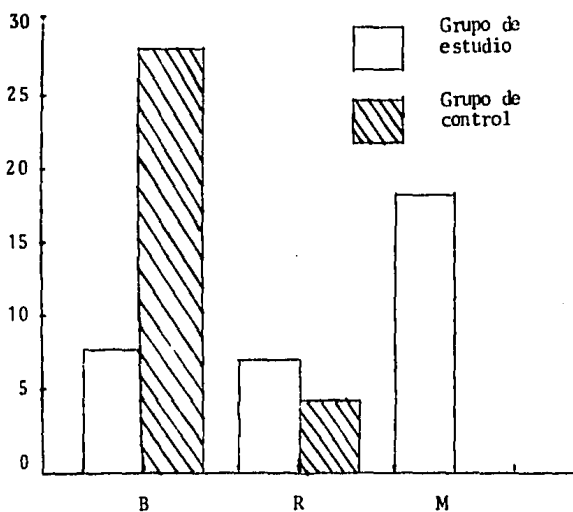
Fuente : Encuesta personal

EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA**PAPEL DE LA ESPOSA EN LA FAMILIA**

EM = esposa-madre.
EC = esposa-colaboradora
I = igualitario

Gráfica 3

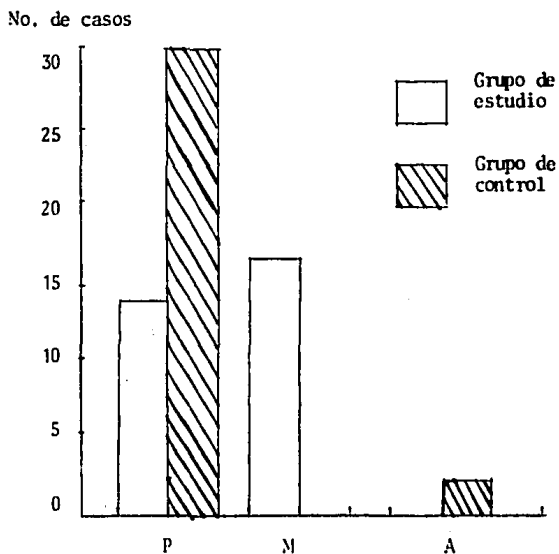
Fuente : Encuesta personal

EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA**RELACIONES INTERPERSONALES****(ESPOSOS)**

B = Buenas
R = Regulares
M = Malas

Gráfica 4

Fuente : Encuesta personal

EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA**DINAMICA FAMILIAR****(ORGANIZACION DEL GRUPO)**

P = Padre

M = Madre

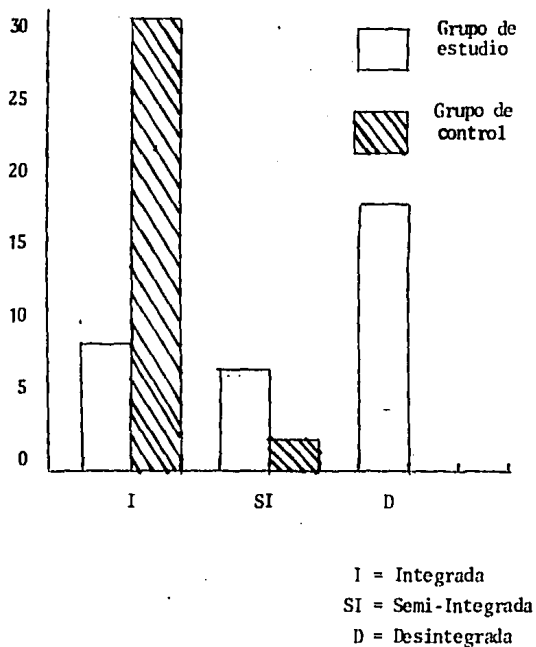
A = Ambos

Gráfica 5

Fuente : Encuesta personal

EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA

INTEGRACION FAMILIAR



Gráfica 6

Fuente : Encuesta personal

EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA**OCUPACION DEL PADRE DE FAMILIA**

OCUPACION	GRUPO DE DE ESTUDIO	GRUPO DE DE CONTROL
OBRERO	28	25
CAMPESINO	0	0
PROFESIONAL	2	2
T O T A L	30	30

TABLA A

Fuente : Encuesta personal.

EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA

FAMILIA DE ORIGEN (esposo)

SEGUN SU :	GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO DE CONTROL
ESTRUCTURA		
Nuclear	28	24
Extensa	2	5
Extensa Compuesta	0	1
DEMOGRAFIA		
Urbana	18	20
Rural	12	10
INTEGRACION		
Integrada	15	26
Semi-integrada	5	2
Desintegrada	10	2
TIPOLOGIA		
Obrero	21	22
Campeño	8	8
Profesional	1	0
DESARROLLO		
Tradicional	30	30
Moderna	0	0
Primitiva	0	0

TABLA B

Fuente : Encuesta personal

EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA

FAMILIA DE ORIGEN (esposa)

SEGUN SU :	GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO DE CONTROL
ESTRUCTURA		
Nuclear	28	24
Extensa	2	5
Extensa Compuesta	0	1
DEMOGRAFIA		
Urbana	24	21
Rural	6	9
INTEGRACION		
Integrada	24	22
Semi-integrada	2	4
Desintegrada	4	4
TIPOLOGIA		
Obrera	22	23
Campesina	7	6
Profesional	1	1
DESARROLLO		
Tradicional	29	29
Moderna	0	0
Primitiva	1	1

TABLA C

Fuente : Encuesta personal

EL ALCOHOLISMO Y LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA

MEDIO	FISICO	FAMILIAR
	GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO DE CONTROL
Urbano	27	27
Sub-Urbano	3	3
Rural	0	0
Casa propia	18	25
Casa rentada	12	5
Agua potable	27	24
Agua de pozo	3	5
Agua de pipa	0	1
Drenaje	27	22
Fosa séptica	0	8
Letrinas	2	0
Ras del suelo	1	0

TABLA D

Fuente : Encuesta personal

RESUMEN

En la actualidad y en gran parte del mundo, el alcoholismo se ha convertido en un problema de salud pública extremadamente serio. Las enfermedades producidas por el alcoholismo o con las que se asocia, entre las que destacan las encefálicas, hepáticas, gastrointestinales, broncopulmonares, cardiovasculares, así como -- las miopatías periféricas y el cáncer, principalmente de hígado, boca, lengua, faringe y esófago, amén de los trastornos psíquicos, sociales y económicos, nos permiten conocer claramente los efectos lamentables de esta afección. Con todo, hasta ahora no podemos decir lo mismo de las causas que originan esta enfermedad adictiva, ya que se trata de una patogenia multifactorial en la que ocurren con frecuencia complejas y escasamente definibles combinaciones de los distintos factores fisiológicos, genéticos, psicológicos y socioculturales.

En cuanto al caso particular de nuestro país, los estudios epidemiológicos de 1982 revelan la existencia de 1 millón de alcohólicos inválidos y 2 y medio millones de personas adultas con problemas de alcoholismo. Pero bien puede considerarse que el problema es aún mayor, ya que en estos totales no se incluyen otros dispendiosos ni tampoco alcohólicos en estado de preinvalidez. El alcoholismo genera entre nosotros el 80 % de los homicidios, el 50 % de los accidentes automovilísticos graves, el 81 % de divorcios y el 28 % de suicidios. A intoxicación alcohólica corresponde el -- 37 % de los casos de urgencia que son atendidos en los hospitales del DDF.

Nuestras injustas estructuras socioeconómicas, la irrestricta publicidad de las bebidas alcohólicas y el predominio de las pobla-

ciones infantil y juvenil en el país ensombrecen aún más el panorama, pues se considera que actualmente 5 millones de jóvenes -- menores de 20 años se encuentran en una etapa presindrónica. Luego, son muy difíciles las tareas que debe cumplir el gobierno -- para tratar de remediar en lo posible los efectos nocivos que -- social e individualmente produce el consumo abundante de alcohol. Entre las medidas que pudieran tomarse se encuentran una hipotética disminución en la disponibilidad de las bebidas embriagantes y la limitación de su desafortunada y engañosa publicidad, así como el impulso constante de programas educativos profilácticos, además de los de tratamiento a los pacientes.

Todos debemos tener conciencia de la gravedad del problema, en cuya solución la participación fundamental de la medicina implica una eficaz labor de detección. Por tanto, como en nuestra institución no se hace el diagnóstico correspondiente, al final de esta tesis me permito anejar el cuestionario de la prueba Michigan para la detección del alcoholismo. La aplicación de la prueba -- Michigan sólo lleva unos cuantos minutos; es muy directa y bien -- aceptada por los pacientes, seguramente porque las preguntas tratan de las secuelas de la bebida más que de la cantidad de alcohol consumido. La prueba Michigan ha sido validada a lo largo de ya una década en muchos grupos, por lo que puede confiarse plenamente en su efectividad. A los pacientes de quienes se sospeche que tengan un problema alcohólico debe pedírseles que llenen el cuestionario de la prueba.

