

11221)
2 ej 6

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS SUPERIORES

EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A:

DR. RENATO ILLESCAS RICO

ASESOR: PSIC. PAULA E.R. PADILLA GALINA

MEXICO, D.F.

1982

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

INDICE

	Pág
I.- Introducción	1
II.- Historia	5
III.- Definiciones sobre alcoholismo	6
IV.- Clasificaciones	
Tipos de alcohólicos	10
Tipos de alcohol	13
Contenido alcohólico de diversas bebidas	14
V.- Marco Epidemiológico	15
Accidentes de tránsito	17
Cirrosis hepática	20
VI.- Génesis y evolución del alcoholismo	30
Evolución en el huésped	32
El agente y sus efectos sobre el organismo	34
Factores psicológicos	36
Factores ambientales	39
Viñeta clínica de un paciente Alcohólico	46
El mundo existencial del alcohólico	48
VII.- Prevención y tratamiento	54
Medidas para mantener la salud	54
Medidas preventivas específicas	55
Medidas para modificar la evolución natural de la enfermedad	57
Etapa clínica	58
VIII.- Legislación	61
Código Sanitario	61

	Código Penal	63
	Aspectos criminológicos y victimológicos del alcoholismo	64
IX.-	Niveles de atención	67
	Primer nivel	67
	Segundo nivel	68
	Tercer nivel	68
X.-	Conclusiones	70
XI.-	Bibliografía	73

Introducción

La historia de la humanidad nos muestra el gusto constante y general del hombre por el alcohol. Desde siempre las bebidas alcohólicas han tenido preferencia sobre las otras (leche y agua especialmente) por su efecto tónico y euforizante, el alivio que ellas aportan a la angustia y paralelamente la liberación de lo reprimido (valor "dionisiáco" del alcohol).

El alcohol va estrechamente ligado a los ritos religiosos de las comunidades "primitivas", y se puede comprobar su transmisión hasta nuestros días por su participación en nuestros pequeños ritos privados (ceremonias familiares y públicas, etc.). En el estado actual de nuestras costumbres es innegable que el acto de beber juntos crea una solidaridad entre los hombres, y no es excesivo decir que no hay muchas fiestas que se realicen sin beber.

Junto a los valores a veces simbólicos de su uso, vulgarmente se atribuye al alcohol propiedades fisiológicas "dinamógenas" que lo hacen recomendable en nombre de la salud. Y así es cómo "el alcohol daría fuerza y virilidad de lo que debe uno enorgullecerse"; "calienta" y "levanta el ánimo", y es bien difícil admitir que el alcohol no sea indispensable para un obrero que realiza trabajos de fuerza.

A estos factores podemos agregar que en México, es imposible no hacer desempeñar un papel considerable, en el hábito de beber, a las diversas formas de sollicitaciones apremiantes de que el bebedor es objeto: abundancia en la venta de bebidas, volumen y multiplicidad en favor de las bebidas alcohólicas, baratura relativa del precio del alcohol, etc., todos estos elementos están sostenidos por intereses económicos considerables (producción, transportes, distribución de vinos, alcoholes, aguardientes, aperiti-

vos, etc.).

El inventario de estos factores psicosociales debe aún comprender esta especie de presión social que pesa sobre el individuo y que le empuja a beber, podría decirse, para no ser excomulgado del grupo.

En este sentido debe atribuirse un papel muy importante a los "estandars culturales" referentes al acto de beber y la actitud social respecto al bebedor y más particularmente al estado de embriaguez, pudiendo ésta ser objeto de una tolerancia variable, a veces excesiva, otras veces de una reprobación rigurosa (como en el caso del alcoholismo femenino).

Todos estos factores, y otros que se mencionarán posteriormente, confluyen para propiciar la alcoholización del individuo, denominador común de todas las formas psiquiátricas del alcoholismo, que debe ser considerado ante todo como una conducta. De forma que el problema del alcoholismo no se reduzca a los múltiples efectos que el alcohol tiene sobre el cerebro, o las otras vísceras, sino que se amplie para examinar las motivaciones patológicas que empujan a determinados individuos a beber en exceso; la variabilidad de la tolerancia individual; la adquisición de la dependencia, etc..

El diagnóstico de alcoholismo incluye cambios conductuales asociados con el uso más o menos regular de alcohol. Estos cambios conductuales son vistos en casi todas las subculturas como extremadamente indeseables. Ejemplos de estos cambios incluyen la disfunción social u ocupacional como consecuencia del uso del alcohol, incapacidad para controlar su uso o para dejar de beber, y el desarrollo de síntomas serios de supresión. Esta condición debe diferenciarse del uso no patológico del alcohol para fines recreativos; ya que se ha mencionado que no hay drogas peligrosas,

solo gente que utiliza las drogas peligrosamente.

En este sentido podemos mencionar que en ocasiones, se hacen estadísticas en las que se habla del consumo de alcohol per cápita, y se exhiben cifras para indicar la cuantía de alcoholismo que hay en un país o en una región. Este enfoque soslaya y margina la indole del verdadero problema. Una cosa es saber la cantidad de litros que consume una comunidad y muy otra el número de alcohólicos verdaderos que cobija en su seno.

Sin embargo, no hay que pasar por alto que en la actualidad se tiende a revisar el concepto tradicional de alcoholismo, concepto que se enfoca desde la perspectiva de enfermedad, ya que se ha revelado como insuficiente desde la perspectiva de la salud pública, dado que sólo una pequeña proporción de la población sufre de este problema. Es por esto que se ha ampliado la perspectiva y no se habla solo de alcoholismo si no que se abordan también los problemas relacionados con el alcohol.

Es por esto que Mayer-Gross hace hincapié en el hecho de que los enfoques y valoraciones sobre el alcoholismo, están siempre vinculados con los conceptos y apreciaciones personales que los distintos autores tienen frente a este fenómeno.

Como quiera que sea el problema es grave. En 1979 la Organización Mundial de la Salud señaló un incremento del alcoholismo en los países del tercer mundo, haciendo un llamado a intensificar las acciones de control y prevención (Macorni, 1979).

El acuerdo existe en cuanto, que el alcoholismo es un problema y necesita respuesta, respuesta que se convierte en una constante controversia.

Esto indica la necesidad de estudiar el fenómeno con un criterio adecuado y evaluativo según los alcances y limitaciones rea-

les de un país, pues como a continuación se verá, no hay soluciones universales.

De acuerdo al país de que se trate, el alcohol puede ser considerado como un recurso que proporciona una serie de beneficios, y al mismo tiempo, como una práctica que acarrea diversas consecuencias indeseables. Es decir, por una parte se destaca su función integradora al ser utilizado socialmente, como reductor de tensiones y ansiedades, como símbolo de ritos y experiencias seculares y no seculares, y como un bien económico, generador importante de impuestos y empleos, mientras que por el otro lado sobresale el poder que tiene para desorganizar al bebedor, provocar diferentes tipos de daños y accidentes, y estimular la violencia, la masión sexual, o una tendencia compulsiva hacia la bebida hasta llegar a un estado de dependencia en el que las actividades y las relaciones interpersonales principales del bebedor se ven seriamente afectadas (trabajo, familia, amigos, salud, etc.).

El dilema que surge al sopesar las cualidades y daños que ocasiona el alcohol, determinará que en cada cultura se propongan diversas soluciones para permitir que prevalezcan las propiedades favorables del alcohol a la vez que se intenten reducir a un mínimo los problemas relacionados con el consumo de éste.

Después de este breve panorama sobre el alcoholismo, solo resta mencionar, para dar fin a este capítulo, que el propósito de esta tesina es dar una visión general e integral, dentro de lo posible, del problema que el alcoholismo plantea en nuestro país; para ello, se hará mención tanto de aspectos médicos como psicológicos y sociales.

En los pueblos pre-cortesianos se conocía la manera de elaborar el octlil o pulque mediante la fermentación del agua miel que se extrae del maguey. Esta bebida tuvo gran importancia en la vida de los aztecas, al grado de que en su mitología, existió una diosa productora de pulque llamada Marahuel, que fue raptada del cielo por Quetzalcóatl, habiendo hecho surgir de sus huesos el primer maguey para ofrecer el pulque a los mexicanos. El templo dedicado a su culto recibió el nombre de Tezcatzoncatl y a él llegaban los aztecas para pedirle una abundante producción de agua miel en los magueyes.

Las consecuencias del uso del pulque fueron funestas para el pueblo azteca por lo que los emperadores aztecas tomaron posición, haciendo hincapié en que "El octli o pulque es raíz y principio de todo mal y de toda perdición, porque este octli y esta borrachería es causa de discordancia y distención y desasosiegos de pueblos y reinos, es como un torbellino que todo lo revuelve y desbarata y que trae todos los males juntos" (Guerra, 1977).

Otra referencia singular que describe la ingestión del pulque refiere al tolteca Quetzalcoatl, gran sacerdote, mesurado y sabio, de alto rango espiritual, amoroso y productivo, al ser derrotado por Tezcatlipoca y Huitzilopochtli, huye de su grupo social y junto con su hermana se embriaga con octli, desapareciendo de la sociedad azteca donde los dioses de la guerra y la destrucción regirán su destino.

Para combatir estas situaciones ocasionadas por el octli, se dictaron leyes muy rígidas en contra de los alcohólicos, al grado de que había pena de muerte para el individuo joven que fuera sorprendido en estado de ebriedad.

Solo podían beber con prudencia "los ancianos, cuyas pasiones

habían perdido la peligrosidad que el alcohol imprime a los actos de los jóvenes" (Guerra, 1977).

Durante los siglos posteriores a la Conquista toda la población indígena se vió alentada para ingerir no solo el pulque sino con las demás bebidas que aprendieron a fabricar, probablemente esto se debió a la supresión de las leyes pre-cortesianas o bien como un mecanismo de huida de un pueblo que vivía las difíciles condiciones de la ignorancia y la opresión.

Desde la independencia y hasta nuestros días la costumbre de beber alcoholizantes y las consecuencias de esta ingesta eran ya evidentes.

Definiciones sobre alcoholismo

Desde que el fenómeno del alcoholismo existe, se ha intentado definirlo en concordancia a los conocimientos que se tienen a mano.

El concepto médico de la enfermedad alcohólica es relativamente nuevo ya que alrededor de ella existían tabús y supersticiones populares, aún entre los médicos que conociendo sus consecuencias y secuelas, solo se concentraban a tratar los aspectos somáticos y en algunos casos a recomendar que no tomaran o bien apelando a los efectos nocivos del beber en exceso para despertar miedo en el paciente, sin obtener mayores logros.

Alcoholismo, es un término al parecer acuñado por un médico sueco, Magnus Huss, en una obra escrita en 1849. En su definición incluía "todos los problemas triviales o clínicamente reconocibles, debidos al consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Este punto de vista se apega al concepto ontológico de enfermedad puesto que postulaba que "hay algo intangible, una entidad física en sí misma, que "posee" al alcohólico de la misma mane-

ra que otros individuos tienen cáncer o tuberculosis" (Marconi, 1967).

No es sino hasta 1940 que Jellinek puso y demostró las bases fisiológicas de que el alcoholismo es una enfermedad, si bien se sabía que el problema era molecular, no se contaba con una clínica adecuada para saber primero quién era un enfermo alcohólico y quien no lo era y por qué y cuándo pasaba de ser un bebedor social a la enfermedad.

La definición que dió a conocer la O.M.S., en 1950 se basa predominantemente en factores sociológicos: "El alcoholismo es toda forma de ingestión de alcohol que excede al consumo alimentario tradicional y a los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, cualesquiera que sean los factores etiológicos responsables y cualquiera que sea el origen de estos factores, como la herencia, la constitución física, las influencias fisiopatológicas y metabólicas adquiridas".

En 1952 un segundo comité de expertos de la O.M.S. basó su opinión en los factores patológicos subyacentes: "Los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico o bien que ya presentan los síndromes de tales manifestaciones".

No fue sino hasta 1953 que el alcoholismo fue aceptado como enfermedad por la American Medical Association.

Es en 1958, cuando surge la definición del Dr. Mark Keller, del Centro de Estudios sobre el Alcoholismo de la Universidad de Rutgers (Rochester) que dice: "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a

lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo".

Los elementos que contiene esta definición son los siguientes:

-Señala que el alcoholismo es una enfermedad, colocando al trastorno dentro de los problemas de salud, convirtiendolo así en objeto de estudio desde los ángulos característicamente médicos.

-Distingue claramente al alcoholismo de la intoxicación alcohólica aguda, al establecer la cronicidad como aspecto básico.

-Otra característica es la ingestión excesiva de alcohol pese a la desaprobación general, esto es que el alcohólico ha desarrollado una dependencia física que explica su imposibilidad de dejarlo, con lo cual el alcoholismo queda incluido dentro de las farmacodependencias.

-Señala la existencia de un daño físico o mental como condición para poder llamar alcohólico a un individuo.

El conductismo moderno también ha producido algunas definiciones que ligan un concepto especial en el alcoholismo a la idea de que el mecanismo básico de su producción es el aprendizaje social. Así Miller y Eisler proponen que dentro de este marco conceptual el alcoholismo se defina como: "...algo socialmente adquirido como un patrón de conducta aprendido y mantenido por numerosos antecedentes de naturaleza psicológica, sociológica y fisiológica que actúan como reforzadores consecuentes" (Miller y Eisler, 1975).

Todas estas definiciones son muy discutibles ya que ponen acentos específicos en una área, aún cuando intentan ser comprensivos e integradores del fenómeno.

Una de las definiciones más aceptadas es la que formuló el Dr.

