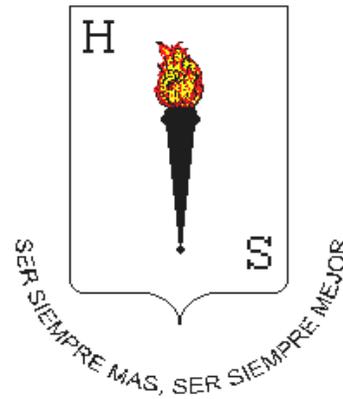


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
CLAVE 8722.**



**TESIS**

**FRECUENCIA DE INTERNAMIENTOS DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE  
ALCOHOL**

**PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**MARIA LUCIA MENDEZ HERNANDEZ.**

**MORELIA, MICHOACÁN.**



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 esta 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.

## **AGRADECIMIENTOS.**

### **A MIS PADRES;**

MARIA ROSA HERNANDEZ HILARIO

ISIDRO MENDEZ RODRIGUEZ

*Gracias por preocuparse por mí;*

*Porque sin esperar nada a cambio me*

*Han apoyado para terminar una carrera;*

*Por sus desvelos, por caminar con migo;*

*Por haberme guiado e iluminar mí camino.*

*¡Que dios los bendiga y los guarde por siempre 1*

### **A MIS ABUELITOS;**

ROSA LUCIA HILARIO HERNANDEZ.

MANUEL HERNANDEZ GARCIA.

*Gracias por su apoyo moral, psicológico e*

*Incondicional;*

*Por compartir mis penas y alegrías;*

*Por preocuparse por mí;*

*Muchas gracias.*

*¡Que Dios los bendiga y los guarde por siempre!*

*Lucy Méndez Hernández I*

### **A MIS HERMANOS;**

*MAYRA PATRICIA MENDEZ HERNDEZ*

*Gracias por apoyarme, moral, económica e  
Intelectualmente.*

*Por escucharme y compartir sabores y sin sabores;*

*Por darme ánimos para continuar adelante...*

*MANUEL ILDEFONSO MENDEZ HERNANDEZ*

*Gracias por sacrificarte por mí; sin esperar*

*Nada a cambio; por enseñarme tu nobleza*

*Y enseñarme a levantar si caigo...*

*ANTINIO CHAYANNE MENDEZ HERNDEZ.*

*Gracias por sacrificarte por mí sin esperar nada a cambio;*

*Por enseñarme tu bondad;*

*Porque con tus alegrías me ayudaste a desestresarme y*

*Olvidar mis penas.*

*¡Espero que siempre sigan así; que Dios los bendiga!*

*Lucy Méndez Hernández II*

**A MI PROMETIDO;**

*JUAN HILARIO NAMBO.*

*Gracias por apoyarme y darme ánimos para seguir*

*Luchando;*

*Por enseñarme a valorar lo que hay a mi alrededor*

*Y lo que tengo;*

*Por sacrificar tu tiempo y espacio.*

*Por eso y más gracias.*

*Por que ni con el tesoro mas grande del mundo podré pagar lo que han echo por mi;*

*El amor es un regalo que implica desprendimiento y en ocasiones dolor...*

*Por todo esto y más muchas gracias que Dios los bendiga y los guarde por siempre.*

***Lucy Méndez Hernández.***

*Lucy Méndez Hernández III*

## **DEDICATORIA.**

La presente la quiero dedicar a Dios, a mi familia, prometido, compañeras y maestros.

A Dios porque gracias a el estoy donde algún día soñé.

A mi familia porque sin su apoyo económico, moral e incondicional no saldría adelante.

A mí prometido por su apoyo incondicional y por los ánimos que me brindo para seguir luchando.

A mis compañeras por su apoyo emocional, por compartir sus penas y alegrías, y brindarme su amistad en especial a Lulu y a Lili.

A mis maestros por compartir sus conocimientos para llegar a culminar una carrera.

## **INDICE GENERAL.**

	<b>PAG.</b>
AGRADECIMIENTOS	I
DEDICATORIA	IV
INDICE	V

## **CAPITULO I**

### RACIONALIDAD DEL INDIVIDUO.

1.1	INTRODUCCION	2
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3	ZONA O REGION	4
1.4	IMPORTANCIA DE ESTUDIO	5
1.5	JUSTIFICACION	6
1.6	OBJETIVOS	8
7 1.	GENERALES	
1.6.2	ESPECIFICOS	
1.7	HIPOTESIS	9
1.8	VARIABLES	
1.8.1	INDEPENDIENTES	
1.8.2	DEPENDIENTES	
1.9	PROBLEMAS Y LIMITACIONES	11
1.10	VIABILIDAD	12

**CAPITULO II**  
**METODOLOGIA**

2.0	MARCO TEORICO	14
2.1	TIPÓ DE ESTUDIO	16
2.2	DEFINICION DEL UNIVERSO	17
2.3	TAMAÑO DE MUETRAS	17
2.4	MUESTRAS	18
2.5	PROCESO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	18
2.6	PROCESO PARA TABULACION Y ANALISIS DE DATOS	19
2.7	RECURSOS HUMANOS	19
2.8	RECURSOS MATERIALES	19

**CAPITULO III**  
**MARCO TEORICO**

3.1	ANTESEDENTES	20
-----	--------------	----

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS**

4.1 RESULTADOS	55
4.2 CONCLUSIONES	57
4.3 RECOMENDACIONES	58

**CAPITULO VI**  
**ANEXOS**

	ANEXO
5.1 TABLA DE RECOLECCION DE DATOS	I
5.2 CONCENTRADO DE DATOS	II
5.3 CUADROS Y GRAFICAS	III
5.4 BIBLIOGRAFIA	

**CAPITULO I**

**RACIONALIDAD**

**DEL**

**INDIVIDUO**

## 1.1 INTRODUCCION

A través de la práctica hospitalaria llevada a cabo como estudiante de enfermería en la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud A.C. de Morelia, Mich, he observado que una patología que con frecuencia es motivo de internamiento es el alcoholismo y sus complicaciones, entre ellos los repetidos internamientos por recurrencias, los principales motivos de internamiento se deben con frecuencia a síndrome de supresión o intoxicación, sabemos que el consumo alcohólico es con frecuencia prolongado por lo que los pacientes llegan a cursar con otras enfermedades intercurrentes, por lo que quisimos hacer un estudio para valorar cuales son las características demográficas, diagnósticas, de interurrencias medicas y otras, de los pacientes alcohólicos que se internan en el ser vicio de psiquiatría, del Hospital de Nuestra Señora de la Salud A.C. de Morelia, Mich.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

“El planteamiento del problema significa afinar y estructurar mas formalmente la idea de investigación” (Hernández, Fernández y Baptista. 2003, 42). El alcoholismo constituye uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de la ultima década, este problema demográfico indica la concientización de que el país considere el concepto de “**alcoholismo**”.

Asimismo es primordial promocionar activamente las acciones de prevención de enfermedades crónicas degenerativas entre ellas el alcoholismo,

Es un hecho que se ha registrado en las ultimas décadas, un gran avance en las medicinas, sin que por ello se pueda decir que la problemática social haya disminuido; sin embargo se calcula que ésta ha ido incrementado en todo el mundo; me surge así la necesidad de realizar un estudio para conocer la frecuencia de los internamientos de los pacientes con alcoholismo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

### **1.3 ZONA O REGION DE ESTUDIO.**

Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Su localización es urbana, ubicado en Morelia, Michoacán. En la calle Ignacio Zaragoza N° 276, colonia centro. Colinda al Norte con la calle Eduardo Ruíz, al Sur con el antiguo Hospital del Sagrado Corazón de Jesús, al Oriente con las instalaciones de la Secretaría de Salud y al Poniente con la calle Ignacio Zaragoza. Este hospital fue creado por las hermanas de la caridad y traspasado a las Trabajadora Sociales de la Iglesia, por cuestiones económicas. El hospital es de segundo nivel, se ocupa de la población enferma que necesita cierta atención especializada; cuenta con los servicios consulta externa, así como hospitalización general, estos servicios son atendidos por estudiantes de enfermería con bachillerato tecnológico y licenciatura en enfermería y obstetricia, así como por enfermeras tituladas y médicos generales o especialistas en ciertas áreas. Cuenta con servicios alternos como CEYE, farmacia, lavandería, cocina, oficinas de trabajo social.

El estudio se pretende llevar a cabo específicamente en el área de psiquiatría de dicho hospital.

#### 1.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

- Esta investigación es importante ya que nos da a conocer las características de los pacientes con problemas de alcoholismo que ingresan al servicio de psiquiatría.
  
- Esta investigación nos dará un panorama en general de las características de los pacientes con problemas de alcoholismo que ingresan en el área de psiquiatría del hospital de nuestra señora de la salud.
  
- Como estudiante de licenciatura en enfermería y obstetricia sirve para ampliar mis conocimientos.

## **1.5 JUSTIFICACION.**

A escala mundial, el crecimiento poblacional se ha convertido en un importante problema de salud pública pues de acuerdo a las estadísticas ha ido aumentando día tras día.

En México se espera una transición demográfica caracterizada por el aumento en números absolutos y porcentuales de la población en general con problemas de alcohol, ocupando el cuarto lugar a nivel mundial. Y los primeros en fabricación y consumo de licores sobre la tierra.

El perfil de mortalidad y de morbilidad plantean una situación compleja; además de la enfermedad y muerte atribuible a complicaciones por el exceso de ingesta embriagante, los trastornos crónico degenerativos se ubican en los primeros lugares; presentando cambios cualitativos y cuantitativos en las primeras 10 causas de muerte.

Se busco obtener con esta investigación información sobre la frecuencia de los internamientos de los pacientes con alcohol, medio en el que habitan, el estado civil, valoración de las interurrencias medicas y afecciones a otros órganos y sistemas diferentes al SNC.

## **1.6 OBJETIVOS.**

En la realización de un estudio de investigación siempre se presenta la necesidad de establecer objetivos de forma adecuada, correcta, precisa y clara para hacer más sencilla la investigación. Así los objetivos “Tienen la finalidad de señalar a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio” (Hernández, Fernández y Baptista. 2003, 44). Ellos enfocan el itinerario y los instrumentos de trabajo para poder llegar a la meta que se desea; llegar a un resultado palpable y aplicable.

### **1.6.1 GENERAL**

Conocer las características de los pacientes con problemas de alcoholismo que ingresan al servicio de psiquiatría.

Para que se lleve a cabo lo anterior fue necesario implementar objetivos específicos que se han de transformar en medios para facilitar el proceso de la investigación y de esta manera materializar el objetivo general.

## 1.6.2 ESPECIFICOS

- Principales diagnosticos.
- Medio en el que habitan (rural o urbano)
- El estado civil
- Valorar las interurrencias médicas y afecciones a otros órganos y sistemas diferentes al sistema nerviosos central.

## **1.7 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

Las preguntas de investigación orientan hacia las respuestas que se buscan con la investigación, dan una cierta dirección y evitan desviaciones.

Es necesario establecer los límites temporales y espaciales del estudio, y esbozar un perfil de las unidades de observación, lo cual es útil para definir el tipo de investigación que habrá de llevarse a cabo (Rojas Soriano, 2001).

**¿Cuál es la frecuencia de los internamientos de los pacientes con problemas de alcoholismo, en el hospital de nuestra señora de la salud de Morelia Mich; en el periodo de enero a marzo del 2005?**

## **1.8 HIPOTESIS**

Una hipótesis indica la veracidad de lo que se busca o se trata de probar en un estudio. Según ciertos autores, estas hipótesis pueden ser o no verdaderas, pues es algo tentativo acerca de las relaciones entre dos o mas variables.

El tipo de hipótesis que se utilizó en esta investigación es de tipo divariada; el primer elemento o sea X, originó el segundo: la Y, es decir una causa origina un efecto.

**¿El alcoholismo como causa del internamiento es elevado en el servicio de psiquiatría del hospital de Nuestra Señora de la Salud.?**

En el apartado de las enfermedades destacan Delirium tremens, cirrosis hepática, demencia alcohólica, etc. De acuerdo a la investigación que se llevo a cabo en el hospital de nuestra señora de la salud en el área de psiquiatría sobre el numero de pacientes alcohólicos, grupos de edad, estado civil general, lugar de residencia, días de estancia, ingresos de acuerdo a mes; egresos, sintomatología generalizada, sinología vital, se observa que en el año 2005 la prevaecía es de sexo masculino siendo esta 81.8% y de mujeres es de 18.92%; con un rango de edad de 14 a 84 años; estado civil solteros 32.42%, casados 64.86%, viudos 2.70%; lugar de residencia 81.08% urbano;18.91% rural; días de estancia con rango de 1 a 6 días; de acuerdo a mes enero 45.94%, febrero 35.13%, marzo 18.93%; egresos por mejoría 83.78%; alta voluntaria 13.51%; nauseas 75.67%, vomito 70.27%, ansiedad 54.05%, temblor 32.42%, sudoracion16.21%, alucinaciones 51.35%, insomnio 21.62%, agitación 24.32%; sistólica con un rango de 80-170 mmHg, diastolica 50-100 mmHg; frecuencia cardiaca 70-85 por minuto, frecuencia respiratoria 19-25por minuto, temperatura 35.5- 36.5°C

Los pacientes que ingresaron al hospital de nuestra señora de la salud es de 37 el 81.08% son varones y 18.92% son femeninas.

## **1.9 VARIABLES.**

“Una variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (Hernández, et. al. 2003,143). Estas originan una causa y posteriormente efectos.