Aunque es mejor considerar al alcoholismo como una enfermedad -- crónica de la conducta, el primer deber del médico es diagnosticar y tratar cualquier trastorno físico. El tratamiento es específico para la intoxicación, la abstinencia y el verdadero problema del alcoholismo crónico. Puesto que el alcoholismo afecta

mucho la vida familiar, y puesto que los alcohólicos rara vez se recuperan sin el apoyo de la familia, conviene hacer participar a la esposa del paciente en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

En el tratamiento del alcoholismo, Alcohólicos Anónimos es un recurso valioso. Este grupo voluntario de alcohólicos ofrece ayuda gratuita y permanente a toda persona que admita ser "impotente ante el alcohol". No obstante que AA se caracteriza por cierto fanatismo que aleja a algunos alcohólicos, el médico debe insistir en que su paciente haga el intento de participar en un grupo compatible de AA. Aunque el paciente no asista a AA, Al-Anon y Alateen ayudan a la esposa e hijos del paciente.

Finalmente, puede afirmarse que la especialidad de medicina familiar brinda al médico una excelente oportunidad para ayudar a sus pacientes alcohólicos. El médico debe entrevistarse regularmente con ellos, ser siempre amable en su relación con ellos y sus familias, fijar metas a corto y largo plazo e inspirarles confianza, valor, ánimo y fortaleza; debe utilizar medicamentos apropiados, buscar la ayuda de AA y atender con esmero problemas médicos. Sin embargo, tal vez sea mejor enviar al psiquiatra a los pacientes aquejados por enfermedades mentales permanentes y a los que consuman alcohol como una forma de automedicación.

JUSTIFICACION

El presente estudio se realizó considerando la creciente gravedad del alcoholismo, uno de nuestros principales problemas de salud pública. El estudio se enfocó a la investigación de las posibles causas de la enfermedad, principalmente en el seno familiar, e -- inversamente, al análisis de los efectos que en la estabilidad de la familia provoca la existencia en ella de uno o más pacientes -- alcohólicos, y de la interacción que, respecto del problema, se -- da entre la familia y el resto de la sociedad.

CONCLUSIONES

De la evaluación de los datos obtenidos en la encuesta, se deduce que entre los principales factores etiológicos del alcoholismo se encuentra el mismo padecimiento y la disfunción familiar en la familia de origen del paciente alcohólico.

En el medio urbano y suburbano en que se tomó la muestra, se observa una relación inversa entre la escolaridad y la enfermedad del paciente alcohólico.

La dinámica familiar se encuentra significativamente más alterada en las familias afectadas por el alcoholismo que en las que no se presenta esta enfermedad.

Y, finalmente, con el deseo de colaborar con quienes tengan que decidir al respecto, me permito observar que en nuestra institución no se hace diagnóstico de alcoholismo como entidad patológica, ni siquiera por el médico familiar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CALDERON G, SUAREZ DE UG. El alcoholismo, problema médico y social. GAC MED MEX 1980; 116:230.
- 2.- BUSTAMANTE EM, VASCONCELOS AR. La investigación de la Organización Mundial de la Salud sobre la respuesta de la comunidad a los problemas que origina el alcohol. GAC MED MEX - 1982; 137:259-64.
- 3.- GAMIO CHIPILA. Alcoholismo. Temas de la Facultad de Medicina, ciclos IX y X. UNAM MEX 1981; 10:116-18.
- 4.- FAVAZZA AR. Alcoholism. Am Fam Physician 1983; 27:274-78.
- 5.- CONLEY JJ. Personality Typology of Men and Women alcoholics in relation to etiology and prognosis. Am Fam Physician - - 1983; 44:996-1010.
- 6.- KEITER RH. Helping Alcoholics. Br Med J 1983; 11:657-66.
- 7.- KNOX JM. General Practitioners, court reports, and alcohol - related offences. Br Med J 1984; 3:405-16.
- 8.- WESTLJ MA. Alcoholism. Ann Intern Med 1984; 28:12-14.
- 9.- SOLOMON P, PATCH ML. El alcoholismo crónico. Manual de Psiquiatría. El Manual Moderno 1972; 180-85.
- 10.- MOLINA PV, SANCHEZ ML. El alcoholismo en México. Fundación - de Investigaciones Sociales A.C. México, 1980.
- 11.- CHAVEZ RI, FERNANDEZ BC. Alcohol y sistema cardiovascular. ARCH INST CARDIOL MEX 1985; 55:165-182.
- 12.- ALARID HJ, IRIGOYEN A. Fundamentos de Medicina Familiar. México MFM 1982.
- 13.- MENA RM, FERNANDEZ RE. Síndrome alcohólico-fetal, BOL OF - SANIT PANAM 1984; 97-5: 423-433.
- 14.- SCREENING TESTS FOR ALCOHOLISM: (Ed.) Lancet 1980; 2:1117.
- 15.- SELZER ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiatry 1971; 127: 1653.