Mark Keller (1960), ya que en ella se observa una tendencia descriptiva y esto permite una clasificación sin complicaciones excesivas del concepto.

"El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicosomático, que se manifiesta como un desorden de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto que excede a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo".

En esta definición, quedan claros cuatro conceptos básicos:

- Se señala que el alcoholismo es una enfermedad.
- Se establece que se trata de un padecimiento crónico./
- Esta implícito que es una característica esencial de la

ingestión repetida y excesiva de alcohol a perar de la desaprobación y daño que produce al individuo.

-Señala también la necesidad de que exista un daño físico, mental o social como condición para llamar alcohólico a un sujeto.

Más recientemente, la Asociación Psiquiátrica Americana en la tercera edición de su manual de diagnóstico y estadísticas de las enfermedades mentales, considera el diagnóstico de dependencia al alcohol cuando existe un patrón de uso patológico del alcohol o cuando hay una disminución en el funcionamiento social o laboral a consecuencia del uso del mismo.

Como patrón patológico en el uso de alcohol entienden: la necesidad de utilizar el alcohol en forma cotidiana para funcionar adecuadamente; la incapacidad para parar de beber; los esfuerzos para controlar o reducir la ingesta de alcohol (abstinencias temporales) o restricción en la ingesta de bebidas a ciertas horas del día; períodos de amnesia durante la intoxicación; o que el

paciente continúe bebiendo a pesar de que tenga alguna enfermedad física importante que se vea agravada por el alcohol.

En cuanto a la disfunción social o laboral secundaria al uso de alcohol entienden: períodos de violencia durante la intoxicación; ausentismo laboral, pérdida del empleo, problemas legales durante la intoxicación; dificultades con familiares y amigos por su forma de beber. Además, consideran que debe de haber tolerancia y/o síndrome de supresión al alcohol.

Clasificaciones

Tipos de alcohólicos

Como hemos venido observando en las diferentes definiciones de alcoholismo, se presentan varios criterios y formas de evaluación para abordar el fenómeno. De igual manera sucede con la clasificación del alcoholismo ya que todas van encaminadas a los patrones de consumo y a escalas desarrolladas en base a ellos.

Así encontramos que Jellinek distingue los siguientes tipos de alcohólicos:

Alfa: padece dependencia psicológica, es capaz de abstenerse por un tiempo. Los excesos le causan problemas económicos, sociales y familiares. Suele encubrir problemas psicológicos. Puede evolucionar a la forma gamma.

Beta: sufre de complicaciones físicas (gastritis, cirrosis, polineuritis, etc.). No hay dependencia física o psíquica. Como consecuencia del consumo fuerte de bebidas alcohólicas y una nutrición insuficiente puede evolucionar a gamma o delta.

Gamma: existe dependencia física y pérdida del control una vez

vez que comienza a beber, pese a haberse propuesto tomar una o dos copas.

Delta: imposibilidad de abstenerse.

Epsilon: alcoholismo periódico (Guerra, 1977).

Otra definición que encontramos es la que se utiliza con mayor frecuencia en Argentina y también se ha utilizado en algunos estudios mexicanos. Donde dice que hay varios tipos de bebedores que es necesario conocer para diferenciar al bebedor normal del bebedor problema:

1) Bebedor ocasional. Sólo bebe eventualmente un trago, tal vez dos o tres veces al año.

2) Bebedor moderado. Bebe alcohol porque aprecia su sabor y también la pequeña relajación que le produce; no busca la intoxicación, ni se expone a ella; el alcohol no es una necesidad ni se expone a él.

3) Bebedor social. Bebe casi todos los días; se expresa socialmente mejor con el alcohol; rara vez se emborracha.

4) Bebedor problema.:

a) Bebedor fuerte o excesivo. Bebe más de lo que permiten las costumbres; lo hace antes del almuerzo y cena; no reflexiona demasiado sobre su conducta.

b) Bebedor ocasional. Generalmente proviene del rango de bebedores fuertes; suele buscar la borrachera; sus ideas respecto del placer giran alrededor de la bebida.

c) Bebedor sintomático. El abuso en este caso tiene origen en una enfermedad, por ejemplo epilepsia.

d) El alcohólico:

-Intermitente o incapacitado de detenerse: presenta incapacidad para detener la ingestión, hay dependencia física, psicopatoló-

gica y cultural. La dependencia física se presenta en forma de incapacidad para abstenerse. Este tipo de bebedores llegan a permanecer meses o años sin beber hasta que se les presenta una oportunidad empezando a beber hasta llegar a la embriaguez.

-Inveterados o incapacitado para abstenerse: presenta incapacidad de abstenerse, toma alcohol constantemente y puede no llegar a la embriaguez profunda, habitualmente inicia su ingestión desde la mañana y continúa tomando todo el día (Cornillot, 1976).

El índice desarrollado por Cahalan y Cols. "Q.F.V.", para el cual se contemplan variables como la frecuencia, cantidad y variabilidad de la ingesta da como resultado esta clasificación en términos de indicadores.

1) Abstemios: incluye a aquellas personas que informaron no haber consumido bebidas alcohólicas en el último año.

2) Bebedores poco frecuentes: Incluye a aquellas personas que bebieron por lo menos una vez al año pero menos de una vez al mes.

3) Bebedores regulares: incluye a todas aquellas personas que notifican consumo de bebidas alcohólicas, por lo menos una vez al mes. A su vez estos bebedores se subdividen en consuetudinarios, moderados y leves:

Bebedores consuetudinarios regulares: aquí se encuentran las personas cuyo consumo varía entre tres o más veces al día, o una o 2 veces al mes y que beben cinco o más copas por incidente.

Bebedores consuetudinarios moderados. Abarca a las personas cuyo consumo varía de entre dos veces al día, diario, pero que limitan el consumo a una o dos copas y aquellos que ingieren alcohol por lo menos una vez al mes pero que toman más de tres

Bebedores regulares leves. Incluye a aquellas personas cuyo consumo varía de una vez al día, diario a una vez al mes y que lo limitan a 2 copas por incidente (Cahalan, 1976).

En el DSM-III por su parte, el alcoholismo se subdivide en 4 categorías atendiendo al curso de la enfermedad: 1.- Continua. Uso más o menos maladaptado del alcohol por 6 ó más meses; 2.- Episódico. Períodos circunscritos de uso maladaptado de alcohol, con uno o más períodos similares en el pasado; 3.- En remisión: Uso maladaptado de alcohol en el pasado, sin uso actual del mismo (depende del criterio clínico); y 0.- No especificado.

Estas son algunas de las clasificaciones que existen. A este respecto se puede comentar que las clasificaciones varían de acuerdo al tipo de estudio, a las necesidades o limitaciones con que se cuenta y también de país a país. Como ejemplo tenemos, para otro tipo de problemas a las clasificaciones médico-legales, las cuales se aplican cuando el alcoholismo tiene implicación en algún acto delictivo con el fin de determinar el papel que éste juega en tal acto.

Otras clasificaciones se presentan desde el punto de vista psiquiátrico, esto es, cuando el alcoholismo se considera de origen biológico y psicosocial y según este criterio se le puede clasificar de acuerdo a las alteraciones psiquiátricas que originan el alcoholismo (alcoholismo secundario).

Tipos de alcohol

El alcohol etílico, etanol o simplemente alcohol, se obtiene por la fermentación de los hidratos de carbono que contienen frutos cereales y tubérculos.

La concentración máxima de alcohol etílico obtenida por la fer-

mentación es del 16%, porcentaje que se aumenta ostensiblemente mediante la destilación.

El alcohol se clasifica en cuatro tipos principales (Velazco, 1967):

- 1) Etílico. Derivado de frutas (vinos de mesa y cognac, etc).
- 2) Metílico. Derivado de tallos y leñosas (alcohol industrial).
- 3) Butílico. Derivado de tallos y hojas de planta (pulque, tequila, mezcal, aguardiente).
- 4) Propílico. Se obtiene por destilación de granos (whisky, ginebra, vodka).

Se ha visto que el grupo que causa menos daño es el de los derivados de frutos, le continúa el derivado de granos, después los de tallos y hojas de planta y por último los derivados de tallos y leñosas.

Contenido alcohólico de diversas bebidas

El contenido alcohólico de las bebidas varía según los grados que contengan (Bogani, 1975).

- 1) Bebidas de moderación o bajo contenido alcohólico, tienen un contenido inferior a 6' G.L. (cerveza).
- 2) Bebidas de temperancia o de contenido alcohólico medio, son de 6.1' a 11' G.L. (vino de mesa).
- 3) Bebidas de alto contenido alcohólico, aquellas que sobrepasan 11' G.L. y hasta 55'.
- 4) Productos que contengan más de 55' G.L. se consideran como alcohol no potable y no se autoriza su venta.

Marco Epidemiológico

Como se ha podido observar en el desarrollo de este trabajo, existen serias dificultades para lograr definiciones universalmente aceptadas sobre el alcoholismo y diversos criterios para su clasificación.

Ahora bien, cuando se quiere observar el desarrollo de este problema dentro de una población en base a estudios realizados previamente, se presentan dificultades en la comparación de los datos ya que por lo general las diferentes metodologías utilizadas no lo permiten.

Este problema en general puede afrontarse respetando los métodos y las definiciones operacionales de dichos estudios para así describir qué sucede, dónde sucede y que se ha hecho al respecto.

México es un país que tiene graves problemas secundarios al consumo de alcohol, según lo constatan diferentes indicadores clínicos y sociales.

Para el presente capítulo se seleccionaron tres indicadores que nos pueden dar una idea más o menos clara del problema. Dos de ellos son de tipo indirecto, esto es, que para conocer la magnitud de un fenómeno "X" se estudia al fenómeno "Y" con el cual se encuentra en íntima relación. Este es el caso en relación con el alcoholismo de los accidentes de tránsito y la cirrosis hepática. El tercer indicador es de tipo directo, estudiando el consumo de alcohol por grupos de edad, sexo y nivel socioeconómico; y haciendo la comparación de dichas variables entre cinco entidades federativas de nuestro país.

Consumo de Alcohol en 5 Entidades Federativas de la

República Mexicana

Entre los años de 1958 y 1968 se realizaron diferentes estudios tendientes a determinar la tasa de alcohólicos identificados y diagnosticados en etapas avanzadas. Las variaciones que se obtuvieron fueron de 7.0 a 12.3 por 1,000 habitantes (Cabildo, 1958 y 1967, Dirección de Salud Mental, 1960).

En estudios realizados através de encuestas directas se ha calculado que hay un 12.5% de bebedores excesivos en una población urbana (Cabildo, 1972), y 13% en una población rural (Maccoby, 1965), de acuerdo a la clasificación de Marconi (1967).

Sin embargo, estos estudios tienen distintos subgrupos y los criterios de clasificación son diferentes, razón por la cual no permite estimar con relativa confiabilidad la magnitud del problema.

Entre los años de 1974 a 1978 se realizaron 5 estudios en diferentes ciudades de la República Mexicana, en los cuales se siguió un mismo criterio de investigación sobre el consumo de alcohol en la población de 14 años en adelante (Medina-Mora, 1980; Parra, 1976; Terroba, 1978; Medina-Mora, 1976; Campillo, 1978).

Dicha investigación sobre el consumo de alcohol tenía como objetivos:

- 1) Patrones de consumo de alcohol.
- 2) Distribución de los patrones de consumo por grupos demográficos.
- 3) Factores asociados con el consumo de alcohol.

Para evaluar la cantidad de alcohol consumido se utilizó el índice desarrollado por Cahalan y Cols, "Q.F.V." (Medina-Mora, 1980).

Los resultados más relevantes de estos estudios, son los siguientes:

Como se puede observar en el cuadro 1, la prevalencia del consumo de alcohol en la población se encontró prácticamente en equilibrio, en las 5 entidades, sobre los bebedores que reportaron consumo en los últimos 12 meses (56 a 65%); con respecto a los bebedores de uso consuetudinario se observa una prevalencia mayor en Mexicali, B.C. (19%) contra el Distrito Federal (6%). Las personas que reportan un uso regular también se mantienen en buen equilibrio en cuatro de las entidades (21 a 25%), no siendo este el caso de Mexicali, en donde se reporta un 37%.

La prevalencia del consumo de alcohol, como se puede observar en el cuadro 3, en todos los casos es mayor para la población masculina que para la femenina. Los hombres de Mexicali presentaron un porcentaje mayor (35%). En el caso de las mujeres, la mayor prevalencia se presentó en La Paz con un 6%.

Con respecto al consumo consuetudinario de alcohol por grupos de edad (cuadro 3); se encuentra que entre los 18 y 49 años están los grupos que reportaron mayor consumo, con excepción de Mexicali que presentó porcentajes elevados en todos sus grupos de edad.

Por último, en cuanto a nivel socioeconómico (cuadro 4), no se observa una tendencia definida del fenómeno del fenómeno en cuanto al consumo consuetudinario en los tres niveles de medición, pero es importante mencionar que el máximo porcentaje obtenido, esto es 37%, corresponde al nivel bajo (La Paz). Referente a los niveles medio y alto, Mexicali presenta los mayores indicadores de consumo consuetudinario con 27 y 28% respectivamente.

Accidentes de Tránsito

RELACION DE ACCIDENTES DE TRANSITO EN GENERAL Y BAJO LOS EFECTOS DE ALCOHOL. MEXICO, D.F. 1974.

Accidentes de tránsito	Total	Tasa por 100 000 habitantes	Media Diaria
De todo tipo	12 599	158.39	35
Bajo efectos de alcohol	2 219	27.70	6.07

Población calculada s/8 011 151 Hab.

