

11226 49
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR
UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ
I. S. S. S. T. E.

DETECCION DE ALCOHOLISMO EN EL PERSONAL MEDICO DEL ISSSTE Y SU ACTITUD ANTE PACIENTES ALCOHOLICOS

TESIS CON
FALLA DE ORIENT

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO

EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ

ASESOR DE TESIS:

PSICOTERAPEUTA BERTHA BOSCHETTI FENTANES.
PSICOLOGA CLINICA, TUTOR DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR.

EN LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ - ISSSTE

MEXICO, D.F.

ENERO 1992



ISSSTE



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
I.- MARCO TEORICO	1
Ia PROBLEMA	35
Ib JUSTIFICACION	35
Ic IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	36
Id LIMITACIONES DEL ESTUDIO	36
Ie OBJETIVOS	36
II.- MATERIAL Y METODOS.	
1.- MODELOS	37
2.- POBLACION	37
3.- TAMARO DE LA MUESTRA	37
4.- CRITERIOS DE INCLUSION.....	37
5.- CRITERIOS DE EXCLUSION.....	37
6.- CRITERIOS DE ELIMINACION.....	38
7.- TECNICAS E INSTRUM. DE EVALUACION.....	38
8.- PROCEDIMIENTOS.....	41
III.- ANALISIS DE RESULTADOS	42
GRAFICAS	44
CONCLUSIONES.....	54
IV.- ANEXOS	56
V.- BIBLIOGRAFIA	59

ALCOHOLISMO

INTRODUCCION:

El uso inmoderado de bebidas alcohólicas crea muchos problemas en la sociedad moderna y su importancia social puede juzgarse por el constante interés que por dicho tema han puesto las publicaciones contemporáneas, tanto literarias como científicas.

Estos problemas se dividen en tres categorías: psicológicas, médicas y sociológicas. El problema psicológico trata de resolver esta pregunta: ¿Por qué una persona bebe en exceso, a menudo con pleno conocimiento de que tal actitud le perjudica físicamente, además de causarle un daño irreparable a su familia?

El problema médico abarca a todos los aspectos de la enfermedad que resultan del abuso del alcohol. El problema sociológico comprende los perjuicios sobre la familia, el trabajo del paciente y la sociedad.

Los diversos problemas ocasionados por el alcoholismo no pueden separarse unos de otros y, por lo tanto, el médico debe conocerlos con todo detalle y amplitud. Sus servicios pueden solicitarse tanto para ayudar al paciente dominado por la tendencia alcohólica, como para diagnosticar y tratar los numerosos trastornos a que está expuesto.

Con frecuencia es necesario enviar al paciente a un hospital general o en ocasiones a un hospital psiquiátrico, según la naturaleza del trastorno clínico que presente debiendo hacerse la canalización en forma adecuada. Por último deberá solicitarse la ayuda de los servicios sociales, si el paciente o su familia así lo requieren.

No se necesita forzar mucho la imaginación para concebir los estragos producidos por el alcoholismo tales como: disminución de la producción, aumento en los accidentes y crímenes, enfermedades físicas y mentales, así como disolución de las familias.

El alcoholismo ha sido definido como un padecimiento crónico, como un trastorno de la conducta, caracterizado, en cualquier caso, por la ingestión de bebidas alcohólicas en forma repetida e intensa que sobrepasa las costumbres sociales de beber de la comunidad y llega a interferir con las relaciones interpersonales, la salud del bebedor y su situación económica, así como su estatus social.

Desde un punto de vista farmacológico, se trata de una adicción al alcohol. El alcoholismo es un síndrome caracterizado por una adicción física y psicológica al alcohol, presentándose el fenómeno de la tolerancia a la substancia y síntomas en relación al período de abstinencia.

La causa del alcoholismo se desconoce, las observaciones más recientes indican una influencia genética en el desarrollo del alcoholismo, además de los factores socioculturales y psicológicos.

ALCOHOLISMO

DEFINICION:

El Dr Marc Keller, de la Universidad de Rochester propone:

"El Alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta, caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta un punto que excede a lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales, y con su capacidad para el trabajo". 2, 27

La Organización Mundial de la Salud anuncia:

"El alcoholismo es una enfermedad progresiva caracterizada por una pérdida del control sobre el consumo de alcohol, que puede dar lugar a una amplia variedad de manifestaciones biomédicas y de conducta"

No existe acuerdo sobre una definición precisa; la variabilidad entre los pacientes es considerable. La OMS diferencia entre los siguientes estados, que pueden coexistir o no:

- 1.- Síndrome de dependencia del alcohol. Es un estado psíquico y habitualmente físico, que se caracteriza por respuestas de conducta que siempre incluyen un impulso para tomar alcohol de manera continua o periódica, para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar la molestia de su ausencia. Puede existir o no tolerancia.