### **1.9.1 Variable dependiente**

- Pacientes alcohólicos que ingresan al servicio de psiquiatría del H.N.S.S.
- Tiempo de consumo alcohólico.
- Tiempo de bebida alcohólica.
- Cantidad aproximada de consumo.
- Síntomas a su ingreso.
- Signos vitales.

### **1.9.2. Variable independiente**

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil
- Días de estancia intrahospitalaria
- Lugar de residencia

## **1.10 PROBLEMAS Y LIMITACIONES.**

En este estudio se presentan limitantes para poder lograr una adecuada investigación.

1.-La mayor información es en Internet, la mayoría de libros que tienen información a cerca de este tema no contienen información actualizada, son muy pocos los actuales.

2.- Para la realización de la metodología se me dificulto pues ya que no estoy acostumbrada a realizar investigaciones y la falta de experiencia para consultar libros.

3.- Tiempo disponible para la realización de la investigación.

4.- Para la realización de un trabajo de tesis es importante contar con herramientas que faciliten dicha investigación como es la computadora de la cual no se tiene el suficiente acceso.

## **1.11 VIABILIDAD.**

En cuanto a este estudio si es factible realizarlo ya que cada paciente cuenta con un expediente clínico los cuales son almacenados en archivo.

El personal de archivo accedió a prestar los expedientes sin oponer mayor obstáculo, por lo que bastaría vaciar la información en una hoja de registro para después valorar los datos importantes de la investigación.

En cuanto a los recursos financieros y materiales si se puede llevar a cabo, y en cuanto a los recursos humanos poco a poco se aprende a redactar y nos adentramos al estudio.

# **CAPITULO II**

## **METODOLOGIA**

## **2.0. MARCO TEORICO**

Para iniciar con el desarrollo de éste capítulo, fue necesario saber qué es una teoría para después partir con las teorías que han de sustentar el presente trabajo. Una teoría es un conjunto de leyes o principios que sirven para explicar determinados fenómenos o para relacionarlos en un orden.

El marco teórico “implica analizar teorías, investigaciones y antecedentes que se consideren válidos para el encuadre del estudio” (Hernández, Fernández y Baptista. 2003, 64). Por lo anterior se facilitó y orientó el camino, lo cual evitó caer en errores y dudas que pudieran desviar al investigador.

Por lo tanto, en la presente investigación se revisaron y desarrollaron diferentes teorías que apoyaron a las variables y a los indicadores de estas.

Se recabaron los datos de todos los pacientes ingresados en el servicio de psiquiatría. Se lleva un control estricto en el expediente clínico de cada paciente donde se realizó la recolección de datos del primer trimestre del año 2005.

Se diseñó una tabla para recabar los datos de los expedientes de los pacientes ingresados en el servicio de psiquiatría.

La tabla nos permite analizar los datos como son: edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, fecha de ingreso, fecha de egreso, motivo de egreso, síntomas a su ingreso, diversas alucinaciones y los signos vitales.

Mediante el análisis de la recolección de datos se realizó un estudio comparativo entre lo que se realiza en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y lo reportado

en la literatura.

*Lucy Méndez Hernández* 16

Dentro de la organización de investigación; primeramente se realizó la búsqueda de la información, se diseñaron y aplicaron instrumentos para la recolección de datos y se centralizaron para su evolución e interpretación, finalizando con las conclusiones.

## 2.1. TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo y transversal.

De acuerdo con el planteamiento del problema y los objetivos planteados el estudio fue de tipo:

**Observacional:** porque me concentre a observar las características de los pacientes alcohólicos que se encontraban hospitalizados en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

**Descriptivo:** porque se describen las variables intercurrentes como: la edad, sexo, estado civil, días de estancia intrahospitalaria, sintomatología general y signos vitales.

**Transversal:** porque las variables se estudiaron simultáneamente en un tiempo determinado y se midieron una sola vez.

## 2.2. DEFINICION DEL UNIVERSO

Se consideraron sujetos de esta investigación, todos los pacientes que ingresaron al Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia Michoacán, durante el primer trimestre del año 2005.

## 2.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra se definió aplicando la fórmula para población finita, el nivel de confianza utilizado 2.58, la precisión 10 unidades y la proporción de elementos con la característica del 50%, obteniendo un tamaño de muestra de 30.2 pacientes con problemas de alcohol.

$$n= 30.2$$

$$N= 37$$

$$Z= 2.58$$

$$p=50\%$$

$$q=50\%$$

$$D=10\%$$

$$n = \frac{NZ^2pq}{D^2(N-1)+Z^2pq}$$

$$n = \frac{37(2.58)^2(50)(50)}{(10)^2(37+1)+6.6564(50)(50)}$$

$$n = \frac{37(6.6564)(50)(50)}{100(37)+6.6564(50)(50)}$$

$$n = \frac{246.2868(2500)}{3700+16641}$$

$$n = \frac{615717}{20341} = 30.2$$

<u>MEDIA</u>	<u>MODA</u>	<u>MEDIANA</u>	<u>RANGO</u>	<u>VALOR</u> <u>MÍNIMO</u>	<u>VALOR</u> <u>MÁXIMO</u>	<u>ERROR</u> <u>ESTÁNDAR</u>	<u>DESVIACIÓN</u> <u>ESTÁNDAR</u>
23.4	36	24	29	7	36	2.58	9.34

## 2.4 MUESTRAS

Se toma el 100% de los pacientes ingresados al servicio de psiquiatría durante el primer trimestre del 2005.

## 2.5. PROCESO PARA LA RECOLECCION DE DE DATOS.

Después de la selección del tema, se analizó la problemática importante en el área de la salud, eligiéndose al grupo de pasientes que ingresaran al Hospital de Nuestra Señora de la Salud, para realizar esta investigación; posteriormente se hizo la revisión de la bibliografía que apoyó en la fundamentación teórica. Se realizó la descripción y planteamiento del problema, se precisaron los objetivos que guiaron el desarrollo de la investigación, para identificar los factores predisponentes de calidad de vida de los pacientes con problema de alcohol; la justificación se plantea de acuerdo a la vulnerabilidad, magnitud, trascendencia y viabilidad del problema.

## **2.6. PROCESO PARA TABULACION Y ANÁLISIS DE DATOS.**

Para el análisis descriptivo de la información se utilizaron tablas de distribución de frecuencia y porcentajes, se presentan los resultados en gráficas de pastel: número y porcentajes de los adultos mayores, sexo, estado civil, aignos y síntomas, fecha de ingreso, fecha de egreso, signos vitales; Para el análisis inferencial de los datos se utilizó el programa estadístico computarizado STATS<sup>TM</sup>.

## **2.7. RECURSOS HUMANOS.**

Para la realización de la investigación se contó con una estudiante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud y un asesor.

## **2.9. RECURSOS MATERIALES.**

Los recursos materiales que se utilizaron fueron: pluma, lápiz, marcadores, borrador, hojas blancas, computadora, impresora, fotocopias, renta de Internet, diskettes, calculadora, discos compactos

Financiamiento: fue erogado por la autora de la investigación.

# **CAPITULO III**

**MARCO TEORICO.**

### 3.1 ANTECEDENTES

Antes de los egipcios ya se cultivaban ciertas plantas para la preparación de filtros, brebajes para entrar en transe, en coloquios con los Dioses de la magia blanca o negra de los tiempos remotos. En la odisea de Homero se nos cuenta el banquete a Telémaco ofrecido por Menelao, en él al principio, los comensales cayeron en cierto aburrimiento y melancolía y Elena ordeno escanciar en las copas el “nepatente”, bebida que produce olvido del dolor y del infortunio, tomando en seguida la risa y la alegría. Herodoto dice de los egipcios que, cuando lloran a un pariente o amigo, se reúnen bajo una gran tienda de campaña y arrojan granos de cáñamo a las piedras calientes de la lumbre; aturdidos por el humo, lanzan gritos confusos y pueden hablar con el ausente e interceder con los Dioses... Los primeros faraones egipcios ya eran muy aficionados a las bebidas fermentadas y al vino.

La región celtica usaba la hierba belununcia, una variedad del beleño, con fines mágicos y para la elaboración de bebidas y filtros sagrados, mezclado a veces con el vino.

A principios del siglo XX la codicia de traficantes clandestinos de los fabricantes tolerados, de tales productos, junto con los grandes destiladores de alcoholes, rompen el saco y se desbordan las epidemias de las toxicomanías; convirtiéndose en problemas sociales y casi mundiales para todos los países civilizados.

En 1957, el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) aprobó la definición siguiente: “estado de intoxicación periódica o crónica engendrada por el consumo reiterado de una droga natural o sintética”. Sus características más notables son:

- 1.- necesidad o invencible deseo de seguir consumiendo la droga y de obtenerla por todos los medios.
- 2.- tendencia a aumentar la dosis.
- 3.- dependencia de orden psíquico y generalmente físico respecto a los efectos de la droga
- 4.- efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

Hay varias clasificaciones de las toxicomanías, pero una de las más generalizadas es la de Lewin, basada en los principales efectos fisiológicos de las drogas o venenos. He aquí los cuatro principales.

- a) Euphorica, de los venenos sedativos del espíritu, opio y sus alcaloides, cocaína, etc.
- b) Inebriantia, venenos embriagadores y de múltiples efectos, como el alcohol, el éter.
- c) Fantástica, de venenos alucinatorios de los sentidos, tales como los que producen la mezcalina, hachis,
- d) Existencia de venenos excitantes, como son los del tabaco, cafeína, etc.

El hábito es cierta facilidad adquirida por la constante práctica de un ejercicio o forma de hacer; en este caso es la respuesta a la agresión exógena, que tiende a desequilibrar la natural fisiología del organismo.

Esta agresión puede ser accidental o reiterativa y la adaptación al tóxico exige cada vez más dosis, soportando cantidades a veces mucho más superiores a las que, una simple centésima parte, mataría a un ser vivo.

La adaptación al organismo crea sin embargo, el estado de necesidad que afecta a los psiquis del individuo y que le induce a la amoralidad para proporcionarse la droga y, por ultimo, la tercera faceta la constituye la tiranía de este estado previo de necesidad.

El estado de necesidad puede suponer la llamada de alerta o señal de alerta o alarma de la ya clásica toxicomanía, pero la privación brusca cae en la tiranía, que puede producir a las crisis mas o menos graves, según la clase o naturaleza de toxico, tal es el caso de *Delirium tremens* del alcoholismo. (1)

### **LAS CAUSAS DE LAS TOXICOMANIAS.**

Varios son los motivos por los que se llega a las toxicomanías, pero pueden agruparse en varios grupos:

1.- Cuando, por motivaciones de enfermedades graves o ataques dolorosos, se incide a los analgésicos y a las drogas heroicas.

2.- Cuando en parecidas circunstancias y en determinadas crisis, una angina de pecho por ejemplo, ha aterrorizado al paciente o a sus familiares, se induce a la conveniencia de apartarse de la mente el terror y se reitera el suministro del toxico.

3.- El mas frecuente, por desdicha, el de la persona que recurre a la droga para olvidar una pena o desgracia sufrida, o buscando simplemente nuevos horizontes de estimulo, de placer o de nuevas sensaciones.

Con frecuencia la toxicomanía se genera bajo la angustia, la depresión, la timidez y el miedo para determinados actos de la vida.

La persona que con una simple tableta o inyección ha experimentado transitorio placer o bienestar, busca ya a cada zarpazo el remedio a su mal y cae en la nefasta red de la que cuesta tanto deshacerse. (2).

Ya en la Génesis se habla de la embriaguez, por tanto el alcoholismo es una plaga casi tan vieja como el mundo. La mitología nos presenta al dios Baco como símbolo del vino y de las bebidas originales. Los libros vedicos ya consideraban el uso del soma una clase de vino que se empleaba al principio de las ceremonias BRAHAMANICAS. Los historiadores romanos Tácito y Plinio, ya nos cuentan las bacanales que se celebran en las Galias y en España, y Herodoto señala a los persas antiguos como fuentes bebedores. (3).

En las luchas y guerras de invasión se prodigaba el alcohol de una o de otra forma, al principio para celebrar el triunfo y después para embrutecer al enemigo, porque sabían los vencedores que con esta droga se le adormecía, si bien los países mas orientales, como el Japón por ejemplo, tiene desde antiguo también un buen porcentaje de alcoholismo debido a su aguardiente de arroz "Saky" y de otras bebidas importadas de Europa. Es indudablemente algo justificado el titulo de que: "el alcoholismo es el opio de occidente".

En el siglo XI el alcohol se reafirma, al darle falsos taumaturgos y charlatanes, fama de ser el elixir de larga vida, disipador de malos humores, mantener la juventud, curar los cólicos, la hidropesía, etc.

La corte de Francia de Luis XII concede amplios permisos a los destiladores en 1678, se decreta venta libre del alcohol, antaño todavía reservado solamente a los farmacéuticos, y se llega a los grandes bacantes de aristócratas y plebeyos y en reinado de Luis XIV, donde se abusa de los vinos y de las bebidas o licores preparados con la destilación alcohólica.(4)

A principios de 1800 los caldos y productos europeos invaden los países norteamericanos, donde triunfan clamorosamente, aunque los nativos ya conocían los efectos de la embriaguez por el guarapo de la caña antillana y el ron. En Inglaterra es una de la gran propagadora del alcoholismo desde el Norte con sus whiskys, y llegamos de esta forma con el correr del tiempo a índices alarmantes en todo el mundo de hoy, problema que ha pasado de ser grave para llegar a ser gravísimo y verse obligadas todas las naciones, a adoptar severas medidas de protección de salud, y la restricción del consumo de bebidas fermentadas y hasta la supresión radical de la propaganda alcohólica.