Fuente:

Dirección General de Estadística,
Secretaría de Industria y Comercio.

Ya se mencionó que los accidentes de tránsito son un indicador indirecto del consumo de alcohol; además de que nos permite medir el riesgo por el consumo de alcohol, al observar la relación que pudiera tener con una de las 10 principales causas de mortalidad general en nuestro país. Así observamos que el segundo lugar de las causas de mortalidad en 1975 lo tienen los accidentes, envenenamientos y violencias, rubro que apareció por primera vez ocupando este nivel dentro de la mortalidad general, afectando en un 50% de los casos a individuos entre los 15 y 44 años de edad, es decir que se trataba de sujetos en edad productiva. La tasa estimada para esta causa fue de 90.1 por 1,000 habitantes (S.S.A., 1975). Aunque sabemos que dentro de este rubro se encuentran los accidentes en general incluidos los producidos en el hogar y el trabajo, también es cierto que en estos y en los accidentes de tránsito, envenenamientos y violencias frecuentemente se ven relacionados con el alcohol.

A este respecto podemos citar que la tasa de homicidios en donde se encuentra involucrado el alcohol, ha sido estimada en diferentes épocas y regiones del país entre 24 y 84 por 100,000 habitantes (Vela,co A., 1958; Bustamante, 1974).

Por otra parte y también apoyando la relación del alcohol, en este caso con los envenenamientos y violencias, encontramos que en un estudio de 110 casos de suicidios ocurridos en 1979 se encontró que el 25% de los suicidas tenían alcohol en sangre (Terroba, 1980).

En cuanto a los accidentes de tránsito, en un estudio realizado en el Distrito Federal en 1971 se encontró que el 18% de los accidentes de tránsito ocurrieron bajo los efectos del alcohol y entre 1968 y 1974 se observó un incremento del 18% (Silva M., 1972).

En otro estudio sobre los accidentes de tránsito en el Distri-

to Federal, (Jimenez N., 1975), reportan, como se puede observar en el cuadro 5, un total de 12,689 accidentes de tránsito sujetos a investigación, de los cuales 2,219 estuvieron bajo el efecto del alcohol (17.5%), del total de estos accidentes se obtuvo un saldo de 2,219 muertes, lo que representa una media diaria de 4.36 muertes.

Estos datos son alarmantes y con ellos podríamos decir: que cada 41 minutos hubo un accidente de tránsito, que cada 3.57 horas estos accidentes se llevaron a cabo bajo los efectos del alcohol y cada 5.30 horas se produjo una muerte en el Distrito Federal por esta causa.

En el mismo estudio reportan que al analizar los datos en base a la frecuencia por día se encontró la mayor frecuencia el día domingo, ocurriendo el 17.16% de ellos (media dominical:42). El día que presentó la menor frecuencia fue el jueves con 13.06%, (media diaria:32). La mayor frecuencia se observó los fines de semana alcanzando un 32.87% del total de los accidentes.

Cirrosis hepática

De acuerdo con las tasas de mortalidad por cirrosis hepática y la fórmula de Jellinek, se ha calculado que existen entre 5.7 y 7% de alcohólicos (Bustamante, 1974; Ibarra, 1973).

Por otra parte, la cirrosis hepática en 1975 ocupó el octavo lugar de las principales causas de mortalidad general en México (S.S.A., 1975).

La fisiopatología de la cirrosis hepática no esta del todo esclarecida, aunque se sabe mucho de los factores etiológicos entre los cuales se encuentra el alcoholismo en primer lugar, hepatitis

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACION
DE AMBOS SEXOS DE 14 AÑOS EN ADELANTE
(ENCUESTAS DE HOGARES)

		n	Uso, en los últimos 12 meses ¹	Uso regular ²	Uso consuetudinario ³
Distrito Federal	1974	2 733	61%	25%	6%
La Paz, B.C.	1974	444	56%	25%	13%
San Luis Potosí, S.L.P.	1975	624	56%	24%	9%
Puebla, Pue.	1975	663	65%	21%	7%
Mexicali, B.C.	1978	634	61%	37%	19%

¹ Todos los bebedores que reportaron consumo en los últimos 12 meses.

² Todos los que bebieron el año pasado por lo menos 1 vez al mes o con menor frecuencia.

³ Personas que reportan beber todos los días o bien que consumen con una frecuencia mínima de dos veces al mes, pero toman de 5 a 6 copas cada ocasión que consume.

Fuente:

Area de Investigaciones Epidemiológicas
y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

CUADRO 2

CONSUMO CONSUECUDINARIO DE ALCOHOL POR SEXO EN CINCO CIUDADES DE LA REPUBLICA MEXICANA (ENCUESTA DE HOGARES).

	D.F.	LA PAZ	S. L. P.	PUEBLA	MEXICALI
	%	%	%	%	%
Masculino	12	19	18	13	35
Femenino	1	6	4	2	3

Fuente:

Departamento de Investigaciones
Epidemiológicas y Sociales,
Instituto Mexicano de Psiquiatría.

CUADRO 3

CONSUMO CONSUECUDINARIO DE ALCOHOL POR EDAD EN CINCO CIUDADES DE LA REPUBLICA MEXICANA (ENCUESTAS DE HOGARES).

	D. F.	LA PAZ	S. L. P.	PUEBLA	MEXICALI
	%	%	%	%	%
14 - 17	1	5	1	2	8
18 - 24	6	12	10	5	23
25 - 34	7	17	9	6	30
35 - 49	7	15	12	12	20
50 ó más	8	7	15	8	13

Fuente:

Departamento de Investigaciones
Epidemiológicas y Sociales.
Instituto Mexicano de Psiquiatría.

CUADRO 4

CONSUMO CONSUECUDINARIO DE ALCOHOL POR NIVEL SOCIOECONOMICO
 EN CINCO CIUDADES DE LA REPUBLICA MEXICANA.
 (ENCUESTAS DE HOGARES).

	D.F.	LA PAZ	S. L. P.	PUEBLA	MEXICALI
	%	%	%	%	%
Alto	6	10	5	3	23
Medio	4	16	11	6	27
Bajo	7	37	9	3	16

Fuente:

Departamento de Investigaciones
 Epidemiológicas y Sociales.
 Instituto Mexicano de Psiquiatría.

virales y tóxicas, desnutrición y alteraciones metabólicas como en el caso del hierro y del cobre. De estos factores el que más ampliamente se ha estudiado es el alcoholismo, habiéndose demostrado en plano experimental que puede dar lugar a hígado graso, hepatitis alcohólica y finalmente a cirrosis hepática.

Esto hace que la cirrosis hepática sea un indicador indirecto de alcoholismo, dados los efectos sobre el hígado que produce la ingesta excesiva y frecuente de alcohol.

Por lo tanto, es importante mencionar un estudio realizado en el Instituto Nacional de la Nutrición durante un período de 28 años (1947 a 1975), reportaron haber atendido un total de 2,391 enfermos con cirrosis hepática de los cuales 1,250 (55.7%) fueron diagnosticados como cirrosis alcohólica (Dajner, 1978).

Es necesario aclarar que el presente estudio se llevó a cabo en una institución especializada que dirige su atención a padecimientos específicos lo que limita la validez de la muestra, pero teniendo en mente esta limitación, los resultados presentan indicios acertados sobre el fenómeno en estudio.

Ahora bien, como parte de los resultados reportan que la mayoría de los casos con cirrosis alcohólica correspondió al sexo masculino con un 93.75%. La edad de inicio osciló entre 3 y 63 años; en los casos en que la enfermedad se presentó antes de los 10 años, todos correspondieron al pulque, como parte de la alimentación infantil. El rango de edad a que se presentó la afección con mayor frecuencia fue entre los 31 y 60 años. Como se pueda observar en el cuadro 6, la mayoría de los pacientes de este estudio admitieron tener un familiar cercano alcohólico.

Otro factor importante es el que se presenta respecto al ingreso mensual (cuadro 7); de estos casos, el grupo de 0 a \$2,000.00 se

obtiene un porcentaje acumulado del 80% de los pacientes con un salario máximo de \$ 2,000.00, quedando una minoría con un salario mayor al previamente mencionado.

Otro estudio realizado sobre la epidemiología de la cirrosis en el área metropolitana fue el que se llevó a cabo en una población de derechohabientes del I.S.S.S.T.E. (Aceves, 1975), donde reportan como factores principales de esta afección a el alcoholismo y la desnutrición. Como se muestra en el cuadro 8, el principal factor es el alcoholismo con un 48.8% y en segundo lugar la desnutrición y el alcoholismo unidos con 30.6%; quedando la hepatitis (4.9%) y otros factores no específicos (15%) con porcentajes mínimos en comparación con los antes mencionados.

CUADRO 6

ANTECEDENTES DE FAMILIARES ALCOHÓLICOS DE PACIENTES CON CIRROSIS ALCOHÓLICA SOBRE MUESTRA DE ESTUDIO, INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION. 1947-75.

Familiares	Alcohólicos
Tipo	%
Padres	22.3
Cónyuges	10.4
Hijos	8.9
Otros familiares	40.0
Sin antecedentes alcohólicos.	18.4
Total	100.0

Fuente: Instituto Nacional de la Nutrición
 Depto. de Gastroenterología.

CUADRO 7

PORCENTAJE DEL INGRESO MENSUAL DE
 PACIENTES CON CIRROSIS ALCOHOLICA SOBRE MUESTRA
 DE ESTUDIO. INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION.

Ingreso	%	
0 - 1000	37.14	} Porcentaje acumulado 80%
1001 - 2000	42.86	
2001 - 3000	10.0	
3001 - 4000	5.71	
4001 - 5000	2.86	
5001 ó más	1.43	

Fuente: Instituto Nacional de la Nutrición.
 -Departamento de Gastroenterología.

CUADRO 8

FACTORES PRINCIPALES EN LA ETIOPATOGENESIS DE LA CIRROSIS HEPATICA, EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DEL I.S.S.S.T.E. (1971-1973).

Principal Factor	Pacientes estudiados	
	No.	%
Alcoholismo	171	48.8
Desnutrición y alcoholismo	107	30.6
Hepatitis	17	4.9
Otros y no especificados	55	15.7
Total	350	100.0

Fuente: I.S.S.S.T.E.
Departamento de Medicina Preventiva y Social.

Génesis y evolución del alcoholismo

La génesis y evolución del alcoholismo se insertan dentro del marco epidemiológico de las enfermedades no transmisibles, y como en todas estas, hay grandes dificultades en lograr un rastreo objetivo de su curso, así como de los factores disparadores que originan sus manifestaciones.

Diversos indicios apuntan al hecho de que las enfermedades no transmisibles son consecuencia de la interacción de factores hereditarios y ambientales desfavorables.

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

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

Una larga serie de investigaciones en diferentes campos han llevado al convencimiento de que no hay prueba de que un factor por si solo sea capaz de desencadenar el alcoholismo y se ha concluido que todo defecto genético, fisiológico, metabólico o nutricional necesita la concomitancia de otros factores como los psicopatológicos y los socioculturales para adquirir importancia como precipitante del alcoholismo.

Los factores del hésped son:

-Aspectos genéticos: en el caso de ciertas formas de alcoholismo, los individuos son incapaces de controlar la ingestión de alcohol una vez que empiezan a beber; es en ellos en quienes la

adicción parece estar influida por algunas alteraciones bioquímicas de origen genético. Por su parte Lucero señala que el 82% de los alcohólicos tienen un pariente que también lo es. También en apoyo de la participación genética en el alcoholismo, Cruz Coke y Varela informan de ciertas cegueras cromáticas genéticamente determinadas, que son más frecuentes en los alcohólicos.

Los factores genéticos pueden participar en diversos niveles, a saber:

- a) En la susceptibilidad a los efectos tóxicos agudos del alcohol etílico;
- b) en el metabolismo de la droga;
- c) En la adaptación del sistema nervioso central a su ingestión crónica;
- d) En la susceptibilidad a desarrollar lesiones orgánicas y trastornos de conducta;
- e) En la presencia de factores predisponentes de orden psicológico.

-Factores neurofisiológicos: aunque generalmente se cree que estos factores contribuyen al origen del alcoholismo, ninguno se ha identificado de una forma clara. A continuación, se resumen las siete hipótesis en torno a las alteraciones fisiológicas supuestamente específicas en el alcoholismo:

- a) Una alteración metabólica indefinida, que causa una necesidad primaria de ingerir alcohol;
- b) Un metabolismo anormal del azúcar;
- c) Una deficiencia endócrina, como puede ser el hipopituitarismo, hipoadrenalismo o hipogonadismo;
- d) Deficiencias dietéticas o metabólicas de vitaminas, zinc, magnesio, sodio u otras sustancias;
- e) Un mal funcionamiento glandular, como por ejemplo: una

deficiencia hepática e hiperinsulinismo, o una desincronización de las glándulas endócrinas;

f) Una sensibilidad no determinada a un producto alimenticio básico, cuyos síntomas solo son aliviados por el alcohol;

g) Una función defectuosa del hipotálamo, que causa una necesidad de ingerir alcohol.

-Factores neurobioquímicos: Newman, Isbell, Mello y Mendelson han postulado dos posibles mecanismos en el desarrollo de la tolerancia: a) un aumento en la tasa de degradación del etanol (tolerancia metabólica); y, b) un aumento en el nivel de adaptación celular al etanol en el sistema nervioso central.