- 2.- Bebedores problemáticos. Son aquellas personas que ocasionan o experimentan peligros mentales, físicos o sociales significativos al beber.

- 3.- Grandes bebedores. Esta categoría está definida por los hábitos de bebida de la mayoría de la población e incluye a las personas que beben significativamente más que sus semejantes. Puede haber dependencia, daño o ambos. 26

En la opinión de alcohólicos anónimos:

"El Alcoholismo es una enfermedad progresiva, espiritual y emocional (o mental), al igual que física. Estos parecen haber perdido el poder para controlar la conducta de beber.

El Dr. Griffit Edwards, señala que el término alcoholismo se ha empleado de muchas maneras diferentes durante más de un siglo, y aunque algunas autoridades todavía quisieran limitar su significado (quizás solamente a un daño grave o reiterado, o solo a la adicción), los usos se han vuelto tan inciertos y conflictivos que tratar de precisar más el significado del término sería un esfuerzo un tanto inútil, siendo necesario, en todo caso un término de significado amplio:

"Alcoholismo se refiere al daño en la salud de un individuo o en el deterioro de su adaptación social y familiar, -- provocado por el consumo de alcohol, ya sea ese daño agudo o crónico. 29

El Dr. Luis Patiño hace las siguientes connotaciones:

"Alcoholismo agudo, es simplemente la embriaguez a secas, aunque, claro es, de intensidad variable" 30

"Y el término alcoholismo crónico, que es el único verdadero, es el consumo de bebidas alcohólicas como un fenómeno rigurosamente ligado a las costumbres y al medio social, en el que el enfermo se embriega en forma crónica por necesidad patológica". 30. Lo que sigue confundiendo al clínico es la ignorancia de los grados de alcoholismo:

Todo el mundo sabe que el enfermo alcohólico exhibe problemática en los campos familiar, laboral y social. En plan operacional y basado en la capacidad laboral, se enuncian -- los cuatro grados siguientes:

Alcoholismo grado I: Ingesta frecuente hasta la embriaguez, con poca o ninguna repercusión en el trabajo. Las fallas, siempre pequeñas, son de tipo subjetivo. Lo que importa es que este alcohólico se embriega sin motivación alguna de tipo social.

Alcoholismo grado II: Ingesta frecuente hasta la embriaguez con inasistencia esporádica al trabajo y disminución en el rendimiento laboral. Las fallas son ya gruesas y de tipo objetivo.

Alcoholismo grado III: Ingesta diaria hasta la embriaguez, con inasistencia progresiva al trabajo. El rendimiento es -- prácticamente nulo.

El despido es la consecuencia necesaria.

Alcoholismo grado IV: Ingesta diaria y continua. El estado de embriaguez es permanente. La única actividad del enfermo gira en torno a la botella. Hay incapacidad absoluta para to do tipo de trabajo.

Epidemiología.

En México las estadísticas no son totalmente confiables, sin embargo algunas de ellas señalan lo siguiente:

-Para 1970 había 5 alcohólicos por cada mil habitantes.

-Entre la población de burócratas se reportó una cifra de 7 por mil habitantes.

-Para 1980 y con una población de 70 millones de habitantes, se calculaba que había alrededor de 3 millones de personas mayores de 18 años con problemas de alcoholismo.

-Se calcula que, de los accidentes automovilísticos graves, el 88% se debe al conductor, siendo el 44% debido al alcoholismo del individuo.

-El 90% de los delitos por homicidio (por lesiones o riña) uno o dos de los contendientes se encontraban en estado alcohólico. 2

-Para 1986 se calculaba un 30 a 40% de abstemios en la población de mayores de 14 años, 3, 5. Sin embargo, las tasas de problemas sociales son elevadas, observándose divorcios, intentos de suicidio y suicidios consumados, ataques a las vías de comunicación, sujetos delincuentes detenidos y sentenciados que cometieron alguno de estos actos en estado de ebriedad. 3

-Para la década de los 80s la bebida de mayor producción y consumo era la cerveza, con un 71.48% y 16.39% respectivamente. Que relacionadas al consumo de países como Finlandia, Suecia y Noruega eran superiores, más o menos similares a las de EUA e inferiores a las de Francia Portugal, España e Italia, que son países tradicionalmente consumidores de vino. 3

Las tasas de muertes por cirrosis hepática alcohólica (20 x 100,000 habitantes), se han mantenido constantes en las últimas décadas mientras que el consumo per cápita de alcohol se incrementó, esta contradicción, entre el hecho de que se presentan aumentos en el consumo y no se registran aumentos concomitantes en estos decesos, se ha prestado a un número considerable de explicaciones, entre ellas la omisión o dificultad para el diagnóstico de alcoholismo, por parte del médico. 3

-En cuanto a la morbilidad, en el primer nivel de atención médica la presencia del alcohol como causa del padecimiento no es registrada adecuadamente. En el segundo nivel los porcentajes son bajos ya que solo se registran los rubros de "alcoholismo" y "síndrome de dependencia al alcohol", no incluyendo a otros como serían las gastritis crónicas, las úlceras y la cirrosis con mención de alcohol. 3