Como españoles, nos duele tener que reconocer, a través de nuestras informaciones y estadísticas, que somos el cuarto país del mundo alcohólico y los primeros fabricantes y consumidores de la tierra.

Las Naciones Unidas, junto con todos los gobiernos adscritos y al especial cuidado del Comité de Expertos, quizás queda la gloria de frenar y atajar esta nueva plaga, mil veces más horrorosa, por disfrazada, que el cólera asiático.(4)

## EL ALCOHOL Y LA MEDICINA

Toda la problemática del alcoholismo cae dentro de la medicina de los poderes públicos, nadie lo pone en duda. En todos los simposios y congresos antialcohólicos celebrados así se ha reconocido. Sin embargo, no hay duda de que el alcohol, como otros tóxicos, es un excitante y fuerte, hasta un anestésico no tan fuerte, a ello se le debe los superficiales éxitos de la medicina casera o popular y por el alivio que experimentan determinados cardiacos, pero como dice el maestro y profesor Dr. Alonso: “El alcohol endurece y produce fenómenos de coagulación del protoplasma, acabando por matar la células conjuntivas.

Esta es la más nociva acción del alcohol: matar elementos nobles para el organismo, que tiene que sustituir por elementos de sostén y de relleno.”(5)

## LAS ENFERMEDADES DEL ALCOHOL

Vamos a reseñar muy someramente algunas de las principales enfermedades generadas por el consumo etílico o licorero.

- **LA NUTRICIÓN.-** es el aporte de materiales idóneos y básicos al cuerpo humano para su vida, para suplir los desgastes fisiológicos naturales, para su conservación, crecimiento y reproducción. Todas estas funciones se realizan a través del aparato digestivo, boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso y recto, colaboran con él varias glándulas anejas como son las salivares, hígado, páncreas y el bazo, se comprenderá fácilmente que siendo el alcohol un tóxico esclerosa mente celular, por donde pasa deja rastro perjudicial con su riego. La boca es la primera afectada con la reiteración alcohólica y ahí nace la estomatitis.
  
- **ESTOMATITIS.-** es la inflamación de la mucosa bucal; puede producirse por la multitud de causas, pero siempre con agentes irritantes y tóxicos, entre los que descuella el alcohol y sus parientes más próximos. Una variante es la caries dentaria producida por intoxicación de la sangre que pudre la raíz del diente, cuanto más si está ayudado por la ingestión de azúcares y de productos de pastelería. Otra, es la insuficiencia salivar, debido a la atrofia de las células de las arterias y capilares que dificultan o impiden la corriente sanguínea normal.
  
- **DISPEPCIA GÁSTRICA.-** Es la digestión pesada, trabajosa y casi siempre dolorosa, producida por varios motivos o causas, de que el motivo alcohólico es una de las más frecuentes por provocar la hipersecreción de las glándulas estomacales.

La contumacia del ataque puede acarrear una de las muchas gastritis, que es la inflamación de las gastritis, que es la inflamación de la mucosa, que tapiza las paredes de la cavidad gástrica y que cuando se hace crónica, produce dolorosos vómitos, retracción del estómago, hipertrofia mamelonada, estreches del píloro, etc. Las mismas úlceras gástricas presentan

- **NEFRITIS.-** Es la inflamación total parcial del riñón, preciosa glándula que es como un perfecto laboratorio químico, en donde una sustancias son disueltas, otras transformadas y las mas eliminadas, todo ello en provecho del organismo en general. El riñón no solo elabora y segrega la orina sino segrega otras muchas funciones; de sus filtros pretende la composición y la presión de la sangre, elementos de vital importancia, como también lo es la función de eliminar residuos, urea y otros productos de desecho de todo el complejo de nuestro organismo. El riñón es una de las vísceras más ricas en vasos sanguíneos, de aquí se comprenderá la importancia de la esclerosis por el destructivo alcohol y la secuelas gravísimas que pueden originar un deficiente nulo filtrado de toxinas, venenos y desechos.
  
- **HEPATITIS.** Es la inflamación del hígado, todo el mundo sabe que la misión de esta importante glándula es la de eliminar y barrer los tóxicos y todas aquellas sustancias que puedan no convenir, perjudicar o ser extrañas a nuestro organismo. El hígado, junto con el riñón, son los abnegados basureros de nuestro cuerpo.

Se ha probado que el alcohol quema las células, cuando se ingiere en poca cantidad, éste lo elimina fácilmente, pero si el ataque es permanente o excesivo, aquél se reciente, se hace impotente o insuficiente y deja pasar los venenos o microbios perturbadores a la sangre, que si no fuera por la doble barrera que hace el centinela de nuestro riñón, provocaría el colapso o la banca rota orgánica, pero llega un momento ante la insistencia que la persistencia de mal funcionamiento del hígado causa y entorpece al mismo riñón y entonces el drenaje para la orina es incompleto y enferma éste también, dejando ambos todo el cuerpo intoxicado sin guardias o defensas y a merced de la primera invasión microbiana o vírica.

- **CIRROSIS HEPATICA.** Pasada la anterior etapa es bastante fácil llegar a esta afección, llamada vulgarmente hidropesía; también se llega a ella por otros caminos, pero el alcoholismo es una causa principal. Se caracteriza por el gran abultamiento que va tomando el hígado, almacenando líquido acético y que puede llegar a depositarse en cantidad de 25 a 30 litros, aunque naturalmente se practican punciones para drenarlo, suele esta enfermedad ser mortal, o sea, casi incurable.
  
- **TUBEERCULOSIS.** El bacilo de koch encuentra el terreno apropiado, mejor dicho, idea para desarrollarse a sus anchas en la persona alcoholizada, o simplemente bebedora. El bacilo invade preferentemente la zona pulmonar; la tuberculosis, gran compañera del alcoholismo a encontrado su habitad en donde no existe el alcohol casi es desconocida la enfermedad. Un clínico como el doctor Oliver Aznar dijo: “la tuberculosis es casi intratable por la ruina orgánica de estos sujetos y por el pésimo estado de sus vías digestivas”.

- **POLINEURITIS.-** Es el proceso inflamatorio que afecta contemporáneamente a diversos nervios, siendo, por lo tanto una neuritis múltiple, y entre las muchas causas, que pueden provocarla son las sustancias toxicas entre ellas alcohol entre ellas plomo, sulfuro, tabaco, etc. Las parálisis producidas por el alcohol, en forma leve la padecen muchos bebedores. Las graves se caracterizan por un intenso dolor en toas las extremidades y cuando el cuadro clínico es completo existen, además, trastornos sensitivos de todas las modalidades, a grado creciente en sentido distal.
  
- **DEMENCIA ALCOHOLICA.-** es otra afección que se caracteriza por una perdida gradual de la memoria disminución de cierta capacidad critica dificultad de razonamiento y sub. siguiente anulación de la capacidad intelectual. El enfermo se torna insoportable, colérico, hasta llegara a la apoplejía o a la trombosis coronaria.
  
- **DELIRIUM TREMENS.-** de todos las dramas del alcoholismo, este quizá sea el mas frecuente y escalofriante. ver esta clase de enfermos llegar a su fin, que muchas veces es el suicidio, da mucho que pensar las alucinaciones que padecen son espantosas y terroríficas, creen ver incendios, muertes horribles, visiones dantescas, etc. Varias plumas ilustres las han descrito con muchas facetas y asta casi las han inmortalizado algunos, por lo bien descritas y por haberlas vivido (Poe, Verlaine, Rubén Darío, etc.). Que por cierto pagaron un precio caro por ellas: su vida.(6)

## **EL SEXO, LA MUJER Y LAS BEBIDAS.**

La influencia de la bebida espirituosa en el sexo y en la mujer esta cuajada de accidentes y trastornos y, como puede suponerse ninguno edificante. El alcohol pervierte el instinto sexual y anula los nobles sentimientos del amor, de la simpatía y de la responsabilidad; bajo su influencia se tocan los instintos naturales, por otos de baja contextura y de desenfreno, propio de las personas pervertidas y abandonadas a la prostitucion.

El alcohol es una excitante en las relaciones íntimas, en la unión del hombre con la mujer, pero lo que al principio es una excitación muy causada, pronto la persona que lo usa hace que se torne contra ella, el DR. Forel dice: “la narcosis alcohólica, cuando mas intensa es, mas se produce la impotencia”.

Por lo que como todos los excitantes y drogas llevan siempre en si el rosario de nuevas dosis y de nuevas drogas para buscar aquella primera sensación que no llega y si llega lo hace a tan alto precio, que al final se paga incluso con el desecho del cuerpo y la perdida de la vida.

Dice un autor que las fiestas, los ágapes succulentos y los grandes bacantes donde se iban toda clase de cócteles, vinos, champañas y licores, son los que dan el 60% de las caídas de la mujer a la prostitucion. Bajo sus efluvios vaporosos se despiertan las más bajas apetencias sexuales. El neurólogo suizo Dr. Foerest dice que: “las bebidas alcohólicas dificultan extraordinariamente la conservación de la continencia, pero avanzan la importancia sexual, el habito baquico quebranta las energías y disminuye la actividad del sujeto, acarreándole la ineludible aminoración del vigor sexual”.

El alcoholismo es mas denigrante que el del hombre, y la mujer experimenta todavía mas el vacío que se le hace en torno suyo, por lo que se le impone una revisión mas adecuada a sus terapéuticas (12).

El motivo de este incremento parece ser la imitación, el “machismo” de las adolescentes sobre todo, pero quizá lo sea mas al verse víctimas de la angustia, la soledad y los deseos de evasión, el problema del modernismo actual, la vaciedad espiritual de los seres sin horizontes ni puntos de mira elevados, el ocio mal administrado de cierta clase media o de célibes que solo tienen el cariño de su perrito, etc. Constituyen algunos de los múltiples motivos.

El cuadro empieza por la degeneración de los hijos, idiotas, subnormales, delincuencias, locura precoz, etc. Y esterilidad de la mayoría de las jóvenes.

El maridaje con el tabaquismo viene a aumentarlos porcentajes cada día mas numerosas numerosos de esta avalancha de una juventud d próstata anarquía, sin horizontes ni control de obligaciones, con la comunidad social. (7)

Cuando la persona se ha hecho esclava de la bebida, queda presa en una invisible red que le destruye el cuerpo y le aniquila el espíritu, puede ser culta, ignorante, plebeyo o aristócrata, rico o pobre, gobernante o gobernado, etc. Cuando mas pobre o dinero tenga, mas se encenegara en el vicio y mas rápido y profundamente se hundirá en el lodo. Preso de la tiranía alcohólica que cada día le exige más y más, pierde totalmente su personalidad, su dominio y el encantador atractivo de la vida, de la poesía, de la naturaleza y de los sentimientos mas nobles y elevados.

Su pobre espíritu, ahogándose en las tormentas y tragedias de su vida licenciosa y de crápula, con un cuerpo resentido, enjuto, anémico, enfermo, pierde toda la virtud, la salud y, lo que es peor, el resto de moral que podía haberle quedado de su etapa inicial. (8)

El toxicómano, para poder satisfacer su tiránica sed que le da la droga, se entrega a todo lo, mas vil, lo mas bajo, lo arrolla todo y destruye la amistad, la propiedad, la familia y tantos lazos como sean, por fuentes y seguros que fueran.(9)

## ALCOHOL

El nombre deriva del árabe en cuanto resulta de la combinación del “al” (el) y “kohl” (sustancia reducida a polvo que prende fuego fácilmente). Así, la palabra alcohol etimológicamente quiere decir “sustancia fácil de quemar”; si nos remontamos a la antigua lengua caldea (babilonia), de la que parece que los árabes tomaron este termino, encontramos una palabra de significado análogo: “sustancia que se consume por si” (en efecto, el alcohol se evapora fácilmente y desaparece por evaporación). “agua ardens rectificata et munidíssima”, es decir, “liquido capaz de quemar (o de dar ardor, embriaguez) y carísimo”. La palabra aguardiente (con la que en la actualidad se define una bebida formada en parte por alcohol y en parte por agua) hace sus aparición en parte en el siglo XIII en la obra de Arnaldo de Villanova, el cual denomino así cualquier bebida alcohólica que sea capas de proporcionar al organismo cansado y viejo: “agua de vida”, que si se tratara de uno de aquellos elixires de larga vida, entonces muy en boga.(10)

## VARIEDAD DE ALCOHOL.

Hasta ahora se a hablado solo de alcohol de vino, llamado también espíritu de vino; pero además del alcohol del etílico, que se encuentra presente en el vino y provienen de la fermentación alcohólica del zumo de uva, la química moderna conoce muchos otros alcoholes. De estos, solo cinco- el etílico, el metilico, propílico, el butílico y el amilico se encuentran en la bebidas alcohólicas.(13)

## PRODUCCION DE ALCOHOL.

Puede obtenerse por síntesis química industrial y también por la destilación de las bebidas alcohólicas naturales. Los alcoholes representan el producto de la fermentación alcohólica de los azúcares contenidos en varias sustancias vegetales: la uva, las manzanas y otras frutas azucaradas proporcionan, al aplastarlas, un zumo (que en caso de la uva se llama *mosto*), el cual posteriormente se hace fermentar; también las semillas de los cereales (trigo, maíz, arroz, cebada, etc.) al fermentar producen whisky, cerveza y otras bebidas alcohólicas.