Por otra parte, en cuanto al síndrome de supresión, se han considerado a los siguientes factores como responsables: a) al retirar el alcohol, los receptores sinápticos que aparentemente habían estado bloqueados, reaccionan con una gran excitabilidad a los neurohumores que ya de por sí están presentes en concentraciones altas; b) como resultado de este primer fenómeno se encontrarían las manifestaciones respiratorias, ya que el centro respiratorio antes deprimido por el alcohol, respondería con una hiperventilación, provocando una alcalosis y secundaria a esta, una baja en los niveles séricos de magnesio. Por otra parte, la disminución en la tensión sanguínea de CO₂, produce una vasoconstricción cerebral, disminución del flujo sanguíneo e hipoxia (Guerra, 1977).

Evolución en el huésped

Una vez presente el estímulo desencadenante, cualquiera que este sea y bajo el horizonte clínico, el individuo inicia el consumo de bebidas alcohólicas cuya cantidad incrementa progresiva y gradualmente sin conciencia de ello; hasta que, dependiendo de las características individuales, el horizonte clínico es

rebasado, encontrando así el alcoholismo ya constituido. Las primeras manifestaciones psíquicas se traducen por modificaciones del carácter: hiperemotividad, irritabilidad, impulsividad con cóleras frecuentes, celos, inestabilidad del humor con fases de depresión predominantes.

Los trastornos intelectuales aparecen a su vez. Se observa de un modo general un descenso del rendimiento, trastornos de la atención, una cierta obstrucción en los procesos intelectuales, y un déficit mnésico más o menos importante, reducción en la eficiencia profesional, ausentismo y, de una manera general, regresión en el comportamiento y las relaciones sociales. Sin embargo, las funciones intelectuales y la capacidad de juicio del intoxicado crónico pueden permanecer durante largo tiempo intactas y muy vivas.

Las amnesias circunscritas o "black-out" son un síntoma importante para Jellinek que lo considera como un signo de comienzo del alcoholismo; tras haber bebido cierta cantidad de alcohol, que puede ser excesiva o no el sujeto comprueba al día siguiente que ha olvidado lo que hacía mientras bebía.

Es en el orden de la afectividad donde los trastornos son más claros: refuerzo de las tendencias egoístas con disminución del sentido ético y de las responsabilidades. El alcoholico muestra una despreocupación y una indiferencia sorprendentes con respecto a su familia, protestando siempre por otra parte de su falta de autoridad en la casa y el desprecio de que es objeto, sobre todo por parte de sus hijos. La regresión de su afectividad o su falta de integración se traduce también por un sentimentalismo llorón característico. Siempre está dispuesto a hacer alarde de sus buenos deseos, a manifestar su arrepentimiento y a comprometerse en buenos propósitos.

La aparición de un comportamiento celoso es clásica. Se asocia a una baja de la potencia sexual y a una inseguridad con respecto al cónyuge.

Los trastornos de la afectividad y del carácter parecen reposar finalmente sobre un fondo de ansiedad que se expresa desde la mañana con el estado de necesidad del despertar (humor depresivo y agresivo, aumento del temblor, etc.). Ansiedad que se apaciguará por un tiempo tras la primera ingestión de alcohol.

Pero reaparecerá en las angustias y sudores que sobrevienen a la caída de la tarde o, incluso más frecuentemente, por la noche, en la fase hipnagógica o en el curso de los insomnios, de despertares bruscos en que el sujeto está cubierto de sudor, y sobre todo en el curso de pesadillas aterradoras e inquietantes, plenas de bestias amenazadoras y repetidoras de preocupaciones.

El paciente alcohólico evoluciona con períodos alternados de intoxicación, supresión y abstinencia y el curso final de la enfermedad es muy variable y oscila entre dos polos: la abstinencia total o el fallecimiento a consecuencia de las complicaciones que conlleva el abuso del alcohol.

El agente y sus efectos sobre el organismo

El alcohol por sí mismo y fuera del organismo no tiene ningún efecto nocivo para la salud. Una vez ingerido, éste es rápidamente absorbido según las siguientes proporciones: 20% en el estómago y 80% en el intestino delgado. La absorción está directamente relacionada con la concentración de la bebida; pero en general, el alcohol aparece en sangre 5 ó 10 minutos después de su ingestión, alcanzando niveles máximos entre los 30 y 90 minutos siguientes. Desde la sangre alcanza los compartimentos extra

e intracelulares.

Del 90 al 98% del alcohol incorporado al organismo es eliminado por la acción de un mecanismo de oxidación efectuado por el hígado por medio de dos enzimas: la etanol deshidrogenasa y la aldehído deshidrogenasa. La velocidad de oxidación es de aproximadamente 10 ml por hora.

Esta degradación bioquímica del alcohol está regulada por la acción de una coenzima: la nicotinamida;adenina;dinucleótido y dá como productos finales del metabolismo anhídrido carbónico y agua después que el ácido acético entra al ciclo de Krebs.

Cuando la cantidad de alcohol supera la capacidad de este sistema enzimático, entra en juego otro sistema oxidativo, la xantina;catalasa-oxidativa, cuya acción es sumamente perjudicial para el organismo, puesto que destruye nucleótidos celulares, lo que explica el desequilibrio nutricional comprobado en los alcohólicos.

Recientemente se ha descubierto un tercer sistema, denominado microsomal-etanol-oxidante. Se trataría de una vía adaptada que "aceleraría" los procesos metabólicos habituales en la enfermedad del alcoholismo, aumentando la tolerancia y favoreciendo la dependencia.

El dos a diez por ciento restante del alcohol no oxidado es eliminado por ultrafiltración glomerular y por simple difusión tubular renal y en menor proporción por el pulmón, saliva y sudor. La concentración de alcohol en orina es 1.3 con respecto a la sanguínea y la del aire espirado es paralela a la concentración sanguínea.

Entre las acciones fisiológicas del alcohol encontramos que actúa deprimiendo al sistema nervioso central, particularmente

a la corteza cerebral y sus funciones inhibitoras. El enmascaramiento del titubeo, la circunspección y la autocrítica podría hacer creer que el alcohol, en pequeñas cantidades, desarrolla inicialmente una acción estimulante; pero no es así, pues su acción farmacológica es similar a la de los hipnóticos. La ingestión, así mismo, de cantidades mínimas, puede posponer la fatiga e incrementar el trabajo en proporción directa a la simplicidad de la tarea afrontada; si ésta implica discriminación o selección, la precisión disminuye y por supuesto, el trabajo también aún que el sujeto piensa que conserva su eficiencia. Esto obviamente no es verdad, y los resultados son más evidentes y drásticos cuando concierne al control de vehículos impulsados mecánicamente.

Las preparaciones que contienen grandes concentraciones de alcohol irritan el estómago y producen gastritis si se les toma habitualmente; en cambio, cantidades mínimas y adecuadamente diluidas ayudan a la digestión, inhibiendo emociones como la ansiedad y la ira. El consumo continuo de esta sustancia determina un grado de dependencia física y tolerancia a sus efectos; y si un individuo alcohólico suspende el uso bruscamente, será víctima del síndrome de abstinencia, cuyos efectos serán iguales a los que produce el síndrome causado por la supresión del uso continuo de barbitúricos y otros sedantes (Cormillot, 1976).

Factores psicológicos

No se ha podido demostrar que los factores psicopatológicos sean los que predominen en la génesis y evolución de alcoholismo. Sin embargo, es indudable que estos factores influyen en forma importante en el desencadenamiento y desarrollo de la enfermedad y aunque pertenecen al huésped, por su importancia y para fines

didácticos se toman aparte.

En su comportamiento, el alcohólico experimenta la necesidad de beber, pero esta necesidad corresponde a otra necesidad real cuyo significado puede hallarse en el estudio del modelo psicoanalítico, que interpreta la conducta alcohólica como una regresión a un estadio del desarrollo de la personalidad, y particularmente el estadio oral. En esta fase de la estructuración del individuo, la absorción de alimentos y la actividad libidinal no son funciones separadas y se fusionan en una misma satisfacción: "la incorporación del objeto". Pero esta incorporación del objeto esta igualmente fusionada a una función de la que sólo se separará más tarde, la relación con el otro, o si se quiere la función de identificación. Recordemos que la identificación se compone de la incorporación en sí de cualquier cosa de otro y de la puesta de sí en otro. Esta "identificación primaria" ha sido considerada por Freud (1922) como la forma más primitiva de relación con el otro. Así, en este estadio de oralidad, la relación del sujeto con el otro es una dependencia de la satisfacción o del sufrimiento que procura "la madre que alimenta". Precisemos aún que la permanencia fantasmática de la madre nodriza está asegurada por el proceso de la introyección. La buena estructuración de la personalidad del sujeto es función de las cualidades de la imagen del objeto introyectada y de las cualidades de la pulsión oral a la vez placer de absorber y deseo de destruir un objeto nunca bastante disponible.

En el alcohólico la organización instintiva está fijada en el estadio oral, dicho de otro modo, el objeto significativo, madre, cónyuge, o incluso la sociedad, se siente como indispensable en una función de nutrición. Observemos de paso que el cónyuge del alcohólico, a veces de más edad que él, puede encontrar el niño

dependiente que buscaba, a quien hay que alimentar. Como acabamos de decir, los objetos significativos pueden ser muy variables y el sujeto puede investir cualquier objeto, que asuma una función nutricia equivalente: medio social, medio profesional, por ejemplo; es decir que todo objeto es investido como función y no como sujeto con sus necesidades propias. Una relación así inmadura con el otro es evidentemente muy precaria.

En una palabra, el alcohol representa para el alcohólico, por la satisfacción que aporta, el objeto ideal cuya absorción es sinónima de desaparición de la tensión interna, que es la consecuencia de la vivencia de ser abandonado por el otro, el cónyuge, por ejemplo, o más generalmente el objeto significativo. /

Tales son las necesidades profundas que sacia el alcohólico al beber. En la euforia de la embriaguez, él realiza, sin las limitaciones del mundo real y de una forma fantasmagórica, los deseos y los sueños de un mundo interior narcisista y arcaico, y vive el sueño de un poder absoluto en el que puede sin angustia aniquilar al otro, vivido como fuente de conflicto.

La conducta alcohólica puede deberse a la regresión a otros estadios: el estadio oral. Especialmente el componente agresivo incluido en todo comportamiento toxicómano (destrucción del objeto que provoca frustración) da cuenta de las fases depresivas y de culpabilidad del alcohólico. Pero también a la fase edípica, en cuyo caso el alcohol sería un equivalente sexual, quizás de una homosexualidad latente.

Más simplemente y para resumir, se puede decir que el alcohólico es un sujeto que ha rechazado estas etapas o regresado a estas etapas—esenciales del desarrollo de la personalidad, el destete principalmente, en el sentido en que esta etapa significa el paso a la vida independiente, tanto en el plano nutritivo como afecti-

vo, a la vida autónoma del adulto llegado a su madurez. En la mayoría de los casos, el alcohol anula las inhibiciones impuestas y contenidas de mal grado, liberando de esta forma al sujeto de las tensiones interiores y facilitando, durante cierto tiempo, su relación con el otro.

Factores ambientales

Las características principales de las pautas de consumo alcohólico son extrema liberalidad, ausencia de censura y una tolerancia considerable para el estado de ebriedad en los hombres.

El consumo excesivo de alcohol forma parte esencial de numerosas celebraciones a lo largo del año; la población es esencialmente gregaria y muestra una tendencia acentuada a las actividades de convivio grupal. Festividades religiosas y rituales, celebraciones históricas y patrióticas, aniversarios personales e incluso situaciones penosas como los funerales, dan lugar a episodios de desinhibición.

En general los patrones ambientales favorecedores del alcoholismo tienen las siguientes características:

- a) los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños dentro de un grupo familiar desunido;
- b) generalmente las bebidas más consumidas son aquellas con un alto contenido alcohólico;
- c) las bebidas se consumen entre comidas;
- d) los padres son ejemplos de consumidores inmoderados;
- e) la abstinencia es vista con desconfianza por el grupo social y los abstemios sufren el rechazo del grupo.
- f) se les dá un valor subjetivo a las bebidas alcohólicas, así el ingerirlas es prueba de que el bebedor es más viril de

acuerdo a la imagen masculina que incluye cierta vanagloria por los excesos.

Estos valores son incorporados por la industria publicitaria en las técnicas de promoción y venta de bebidas alcohólicas. En la actualidad, gran parte del tiempo en los anuncios, está dedicado a la incitación para ingerir bebidas embriagantes. El medio ambiente lleno de lugares donde beber, la gran producción nacional de bebidas alcohólicas y la propaganda escrita en carteles, radiada y televisada constituyen un factor muy importante para que aumente el consumo de etanol.

Incluso, un individuo puede procurarse alcohol a toda hora y en todo lugar, aún en horas no comerciales, o en días feriados, la gente obtiene bebidas por la "puerta trasera" del comercio, aunque el mismo esté "oficialmente cerrado".

Si se aplicaran aquí las restricciones legalmente establecidas a los expendios de bebidas alcohólicas, o si la propaganda se equilibrara con la advertencia de que estos productos son dañinos para la salud, probablemente se contribuiría considerablemente a crear en la población general la conciencia de que estos productos, de la cultura universal, fueron descubiertos y usados desde su principio para procurar placer y bienestar, nunca para la auto-destrucción de los grupos sociales en donde se consume.

Ahora bien, en la génesis y evolución del alcoholismo, la presencia de los tres factores, agente-húésped-medio ambiente, tienen una interrelación sumamente estrecha que va conformando una espiral en el tiempo, de tal manera que el progreso o deterioro de uno de los factores complica aún mas los otros, esto es: conforme el agente va minando al organismo del paciente al aumentar su dependencia, la dinámica familiar se altera a tal grado que involucra a todos los miembros de la familia los cuales, pro-

precisan situaciones para que el alcohólico continúe con la ingesta y actualiza los sentimientos de minusvalía de este último, repercutiendo directamente en su desempeño laboral (ausentismo, ineficiencia, etc.), y sobre la comunidad (accidentes, violencias, etc.), con lo cual el círculo se cierra y se retroalimenta.