-En el tercer nivel de atención, comprendido por los hospitales psiquiátricos, las cifras son elevadas ya que los casos atendidos se presentan con padecimientos en un estado avanzado como "psicosis alcohólica" por ejemplo, y se regis--

tran como diagnóstico único. 3

Las tasas de suicidio en México son bajas comparadas con otros países, variando entre 3.5 y 2.5 x 100,000 habitantes, de estos casos los que se llevaron a cabo bajo el efecto del alcohol fueron el 5%.3

En otra serie, se menciona que el suicidio es una de las causas más comunes de muerte entre personas alcohólicas; de una muestra de 80 suicidios consumados en sujetos mayores de 14 años en 1980, 44 casos de acuerdo al estudio serológico tenían alcohol en sangre, 9% equivalente a un estado de ebriedad comatosa, 43% al de una intoxicación aguda, 27% al de un estado de ebriedad completa, 20% al de un estado de ebriedad incompleta.

La mayoría (59%) provenía de un nivel socioeconómico medio bajo, la edad promedio fué de 34 años, el 43% estaban -- casados, el 31% solteros, el 95% bebía en días hábiles, el 79% necesitaba beber por la mañana, el 68% expresaba descontento y ansiedad cuando faltaba la bebida, el 58% preferían beber que comer, el 53% necesitaba aumentar la ingestión para tener los mismos efectos, el 53% bebía lo que estuviera a su alcance sin importarle la marca o el tipo de bebida. El 89% eran hombres y un 11% mujeres. De los cuarenta y cuatro casos el 68% se encontraba ebrio en el momento del suicidio con mas de 150 mg/100 ml. de alcohol en sangre. 4

Para 1986 del total de personas que acuden a los servicios de urgencias, ocupan un 14.7% los que se hallan en estado de ebriedad, 34.4% de sujetos asaltados y golpeados, y un 24% de los que se habían caído entraban en esta categoría. En cuanto al sexo, el masculino alcanzó un 95%. el 80% de accidentes le ocurrieron a personas entre los 14 y los 34 años. Los accidentes que ocurren con mayor frecuencia son las riñas los golpes, los asaltos, y las caídas. Los meses de mayor consumo y por consiguientes de mayor riesgo son diciembre, noviembre y enero. 5

En los Estados Unidos para 1988 hay 28.6 millones de hijos de alcohólicos, es decir uno de cada ocho americanos, de ellos 6.5 millones son menores de 18 años quienes diariamente expresan aprensión, incertidumbre y problemas, los cuales resultan del abuso alcohólico parental.

22 millones son adultos quienes pueden continuar o bien padecer las consecuencias negativas por tiempo permanente -- causadas por vivir en una familia alcohólica.

Se señala la predisposición genética; los hijos de alcohólicos tienen cuatro veces más probabilidades de llegar a ser alcohólicos que otros jóvenes.

Las hijas de madres alcohólicas tienen tres veces más probabilidad de llegar a ser alcohólicas y los nietos de abuelos alcohólicos tienen tres veces mas el mismo riesgo. Si -- las hijas de alcohólicos se llegan a casar con un hombre alcohólico pueden perpetuar el círculo en futuras generaciones.

Mientras que no todos los hijos de alcohólicos desarro-
llan o llegan a ser alcohólicos, los investigadores reportan
que ellos tienen más probabilidades de tener problemas físi-
cos, mentales y emocionales que otros; dolor abdominal, cefa-
lea, debilidad, problemas de sueño, tics, enuresis, náusea,
asma, problemas sensoriales, alergias, anemia, calosfríos, -
tos, sobrepeso o peso bajo, accidentes, admisiones hospitala-
rias, exámenes psiquiátricos, depresión ansiedad, pesadi-
llos, fobias sentimientos de inseguridad, despedo emocional,
dependencia y agresión social, problemas de conducta y cogni-
ción escolar, etc. 7

En otro estudio se propone una teoría para enfatizar los-
eventos genéticos y ambientales, en el desarrollo del alcohó-
lismo.

Se exploraron 31 hijos de padres alcohólicos, dividiendo-
los en alcohólicos tipo I y alcohólicos tipo II basados en-
características clínicas y perfiles de la personalidad.

El tipo I caracterizado por un inicio de alcoholismo o --
tratamiento después de la edad de 25 años en hombres o muje-
res en quienes la problemática del alcohol es relativamente
leve, con la ocurrencia rara de alcohol relacionado a violen-
cia o arrestos, con un rasgo de personalidad de alta depen-
dencia, son más cautos, más inhibidos, con mayor probabili-
dad de preocuparse, más susceptibles a la fatiga, pero tam-
bien tienden a ser ordenados, reservados, reflexivos y tener
una conducta rígida.