De estas bebidas se obtiene el alcohol en mayor o menor grado de pureza (expresado en grados) mediante un proceso de destilación que separa el alcohol del agua.(11)

## EL ALCHOL COMO ALIMENTO.

Por alimento entendemos la sustancia de origen vegetal o animal que, introducida, digerida y absorbida en nuestro organismo, es capaz de producir una doble función: *plástica* ( formación de tejidos mediante la constitución de células nuevas de un organismo en crecimiento y la reconstrucción de células viejas y consumidas, y, por lo tanto, necesitadas de sustitución) y *energica* (producción de energía calórico, necesaria para el mantenimiento de la temperatura interna corporal a un nivel constante y producción de energía muscular indispensable para el movimiento y la actividad del músculo); en este sentido, el alcohol es un alimento, aunque incompleto, como lo son las grasas y los hidratos de carbono (azúcares).

En efecto, al quemarse el alcohol en nuestro organismo, libera energía y la pone a disposición de las necesidades calóricas musculares; pero no es capaz (como no lo son los hidratos de carbono y las grasas) de ejercer la función plástica, reservada solo a las proteínas, que son las únicas que poseen la doble función energética y plástica, y, por lo tanto, las únicas que merecen la denominación de alimento verdadero.

Establecido ya que el alcohol es solo un alimento energético, debemos delimitar sus posibilidades alimenticias: puede sustituir a las grasas y a los hidratos de carbono ( y también a las proteínas) en la producción de energía, pero no puede sustituir a las proteínas en la función plástica.

Suministrando a dosis pequeñas y diluido, el alcohol en contacto con el oxígeno de la sangre y de los tejidos se oxida (es decir se quema) casi completamente en un 97-98%, desarrollando cerca de 7 calorías por gramo; de esta forma, un litro de vino corriente con una graduación alcohólica del 12% proporciona 840 calorías.

Calculando en 2500-3000 calorías las necesidades energéticas de un hombre adulto que haga vida activa, pero no de saciado fatigosa, necesitaría tres litros, o poco más, el vino del 12% al día, si quisiese mantener toda la energía y muscular necesaria, ingiriendo alcohol únicamente; no obstante, este es un cálculo de mera curiosidad, porque las grasas y los hidratos no son de todo sustituibles por el alcohol y por la inevitable intoxicación alcohólica que se provocaría en un individuo que ingiriese tres litros de vino al día sin comer ningún alimento. (14)

## EFFECTOS BIOFISICOS BENEFICOS DEL ALCOHOL.

Además de ser un alimento energético, el alcohol esta dotado de propiedades estimulantes y tonificantes sobre los distintos órganos y funciones de nuestro cuerpo, aunque naturalmente cuando no se abusa. (15)

En efecto, la ingestión moderada de alcohol produce los siguientes efectos:

- *la célula nerviosa* (en especial la de la corteza cerebral) se excita módica y transitoriamente, especialmente en relación con la capacidad intelectual: la ideación se hace mas fácil, la fantasía mas rica, la memoria mas rápida, la intuición mas viva, la palabra mas fácil;
- *la célula muscular* también se estimula; se a podido calcular que, bebiendo cinco-seis gramos de vino por kilo de peso, un individuo adulto sano aumenta en un 20% de rendimiento de trabajo muscular; igual resultado se obtiene en el caballo.
- *La función circulatoria cardiovascular* se estimula favorablemente; las contracciones del corazón son más energicas y rápidas, y la sangre, por lo tanto, circula mas velozmente, los vasos sanguíneos periféricos se dilatan y contienen mayor cantidad de sangre, lo que origina un enrojecimiento facial y una sensación difusa de calor satisfactorio.
- *La función respiratoria* también se estimula por la acción del alcohol sobre los centros bulbares respiratorios, se respira mejor: aunque la frecuencia y la amplitud de las excursiones respiratorias;

- *La función digestiva* también es estimulada: en efecto, las pequeñas dosis de alcohol estimulan la secreción del jugo gástrico e intestinal y de la bilis (por eso la dosis de alcohol tolerada diariamente en forma de vino o cerveza se debe administrar durante la comida);
- *La secreción de la orina* se facilita igualmente por la acción estimulante directa del alcohol sobre la célula renal secretora y porque al mejorar la circulación sanguínea se produce un aflujo mayor de sangre en el riñón por unidad de tiempo;
- *La temperatura corporal* se mantiene fácilmente por la energía acalórica que es capaz de proporcionar el alcohol (por eso, en invierno y en climas fríos se tolera más el alcohol y el organismo casi lo pide) (16)

#### EFFECTOS TOXICOS DEL ALCOHOL.

Tiene un límite, superado el cual la acción benéfica, tonificante y estimulante se sustituye por la acción nociva y tóxica. En efecto, si a dosis moderada estimula y tonifica las diversas funciones orgánicas, a dosis elevadas las deprime y las altera.

“Hay una medida en todas las cosas”; máxima sabiduría que debe tener en cuenta el bebedor de bebidas alcohólicas.

En efecto todas las actividades orgánicas (neuropsíquicas, motora, muscular, cardiocirculatoria, digestiva) que habíamos visto estimuladas favorablemente por las dosis pequeñas de alcohol se deprimen por las dosis excesivas del mismo.

Por eso en el ebrio las funciones intelectuales y musculares se vuelven torpes y abecés se pierden completamente, la circulación de la sangre se hace difícil por la depresión del músculo cardíaco (miocardio) y ka parálisis de los vasos periféricos; la secreción de los jugos digestivos se inhibe. Es decir, que es el reverso de la medalla en cuanto hemos dicho a propósito del benéfico estímulo favorable que produce le alcohol tomado a dosis prudenciales.

Todos estos trastornos se producen en la embriaguez, es decir en el alcoholismo provocado episódicamente por una ingestión excesiva de alcohol (borrachera). El abuso continuo de bebidas alcohólicas instaura un estado permanente de alcoholismo crónico, y las desdichas son aun mayores. Las células nerviosas, cardíaca, muscular, hepáticas, secretora glandular se alteran en sus funciones y tambien en sus esructuraas enatomicas: el alcohol, en fin, se concçvierte en un verdadero veneno, causa de degeneraciones celulares y de trastornos funcionales.  
(17

#### ALCOHOL Y ENFERMEDAD.

La abstinencia de alcohol se caracteriza por interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades, dos o mas de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después del consumo crónico: (-hiperactividad autonómica sudoración, taquicardia-, temblor distal de manos, insomnio, nausea y vomito, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación psicomotriz, ansiedad, crisis convulsivas).

El estado de alcoholismo al provocar degeneraciones celulares y trastornos funcionales, no solo representa de por sí una condición morbosa, sino que también predispone a la aparición de otras enfermedades al perder el organismo su fuerza orgánica defensiva.

En efecto, en el alcoholizado crónico la infección prende fácilmente y una vez implantada, encuentra un terreno biológico apropiado para el desarrollo microbiano, haciéndose el curso de la enfermedad más grave y la muerte es también mas frecuente; hasta que indiquemos la gravedad del curso de la pulmonía, de la bronconeumonía y de la tuberculosis pulmonar en un individuo alcoholizado. (18) Así mismo el alcoholismo crónico representa una causa determinante directa y predisponente indirecta de muchísimas afecciones del estómago (gastritis crónica, ulcera), el hígado( cirrosis, hepatopatía tóxica, atrofia amarilla, etc.) del corazón ( miocarditis tóxica, angina de pecho, etc.), del riñón (mayor facilidad para el desarrollo de nefritis), de los vasos sanguíneos (arteriosclerosis), de los nervios periféricos (polineuritis), el cerebro (el llamado delirium tremens, y varias formas de enajenación mental), etc.

y lo peor es que en muchas ocasiones los desastrosos efectos de la intoxicación, no se deducen al propio alcoholizado crónico, sino que se perpetúan en sus hijos (no siempre el alcoholizado crónico es capaz de procrear), los cuales suelen ser pequeños y débiles, constitucionalmente lábiles para todas las causas de enfermedad y, a menudo, idiotas.(19)

La mejor forma de tomar el alcohol es como vino o cerveza, nunca o casi nunca como licor, ya que aparte que suele excederse fácilmente la dosis alcohólica permitida, el licor contiene alcoholes más tóxicos que el etílico ( el del vino) y menos tolerado por el estómago de éste. El momento mejor para tomarlo es durante la comida o al final de la misma, fraccionando el medio litro diario de vino entre la comida y la cena: de esta forma, además de diluir el alcohol con la masa alimenticia, se logran efectos beneficiosos sobre la digestión (mayor secreción de jugo gástrico)

Fuera de las comidas, el alcohol, en cualquier forma, debe siempre prohibirse y sobre todo en el estomago vacío.

Estas normas, particularmente en lo que se refiere a la cantidad, parece un poco severo para lo que tiene tendencia a beber alcohol, pero no nos parece demasiado difíciles de observar si tenemos presente el grave daño que ocasiona el alcohol bebido en cantidades desproporcionadas. Algunas han llegado a prohibir de modo absoluto y radical y lo califican de “alimento detestable”. “de liquido asesino”; las cifras estadísticas y la experiencia cotidiana de los médicos demuestra que la abstención rigurosa de alcohol no produce ni una salud evidente, ni una resistencia a las enfermedades, ni una longevidad en comparación con individuos que ingieren un buen vaso de vino diario durante la comida.

El diagnóstico de Delirium inducido por alcohol consisten en alteración de la conciencia (p. Ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, cambio en las funciones cognitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteraciones del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva, la alteración se presenta en un corto periodo de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día, los síntomas se presentan durante o poco después de un síndrome de abstinencia. (20)

El método de exploración del alcoholismo es la aplicación de cuestionarios estandarizados como el CAGE, El (MAST) Michigan alcoholismo screening test, el alcoholism use disorder identification test (AUDIT) este ultimo elaborado por la OMS el cual mide varios aspectos como el consumo de alcohol, problemas relacionados con esta sustancia y síntomas de dependencia, además de tener un alto nivel de sensibilidad y especificidad. (2), se utiliza además la gama-glutamilttransferasa, el volumen corpuscular medio y la alaninaminottransferasa, así como el alcohol serico.

Los trastornos por consumo de sustancia son frecuentes, el estudio de la prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios llevado a cabo en la república mexicana se encontró que en el hombre los tres principales trastornos son la dependencia de alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia); a nivel general el segundo lugar lo ocuparon los trastornos por uso de sustancia con el 9.2%; de estos la dependencia de alcohol se presentó en el 5.9%. La mayor concentración de los trastornos por uso de sustancias ocurre entre los 15-30 años. [4]

El manejo de los pacientes alcohólicos resulta difícil como lo demuestra el estudio de Greenfiel en el que mediante una encuesta se detectó a sujetos universitarios y de la comunidad con un consumo peligroso o nocivo, 43% tuvo una puntuación compatible con un consumo peligroso de alcohol que ameritaban manejo, a los que se les recomendó un posible tratamiento, de los individuos comunitarios el 50.7% siguió la recomendación, y solo el 20.0% de los universitarios la siguió. Los que no acudieron argumentaron "no me recomendaron efectuar un seguimiento" (49.2%), "decidí que no tenía problemas con el alcohol" (28.9%) y "decidí que podía resolverlo por mi cuenta" (17.9%). [5]

#### EL ALCOHOL EN TERAPEUTICA.

El uso más corriente del alcohol es como desinfectante externo de heridas, mamas y pequeños instrumentos quirúrgicos (jeringas, agujas, etc.); para este fin se usa el alcohol de 70°. Igualmente es frecuente el uso del alcohol como revulsivo cutáneo por medio de fricciones y masajes. Para uso interno, el coñac, el ron u otras sustancias fuertemente alcohólicas se prescriben como estimulantes de las funciones

cardiocirculatoria y nerviosa deprimidas: en la adinamia y colapso, en los desmayos, en las astenias, etc.

*Lucy Méndez Hernández 42*

Un buen vaso de vino es recomendable en la dietad del pleurítico, del tuberculoso pulmonar y de los convalecientes.

El alcoholismo, también conocido como "síndrome de dependencia al alcohol," es una enfermedad que se caracteriza por los siguientes elementos:

- **Deseo insaciable:** el deseo o necesidad fuerte y compulsiva de beber alcohol.
- **Pérdida de control:** la inhabilidad frecuente de parar de beber alcohol una vez la persona ha comenzado.
- **Dependencia física:** la ocurrencia de síntomas después de abstinencia tales como vómitos, sudor, temblores, y ansiedad cuando se deja de beber después de un período de consumo de alcohol en grandes cantidades. Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante.
- **Tolerancia:** la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse intoxicado.

Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante endrogado o intoxicado ("high").

El alcoholismo es un problema que tiene poco que ver con el tipo de alcohol que se consume, cuanto tiempo se ha estado bebiendo, o la cantidad exacta de alcohol que se consume. Sin embargo, el alcoholismo tiene mucho que ver con la necesidad incontrolable de beber de la persona. Esta definición de alcoholismo nos ayuda a

entender porque para la mayoría de los alcohólicos un "poco de fuerza de voluntad" no es suficiente para dejar de beber.

*Lucy Méndez Hernández 43*

El alcohólico o la alcohólica se encuentra frecuentemente bajo el control de un deseo poderoso o necesidad de ingerir alcohol, una necesidad que puede sentirse tan fuerte como la necesidad de agua o comida. A pesar de que algunas personas se pueden recuperar sin ayuda, la mayoría de las personas alcohólicas necesitan ayuda externa para recuperarse de esta enfermedad. Con ayuda, apoyo y tratamiento, muchas personas son capaces de dejar de beber y de rehacer sus vidas.