GENESIS

I. HUESPED:

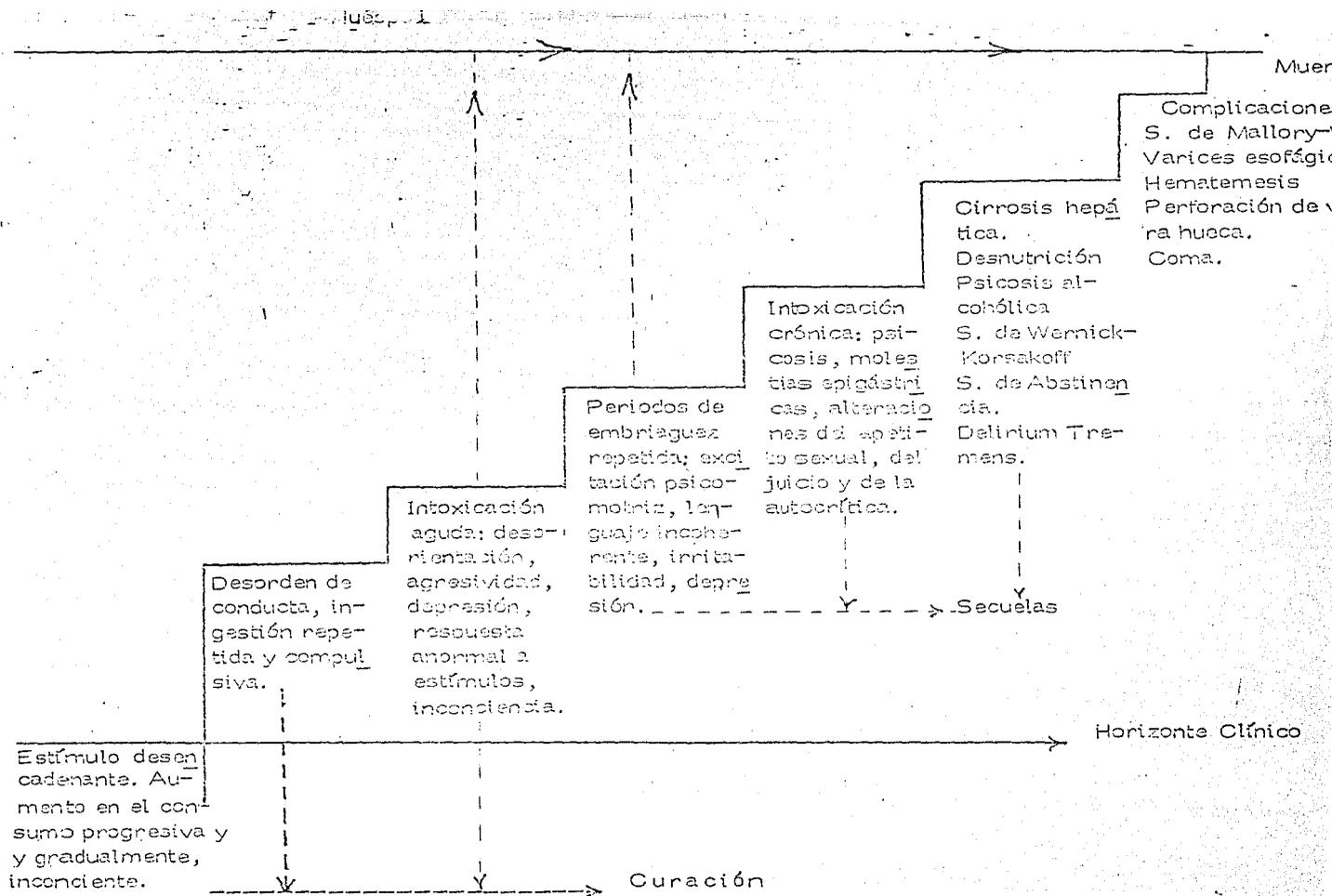
- Sexo: predomina en hombres en relación 20:1.
- Edad: entre los 20 y 40 años.
- Predisposición genética.
- Alteraciones neurofisiológicas.
- Alteraciones neurobioquímicas.
- Factores psicológicos: inmadurez emocional, inseguridad, frustración, dependencia.

II. AGENTES:

- Alcohol de frutas, tallos, granos, etc.

III. MEDIO AMBIENTE:

- Social: consumo durante celebraciones, tolerancia y ausencia de censura, extrema libertad.
- Cultural: acompañante o sustituto de alimentos, alto valor subjetivo.
- Educación: a todos los niveles.
- Familiar: conflictiva y desunida.



Estímulo desencadenante. Aumento en el consumo progresiva y gradualmente, inconciente.

Desorden de conducta, ingestión repetida y compulsiva.

Intoxicación aguda: desorientación, agresividad, respuesta anormal a estímulos, inconciencia.

Periodos de embriaguez repetida; excitación psicomotriz, lenguaje incoherente, irritabilidad, depresión.

Intoxicación crónica: psicosis, molestias epigástricas, alteraciones del apetito sexual, del juicio y de la autoconfianza.

Cirrosis hepática.
Desnutrición
Psicosis alcohólica
S. de Wernick-Korsakoff
S. de Abstinencia.
Delirium Tremens.

Complicaciones:
S. de Mallory-Weiss
Varices esofágicas
Hematemesis
Perforación de vena hueca.
Coma.

Muerte

Horizonte Clínico

Curación

Secuelas

AGENTES

REFORZAMIENTO.

0.05% de alcohol en sangre (dos copas) = inhibición de la corteza cerebral. Elevación del estado de ánimo y de la estima personal.

0.10% de alcohol en sangre = dependencia física y tolerancia a sus efectos. Sentimientos de culpabilidad e inutilidad y necesidades de autodestrucción.

0.25% o más de alcohol en sangre = actividad del sistema microsoma etanol-oxidantes = dependencia etílica. Deterioro de la imagen de sí mismo, frustraciones insuperables.

Alcohol
/
Psico-
lógico

EQUILIBRIO

Fuerte presión de principios ético-morales y religiosos.

Conciencia de la realidad, sabe y acepta su situación en el medio busca inteligentemente su adaptación.

Abstencio, madures emocional. Equilibrio entre el ser y no ser. Realización personal. Adecuada estima de sí mismo. Independencia y seguridad personales.

NEUTRALIZACION

Desequilibrio en la producción, adecuado control de la venta de productos, gran propaganda al consumo de alcohol, gran producción de los mismos. Ignorancia.

DESFAVORABLE

Sitios de fácil adquisición, ausencia de censura, consumo abusivo, ocio y educación deficiente.

Rechazo social al alcohólico, pérdida de empleo. Estereotipos publicitarios (prestigio, éxito, distinción, virilidad, etc.). Baja educación.

Desequilibrio en la producción, gran propaganda al consumo de alcohol, gran producción de los mismos, inadecuado control de la venta de productos. Ignorancia.

EQUILIBRIO

Sitios de recreación. Educación sobre efectos y daños del alcoholismo.

No condicionamiento por los medios masivos de información. Estricto control de calidad y producción. Aumento de mensajes educativos para la salud.

Total apego al Código Sanitario. Restricción de la propaganda y de sitios de consumo y adquisición.

FAVORABLE

Historia clínica de un paciente alcohólico

Masculino de 42 años de edad, empleado de una oficina gubernamental, casado desde hace 18 años, tiene 3 hijos, hizo estudios profesionales (contador público) que no terminó.

Tiene antecedentes heredo-familiares de un tío materno en rama directa que padeció de alcoholismo intenso y falleció a los 50 años, por complicaciones del alcoholismo. Un primo hermano por rama paterna que ha tenido varios cuadros depresivos que han ameritado tratamiento psiquiátrico, quien ha presentado diversos episodios de abuso de bebidas alcohólicas.

El paciente fue el tercero de una familia de 6 hijos, de nivel socioeconómico medio. El padre era comerciante con mediano éxito, a quien describieron como una persona débil, con poca autoridad, poco afectuoso y distante. La madre por el contrario, era una mujer muy dominante, de carácter áspero, quien dirigía a la familia de una manera excesivamente autoritaria, cuando sus hijos eran pequeños los golpeaba con frecuencia ante las más mínima falta. Al paciente se le describe con un carácter similar al del padre, con excesivos sentimientos de culpa y afectos ambivalentes respecto a la madre, además de que siempre se sintió inferior a sus demás hermanos quienes eran de carácter más abierto y más competitivos entre sí; todos profesionistas con éxitos laborales y sociales.

Su primer contacto con el alcohol lo tuvo alrededor de los 17 años de edad, en compañía de algunos amigos en reuniones sociales. Estas situaciones le producían sensación de bienestar y le hacía olvidar momentáneamente sus problemas; sin embargo, posteriormente sentía culpabilidad, al recordar los consejos enérgicos de la madre en cuanto a no dejarse influir para beber, fumar, etc.. Hacia los 20 años de edad bebía con más frecuencia, por lo general una

vez por semana, llegando a la embriaguez y ganando fama de poder tolerar grandes cantidades de bebida. En ese entonces empieza a adquirir el hábito de beber a solas y poco a poco va aumentando la cantidad que ingiere para obtener los mismos efectos. A los 24 años se casa, después de un breve noviazgo, con lo cual en los primeros años de matrimonio disminuye notablemente la ingestión de alcohol, poco después, ya con un hijo, empieza a tener problemas económicos que lo obligan a abandonar sus estudios y dedicarse por completo a trabajar, los compromisos económicos lo empiezan a agobiar y vuelve a beber frecuentemente, llegando siempre al estado de embriaguez, alrededor de los 35 años ya bebe diario, necesitando tomar una o dos copas diarias por la mañana para quitarse las molestias de la "cruda" matutina; por lo general bebe sin distinción cualquier bebida. Empieza a tener problemas en su casa, pleitos frecuentes con la esposa quien le increpa su manera de beber, por lo que nuestro paciente la golpea en varias ocasiones; problemas en el trabajo por ausencias injustificadas y bajo rendimiento, además de presentarse embriagado a laborar; a tenido accidentes automovilísticos que incluso han llegado a poner en peligro su vida.

El paciente rechaza todo tipo de consejo familiar y de sus amistades, insiste en que tiene control en su manera de beber y no es sino en una ocasión, después de varios días de beber entra en un estado de agitación, con temblores y alucinaciones que condicionan un internamiento en hospital de emergencias en donde se le trató y al recuperarse se le indicó el peligro de seguir bebiendo dada una insuficiencia hepática leve que presenta. Esto lo hace reflexionar y saliendo del hospital tiene un periodo de abstinencia de 8 meses durante los cuales se recupera e incluso, por insistencia familiar, llega a acudir a reuniones de Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, después de este periodo vuelve a recaer,

cayendo en condiciones físicas y mentales deplorables; es abrumado por la esposa e hijos y pierde en definitiva su trabajo, la ruptura de una úlcera gástrica lo lleva a un segundo internamiento hospitalario en donde se le diagnostica cirrosis hepática en grado avanzado, al ser dado de alta, a pesar de la indicación médica de abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas, reinicia la ingestión y tiempo después presenta coma hepático y a pesar del manejo médico fallece.

El mundo existencial del alcohólico

Para comprender a nuestros pacientes alcohólicos solo disponemos de un camino: el estudio clínico minucioso de sus vivencias internas; es por ello que aquí se incluye el "mundo existencial del alcohólico" magistralmente descrito por el maestro J.L. Pantiño (1979).

En el alcohólico se puede observar que pasa por tres distintos momentos: cuando se embriaga por gusto y con euforia; cuando lo hace por hábito y por inercia; y cuando lo realiza por necesidad patológica y fatalismo. En toda esta evolución, la angustia está siempre presente en algún grado.

Es común en estos enfermos que el pasado esté siempre presente, por lo general lleno de amarguras y sucesos desdichados, que lo acosan y perturban; no obstante, llega a verlos como tiempos mejores y los contempla con nostalgia, sobre todo cuando sienten que su vida va a la ruina y ha perdido toda esperanza. En un principio, las primeras copas lo sedan y exaltan, y él siente que puede controlar su destino e incluso llegar al éxito; posteriormente, ingiere alcohol en un plan de hábito mecánico, para ir pasando tan solo, sin gratificación alguna; y al final, toda motivación

se esfuma, convirtiéndose casi en un autómatas que se alcoholiza. El comenzar a beber solo siempre es inquietante y es entonces cuando la fantasía exuberante comienza a entrar en acción. Esta entrega a lo fantástico lo va alejando poco a poco de la vida y sus quehaceres, hasta que queda definitivamente marginado.

Todo alcohólico es y se siente un solitario, un incomprendido de los demás, sin advertir que lo que ocurre es totalmente lo contrario: que es él, precisamente, el que elude toda posible comprensión del mundo y de los otros. Lo centrípeto y lo egocéntrico va adueñándose poco a poco de su existircuotidiano. Siente que el vivir es un esfuerzo, el trabajo y la responsabilidad un sufrimiento continuo que no puede soportar. Solo el alcohol funciona como sedante para sobrevivir. Es curioso: el tóxico acentúa el sufrimiento y el alejarse de los demás, y a la vez sirve de paliativo, cerrándose con esto el círculo psicopatológico. Por eso cae en la ceguera y da palos de ciego a lo largo de su biografía, y queda la racionalidad en un vacío impresionante, sin que le sirva rigurosamente para nada. El alcohólico valora mal, y él por momentos lo sabe; pero no puede aprovechar esta experiencia y por esto cae sin remedio en el mundo del desvalor. Lo más característico es que se siente paralizado y atrapado en un presente sombrío y sin escapatoria. Es incapaz de realizar valores, menos vivirlos, y cae paulatinamente en una apatía crónica y desoladora.