Los tipos II caracterizados por un inicio temprano de pro-
blemas relacionados al alcohol, una historia de violencia --
sin o con el alcohol y un mayor involucramiento con las dro-
gas. Su perfil de personalidad muestra una necesidad de apro-
bación social, un alto nivel de energía, confianza, una --
pérdida de inhibición que raramente conduzca a evitar el da-
ño y un alto nivel de búsqueda de aventuras.

Los resultados fueron inconsistentes, la prueba ideal ten-
dría que evaluar simultáneamente factores genéticos, rasgos-
de la personalidad y sistemas neuroquímicos todos ellos re-
lacionados a el curso clínico del alcoholismo. 6

Para 1989 e los EUA según la NIAAA y la Academia de Inves-
tigación comunitaria, hay 10.4 millones de alcohólico, 7.1
millones de hombres y 3.3. millones de mujeres. 8

En un estudio sobre 424 estudiantes; 271 fueron mujeres y
153 hombres con edades entre los 16 y 19 años, se encontro -
que la prevalencia de desordenes depresivos mayores fué de--
6.8%, de abuso de alcohol de 8.2% y de abuso de drogas 9.4%.
El abuso de alcohol estuvo asociado con los desordenes depre-
sivos mayores pero no con otros diagnósticos psiquiátricos.9

En los viejos se ha estudiado la relación entre consumo -
alcohol y estatus social, psicológico y cognoscitivo; en una
muestra de 270 personas sanas, hombres y mujeres, con una e-
dad promedio de 65 años, se encontró que el 48% de la mues--

tra recordaba una dieta de consumo de alcohol en forma moderada durante tres días consecutivos, con un porcentaje de 8% que ingería alcohol hasta 30gr. o más diariamente.

Mas sin embargo no hubo cambios adversos en el nivel psicológico, social o cognoscitivo, siendo similares a las de las poblaciones de jóvenes. 10

También en EUA, según la asociación psiquiátrica americana, el 10% aproximadamente de la población adulta abusa del alcohol, el abuso es más alto en las poblaciones de jóvenes; el 87% de los estudiantes de la escuela superior han probado el alcohol, siendo los nativos americanos, los hispanos, los negros y la juventud irlandesa - americana los de mayor riesgo para desarrollar alcoholismo mientras que los judíos y los italoamericanos están relativamente protegidos.

El riesgo de desarrollar la enfermedad si uno de los padres es alcohólico es 2.5 veces mayor al riesgo de la población en general.

Los que trabajan en industrias de fabricación o expedición de bebidas alcohólicas tienen un riesgo aumentado.

Las mujeres por debajo de los 30 años de edad y que son miembros de profesiones sanitarias tienden a ser adictas a otras drogas, además del alcohol. 27

En Singapur se realizó un estudio para evaluar los modelos de beber y los problemas relacionados con su uso en estudiantes de la Universidad de Singapur en 1988, reportando baja incidencia en el uso de alcohol así como exhibición negativa con su uso, cuando los datos se compararon con EUA e Israel, los de Singapur mostraron un rango estadísticamente más bajo de problemas de conducta relacionados al alcohol. 11

Para finalizar mencionaremos las comparaciones entre consumo de bebidas alcohólicas por parte de las mujeres mexicanas con respecto a las norteamericanas durante el embarazo:

El 80% de las mujeres norteamericanas reporta consumo de alcohol en los últimos doce meses contra el 48% de las mujeres mexicanas.

Las mujeres norteamericanas en edad reproductiva (18 a 49 años) reportan consumo más elevado que el observado después de los 50 años (83% contra 67%), mientras que las mujeres mexicanas tienen un consumo constante, independientemente de la edad (48%).

El 54% de las mujeres norteamericanas reportan consumo -- por lo menos una vez a la semana, contra el 7% de las mexicanas.

El 7% de las mexicanas reportan consumo intoxicante (consumo de 200 ml. o más de alcohol en ocasión de mayor consumo en el último mes), mientras que las norteamericanas no reportan episodios de esta naturaleza.

Durante el embarazo el consumir alcohol se relaciona con la presencia de sangrado, aborto, muerte fatal, infección --

neonatal, alteraciones en el crecimiento y desarrollo fetal, prematuridad bajo peso al nacer y parto pretérmino. 17

ETIOLOGIA

La causa eficiente y necesaria para que se produzca esta enfermedad es la ingestión frecuente de bebidas alcohólicas hasta un cierto grado de intoxicación. Debe de haber factores constitucionales u otros relacionados con la tolerancia individual, por que no todos los individuos se hacen alcohólicos en el mismo tiempo y con las mismas cantidades.

El problema de la etiología del alcoholismo se desplaza a establecer cuales son las causas que determinan esta intoxicación alcohólica repetida.