Las personas que beben mucho alcohol pueden aumentar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, especialmente de el hígado, el esófago, la garganta, y la laringe (caja de la voz). El abuso del alcohol también puede causar cirrosis del hígado, problemas en el sistema de inmunidad, daño cerebral, y hasta puede dañar el feto durante el embarazo. El beber alcohol aumenta los riesgos de muertes por accidentes automovilísticos, accidentes durante actividades recreativas, accidentes en el trabajo, y la probabilidad de que ocurran homicidios y suicidios.

El abuso de alcohol se diferencia de el alcoholismo en que éste no incluye el deseo o la necesidad compulsiva de beber alcohol, la pérdida de control o la dependencia física. Además, el abuso de alcohol es menos probable que incluya síntomas de tolerancia (la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse endrogado o intoxicado ("high")).

El abuso de alcohol es definido como un patrón de consumo de bebidas alcohólicas que es acompañado por una o más de las siguientes situaciones en un período de 12 meses:

- No cumplir con responsabilidades mayores del trabajo, de la escuela o del hogar; ( P. E.J., ausencias repetidas o bajo rendimiento laboral relacionado con

el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; falta de atención a los hijos o a las obligaciones de la casa).(2)

Lucy Méndez Hernández 44

- Beber alcohol durante actividades que son físicamente peligrosas tales como (p. Ej. operar maquinarias o manejar un carro (coche); o manipular una maquina bajo los efectos de sustancias)(2)
- Tener problemas frecuentemente relacionados con el alcohol tales como ser arrestado por guiar bajo la influencia de alcohol o por lastimar físicamente a alguien mientras está borracho (embriagado);
- Continuar bebiendo a pesar de tener problemas legales constantemente al relacionarse con otras personas que son causados o empeorados por los efectos del alcohol.

Si la dependencia de la sustancia cursa con una dependencia fisiológica ( es decir, existen signos de tolerancia o abstinencia) o sin dependencia fisiológica ( es decir, sin signos de tolerancia o abstinencia). Además, los pacientes pueden clasificarse en diversos grupos según manifiesten en ese momento un patrón de abuso o dependencia o estén en remisión. Los pacientes en remisión pueden subdividirse a su vez en cuatro subtipos ( plena, parcial inicial, mantenida) en función de que se hayan cumplido o no alguno de los criterios de abuso o dependencia y en relación con el marco temporal en el que se produce la remisión.

El tipo de remisión puede utilizarse también en los pacientes a los que se aplica un tratamiento con agonista.(2)

A pesar de que el abuso del alcohol es básicamente diferente al alcoholismo, es importante mencionar que muchos de los efectos del abuso del alcohol son sufridos por los alcohólicos.

*Lucy Méndez Hernández 45*

## **FACTORES DE RIESGO EN EL ALCOHOLISMO DE APARICION TARDIA**

### **Factores biológicos:**

Farmacocinéticas y farmacodinámicos

Enfermedades intercurrentes

### **Enfermedades psiquiátricas:**

Experiencias de pérdida y dependencia física

Disminución de la autoestima

Problemas de adaptación ante situaciones nuevas

Trastornos depresivos, demencias o síntomas subjetivos de enfermedad crónica

### **Factores sociales:**

Disminución de los ingresos económicos

Pérdida de la consideración social, y de los seres queridos, aislamiento y abandono

El sexo masculino tiene mayor riesgo de abuso de alcohol (las mujeres suelen abusar de sedantes e hipnóticos) (21)

### **Factores intergeneracionales:**

Variación de los patrones de consumo de alcohol en la tercera edad en los estudios de cohortes y períodos históricos La falta de exigencias sociales que evidencien los problemas asociados al alcohol, la atribución de los síntomas a otras patología médicas, el aislamiento social, la tendencia de familiares y cuidadores a minimizar e incluso ocultar el problema y la complicidad de los médicos hacen que el consumo de alcohol pase desapercibido. (18)

Los alcohólicos de edad avanzada presentan patrones de consumo diferentes a los jóvenes. Suelen beber a diario, en cantidades menores que los jóvenes, pero con

repercusiones orgánicas generales y sobre el sistema nervioso central más intensas, debido al deterioro previo, a las patologías intercurrentes y a las interacciones con la medicación.

*Lucy Méndez Hernández 46*

El aislamiento social, la falta de apoyo familiar y las enfermedades invalidantes son factores de riesgo en el consumo de alcohol durante la tercera edad. La presencia de problemas con el cónyuge, con los hijos adultos o con otras personas del entorno social, los trastornos somáticos y accidentes debidos al consumo de alcohol constituyen factores que permiten la identificación del alcoholismo. Sin embargo, los ancianos alcohólicos con frecuencia viven en una situación de aislamiento social, son viudos, sin familia ni trabajo, y no provocan alteraciones públicas ni se ven envueltos en problemas con la ley, por lo que no se les suele ver como enfermos mentales. Por último, en los ancianos es difícil encontrar niveles de consumo elevados que den síntomas de abstinencia identificables clínicamente. (8)

#### *Clasificación:*

Se denomina **alcohólicos primarios** a aquellos que inician el abuso de alcohol en la tercera edad, coincidiendo generalmente con el retiro.

**Alcohólicos secundarios** son aquellos que iniciaron el alcoholismo en la juventud o la vida adulta y lo mantienen en la vejez.

Algunos incluyen un tercer grupo, el de los alcohólicos abstemios, con antecedentes de abuso de alcohol que lo suspenden al llegar a la tercera edad.

Otros autores consideran alcoholismo primarios, al de inicio en la juventud, vinculado a factores de personalidad. Para ellos, el alcoholismo de inicio tardío es un alcoholismo reactivo, relacionado con experiencias de pérdida (Ej. duelos, jubilación, enfermedades físicas o conflictos conyugales). (10)

## TRASTORNOS INDUCIDOS POR EL ALCOHOL

### ***Abstinencia de alcohol***

los pacientes que reúnen comorbilidad medicoquirúrgica adquieren mayor susceptibilidad a desarrollar un delirium tremens y a padecer complicaciones derivadas de él. De forma especial, procesos como infecciones, desnutrición, TCE, hepatitis, pancreatitis, etc. No siempre aparece un delirium tremens tras la suspensión del consumo de alcohol. El temblor, de características variables y que suele aparecer de 6 a 8 horas tras el último consumo, la irritabilidad, anorexia, náuseas y vómitos, estado generalizado de alerta e insomnio constituyen síntomas característicos de la abstinencia de alcohol "no complicada" (término este último retirado en las modernas clasificaciones CIE-10 y DSM-IV). (22)

Pueden aparecer alteraciones sensorio-perceptivas así como convulsiones de tipo tónico-clónico, la mayoría en el primer día de abstinencia y que constituyen un importante factor preeditor de la presentación de un delirium tremens. No es frecuente el status epiléptico.

El delirium tremens constituye la forma más severa del síndrome de abstinencia de alcohol y constituye una emergencia médica. Su aparición es más frecuente en las primeras 72 horas de privación si bien puede presentarse hasta una semana después (1).

La sintomatología característica es la de un delirium. Existe también hiperactivación autonómica con taquicardia, incremento de la tensión arterial, midriasis etc. Habitualmente la duración del episodio es de 2-3 días.

En su tratamiento es fundamental la vitaminoterapia con tiamina (100 mgrs/día IM durante 5 a 6 días pasando luego a vía oral), la reposición hidroelectrolítica y el control del estado general.

*Lucy Méndez Hernández 48*

Para la sedación se han recomendado varios fármacos, existiendo diversas pautas. El clormetiazol (hasta 16 caps./día según la gravedad de la agitación, con reducción paulatina posterior) es ampliamente utilizado. En caso necesario puede administrarse vía i.v., preferentemente en UCI por el riesgo de depresión respiratoria. También las benzodiazepinas como el cloracepato dipotásico (hasta 50 mgrs cada 2 horas v.o. también con pauta descendente) constituyen una buena alternativa. El tiapride, un neuroléptico no hepatotóxico es también muy utilizado (hasta 1200 mgrs i.m., i.v. o v.o. al día). En ocasiones puede ser necesario el tratamiento en UCI.

El mejor tratamiento, no obstante, lo constituye la prevención mediante los fármacos anteriores ante la sospecha clínica (5).

### *Factores biológicos*

Un gen que podría estar relacionado tanto con el alcoholismo como con la depresión ha sido identificado por un equipo de investigadores, analizaron el ADN de 2,310 personas de 262 familias en las cuales por lo menos *tres de sus miembros eran alcohólicos. El estudio encontró una región de la cromosoma 7 que se veía sorprendentemente similar en la mayoría de los alcohólicos y en las personas con depresión.*

Entonces, los investigadores trataron de aislar el gen clave específico en esa región. Eso los llevó al *CHRM2*, un gen que está relacionado con un receptor celular involucrado con una cantidad de funciones cerebrales importantes, como el aprendizaje, la memoria, la atención y la cognición, según los investigadores. Las variaciones normales en este gen protegen a la persona o hacen que un individuo sea más susceptible al alcoholismo y/o a la depresión, según consideran los investigadores. (21)

Lucy Méndez Hernández 49

## **EVALUACION**

Debe obtenerse información del propio paciente, con el consentimiento del este, debe también preguntarse a los familiares y amigos existentes, a quienes le estén tratando o lo hayan echo anteriormente, a los jefes de trabajo y a otras personas que puedan aportar una información útil. La información puede incluir también lo siguiente:

1.- *Interrogatorio sistemático*: Un interrogatorio respecto al grado de intoxicación asociada, la intensidad de síndromes de abstinencia asociados, la dosis mas reciente y el tiempo transcurrido respecto al ultimo consumo, la forma de inicio, cantidad, frecuencia y duración del consumo, y los efectos subjetivos de todas las sustancias consumidas, incluyendo otras drogas distintas de la droga de elección del paciente.

2.- *Historia clínica psiquiátrica y medica completa*: Esta historia deberá incluir una explotación física y del estado mental detalladas, para establecer la presencia o ausencia de otros trastornos médicos o psiquiátricos acompañantes así como los signos y síntomas de intoxicación o abstinencia. En algunos casos, pueden estar indicadas pruebas psicológicas o neuropsicologías.

3.- *Determinación de antecedentes de tratamientos previos por trastornos de consumo de sustancias*. Ello incluirá las siguientes características: lugar, contexto,

modalidades terapéuticas utilizadas, cumplimiento, duración y resultados corto (3 meses), mediano (1 año) y largo plazo, evaluado mediante el consumo posterior de la sustancia, el grado de función social y laboral alcanzado y otras variables evolutivas. Deben evaluarse las medidas aplicadas anteriormente para controlar o detener el consumo de sustancias fuera de contexto de tratamiento formal, así como las actividades del paciente respecto a sus experiencias previas en el tratamiento y sin él.

*Lucy Méndez Hernández 50*

4.- *Historia completa de los antecedentes familiares sociales y de consumo de sustancias.* Ello incluirá información sobre trastornos familiares por consumo de sustancias u otros trastornos psiquiátricos, factores familiares que contribuyan a la aparición o perpetuación de los trastornos por consumo de sustancias, la adaptación escolar, las relaciones con compañeros y los problemas económicos o legales; la influencia del entorno de la vida actual del paciente en su capacidad de cumplir el tratamiento establecido y evitar el consumo de sustancia en el paciente.

5.- *Análisis de detección cualitativos y cuantitativos en sangre y orina para la identificación de drogas de abuso.*

El déficit nutricional provocado por el consumo excesivo de alcohol (v. Déficit de tiamina y dependencia,) hay que modificar la conducta del paciente para lograr que se mantenga sobrio, tarea bastante difícil.

Conviene advertir al paciente que pasadas unas cuantas semanas, cuando se haya recuperado del último ataque, probablemente encontrará alguna excusa para volver a beber. Igualmente se le informará de que es posible que logre beber de forma controlada durante unos cuantos días o, en raras ocasiones, varias semanas, pero lo más probable es que recaiga en un consumo. La causa es desconocida. Algunas características de personalidad comunes en los alcohólicos son la presencia de rasgos esquizoides (aislamiento, soledad y vergüenza), depresión, dependencia, impulsos hostiles y autodestructivos e inmadurez sexual. Los alcohólicos con

frecuencia tienen una historia de hogar roto y relaciones tormentosas con sus padres. Los factores sociales, es decir, las actitudes transmitidas a través de la cultura en la primera infancia, influyen sobre la pauta de bebida y el comportamiento asociado. (22)

*Lucy Méndez Hernández 5*

Algunos datos sugieren que las personas que llegan a hacerse alcohólicas se intoxican con menos facilidad, es decir, tienen un umbral mayor para los efectos del alcohol sobre el SNC. Algunos expertos diferencian entre el consumo abusivo de alcohol, que puede observarse en cualquier bebedor excesivo, y el síndrome crónico, que según ellos sólo se da en personas con predisposición genética.

El alcohol se absorbe y llega al torrente sanguíneo principalmente a través del intestino delgado. Su acumulación en sangre se debe a que la absorción es más rápida que la oxidación y la eliminación. Del 5 al 10% del alcohol ingerido se excreta sin cambios por la orina, el sudor y el aire espirado, el resto es oxidado a CO<sub>2</sub> y agua a una velocidad de 5 a 10 ml/h (de alcohol absoluto); cada mililitro de alcohol aporta cerca de 7 kcal.