En las entrevistas de hospital, con mucha frecuencia el alcohólico adopta una actitud de imploración y ayuda, y se comporta como si fuera un niño desamparado. Su impotencia para afrontar la vida es manifiesta, e incluso puede llegar a parecer cínico, sin serlo de verdad, ya que adopta esta máscara como protección para ocultar su verdadera debilidad. Además de las actitudes suplicantes, cuando el enfermo recién internado pide alcohol, es posible

constatar que la mayoría de ellos exhiben rasgos de dependencia manifiesta; de una u otra forma son grandes dependientes: siempre existe la madre protectora, la mujer indulgente, el hijo comprensivo. Si estos personajes no existieran, el enfermo se encontraría en una encrucijada: o deja de beber o sucumbe. Por esta razón, en el manejo del alcohólico debe confirmarse la comprensión con firmeza. En más de un caso se ha constatado que una firme actitud familiar crea una crisis existencial de tal magnitud, que el paciente deja de beber.

El alcohólico verdadero, más tarde o más temprano, cae de lleno de un profundo sentimiento de soledad; no pueden compartir la vida con otros y de ahí su desvinculación progresiva de la familia, de los amigos y de los sanos divertimentos. Como es bien sabido, la soledad no es otra cosa sino la patología de estar solo, en la que por ello el vivir se convierte en un estado sufriente de ansiedad. No hay alcohólico tranquilo y sedente; siempre se le ve inquieto y deambulante. En sus torpezas y confusiones, anda por las calles, penetra en las cantinas, sale de ellas, toma vehículos y está en continuo movimiento. Quien lo siguiera podría pensar que buscara algo en concreto; pero nada busca en realidad, sino que ha perdido la meta final de todo comportamiento. Cosa curiosa: huye de sí mismo y de su soledad: mas si encuentra a alguien, familiar, amigo o conocido, lo elude sistemáticamente; prefiere estar solo a solas que solo en compañía. Siguiendo este camino, se aleja de su mujer y de las mujeres y pierde incluso toda necesidad de vinculación sexual. El precio que tiene que pagar es muy alto; sin embargo, el alcohol se impone y lo maneja.

Conforme pasa el tiempo, los estauos de embriaguez son más sombrios. Hay una pérdida total de intereses: el trabajo no importa, la lectura tampoco, la productividad de cualquier tipo, menos. En

sus mejores momentos tiene clara advertencia de todo esto; sin embargo, sus esfuerzos, si es que existen, son bien menguados y necesariamente fugaces. Aún en los primeros grados de alcoholismo, la perspectiva se pierde y las metas se vuelven brumosas y, sobretodo, se vislumbran por completo fuera de su alcance. Sobrio o ebrio, la vida carece de un sentido total, y quizá sea este enfoque el que permita comprender por qué algunos se suicidan, con sentimientos de negrura muy parecidos a los deprimidos que también lo hacen. Por eso se habla a veces de depresiones tóxicas. El alcohol, como la depresión, funciona como lupa que magnifica los sucesos de cualquier biografía en sentido retrospectivo. Lo prospectivo no existe en lo absoluto.

El mundo del alcohólico es pequeño, lleno de miedos y sentimientos nefastos. En un principio, teme perder el trabajo, el abandono de la esposa, el "que diran" de los amigos. Pero estos temores son pasivos, sin lucha alguna. Se entrega a su destino sin resistencia; sólo las lágrimas son señal de protesta inerte y de sufrimiento moral. Este sufrimiento del enfermo lo va a acompañar toda su vida, salvo en las etapas finales, en que el embrutecimiento ahoga todo. En muchas ocasiones, los internamientos prolongados logran resurrecciones sorprendentes; pero, por lo general son siempre transitorias.

Obviamente si se logra reestructurar la conciencia moral, se tendrá al mejor aliado para la curación del paciente. El alcohólico pierde progresivamente comunicación, hasta tal punto, que la mayoría de ellos nada relevante tiene que decir. Es tarea fundamental del psiquiatra el reencontrar la comunicación y establecer el diálogo, cosa que se hace poco. Ello se explica, pero no se justifica, por el desaliento de los numerosos fracasos. Solamente el enfoque existencial y las crisis existenciales hacen me-

menos penosa esta difícil tarea.

El alcohólico, por haber perdido la capacidad de lucha, se siente como una pelota que da tumbos en diferentes direcciones, sin control alguno personal. Ha olvidado que cada hombre tiene una misión que cumplir, y que por ello es juguete de su propio destino, el que él ha creado con su alcoholismo. Ya desintoxicado en el hospital, es posible advertir su impotencia para el alcance de metas. Quisiera cambiar, lo promete mil veces, pero en el fondo sabe que no va a poder. Lo que más le aterra es tener que comenzar de nuevo una vida distinta, y siente que carece de fuerzas para ello. Todo esto es tanto más válido, cuanto más antiguo es el cuadro clínico, y siempre se encuentra en los grados más avanzados. El alcohólico teme a la miseria más que a nada, y justamente su comportamiento lo acerca totalmente a ella; sólo con el embotamiento de la conciencia moral, logra persistir en su trágica existencia.

Al estudiar con cuidado a estos enfermos, es posible constatar que el sentimiento de vergüenza predomina con mucho sobre el de culpa, fenómenos que a menudo se confunden y que es necesario delimitar. El alcohólico se siente avergonzado de su conducta, más que culpable. Este ángulo de enfoque tiene resonancias muy profundas para la psiquiatría existencial pues ningún enfermo es culpable de nada. La vergüenza del intoxicado de ayer es impresionante cuando se logra explorar a fondo, y es tanto mayor cuanto peores han sido las conductas aberrantes. La vergüenza es más primitiva y menos elaborada que la culpa, y da origen a angustias muy penetrantes; está más ligada a lo social: la culpa, en cambio, es más íntima y personal. Tiene profunda significación el saber ubicar el error, la vergüenza, la culpa y el pecado, tanto en el enfermo alcohólico como en otros enfermos.

En el alcohólico el tiempo vivenciado exhibe rasgos de gran interés. Siempre se acorta y es fugaz, y es muy conocido el hecho de que durante la embriaguez las horas pasan rápidamente. A esto contribuye, en gran medida, el que se bebe más de la cuenta, y se pierde por completo el sentido del tiempo. El reloj adquiere un significado muy peculiar; sirve tan sólo para esperar la copa siguiente; a veces, es una espera ansiosa, que varía de paciente a paciente. La exploración del tiempo existencial es un precioso recurso para el diagnóstico del verdadero alcoholismo y de su pronóstico. El enfermo, en sus momentos de lucidez, sabe bien que tiene que dejar de beber, pero siempre pospone la determinación para un mañana que no llega nunca. Es precisamente en la crisis existencial cuando este mañana se vuelva hoy y sólo entonces la ingesta de alcohol es suspendida.

Prevención y tratamiento

La prevención y el tratamiento del alcoholismo no es una cuestión cuya competencia sea exclusivamente médica, ya que se requiere de la participación de otros elementos sociales que permitan enfrentar este problema desde un enfoque multidisciplinario. Ahora es claro que para diseñar alternativas preventivas se requiere de una valoración real, o lo más cercano posible, en el contexto social, cultural, económico y político en el que se desenvuelven los individuos. El ignorar estas premisas conduce a esfuerzos estériles.

El esfuerzo antialcohólico debe contener necesariamente, objetivos que permitan al hombre encontrar como propia, una dimensión de la vida diferente en lo social e individual que tienda a la preservación de la salud.

Medidas para mantener la salud

(Prevención de la aparición)

Medidas preventivas generales:

a) Dirigidas a los individuos:

-Programas educacionales de salud: Estos programas deben desarrollarse entre los más vastos sectores de la población, tendiendo a destacar el valor y la importancia de preservar la salud como factor indispensable para alcanzar el pleno desarrollo de los individuos.

Estos programas educacionales pueden ser específicamente dirigidos a la prevención del alcoholismo o pueden incluir a este último dentro del contexto de la salud en general. Además, se les puede dar diferentes niveles de instrumentación: 1) Masivo general.

campañas promocionales mediante la utilización intensiva de los medios de comunicación social; radio, televisión, prensa, murales, posters, folletos, etc.; 2) Medio sectorial: organizar cursos profilácticos intensivos, con duración de una a tres semanas en poblaciones no mayores de 5,000 habitantes; 3) Grupos diferenciados: pláticas a realizarse en pequeñas comunidades utilizando las estructuras orgánicas locales; escuelas, iglesias, sindicatos, etc.; y mediante el apoyo de los líderes de la comunidad.

b) Dirigidas al ambiente físico y biológico:

-Generación de empleos y erradicación del analfabetismo.

-Inducir a cambiar creencias nocivas, hábitos deformativos y pautas culturales enajenantes, para despojar al individuo de un caudal de elementos deformantes que operan como factores coadyuvantes en el consumo de alcohol.

-Promoción sociocultural: fomentar el acceso a centros recreativos y estimular la realización de actividades deportivas, culturales, educativas, artísticas y toda otra manifestación que tienda a elevar el nivel de vida de la colectividad.

c) Dirigidas a los agentes patógenos:

-Reglamentación publicitaria: prohibir la difusión publicitaria de contenidos que ligen el consumo alcohólico con la obtención de prestigio, status social, sexo, y toda otra incentiva-
ción que no competan estrictamente a las cualidades del producto.

-Restringir el expendio de bebidas alcohólicas: establecer una política impositiva-arancelaria que grave fuertemente la producción, distribución y consumo de alcohol.

-Control de calidad: implantar normas técnico-sanitarias severas en todas las fases del procesamiento de las bebidas alcohólicas.

Medidas preventivas específicas

a) Dirigidas a los individuos:

-Nutrición básica: crear sanos hábitos alimenticios en base a dietas balanceadas, mediante la promoción de los alimentos más completos y fundamentales, indicando las formas más adecuadas de preparación.

-Información efectiva: Esto es necesario debido a que las campañas que insisten sólo en los peligros que provoca el alcohol son inproductivas, y en razón de que los programas más aceptados son los que intentan educar para beber responsablemente, se deben dar a conocer las formas en que el alcohol interactúa nocivamente con el organismo, a efecto de obtener conductas más responsables en la ingestión de bebidas alcohólicas.

-Control médico periódico: orientar a la población para que concurra regularmente a Centros Asistenciales a fin de recibir asesoramiento sobre los perjuicios a que conduce el consumo inmoderado de alcohol y, en su caso, para detectar oportunamente manifestaciones de alcoholismo.

b) Dirigidas al ambiente físico y biológico:

-Centros asistenciales de Salud Mental: Instituciones de carácter multidisciplinario encaminadas de orientar a los individuos en pautas conductuales básicas para alcanzar estados de higiene mental satisfactorios. Con este propósito se deben combatir hábitos y creencias que puedan reforzar instancias favorables al alcoholismo en contextos sociales determinados; por ejemplo: miseria, pobreza, analfabetismo, desempleo, promiscuidad, prostitución, etc., poniendo énfasis en destacar la problemática socioeconómica subyacente que generalmente se presenta en estos casos, así como también señalar sus implicaciones psicológicas.

-Recreación y esparcimiento: Incrementar la capacidad instalada de establecimientos culturales, deportivos y educativos con carácter público y gratuito, con finalidad de que las grandes ma-

sas de población se desarrollen en un contexto despojado de elementos nocivos circundantes.

c) Dirigidas al agente patógeno:

-Difusión masiva: reglamentar la publicidad referida a bebidas alcohólicas, en términos de permitir destacar únicamente atributos o cualidades que provengan estrictamente del producto en sí; exigiéndose a su vez, que se informe que tales productos pueden resultar nocivos para la salud.

-Expendio alcohólico: gravar progresivamente las distintas fases del ciclo elaborativo de bebidas alcohólicas. Duplicar los costos de obtención de patentes y licencias de locales destinados al expendio de bebidas alcohólicas. Reglamentar el establecimiento de locales de expendio alcohólico, no permitiéndose que los mismos se ubiquen en lugares próximos a escuelas, centros recreativos o lugares de confluencia de niños y adolescentes.

Medidas para modificar la evolución natural de la enfermedad

Estapa subclínica:

a) Dirigidas a los individuos:

-Clínicas asistenciales: organizadas multidisciplinariamente con el fin de ofrecer consulta externa, tratamiento ambulatorio, internación provisional, o en su caso, derivación hospitalaria. La consulta externa deberá cubrir diferenciada y unitariamente atención de los siguientes tipos: médica, psicológica y asistencia social; a fin de brindar cobertura en los casos que presenten las siguientes manifestaciones de alcoholismo: 1) Manejo de intoxicaciones agudas, recuperables sin intervención hospitalaria; 2) Corrección de los problemas crónicos asociados al consumo de bebidas alcohólicas, recuperables sin internamiento hospitalario;

3) Modificación de la conducta del alcohólico crónico, mediante el cambio de hábitos y eliminación de la dependencia.

b) Dirigidas al ambiente físico y biológico:

-Saneamiento ambiental: procurar que el individuo se vincule a un medio en el que prevalezcan las actividades culturales, artísticas, científicas y/o deportivas; de esparcimiento o recreación.

-Saneamiento individual: estimular al individuo para que adopte actitudes responsables frente a su trabajo y con sus núcleos de convivencia.