Es evidente que en muchos casos el alcoholismo esta relacionado con la neurosis o la psicosis. Los pacientes neuróticos, psicóticos, o oligofrénicos y esquizofrénicos, buscan el alcohol por su acción depresora del sistema nervioso del sistema nervioso y por la euforia que suele producir.

La escuela psicoanalítica interpreta el deseo de beber como expresión de una neurosis y como una persistencia de la fase oral.

Es posible que fuera de alteraciones nerviosas, existan causas de naturaleza cultural o costumbrista que por sí solas pudieran determinar el hábito immoderado y luego el alcoholismo. Esto se presenta tanto en los grupos económicamente favorecidos como en las clases pobres.

Los experimentos en animales han demostrado que existen causas genéticas y nutricionales que modifican el deseo de ingerir alcohol. Especialmente la falta de algunas vitaminas del complejo B producen un aumento del consumo del alcohol. Esto abre la posibilidad de que el alcoholismo puede ser una forma de compensación calórica a ciertos estados carenciales. En contra de esto esta el hecho de que la enfermedad se presenta también en grupos bien alimentados.

Hasta el momento, se ha visto, en base a una larga serie de investigaciones efectuadas con todo rigor en diferentes campos de la fisiología, que no dispone de pruebas de que un factor único sea capaz de desencadenar el alcoholismo y que todo defecto genético, fisiológico, y metabólico y nutricional necesita de otros factores como los psicopatológicos o los socioculturales para adquirir importancia como precipitante del alcoholismo.

El Dr. Plot indica que los individuos que mayores probabilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que tienen las tres peculiaridades siguientes:

1.- Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma. Quizá determinada fisiológicamente, que les permite experi--

mentar intenso alivio y relajación .

2.- Poseen ciertas características de la personalidad que les impiden enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.

3.- Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

En base a estudios psicológicos y psicopatológicos de orden clínico, la característica más común y predominante de los individuos alcohólicos es ser personas neuroticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, tendiendo al aislamiento, dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y -- que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad.

Si, con base en estudios epidemiológicos, se observa la influencia que pudieran tener ciertos factores personales sobre la frecuencia del alcoholismo, se hace patente que no existe relación directa entre éstos y la presentación del alcoholismo, que es una entidad patológica que no respeta niveles socioeconómicos, grados de escolaridad, preparación académica, inteligencia, sexo, ni edades a partir de la adolescencia. 1, 2, 6, 7, 27, 28.

FARMACOLOGIA Y METABOLISMO

Clasificación:

Las bebidas alcohólicas se clasifican en tres grupos:

- a) Bebidas fermentadas las que se obtienen como bebida alcohólica resultantes de la fermentación alcohólica del producto o sustancias que sirven de base para la fabricación de la mencionada bebida.
- b) Bebidas destiladas: Aquellas que se obtengan por destilación de líquidos fermentados que se hallan elaborado a partir de productos vegetales en los que la totalidad o una parte de los azúcares fermentables provenientes de los hidratos de carbono que contienen, hallan sufrido como principal fermentación la alcohólica siempre y cuando el destilado no halla sido rectificado de tal manera que quede privado de los productos formados durante la fermentación y destilación, y que son característicos de cada bebida durante la fermentación y destilación, se podrán añadir productos vegetales como aromatizantes, cuando la bebida a obtener así lo requiera.
- c) Licores: e los productos elaborados a base de bebidas alcohólicas destiladas o mezcladas de espíritu neutro, alcohol étílico puro y agua, en ambos casos aromatizados.

En cuanto a su contenido alcohólico:

- 1.- Bebidas de moderación o bajo contenido alcohólico, los fermentados que tendrán un contenido inferior a 6º GL.
- 2.- Bebidas de temperancia o de contenido alcohólico medio, las que tengan de 6.1º a 11.0º GL.
- 3.- Bebidas de alto contenido alcohólico, aquellas que sobre pasen a 11.0º G.L. hasta 55º GL.

Con graduación mayor de 55º GL. de contenido alcohólico, el producto se considera como alcohol no potable y no se autoriza como bebida.

Los contenidos alcohólicos se entenderán como referidos a la escala Gay Lussac o sea, alcohol por ciento en volumen a 15º centígrados, siendo la abreviación GL.

Entre los alcoholes más usados como bebidas se encuentran el etílico, el metílico, el propílico y el butílico. El menos dañino, tanto a nivel físico como psicológico, es el alcohol etílico, es decir el derivado de frutas como son, por ejemplo los vinos de mesa y el coñac.

Un segundo tipo de alcohol ya más perjudicial por su fórmula química, es el propílico proveniente de la destilación de granos como son el whisky y el vodka.

Un tercer tipo de alcohol aún más nocivo, es el butílico, derivado de tallos y hojas de plantas, como por ejemplo, el aguardiente de caña, el tequila, el mezcal, el sake.

Por último, el alcohol metílico es un intenso tóxico general que produce atrofia del nervio óptico.