El alcohol principalmente deprime el sistema nervioso central: una concentración de alcohol en sangre de 50 mg/dl (11 mmol/l) produce sedación y tranquilidad; de 50 a 150 mg/dl (11 a 33 mmol/l), falta de coordinación; de 150 a 200 mg/dl (33 a 43 mmol/l), intoxicación (delirio), y de 300 a 400 mg/dl (65 a 87 mmol/l), inconsciencia. (21)

El alcohol ejerce una toxicidad directa sobre el hígado, que se puede agravar con la inadecuada nutrición secundaria a la ingesta de alcohol exagerada. En algunas

personas alcohólicas la función hepática se ve irreversiblemente alterada, y, como resultado, presentan un inadecuado almacenamiento de glucógeno y tendencia a desarrollar hipoglucemia, debido a la incapacidad para movilizar la glucosa. Debido a la dieta inadecuada puede haber una hipoglucemia sintomática

*Lucy Méndez Hernández 52*

Las personas que beben grandes cantidades de alcohol de forma reiterada durante mucho tiempo se hacen tolerantes a sus efectos (también surge tolerancia con otros depresores del SNC, de forma que las últimas dosis ya no producen los mismos efectos que al principio. La tolerancia se debe a cambios adaptativos de las células del SNC (es la denominada tolerancia celular o farmacodinámica).

La abstinencia de alcohol se acompaña de un espectro de síntomas y signos, que suelen comenzar de 12 a 48 h después de interrumpir la ingestión. El síndrome de abstinencia leve consiste en temblor, debilidad, sudación, hiperreflexia y síntomas gastrointestinales. Algunos pacientes presentan convulsiones tónico-clónicas generalizadas, habitualmente no más de dos en un período breve (epilepsia alcohólicaÇ(16)

La **alucinosis alcohólica** es consecuencia de una abstinencia brusca tras un consumo excesivo de alcohol prolongado.

Los síntomas consisten en ilusiones y alucinaciones auditivas, frecuentemente con carácter de reproche y amenaza; el paciente está aprensivo y aterrorizado por las alucinaciones, así como por la vividez de sus pesadillas.

El síndrome recuerda a la esquizofrenia, pero no suele haber trastorno del pensamiento y la historia no es típica de esquizofrenia. Los síntomas no recuerdan tanto al estado delirante de un síndrome orgánico cerebral, como sí ocurre con el *delirium tremens* u otras reacciones patológicas ligadas a la abstinencia. La conciencia se conserva clara y los signos de labilidad del sistema nervioso autónomo observables en el *delirium tremens* no suelen existir. Cuando hay alucinosis, que suele ser transitoria, generalmente precede al *delirium tremens*.

Lucy Méndez Hernández 53

La recuperación se produce en el plazo de 1 a 3 sem, pero es probable la recidiva si el paciente vuelve a beber.

El ***delirium tremens*** suele iniciarse de 48 a 72 h después de interrumpir la ingestión de alcohol, con ataques de ansiedad, confusión creciente, sueño alterado (con pesadillas o ilusiones nocturnas), notable sudación y depresión profunda. Son frecuentes las alucinaciones fugaces que producen inquietud, miedo e incluso terror. Lo típico del estado delirante inicial, con confusión y desorientación, es la vuelta a la actividad normal (p. ej., el paciente se imagina que regresa al trabajo e intenta realizar alguna actividad que tiene que ver con ello). La labilidad del sistema nervioso autónomo, evidente por la presencia de diaforesis y aumento de la temperatura y de la frecuencia del pulso, acompaña al delirio y progresa con él. En un delirio leve el pulso suele estar en 100-120 lpm y la temperatura en 37,2-37,8 °C. Un delirio intenso, con desorientación importante y deterioro cognitivo, se acompaña de notable inquietud, con una frecuencia de pulso >120 lpm y una temperatura >37,8 °C.

El paciente es sugestionable ante muchos estímulos sensoriales, en particular los objetos vistos con poca luz. Los trastornos vestibulares pueden hacerle creer que el suelo se mueve o que las paredes se están cayendo o que la habitación da vueltas. Conforme progresa el delirio, se instaura un temblor de reposo burdo y persistente en las manos, que a veces se extiende a la cabeza y el tronco. Hay notable ataxia, por

lo que se debe tener cuidado a fin de evitar las autolesiones. Los síntomas varían de unos pacientes a otros, pero suelen ser los mismos en todas las recidivas del mismo paciente.

La temperatura considerablemente elevada es un signo de mal pronóstico en el *delirium tremens*. Éste puede tener un desenlace fatal, pero generalmente es autolimitado y termina en un sueño prolongado.

*Lucy Méndez Hernández 54*

El *delirium tremens* se empieza a resolver en el plazo de 12 a 24 h; si en ese período no se aprecia mejoría, hay que sospechar la existencia de otras alteraciones.

La **intoxicación patológica** es un síndrome poco frecuente. Se caracteriza por movimientos automáticos repetitivos y una excitación extrema, con conducta irracionalmente agresiva y descontrolada tras la ingesta de una cantidad de alcohol relativamente pequeña. El episodio puede durar minutos u horas y va seguido de sueño prolongado con amnesia de lo sucedido al despertar.

**Abstinencia** El paciente delirante es sumamente sugestionable y responde bien a una actitud tranquilizadora y de consuelo; generalmente no hace falta la restricción física. Hay que mantener el equilibrio hidroelectrolítico y administrar en seguida grandes dosis de vitamina C y de complejo B, sobre todo tiamina. Para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff hay que administrar 100 mg de tiamina i.m., seguidos de 50 mg diarios v.o., más 1 mg/d de vitamina B<sub>12</sub> y otro tanto de folato.

En caso de deshidratación del paciente alcohólico se administrarán 1.000 ml de dextrosa al 5% en una solución de cloruro sódico al 0,9%, seguidos de 1.000 ml de dextrosa en agua destilada.

Algunos de los medicamentos utilizados para tratar la abstinencia alcohólica tienen efectos farmacológicos similares a los del alcohol; los medicamentos ante los que el

alcohol induce tolerancia cruzada parecen ser los más útiles. Todos los pacientes que inician la abstinencia de alcohol son candidatos a los medicamentos depresores del SNC, aunque no todos los necesitan. Muchos pacientes pueden desintoxicarse sin fármacos si se presta el adecuado apoyo psicológico y si el entorno y la forma de tratamiento no resultan agresivos. Sin embargo, puede ser imposible aplicar estos métodos en los hospitales generales o en los servicios de urgencia. (6)

*Lucy Méndez Hernández 55*

Las benzodiazepinas son el pilar de la terapia. Las dosis dependen de los signos vitales y del estado mental. En la mayoría de los casos se recomienda una dosis inicial de 50 a 100 mg v.o. de clordiazepóxido, que puede ser necesario repetir cada 3 h. Una alternativa útil es el diazepam, en dosis de 5 mg i.v. o v.o. cada hora hasta conseguir la sedación del paciente. En comparación con las benzodiazepinas de acción corta (lorazepam y oxazepam), las de acción prolongada (p. ej., clordiazepóxido y diazepam) necesitan una administración menos frecuente y cuando se va reduciendo la dosis disminuye la concentración plasmática baja de forma más paulatina. En caso de hepatopatía notable es preferible una benzodiazepina de acción corta (lorazepam) u otra metabolizada por glucuronización (oxazepam). (Nota: Las benzodiazepinas pueden causar intoxicación, dependencia física y síndrome de abstinencia en alcohólicos.)

Los barbitúricos de acción rápida (pentobarbital y secobarbital) se usan en raras ocasiones, pero el fenobarbital es útil.

Las fenotiazinas no son recomendables en casos de *delirium tremens* grave, ya que pueden no controlarlo y en cambio reducir el umbral para las convulsiones; sin embargo, la alucinosis responde a dosis relativamente grandes de fenotiazinas (clorpromazina o tio-ridazina, de 100 a 300 mg/6 h). Los episodios convulsivos

aislados no requieren tratamiento específico; las convulsiones reiteradas responden al diazepam en dosis de 1 a 3 mg i.v. La administración rutinaria de difenilhidantoína no es necesaria. El tratamiento ambulatorio con difenilhidantoína casi siempre supone una pérdida de tiempo y un derroche de medicamento, ya que las convulsiones sólo se dan por efecto de la abstinencia de alcohol y los pacientes abstinentes o que beben en exceso no toman la medicación anticonvulsivante.

*Lucy Méndez Hernández 56*

**Desintoxicación.** En primer lugar hay que suprimir el alcohol. Después de corregir descontrolado nuevamente.

Son varias las clases de terapia recomendadas, pero generalmente se considera más útil la de grupo que la individual. (23)

**Alcohólicos Anónimos (AA).** Ningún otro tipo de tratamiento ha resultado tan beneficioso para los alcohólicos como el proporcionado por ellos mismos a través de AA. Conviene que el paciente se integre en un grupo en el que se sienta cómodo, preferiblemente uno en el que comparta otros intereses con los miembros del grupo; por ejemplo, en algunas zonas urbanas hay grupos de AA dirigidos a médicos y dentistas. Estos grupos ponen en contacto al paciente con compañeros abstemios siempre accesibles, dentro de un entorno donde pueden establecer relaciones sociales fuera del bar. Por otro lado, el paciente oye a otras personas confesar ante el grupo las mismas justificaciones que él ya se había hecho en privado acerca de su afición a la bebida. La ayuda que puede proporcionar a otros alcohólicos puede aportarle la autoestima y confianza en sí mismo que antes sólo encontraba en el alcohol.

A diferencia de otros países, en Estados Unidos dentro de los grupos de AA hay un gran número de personas que acuden no por voluntad propia, sino por imposición de los tribunales.

Este carácter de obligatoriedad altera la eficacia del grupo de AA, tradicionalmente basado en la asistencia voluntaria.(24)

# **CAPITULO IV**

# **RESULTADOS**

#### **4.1 INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.**

Se valoraron a los pacientes ingresados en el Hospital de Nuestra señora de la Salud durante el periodo del 1 de Enero al 31 de Marzo del año 2005, en total ingresaron por alcoholismo y sus complicaciones 37 pacientes, de los cuales 30 (81.08 %) correspondieron al sexo masculino y 7 (18.92 %) al femenino.

La edad promedio de los pacientes fue de 44.94 años con una desviación estándar de +/- 15.26 y un rango de edad que va de 14 a 84 años

El estado civil de los pacientes en general fue 12 (32.43%) solteros, 24 (64.86%) casados y 1 (2.70%) viudo.

El estado civil de los pacientes masculino se distribuye de la siguiente manera: 22 casados (73.33 %), solteros 7 (23.33 %) y viudos 1 (3.33%)

El estado civil de las pacientes femeninas se distribuye de la siguiente manera: 1 (14.28%) casada y 6 (85.71%) solteras.

El lugar de residencia lo clasificamos en rural y urbano, la distribución de los pacientes según este rubro lo encontramos de la siguiente manera 30 (81.08%) correspondieron al área urbana y 7 (18.91%) al rural.

Los días de estancia en promedio fueron 3.34 días, con una desviación estándar de 1.29 y un rango que va de 1 a 6 días.

Los ingresos por mes fue en enero 17 (45.94 %), en febrero 13 (35.13 %) y en marzo 7 (18.93 %).

El motivo de egreso de los pacientes fue 32 (83.78%) por mejoría y 5 (13.51%) por alta voluntaria, no hubo egresos por defunción ni traslados.

El motivo de egreso de los pacientes en el mes de enero fue 15 (88.23%) por mejoría y 2 (11.77%) por alta voluntaria. En el mes de febrero por mejoría 10 (76.92%) pacientes y 3 (23.08%) por alta voluntaria. En el mes de marzo todos los pacientes fueron externados por mejoría 7 (100%)

La sintomatología que presentaban los pacientes a su ingreso fueron las siguientes: 28 pacientes presentaron náusea (75.67%), 26 pacientes presentaron vómito (70.27%), 20 pacientes presentaban ansiedad (54.05%), 12 pacientes presentaron temblor (32.43%), 6 presentaron sudoración (16.21%), las alucinaciones se presentaron en 19 pacientes (51.35%), de estas 6 (31.57%) fueron visuales, 1 (5.26%) auditiva, 9 (47.36%) relacionadas con el sueño y 3 (15.78%) táctiles, insomnio 8 (21.62%), agitación 9 (24.32%).

La sintomatología en el sexo fue de la siguiente manera: náusea en 23 (82.14%) varones y en 5 (17.85%) mujeres.

Vómito en 22 (84.61%) varones y 4 (15.38%) mujeres.

Ansiedad en 16 (80%) hombres y 4 (20%) mujeres.

Temblor en 10 (83.33%) hombres y 2 (16.66%) mujeres.

Sudoración en 5 (83.33%) varones y 1 (16.66%) mujer.

Alucinaciones visuales en 6 (100%) varones.

Alucinaciones auditivas en 1 (100%) paciente masculino

Alucinaciones relacionadas con el sueño en 6 (66.66%) pacientes masculinos y 3 (33.33%) femeninas

Alucinaciones táctiles en 2 (66.66%) varones y 1 (33.33%) mujer.

Insomnio en 5 (62.50%) varones y 3 (37.50%) femeninas

Agitación psicomotriz se presento en 7 (77.77%) hombres y 2 (22.22%) mujeres.

La presión arterial sistólica media al ingresar fue de 118.65 mmHg, con una desviación estándar de 15.63 y un rango que va de 80 a 170 mmHg.