-Profilaxis social: disuadir la motivación social del alcohol.

c) Dirigida al agente patógeno:

-Enervación alcohólica: sustraer al individuo de lugares de consumo alcohólico, mediante el ofrecimiento de alternativas económico-sociales dignas y suficientes.

Etapa clínica

a) dirigidas a los individuos:

-Clínicas-hospitales: Tratamiento multidisciplinario de casos que requieren de internamiento, para ofrecerles consulta diferenciada y unitaria en las áreas médica y psicosocial; tendientes a resolver las complicaciones del alcoholismo y a evitar la progresión del alcoholismo y sus complicaciones mediante tratamientos específicos de tipo médicos que no mencionaremos y a nivel psicosocial mediante la rehabilitación individual con diferentes técnicas de psicoterapia; rehabilitación familiar, rehabilitación social y encauzamiento institucional a grupos de Alcohólicos Anónimos, etc..

b) Dirigidas al ambiente físico y biológico:

-Readaptación social: procurar la incorporación del individuo al medio, proporcionándole trabajo y desarrollo específico.

-Readaptación socio-familiar, mediante la orientación a pa-

riendes y amistades del paciente, con el propósito de obtener colaboración efectiva en la recuperación del individuo.

-Cotidianeidad circundante: transformar la rutina del individuo mediante la incorporación de estímulos culturales, artísticos, deportivos, etc..

c) Dirigidas al agente patógeno:

-Valoración de alternativas: procurar una motivación sustitutiva que desplace los incentivos a beber.

PARA MANTENER LA SALUD (PREVENCIÓN DE LA APATICIÓN)		PARA MODIFICAR LA EVOLUCIÓN NATURAL (PREVENCIÓN DEL PROGRESO)	
MEDIDAS PREVENTIVAS GENERALES	MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS	SUBCLÍNICA	CLÍNICA
<p>Dirigidos a los individuos:</p> <p>4. Programas Educativos de salud.</p> <p>1.1 Masivo General</p> <p>1.2 Medio Sectorial</p> <p>1.3 Grupos diferenciados</p>	<p>Dirigidas a los individuos:</p> <p>1. Nutrición básica</p> <p>2. Información efectiva</p> <p>3. Control médico periódico</p>	<p>Dirigidas a los individuos:</p> <p>1. Clínicas asistenciales cubriendo atención médica psicológica y asistencial social.</p>	<p>Dirigidas a los indiv.:</p> <p>1. Clínicas hospitalarias con atención médica y psico-social.</p> <p>2. Rehabilitación individual familiar y social.</p>
<p>Dirigidas al ambiente físico y biológico.</p> <p>1. Generación de empleos y erradicación del analfabetismo.</p> <p>2. Cambio de creencias nocivas hábitos y pautas culturales.</p> <p>3. Promoción socio cultural</p>	<p>Dirigidas al ambiente físico y biológico.</p> <p>Centros Asistenciales de salud mental.</p> <p>2. Recreación y esparcimiento</p>	<p>Dirigidas al ambiente físico y biológico.</p> <p>1. Saneamiento ambiental</p> <p>2. Saneamiento individual</p> <p>3. Profilaxis social</p>	<p>Dirigidas al ambiente físico y biológico.</p> <p>1. Readaptación social.</p> <p>2. Readaptación socio-familiar.</p> <p>3. Cotidianidad circundante.</p>
<p>Dirigidas a los agentes patógenos</p> <p>1. Reglamentación publicitaria.</p> <p>2. Restringir el expendio alcohólico</p> <p>3. Control de calidad</p>	<p>Dirigidas a los Agentes Patógenos.</p> <p>1. Difusión masiva.</p> <p>2. Expendio alcohólico.</p> <p>3. Reglamentación de establecimientos de locales de expendio alcohólico.</p>	<p>Dirigidas al agente patógeno.</p> <p>1. Enervación alcohólica.</p>	<p>Dirigidas al agente patógeno</p> <p>1. Valoraciones alternativas.</p>

Legislación

Como se mencionó en el capítulo precedente, una de las formas mediante las cuales es posible llevar a cabo una acción preventiva es a través del establecimiento de leyes, las cuales pueden tener una función normativa o una función punitiva, ya sea para promover la salud o para tomar acciones judiciales. Estas leyes a su vez, nos permiten valorar cuál es la política del estado con respecto a un problema determinado, en nuestro caso el alcoholismo, y valorar la sensibilidad que tiene hacia dicho problema.

Por otra parte, mediante el estudio de las leyes es posible ver las repercusiones que su aplicación tiene, y si con ellas se logra el objetivo que les dio su razón de ser. Es por esto que a continuación se revisarán de una manera sucinta tanto el código sanitario y el código penal y finalmente, se comentarán algunos aspectos criminológicos y victimológicos del alcoholismo.

Código Sanitario

En lo referente a la publicidad que de las bebidas alcohólicas pueden hacer los productores, el código sanitario ofrece dos artículos normativos: el 36 y el 37 que a continuación reproduzco.

Artículo 36.- La difusión de mensajes a través de las estaciones de radio y televisión previstos en el artículo 68 de la Ley Federal de Radio y Televisión y 243 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos (entre los que se incluye el alcohol), deberá realizarse dentro de los tiempos que dispone el estado, . . . La Secretaría de Salubridad y Asistencia por conducto de los organismos mencionados proporcionará el material que contengan los mensajes de que se trata, los que deberán ser difundidos distri-

buyendose dentro del horario de transmisión diaria de cada emisora, de manera que pueda llegar a los diferentes sectores del auditorio.

Artículo 37.-- No se autorizará la publicidad de bebidas alcohólicas cuando:

I. se relacione con ideas o imágenes de esparcimiento espiritual, paz, tranquilidad, alegría, euforia u otros efectos que por su contenido alcohólico se producen en el ser humano.

II. atribuya a estos productos propiedades nutritivas, sedantes o estimulantes.

III. se asocie con ideas o imágenes de mayor éxito en el amor o en la sexualidad de las personas.

IV se asocie con ideas o imágenes de centros de trabajo, de instituciones educativas, del hogar o con actividades deportivas.

V. motive a su consumo por razones de fiestas nacionales, cívicas o religiosas.

VI. haga exaltación del prestigio social, hombría o femineidad del público a quien va dirigida.

VII. se asocie con actividades creativas del ser humano.

VIII. utilice en ella como personajes a niños o adolescentes o bien la dirija a ellos.

IX. presente establecimientos llamados comúnmente centros de vicio, cualquiera que sea su naturaleza; y

X. exhiba la ingestión real o aparente de estos productos.

Así mismo, establece en el artículo 248 que los órganos de difusión comercial, al realizar la propaganda y publicidad de bebidas alcohólicas deberá combinarla o alternarla en los términos que determine el reglamento respectivo, con mensajes de educación para la salud y de mejoramiento de la nutrición popular, así como aquellos mensajes formativos que tiendan al mejoramiento de la

salud mental de la colectividad y a disminuir las causas del alcoholismo.

Código Penal

En nuestro Código Penal, en el artículo 15 fracción II se establece, entre las excluyentes de responsabilidad el hecho de hallarse el acusado en estado de inconciencia por el empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas embriagantes. De conformidad con el criterio literal que sustenta nuestro Código Penal y de conformidad con la reincidencia previa en el artículo 21 del propio código, siempre que el acto punible haya sido cometido por un delincuente en un periodo que no exceda de 10 años, existe el caso de exclusión de responsabilidad, pero tratándose de alcohólicos habituales, estaríamos en el caso previsto en el artículo 24, fracción III en que la sentencia deberá reducirse a la reclusión del toxicómano. El artículo 52 del propio código en su fracción III previene que en la aplicación de las sanciones penales se tomarán en cuenta las condiciones especiales en que se encontraba el autor del delito en el momento de la comisión del mismo y los demás antecedentes y condiciones personales que puedan comprobarse.

El artículo 68 sostiene que los locos, idiotas, e imbeciles, o los que sufren cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mental, serán sujetos a un trato preferencial por el juez penal. obviamente, dentro de este capítulo entran los alcohólicos, en cuyo caso se les debiera dejar en libertad sujetándolos a interdicción o recluirlos en establecimientos especiales.

En la fracción II del artículo 115, de acuerdo con la interpretación literal del Código Penal, se habla del empleo involuntario de sustancias.... embriagantes. De ahí podría inferirse, en lógica estricta, que el alcohólico que carece ya de voluntad

propia, independientemente del motivo que haya originado su estado, es un agente involuntario de sustancias embriagantes y por lo tanto cabe dentro de este concepto de excluyentes (Guerra, 1977).

Aspectos criminológicos y victimológicos del alcoholismo

Estudios realizados en diferentes países y por diferentes tratadistas, concluyen que el alcohol incide en la comisión de muchos de los principales delitos, tales como: homicidios, lesiones, delitos sexuales, robos, etc.. Además, también se encuentra presente en otro tipo de conductas no delictivas que atentan contra la estabilidad social tales como suicidios, disturbios, desorganización familiar, ausencias laborales, etc..

El Dr. Manuel M. Velazco Suárez sostiene que: "la mayor parte de las ofensas criminales se cometen bajo la acción del alcohol. Las muertes violentas y el crimen en nuestro medio constituyen uno de los más importantes factores de mortalidad y puede asegurarse que en más de la tercera parte de estas desgracias, la influencia del alcohol figuró como el factor determinante de mayor importancia".

Otros delitos que comunmente se presentan relacionados con la ingestión de alcohol, son los ocasionados en el tránsito de vehículos. Estos han aumentado el crecimiento de las desgracias personales y materiales de una manera alarmante, a pesar de los esfuerzos de distintos organismos, tanto públicos como privados.

Además, se relaciona con delitos sexuales, dado que el alcohol afecta la función inhibitoria de la conducta humana y es por esto que las personas, cuando se encuentran bajo su influjo, se atreven con mayor facilidad a realizar este tipo de actos.

De acuerdo con las funciones cerebrales que se vean afectadas por el alcohol, es muy posible que todo tipo de personas, tengan o no pre isposición a realizar conductas criminales, puedan cometer cualquier tipo de delitos y no solo aquellos que se han mencionado en los párrafos anteriores.

Entre los delitos en los que se puede considerar al alcohol como coadyuvante, se puede hablar de delitos que se cometen con el fin de satisfacer las necesidades que provoca la dependencia al alcohol. Debido a esto, el robo, en general empieza siendo un robo a la familia, pero puede afectar a elementos no familiares, ya que es situación común que durante la fase crónica, el alcohólico, al carecer de dinero, se dedique a sustraer objetos de su casa o de personas ajenas; también es un hecho frecuente que el alcohólico pida dinero prestado, o bien prometa prestar un servicio que no podrá desempeñar debido a su situación. Más aún, el alcohólico puede lesionar a sus familiares o a otras personas, por que no le proporcionaron dinero para mantener su ingesta alcohólica.

En cuanto a los aspectos victimológicos, dado que el alcohólico en algún momento de su evolución es incapaz de cuidarse a sí mismo, resulta ser víctima fácil en diversas situaciones. Lo común es que sea defraudado por el cantinero, compañeros de juerga o desconocidos que beben con él, taxistas, etc..

Tampoco es infrecuente que sea víctima de accidentes de tránsito u otros diversos; o que se vea envuelto en riñas.

Por último, cabe mencionar que el suicidio y el alcohol son una combinación frecuente; ya que los disturbios psíquicos ocasionados por el alcohol, junto con los efectos depresivos que ocasiona su ingesta, pueden favorecer que el alcohólico busque escapatoria a su lamentable situación y trate de suicidarse o lo logre

(Villamin, 1980).

Niveles de atención

Concepto: "es la organización de los recursos para la salud en estratos debidamente enlazados a fin de satisfacer eficaz, eficiente y oportunamente todas las necesidades de salud en una población de una área determinada" (Gonzalez G.).

Primer nivel

Al primer nivel corresponde atender a toda la población en forma continua, en donde ésta lo requiera: hogar, escuela, trabajo, centros de reunión, vía pública o consultorios médicos, para resolver sus necesidades de salud más frecuentes y no complicadas. A pesar de lo enunciado, es muy frecuente ver en la consulta médica general a algún paciente alcohólico que acude por una gastritis etílica y que, el médico general, la maneje con antiácidos y el imperativo "no tome alcohol", sin indagar más allá de la sintomatología del momento, sobre las causas del alcoholismo, e ignorando las medidas específicas que deben tomarse en el manejo de los pacientes alcohólicos.

Para este nivel se han sugerido las siguientes acciones específicas:

- Promoción de la salud mediante el reconocimiento del alcoholismo y sus riesgos.
- Protección específica mediante el reconocimiento de los tipos de bebedores y de los riesgos del beber anormal.
- Conocimiento de las técnicas psicosociales para el mantenimiento de la abstinencia.
- Reconocimiento de las raíces socioculturales del beber anormal.

Segundo nivel

Los objetivos deben ser atender a la población ocasional y episódicamente en consultorios u hospitalización de las cuatro especialidades básicas y resolver las necesidades de salud poco frecuentes o complicadas de la población que le sean referidas del primer nivel (Gonzalez C.).

Por lo contrario, en la práctica diaria vemos las camas de los Servicios de Urgencias y Medicina Interna ocupadas por pacientes alcohólicos en su mayoría, que no fueron enviados por ningún primer nivel y a los cuales se les ha solucionado su complicación alcohólica y que serán egresados sin un plan de tratamiento integral ni medidas para limitar la enfermedad y mucho menos un programa de rehabilitación. Es por esto que se requiere de un entrenamiento adecuado para el personal:

- La aplicación de los niveles de prevención correspondientes (limitación de secuelas y rehabilitación).
- La terapéutica familiar para corregir actitudes de los integrantes de la familia para con el paciente alcohólico.
- Incluso actitudes de comunidad específicas para reincorporarlos a esta.
- La investigación clínica integral de los casos individuales de alcoholismo que debe ser realizada en forma conjunta e intensa.