En nuestro medio, desgraciadamente es muy elevado el consumo de alcohol butílico y si acaso propílico y se consume muy poco alcohol etílico porque es caro.

El alcohol se absorbe sin alterarse tanto del estómago como del intestino delgado. Su presencia puede ser demostrada en sangre 5 minutos después de su ingestión, y la máxima concentración se alcanza en 30 a 90 minutos. Ingestión de leche y alimentos grasosos impide la absorción del alcohol por el intestino, por lo contrario el agua la facilita. El alcohol circula principalmente en el plasma y penetra a los diversos órganos del cuerpo, así como el líquido cefalorraquídeo, la orina y al interior de los alveólos pulmonares, en concentraciones que guardan una relación constante con la de la sangre. La eliminación del alcohol se lleva a cabo por oxidación a dióxido de carbono, y se pierde menos del 10% a través de los pulmones, la piel y los riñones. La energía liberada por la oxidación es equivalente a 7 kcal./g.

El metabolismo del alcohol se lleva principalmente en el hígado, donde varios sistemas enzimáticos pueden oxidar alcohol independientemente. El más importante es el sistema del alcohol deshidrogenasa (ADH) que se encuentra en el citoplasma del hepatocito y que utiliza como cofactor nicotinamida y adenina (NAD). La segunda vía para oxidación del alcohol utiliza catalasa, que se encuentra en los peroxisomas y las mitocondrias y una tercera utiliza el sistema oxidativo microsomal del etanol (SOME), localizado en los microsomas del retículo endoplasmático. El acetaldehído se convierte en acetil coenzima A y acetato por acción de la acetaldéhido deshidrogenasa, que se encuentra en la mitocondria del hepatocito (esta reacción también requiere de NAD como cofactor), y estos últimos son metabolizados por vías bien establecidas hasta obtener dióxido de carbono y agua.

En la práctica se acepta que una vez que se ha terminado la absorción y se ha logrado un equilibrio con los tejidos, el alcohol etílico es oxidado a un ritmo constante, en forma independiente de su concentración en la sangre (más o menos 150 mg. de alcohol/Kg. de peso corporal por hora, o aproximadamente 1 onza de Whisky con contenido alcohólico de 90%; o bien, de 10 a 11 oz. de cerveza por hora).

Realmente se quema mayor cantidad de alcohol por hora -- cuando la concentración inicial es muy elevada, pero este incremento tiene poco significado clínico, por otra parte, el grado de oxidación del acetaldehído depende de su concentración en los tejidos.

Muy pocos factores pueden acelerar el metabolismo del alcohol. Los alcohólicos crónicos metabolizan el alcohol más rápidamente que las personas normales. Los aminoácidos (especialmente la alanina), la insulina y la fluctuación también favorecen el metabolismo del etanol, pero su uso clínico para acelerar la oxidación es limitado. Por otro lado, la inanición puede disminuir la velocidad del metabolismo del alcohol en el hígado. El alcohol también reduce la absorción in-

testinal de nutrientes como glucosa, aminoácidos, calcio, -- fósforo, y vitamina B 12, lo que puede contribuir a la deficiencia nutricional que caracteriza al alcohólico. 2,27,32

Cuadro clínico:

El Mundo del Alcohólico

El mundo existencial del alcohólico es poco conocido, incluso por psiquiatras, entre otras cosas porque no se le estudia en profundidad. A lo más es acreedor a una biografía -- de superficie, que dice en general bien poco, y se escapa -- por completo al campo de sus íntimas vivencias. Aquí, la actitud escéptica del médico, su impaciencia y el rechazo hacia el paciente, juegan un papel central.

Quién se acerque al alcohólico con interés, podrá observar que pasa por tres distintos momentos: cuando se embriega por gusto y con euforia; cuando lo hace por hábito y por inercia; y cuando lo realiza por necesidad patológica y fatalismo. 30

Otros autores describen: desde el punto de vista clínico-el alcoholismo crónico pasa por una serie de etapas que tienen diferentes pronósticos y tratamientos.

En la primera, llamada del "Bebedor sintomático", el individuo bebe en relación a algún problema personal, físico, -- psicológico o social, usando el alcohol como puerta de escape a su problema. En esta etapa el médico puede hacer mucho para cortar el hábito en formación.

En la segunda etapa, el individuo se ha transformado ya -- en un "adicto al alcohol" y el alcoholismo está establecido. Se produce un círculo vicioso en el cual el alcohol exagera los problemas personales que motivaron el hábito, haciendo -- más serio el pronóstico y más difícil el tratamiento. El individuo no puede voluntariamente volver a ser un bebedor moderado, al parecer porque algún cambio psicológico o fisiológico irreversible se ha producido en él. Esto hace casi imposible la curación de la enfermedad.

El tratamiento psicoterapéutico este encaminado a transformar al individuo en abstemio, ya que no se le puede hacer regresar al estado de bebedor moderado, tal objetivo se puede conseguir mediante drogas que produzcan rechazo del alcohol por parte del individuo.