La presión arterial diastólica media al ingresar fue de 71.35 mmHg, con una desviación estándar de 11.50 y un rango que va de 50 a 100 mmHg.

La frecuencia cardiaca media fue de 79 por minuto, con una desviación estándar de 3.79 y un rango que va de 70 a 85 por minuto.

La frecuencia respiratoria media fue de 20 por minuto, con una desviación estándar de 1.5 y un rango que va de 19 a 25 por minuto.

La temperatura media fue de 36.2 °C, una desviación estándar de 2.78 y un rango que va de 35.5 a 36.5 °C.

#### **4.2 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

- 1.- En nuestra muestra predominaron los de sexo masculino
- 2.- la edad promedio de los pacientes se encontró en los adultos
- 3.- en esta muestra, en general encontramos predominio en pacientes casados.

- 4.-el estado civil de los pacientes masculinos predomino el internamiento en los casados mientras que en el sexo femenino fue mas frecuente en las mujeres.
- 5.- en relación al lugar de procedencia predomino en la zona urbana que en la rural
- 6.-la estancia intrahospitalaria es de duración corta.
- 7.- observamos que ingresaron mas pacientes en el mes de enero
- 8.- la mayoría de los pacientes egresaron por mejoría
- 9.-las principales manifestaciones de los pacientes fueron nausea, vomito, ansiedad y temblor.
- 10.-la sintomatología en general predomina en los varones; las alucinaciones visuales, auditivas y vomito; en las mujeres predomina el insomnio, alucinaciones táctiles y relacionadas con el sueño.
- 11.- la presión arterial media de los pacientes se encontró dentro de los parámetros normales al igual que el resto de los signos vitales valorados.
- 12.- se recomienda que el tratamiento no solo sea farmacológico sino que también sea psicológico
- 13.-que durante la estancia intrahospitalaria se le brinde mas confianza a los pacientes con está enfermedad.
- 14.- que hayan terapias familiares así como orientación.
- 15.-se sugiere que los trabajos posteriores sobre el mismo tema aborden otras enfermedades que presente el paciente con la finalidad de tener los cuidados adecuados de enfermería.
- 16.- se recomienda en trabajos sucesivos ampliar el tiempo de estudio.

# **CAPITULO V**

## **ANEXOS**

**ANEXO I**

**TABLA DE**

**RECOLECCION DE**

**DATOS**









**ANEXO II**

**CONCENTRADO**

**DE**

**DATOS**

Nº	Nombre		M	F	soltero	casado	viudo	divorciado	otros
	<b>ENERO</b>								
1	Jesús Hernández G.	60	1			1			1
2	Isabel Cárdenas Pérez	61		1	1				1
3	Benjamín Ruiz García	75	1		1				1
4	José Abraham Villaseñor	84	1				1		1
5	Brenda Iset Tapia	17		1	1				1
6	Catalina Michael Vega	13		1	1				1
7	Adolfo Avalos Orozco	68	1			1			1
8	Manuel Gómez Medina	55	1			1			1
9	MA. Carmen Ruiz	41		1		1			1
10	Salvador Díaz Cortes	37	1			1			1
11	Lucía Vázquez Salazar	14		1	1				1
12	Ramiro Ayala Izquierdo	47	1		1				1
13	Olidon Díaz Rauda	54	1		1				1
14	Álvaro Huerta Hernández	36	1			1			1
15	Carlos Perea Madrigal	38	1			1			1
16	Alfredo Ferreira C.	45	1			1			1
17	Jaime Salgado Leal	36	1			1			1
	<b>Febrero</b>								
18	Alfredo Gómez Reyes	47	1		1				1
19	José Martínez Lemus	40	1		1				1
20	Cristóbal Martínez B.	32	1			1			1
21	Olidon Díaz Rauda	52	1		1				1
22	Gabriel Huerta Hdez.	46	1			1			1
23	Agustín Godiñes Cortes	47	1			1			1
24	MA. Luz Rodríguez Ruiz	31		1	1				1
25	Rosaura Calderón A.	40		1		1			1
26	Juan Salgado Origel	66	1			1			1
27	Olidon Díaz Rauda	52	1		1				1
28	Mario García Espinosa	43	1			1			1
29	Clemente Merino C.	45	1			1			1
30	Moisés M. Niño Morales	31	1			1			1

Lucy Méndez Hernández V

lugar de residencia	FECHA		motivo de egreso			
	ingreso	egreso				
Morelia	12/01/2005	17/01/2005	1			
Morelia	04/01/2005	08/01/2005	1			
Morelia	03/01/2005	06/01/2005	1			
Morelia	08/01/2005	09/01/2005		1		
Morelia	09/01/2005	09/01/2005	1			
Morelia	09/01/2005	09/01/2005	1			
Morelia	08/01/2005	10/01/2005	1			
Morelia	08/01/2005	12/01/2005	1			
Morelia	15/01/2005	16/01/2005		1		
Morelia	15/01/2005	17/01/2005	1			
Morelia	17/01/2005	17/01/2005	1			
Morelia	14/01/2005	17/01/2005	1			
Morelia	20/01/2005	24/01/2005	1			
Morelia	24/01/2005	28/01/2005	1			
Morelia	24/01/2005	26/01/2005	1			
Morelia	26/01/2005	28/01/1900	1			
Morelia	25/01/2005	28/01/1900	1			
Morelia	31/01/2005	02/02/2005	1			
Santiago Congurio	14/02/2005	18/02/2005	1			
Morelia	05/02/2005	05/02/2005	1			
Morelia	04/02/2005	07/02/2005	1			
Morelia	05/02/2005	08/02/2005	1			
Temasccal Moso	08/02/2005	10/02/2005	1			
Morelia	09/02/2005	10/02/2005		1		
Morelia	15/02/2005	16/02/2005		1		
Coro Grande	17/02/2005	19/02/2005		1		
Morelia	18/02/2005	21/02/2005	1			
Morelia	20/02/2005	22/02/2005	1			
Morelia	22/02/2005	24/02/2005	1			
Morelia	25/02/2005	27/02/2005	1			
Villa Morelos	10/03/2005	14/03/2005	1			
Morelia	15/03/2005	17/03/2005	1			
Cuto del Porvenir	25/03/2005	28/03/2005	1			
Tarimbaro	06/04/2005	08/04/2005	1			
Los Reyes	05/04/2005	09/04/2005	1			
México DF.	11/04/2005	13/04/2005	1			
Morelia	15/04/2005	18/04/2005	1			

síntomas a su ingreso				alucinaciones			
nausea	vomito	ansiedad	temblor	visuales	sudoración	auditivas	Del sueño
1	1	1	1	1	1		1
	1	1	1		1		1
					1		
		1					1
		1					1
		1		1	1		1
1	1	1	1				
1		1					
1	1						
1	1	1					
1	1	1	1				1
1	1		1				
1	1	1					
1	1	1					
		1					
1	1	1	1				1
1	1		1				
1	1	1					
1		1		1			
1	1	1				1	
1	1	1		1	1		1
1	1						
1	1		1				
1	1	1	1				
1	1						
1	1		1				
1	1		1				
1	1						
1	1		1				
1	1		1				

				signos vitales						
táctiles	insomnio	agitación	convulsión	T/A		FC	FR	TEMP		
	1	1	9	110		70	79	19	35.6°c	
	1		6	110		60	80	20	36.2°c	
			1	110		70	80	20	36.2°c	
				140		80	70	19	36.2°c	
1			3	110		60	80	19	36°c	
		1	3	100		60	80	22	35.5°c	
1		1	6	130		70	72	22	36.2°c	
	1		1	100		60	70	20	36°c	
	MARZO	1		5	170	100	80	24	36°c	
31	Gustavo Anaya Tenorio		60	2	130	80	80	20	36.5°c	1
32	Mario García Espinosa	1	44	1	130	80	80	22	36.2°c	1
33	Cutberto Merino C		45	3	110	80	80	20	36.1°c	1
34	Pedro Montoya Lemus	1	50	6	130	80	80	20	36.5°	1
35	José Luis Chávez V.	1	37	4	110	80	76	20	36.2°c	1
36	Salvador García Dávila		46	3	120	60	80	19	36°c	1
37	Andrés Díaz Rauda		43	3	120	70	80	20	36°c	1
				1	110	60	80	20	36.5°c	
		1		6	130	90	80	22	26.5°c	
1				4	100	50	80	25	35.5°c	
		1		4	110	60	85	19	36.5°c	
	1	1		7	120	70	80	20	36.3°c	
				2	120	70	80	20	36.2°c	
				2	120	70	75	19	36.5°c	
		1		2	110	70	80	20	36.2°c	
				3	130	90	80	20	36.2°c	
				3	120	80	80	20	36.3°c	
				3	110	70	75	20	36.5°c	
				5	130	80	80	20	36.5°c	
	1	1		8	130	70	80	20	36.3°c	
				2	130	80	80	25	36°c	
				3	100	60	80	20	36°c	
				3	140	90	83	21	36.5°c	
				4	130	70	83	21	36.5°c	
				2	110	60	83	20	36.3°c	
				3	120	70	80	20	36.5°c	
				3	110	70	70	20	36.5°c	

Lucy Méndez Hernández VIII

Lucy Méndez Hernández v

**ANEXO III**

**CUADROS**

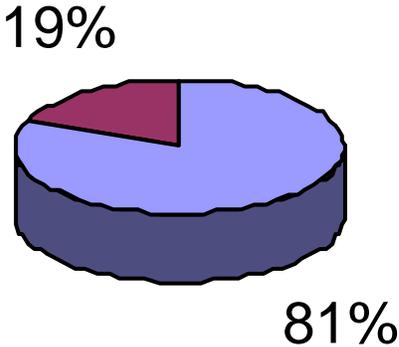
**Y**

**GRAFICAS**

# SEXO

	N	%
Hombres	30	81.08
Mujeres	7	18.92
N	37	100

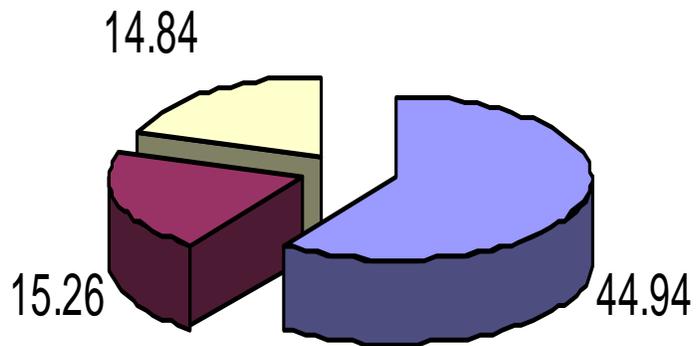
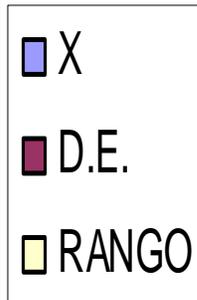
# SEXO