Tercer nivel

Finalmente, al tercer nivel de atención médica corresponde atender ocasional y episódicamente en consultorios muy especializados y en hospitales de especialidades o institutos, las necesidades de salud raras o muy complicadas de la población en una área de-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

terminada (Gonzalez C.).

Una vez más, en la práctica diaria, encontramos en las instituciones de salud mental a los pacientes alcohólicos recluidos, abandonados por sus familiares, vagando por los pasillos de los hospitales, sin un programa de rehabilitación adecuado para su estado de enfermedad.

Por eso se hace necesario en este nivel de atención que los investigadores de todas las áreas, la familia y la comunidad estudien, planeen y realicen nuevos esfuerzos para evitar el ingreso de mayor número de casos a estas instituciones mediante medidas llevadas a cabo en los primeros niveles de atención.

En cada uno de los niveles de atención se requiere personal que vea a los alcohólicos no como un "ebrio insolente", sino como un enfermo que requiere de atención farmacológica sí, pero también una gran dosis de ayuda de equipo ya que es producto de una educación, de la sociedad que lo ha llevado a este desequilibrio.

También es importante la docencia ya que ésta contribuirá a la disminución en la incidencia de la patología; ahora bien, ésta debe ser adecuada a cada nivel de atención pero siempre enfocada a la prevención de la enfermedad y a la modificación de la evolución desfavorable del alcoholismo.

Es así mismo indispensable el llevar registros correctos, pues con los que contamos, aún no siendo los más adecuados, nos han indicado la gravedad del problema. Estos registros se deben elaborar con una metodología epidemiológica orientada a este padecimiento, para permitir el progreso en la programación, realización y evaluación de las medidas de salud pública dirigidas a combatir el grave problema del alcoholismo.

Conclusiones

Según lo expuesto y de acuerdo a la información recabada en relación a diversos aspectos del alcoholismo; podemos concluir que dista mucho para conocer cabalmente el problema, mismo que se presenta desde que se intenta definir el fenómeno del alcoholismo.

El vacío de información existente a este respecto no imposibilita, aunque si limita, las soluciones que se le puedan dar y, en algunos casos, la falta de información conducirá, necesariamente, a la toma de medidas erróneas.

La falta de información epidemiológica adecuada es consecuencia de: las diferencias metodológicas de los estudios realizados; la diversidad de criterios operativos utilizados y la pobre confiabilidad de algunos de ellos. Es necesario para un futuro próximo, la unificación de los criterios operativos, la estandarización de las metodologías y la realización de estudios prospectivos que nos brinden una visión longitudinal del alcoholismo en nuestro país. Mas sin embargo, a pesar de lo parcial de la información que sobre alcoholismo tenemos en México, no resulta atrevido decir que en cuanto a su distribución; abarca a todo el país y que por su frecuencia; resulta uno de los principales problemas de salud en México y el mundo, incidiendo como uno de los factores primordiales que limitan el desarrollo y la productividad cabal en lo socioeconómico, y no solo esto, ya que además distrae importantes recursos materiales y humanos en los intentos de darle solución y para afrontar sus múltiples complicaciones.

Hasta el momento, se carece de acciones preventivas específicas debido a la complejidad con la cual se interrelacionan los tres factores que originan el alcoholismo (agente, hésped y me-

dio ambiente), y a la pobre caracterización de los mismos. Se requiere de un conocimiento más completo para poder modificarlos favorablemente, con una efectividad mayor a la actual; por ahora y aunque parezcan insuficientes, deben instrumentarse las medidas necesarias para poner en marcha las acciones preventivas ya señaladas.

Una vez que la enfermedad rebasa el horizonte clínico, se dificulta la modificación de su evolución desfavorable, como consecuencia de la diversidad conceptual que existe de este fenómeno y, sobre todo, a la escasa conciencia que tienen los profesionales de la salud de primer contacto (médicos generales, médicos familiares, internistas, cirujanos, etc.).

Aquí es necesario hacer énfasis en la importancia de la educación médica continua, que permita a los médicos de primer contacto detectar, resolver y/o canalizar adecuadamente los principales problemas de salud pública como el alcoholismo.

Hay que enseñar que el alcoholismo es una enfermedad que se padece individual y socialmente, en lo individual, ya se puntualizó a lo largo de la presente, las vicisitudes del alcohólico, ejemplificadas en una viñeta clínica y la descripción del mundo existencial del alcohólico. En lo social, mediante el efecto deletéreo que conlleva la interacción del alcohólico con su medio: familiar, laboral, escolar, etc..

Es por esto último que el alcoholismo rebasa el campo de la clínica, desbordándolo y dando pautas para una intervención más amplia, involucrando aspectos legales, sociales, psicológicos, familiares, culturales, etc.. Esto es, se requiere que el estudio clínico minucioso se enriquezca y enriquezca al estudio multidisciplinario de este fenómeno.

Para dar respuesta al alcoholismo se debe involucrar tanto a los profesionistas responsables de plantear las soluciones como a la comunidad que lo genera y lo padece ya que de no hacerse así, no habrá solución posible. Solo de esta manera se podrán instrumentar las medidas preventivas pertinentes, algunas de las cuales se mencionaron en el capítulo correspondiente.

Los grupos multidisciplinarios no deben limitarse a trabajar con la comunidad ya que también es su tarea sensibilizar a las autoridades gubernamentales; para que estas vigilen el cumplimiento de las leyes vigentes, ya que en el caso del Código Sanitario, en lo referente al artículo 37 mencionado con anterioridad, no se respeta, y más aún se requiere la actualización de nuestras leyes, las cuales en este campo resultan ya insuficientes a la luz de los conocimientos actuales.

En fin, es necesario que se establezcan programas permanentes de investigación (epidemiológica, básica, clínica, antropológica, social, económica, política, etc), que aborden este problema en una forma tal que permita realizar acciones sobre cada uno de los aspectos y etapas que lo determinan. Para esto también se necesita una administración coherente que optimise los recursos materiales y humanos existentes en base a objetivos realistas, entre los cuales debe ocupar un lugar preponderante la promoción de la salud; creando fuentes de trabajo y favoreciendo el desarrollo sociocultural.

Bibliografía

- 1.- ACEVES, D. Et. al. Epidemiología de la cirrosis en la población derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicio Social de los trabajadores del Estado. Salud Pública de México. México, D.F. (1975) Vol. XVII. Pág. 453-458.
- 2.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington E.U.A. Tercera edición, 1980.
- 3.- BOGANI, E. El alcoholismo enfermedad social. Ed. Plasa Jones Madrid, España (1975), Pág. 152.
- 4.- BUSTAMANTE, M. E. El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas. Gaceta Médica de México. México; D.F. (1974) Vol. 107, Pág. 227-254.
- 5.- CABILDO, H.M. Et. al. Encuestas sobre patología de las familias. Tesis para obtener la maestría en Salud Pública. México, D.F. (1958).
- 6.- CABILDO, H.M. Consideración epidemiológica del alcoholismo en la República Mexicana. Salud Pública de México. México, D.F. (1965) Pág. 21-24.
- 7.- CABILDO, H.M. Encuestas para detectar trastornos psiquiátricos. Higiene. México, D.F. (1967) Vol. 1, Pág. 115.
- 8.- CABILDO, H.M. Panorama epidemiológico del alcoholismo. Rev. de la Facultad de Medicina. México, D.F. (1972) Vol 15, Pág. 115.
- 9.- CAHALAN, D. Et. al. American drinking practices: a national study of drinking behavior and attitudes. Rutgers Center of Alcohol Studies. New Brunswick, N.Y. (1969) Monograph No. 6.
- 10.- CALDERON, N. Guillermo. El alcoholismo problema médico y social. Gaceta Médica Mexicana. México, D.F. (1972), Vol. 116, No.

- 11.- CAMPILLO, S.C.; Medina Mora, M.E. Evaluación de los problemas y de los programas de investigación sobre el uso de alcohol y drogas en México. Salud Pública de México. México, D.F. (1978) Vol. XX Pág. 733-743.
- 12.- CARO, G. La medicina impugnada. Política Sanitaria Española. Ed. Loia. 1972, Pág. 204-208.
- 13.- CASO, M.A. Psiquiatría. Ed. Limusa, 1979. Pág. 411-422.
- 14.- CENTRO MEXICANO DE ESTUDIOS EN FARMACODEPENDENCIA. Fármacos de abuso prevención, información, farmacología y manejo de intoxicaciones. México, D.F. Editado por C.E.M.E.F, 1976.
- 15.- CODIGO SANITARIO Y SUS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS. Leyes y código de México publicado en el Diario Oficial de la Federación. México, D.F. 15. Ed. Porrúa. Pág. 793-794.
- 16.- CORMILLOT, A. Alcoholismo y trabajo. Revista Argentina de Obesidad y Alcoholismo. Buenos Aires, Argentina (sept. 1976) No. 1.298.967. Pág 8-9.
- 17.- CORMILLOT, A. Planificación de un programa para alcoholismo. Rev. Argentina de Obesidad y Alcoholismo. Buenos aires, Argentina. (septiembre, 1976) No. 3, Pág. 17-20.
- 18.- DAJER, F. Et. al. Consideraciones sobre la epidemiología de la Cirrosis Hepática Alcohólica en México. Revista de Investigación Clínica. Inst. Nal. de la Nutrición. México, D.F. (1978) Vol. 30, Pág. 13-28.
- 19.- Dirección de Salud Mental y Dirección de Bioestadística. Primera investigación de enfermos Neurológicos y psiquiátricos. Publicaciones de la S.S.A., México, D.F. (1960).
- 20.- Ey, H. Tratado de psiquiatría. Barcelona, España. Ed. Toraymasson, s.a. (1978). Pág. 359-368.

- 21.- GONZALEZ, C.E. Los Niveles de Atención Médica. Publicaciones técnicas de Medicina Preventiva y Social E. Nac. de Medicina UNAM, Cd. Universitaria, D.F. Pág. 10.
- 22.- Guerra, G.A. EL alcoholismo en México. México, D.F. Ed. Fondo de Cultura Económica. 1977. 176 pp Vol. 73 Colec. Archivo del Fondo.
- 23.- IBARRA, I.G. Et. al. La participación de la comunidad en la lucha contra el alcoholismo. I. Convención Nacional de Salud. México, D.F. (1973).
- 24.- JIMENEZ, N.R. Muertes en hechos de tránsito. Salud Pública de México. México, D.F. (1975) Vol. XVII. Pág. 777-792.
- 25.- MACCOBY, M. El alcoholismo en una comunidad campesina. Rev. Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. (1975) Vol. 1 Pág. 63-64.
- 26.- MARCONI, J. Definiciones básicas. En Epidemiología del Alcoholismo en América Latina. Ed. Horwetz, J; Marconi, D; Adi, C: Buenos Aires. (1976).
- 27.- MEDINA-MORA, M.E. Et. al. Estudios epidemiológicos sobre el consumo de fármacos en el Distrito Federal y en la Ciudad de La Paz, B.C. Reportes especiales C.E.M.E.F. México, D.F. (1976).
- 28.- MEDINA-MORA, M.E. Et. al. El consumo de alcohol en la población del Distrito Federal. Salud Pública de México. México, D.F. (1980) Vol. XXIII Pág. 281-288.
- 29.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, División de Salud Mental. Compendio de las conferencias presentadas en el Congreso Internacional sobre alcoholismo y farmacodependencia. Tegucigalpa, Honduras (1979), Vol. I y II.
- 30.- PARRA, A. de la. Et. al. Estudios Epidemiológicos sobre el

consumo de fármacos en las ciudades de Puebla y San Luis Potosí. Reportes Especiales C.E.M.E.P., México, D.F. (1976).

31.- PATIÑO, J.L. Psiquiatría Clínica. Ed. Salvat, 1980, México, D.F. Pág. 309-314.

32.- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Compendio de estadísticas vitales en México. Subsecretaría de Planeación. Dirección General de Bioestadísticas. México, D.F. (1975).

33.- SILVA, M.M. Alcoholismo y accidentes de tránsito. Salud Pública de México. México, D.F. (1972) Vol XIV Pág. 809-827.

34.- TERROBA, G Et. al. Estudio Epidemiológico sobre el consumo de fármacos en la ciudad de Mexicali, B.C. Reportes especiales, C.E.M.E.S.A.N. México, D.F. (1978).

35.- TERROBA, G. Et. al. Aspectos Psicosociales del Suicidio en México, D.F. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, D.F. (1980).

36.- VELASCO, A.J. Epidemiología del Homicidio en el Distrito Federal. Publicación del Círculo de Estudios Polanco. México, D.F. (1958).

37.- VELASCO, F.R. Alcoholismo Mesa Redonda. Revista de la Facultad de Medicina. Cd. Universitaria, México, D.F. (1976) VolXIX, año 19, No. 11-12, Pág 6-27.

38.- VELASCO, F.R. El Alcoholismo como Enfermedad. III Congreso Mexicano de Psicología Clínica. Guadalajara, Jal. (1980), Pág. 5.

39.- VILLAMIL, P.R. Et. al. El alcoholismo en el Distrito Federal: un enfoque Socio-Ecológico. Serie de Intercambio UNAM, México, D.F. Publicaciones E.N.E.P. Acatlán (1980), Pág. 158.