La tercera etapa se caracteriza por la aparición de lesiones orgánicas y trastornos psíquicos que conducen a la psicosis llamada de Korsakoff. Otras complicaciones frecuentes -- son el delirium tremens, polineuritis, cirrosis, actos antisociales, accidentes, etc., etc..

En toda esta evolución, la angustia está siempre presente en algún grado, es común en estos enfermos que el pasado está siempre 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 siente que su vida va a la ruina y ha perdido toda esperanza.

En un principio, las primeras copas lo sedan y exaltan, y el siente que puede controlar su destino e incluso llegar al éxito; posteriormente, ingiere el alcohol en un plan de hábito mecánico, para irle pasando tan sólo, sin gratificación alguna; y al final, toda motivación se esfuma, convirtiéndose casi en 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 alude toda posible comprensión del mundo y de los otros. Lo centrípeto y lo egocéntrico va adueñándose poco a poco de su existir cotidiano. Siente que el vivir es un esfuerzo, el trabajo y la responsabilidad un sufrimiento continuo que no puede soportar. Sólo 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 guerra 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 reafirmar valores, menos de vivirlos, y cae paulatinamente en una apatía crónica y desolada.

En las entrevistas de hospital, con mucha frecuencia el alcohólico adopta una actitud de imploración y ayuda, y se comporta como un niño desamparado. Su impotencia para afrontar la vida es manifiesta, e incluso puede llegar a parecer cínico, sin serlo en verdad, ya que adopta esta máscara como protección para ocultar su verdadera debilidad, además de -- sus actitudes suplicantes, es posible constatar que la mayoría de ellos exhiben rasgos de dependencia manifiesta. Podemos encontrar a la madre protectora, la mujer indulgente, el hijo comprensivo, etc., si estos personajes no existieran, el enfermo se encontraría en una encrucijada: o dejar de beber o sucumbir. Por esta razón, en el manejo del alcohólico deben combinarse la comprensión con la firmeza.

El alcohólico verdadero, más tarde o más temprano, cae de lleno en un profundo sentimiento de soledad; no puede compar

tir la vida con otros y de ahí su desvinculación progresiva de la familia, de los amigos y de los sanos divertimientos. Como es bien sabido, la soledad no es otra cosa sino la patología del estar solo, en la que por ello el vivir se convierte en un estado sufriente de ansiedad, no hay alcoholico --- 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 esta en continuo movimiento, parecerá que busca algo en concreto; pero nada busca en realidad, sino que ha perdido la meta final de todo comportamiento, huye de sí mismo y de su soledad más 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 por el alcohol es muy alto; sin embargo, el alcohol se impone y lo maneja.

Sobrio o ebrio, la vida carece de un sentido total, y quizá sea este el enfoque el que permita comprender por que algunos se suicidan, con sentimientos de negrura muy parecidos a los deprimidos que también lo hace. Por eso se habla 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 absoluto.

El mundo del alcoholico es pequeño, lleno de miedos y pro sentimientos nefastos. En un principio, teme perder el trabajo, el abandono de la esposa, el "que dirán" 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 acompañar toda su vida, salvo en las etapas finales, en que el embrutecimiento lo ahoga todo. El alcoholico se sienta avergonzado de su conducta, más que culpable.

La vergüenza es más primitiva y menos elaborada que la culpa, y da origen a angustias muy penetrantes; está ligada a lo social; la culpa en cambio, es más íntima y personal.

En el alcoholico, 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 pierda por completo el sentido del tiempo. La exploración del tiempo existencial es un precioso recurso para el diagnóstico del verdadero alcoholismo y de su pronóstico.

Alcoholismo: Cuadro clínico.

El alcoholismo precoz raramente aparece como un problema evidente, es mucho más probable que aparezca como: 1) un diagnóstico secreto en un paciente aparentemente sano: 2) el resultado de la información recibida por un familiar u otro fuente indirecta: 3) alteraciones en la conducta: 4) El diagnóstico subyacente a la principal molestia médica: 5) datos anormales de laboratorio.

Los cambios en la conducta ocurren habitualmente antes de que aparezcan los problemas médicos. Más tarde, el alcoholismo puede ser obvio debido a la intoxicación franca o al desarrollo de complicaciones médicas. Puede pasar 10 o 15 años antes de que esto ocurra, y algunos individuos son notablemente resistentes a la lesión a largo plazo. La ingestión crónica de dosis altas de alcohol afecta en forma adversa casi todos los sistemas del organismo. Médicamente es importante reconocer este hecho porque puede explicar descubrimientos inesperados en pacientes que no se han catalogado de alcohólicos, por ejemplo, el aumento del volumen corpuscular medio, del ácido úrico y de la glutamyltransferasa gamma. Sin embargo, las lesiones más graves se producen en los siguientes órganos:

Hígado: alteración en el metabolismo de los lípidos-hipertrigliceridemia e hígado graso. Alteración en el metabolismo de los carbohidratos--hipoglicemia (por deterioro de la gluconeogénesis), hiperglicemia (cuando interfiere en la utilización periférica de glucosa por ingesta excesiva), ocasionalmente Acidosis láctica e hiperuricemia secundaria al efecto inhibitorio del ácido láctico sobre la excreción renal de ácido úrico.