# EDAD

X	DE	RANGO
44.94	15.26	14-84

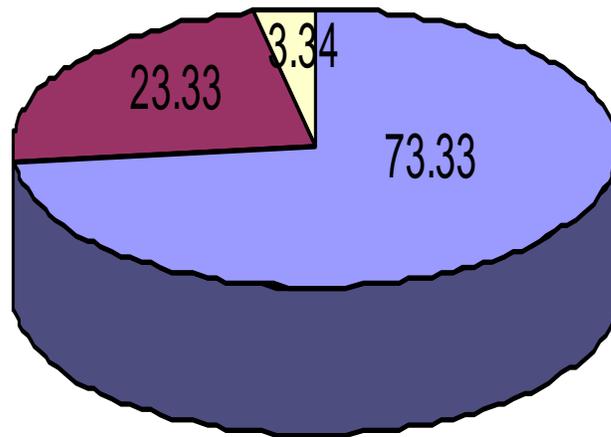
# EDAD



## Est. Civil Masculino

	N	%
Soltero	22	73.33
Casado	7	23.33
Viudo	1	3.34
N	30	100

## Est. civ. hombres

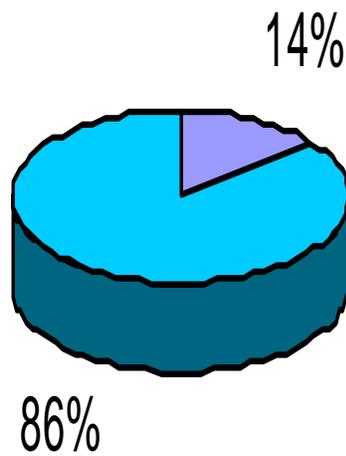


casado soltero viudo

## Est . Civil Femenino

	N	%
Soltera	6	85.72
Casada	1	14.28
N	7	100

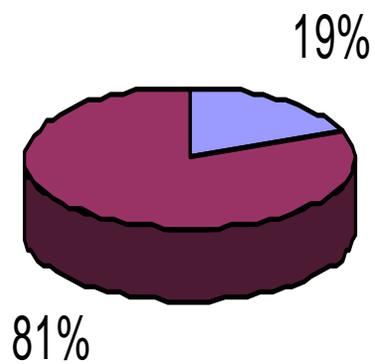
## Est. civ. mujeres



## Lugar de residencia

	N	%
Rural	7	18.91
Urbano	30	81.09
N	37	100

## Lug. de residencia

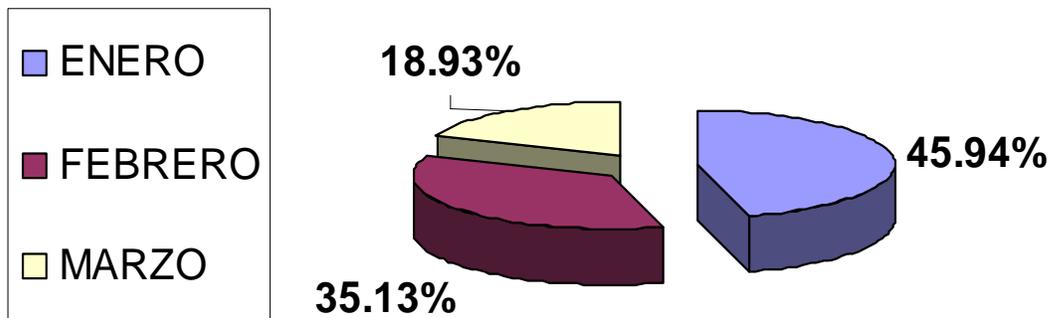


■ rural ■ urbano

## Días de estancia

$\bar{X}$	D. E.	Rango
3.34	1.29	1 a 6

# INGRESOS POR MES



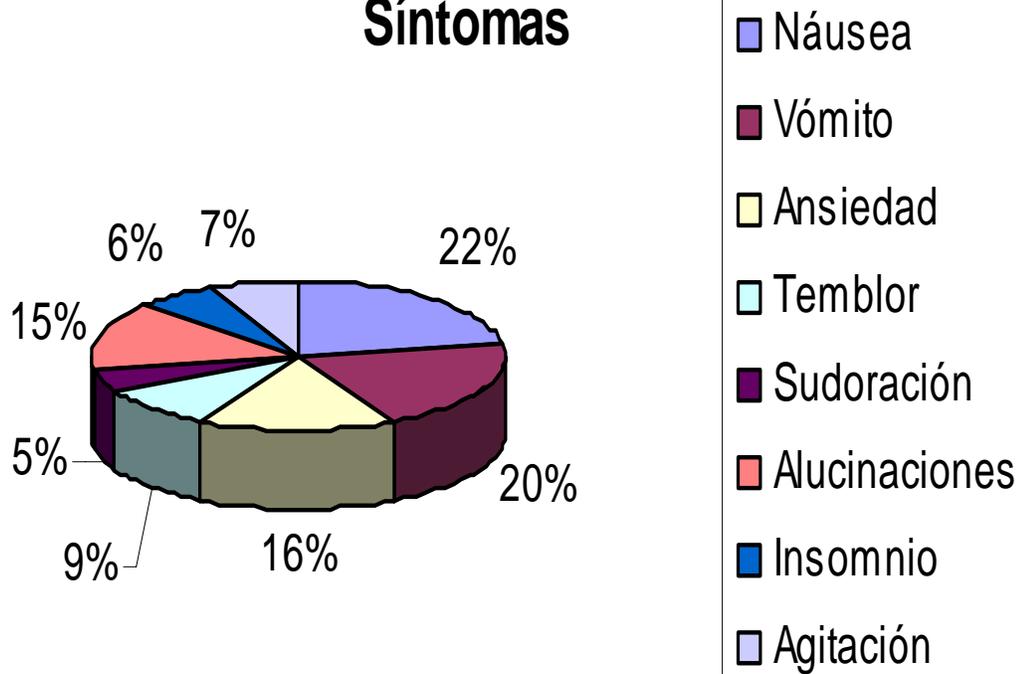
# Ingresos

	N	%
Enero	17	45.94
Febrero	13	35.13
Marzo	7	18.93
N	37	100

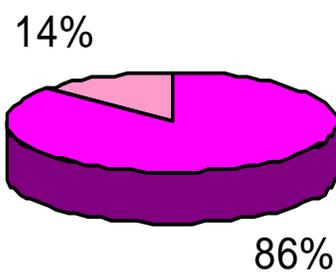
# Egreso

	N	%
Mejoría	32	83.78
Voluntaria	5	13.52
N	37	100

## Síntomas



## Motivo de alta

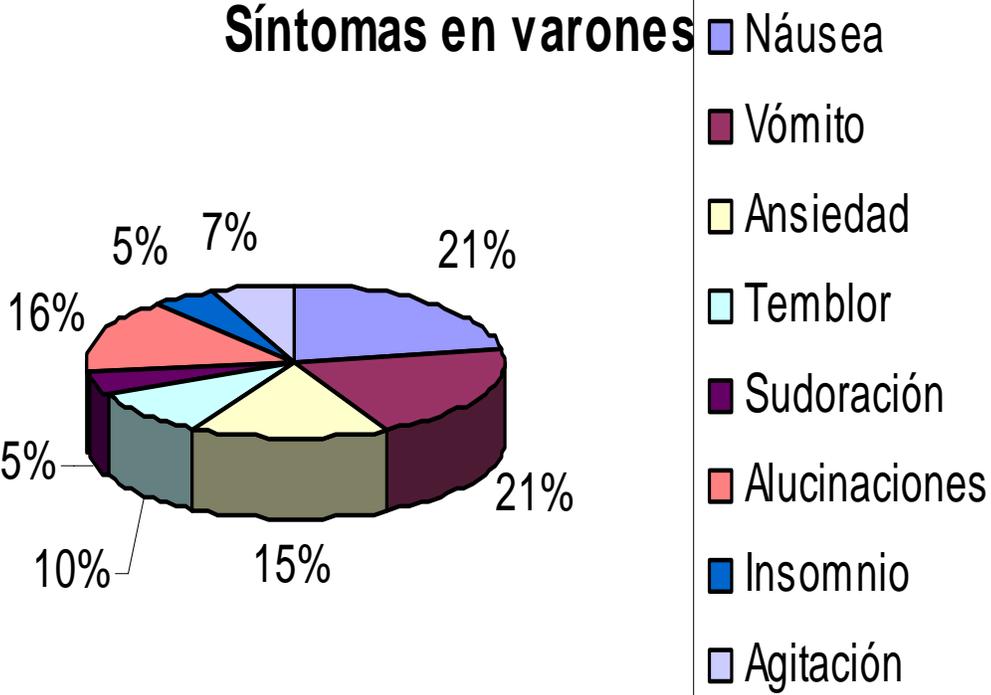


■ Mejoria ■ Vonuntaria

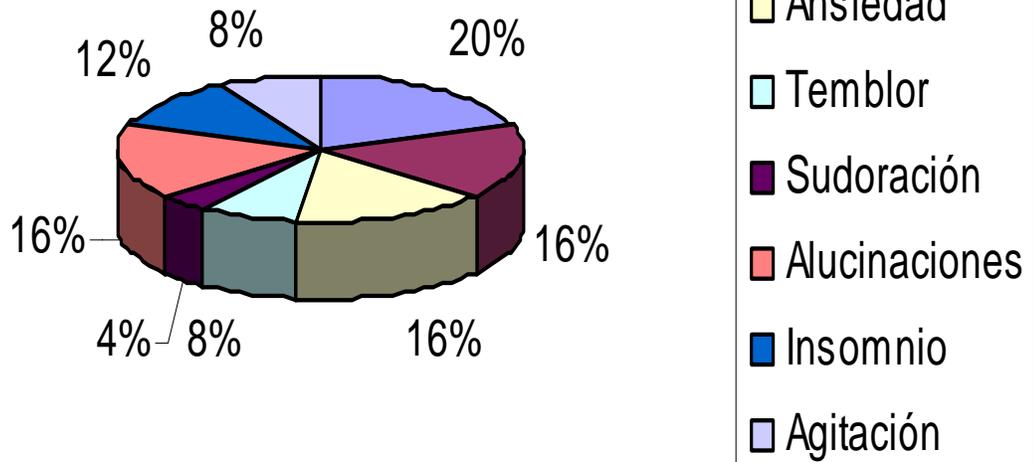
## Síntomas en ambos sexos

	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Náusea	23	21	5	20
Vómito	22	21	4	16
Ansiedad	16	15	4	16
Temblor	10	10	2	8
Sudoración	5	5	1	4
Alucinaciones	17	16	4	16
Insomnio	5	5	3	12
Agitación	7	7	2	8

# Síntomas en varones



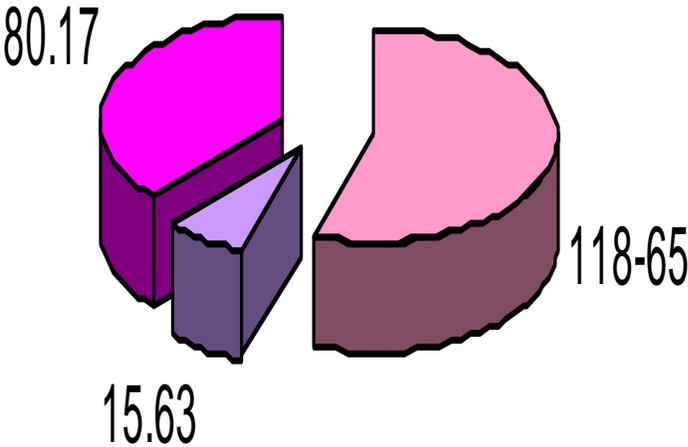
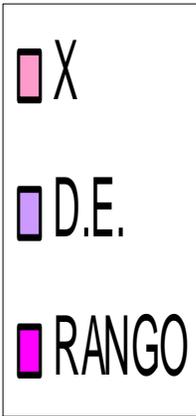
## Síntomas en mujeres



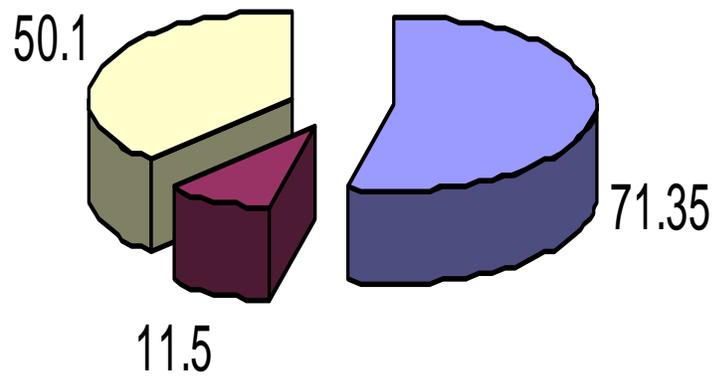
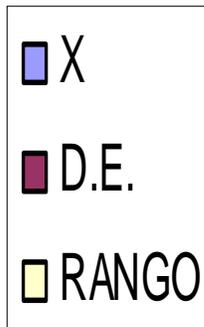
# Presión arterial

	- X	D. E.	Rango
Sistólica	118.65	15.63	80 a 170
Diastólica a	71.35	11.50	50 a 100

# PRESION SISTOLICA



# PRECIÓN ARTERIAL DIASTOLICA



Lucy Méndez Hernández XXXI

# Signos vitales

	$\bar{X}$	D. E.	Rango
Frec. Card.	79	3.79	70 a 85
Frec. Resp	20	1.5	19 a 25
Temp.	36.2	2.78	35.5 a 36.5

# **ANEXO IV**

# **BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- DOMINGO G. BELLSOLA: alcohol y tabaco. Ed. Olimpo.
- 2.- FRAUCOME, M: Toxicología. Ed. Panamericano, buenos aires.
- 3.- BIBLIA: Latinoamericana. Edición pastoral.
- 4.- BRAU: Historia de las drogas. Ed. Bruguera, Barcelona.
- 5.- ALFONSO: Curso de medicina natural. Ed. Kier, Buenos aires.
- 6.- CARMENA: Patología general. Ed. Universidad de salamanca.
- 7.- GUYLON: Fisiología humana. Ed. Interamericano, Madrid.
- 8.- JELLINECK, E: El problema alcoholico. Salud mundial, n.º10,57.
- 9.- POROT,A.,Y M. Les toxicomanies. Ed. Universitaires france.
- 10.- LUIGI SEGATORE. Diccionario medico. Ed. Teide, Barcelona.
- 11.- MARAÑON, G. Manuel diagn. Etiologico. Espasa-calpe, Madrid.
- 12.- LABIN, S.: hippies drogas y sexo. Luis de Caralt, Barcelona.
- 13.- CHOTLOS Y DEITER: Psicol. Y etiol.alc. Hosp. Kansas.
- 14.- CIRCUNS ESPELD: Conserve y reconquiste su salud. Barcelona
- 15.- ALFONSO: Manual de curación naturista. Ed. Cymys, Barcelona.
- 16.- RUIZ IBARRA:hacia la sabiduría médica.Inst.Hipócrates, Madrid.

- 17.- COCKELT, R. Drug abuse and personality. Nueva cork.
- 18.- AMILL, M: Las bebidas alcoholicas. Ed. Escive, Barcelona.
- 19.- MORRIS: Uso y abuso de alcohol. Ed. Ayma, Barcelona.
- 20.- LAGUNA: Peligro del alcohol y el tabaco. Ed. Sintes, Barcelona.
- 21.- WWW. GOOGLEE. COM.MX.
- 22.- GAUQUELIN, M: Nueva ciencia de la salud. Ed. Bruguera,Barcelona.
- 23.- ZORRILLA ARENA SANTIAGO: Introducción a la metodología de la  
investigación. Ed. Aguilar leon.
- 24.- ROBERTO HERNANDEZ SAMPIER: Metodología de la inv. Ed. Mc.Graw-Hill.
- 25.- ERNESTO DE LA T. VILLAR: metodología de la inv. Ed. Mc.Graw-Hill