Efectos renales y endocrinos Acidosis metabólica probablemente debida acumulación de metabólitos ácidos especialmente B-hidroxibutirato. Acidosis respiratoria por acción directa de alcohol sobre el centro respiratorio. Alcalosis respiratoria coexistente con los casos moderados de Síndrome de abstinencia de alcohol.

También existen efectos sobre la excreción del agua, la diuresis, así provocada por ingestión de alcohol, varía de acuerdo al grado de éste, y a la cantidad, dicho efecto probablemente se deba a una supresión transitoria de la liberación de hormona antidiurética en el sistema supraóptico-hipofisiario. Si el efecto se observa a largo plazo en alcohólicos que presenten Síndrome de abstinencia probablemente no se encuentren deshidratados sino sobrehidratados.

Se ha demostrado que la administración de alcohol a hombres jóvenes normales por períodos mayores de cuatro semanas disminuye la velocidad de producción y concentración plasmática de testosterona. Estas anomalías en el metabolismo de

la testosterona se producen como un efecto central (hipotálamo-hipofisis) y gonadal de alcohol, independientemente de la deficiencia nutricional y de la hepatopatía. Así como un efecto tóxico directo por uso excesivo de alcohol sobre los testículos. El rango clínico normal de laboratorio para la testosterona va de 330 - 990 ng/dl. Pocos estudios han documentado adecuadamente las relaciones entre los valores de -- testosterona en alcoólicos y factores clínicos como son; edad, historia de consumo de alcohol y la frecuencia del mismo, lesión hepática y estado nutricional. Se ha observado así mismo que después de tres meses de abstinencia al alcohol se normalizan los niveles de testosterona. 26,27,12.

Apareto gastrointestinal: En concentraciones bajas, cualquiera que sea la vía de administración, el alcohol estimula las células parietales de la mucosa gástrica que producen ácidos aparentemente por liberación de gastrina en la región antral, o tal vez hace que los tejidos formen o liberen histamina. Con la ingestión de alcohol en concentraciones mayores de 10 a 15 por ciento, aumenta la secreción de moco, la mucosa del estómago se congestiona y se hace hipérmica, y la secreción de ácido se deprime. Este es un estado de gastritis aguda, cuya recuperación es relativamente rápida. El aumento en el apetito consecuente a la ingestión de alcohol es debido a la estimulación de los órganos terminales del -- gusto y a una sensación general de bienestar. De manera similar, el efecto vivificante del alcohol en los estados de fatiga es de naturaleza cerebral, y no debido a un estimulante directo sobre los músculos u otros órganos.

Los síntomas de alteraciones de los sistemas gastrointestinales son especialmente comunes en los alcoólicos y de ellos el más característico son la náusea y los vómitos matutinos. En forma peculiar, el paciente puede suprimir estos síntomas tomando una o dos copas de alguna bebida alcohólica, después de lo cual es capaz de consumir grandes cantidades de alcohol sin que vuelva a presentarse la náusea o el vómito, hasta la mañana siguiente como tal cantidad de alcohol alivia -- realmente los síntomas, es probable que estos no sean debidos a los efectos locales del alcohol sobre el estómago, sino que tengan un origen "central" y representen las más -- -- -- manifestaciones del síndrome de abstinencia.

Otras manifestaciones comunes son la distensión abdominal, malestar epigástrico, eructos, síntomas típicos o atípicos de úlcera o hematemesis. La base anatómopatológica más común de estos síntomas es una Gastritis superficial que casi siempre constituye una secuela invariable de una borrachera prolongada.

En la mayoría de los casos la gastritis es benigna y los síntomas desaparecen en cuestiones de días de abstinencia, -- pero los casos más graves se asocian con erosiones o úlceras

ciones y pueden ser la fuente de una grave hemorragia.

Otra lesión común es la úlcera péptica, cuya frecuencia es muy elevada entre los alcohólicos. una causa más grave de hematemesis es la llamada síndrome de Mallory - Weiss, que se caracteriza por laceraciones muy evidentes de la mucosa gástrica producidas en la unión esofagogástrica o un poco por debajo de ella. En muchos de estos casos la hemorragia es precedido por un episodio de vomito intenso o de prolongadas eructos.

Ingerido en forma crónica, el alcohol con cierta frecuencia provoca gastritis crónica, ya sea de tipo hipertrófico o atrófico. No se conoce bien el efecto del alcohol sobre el intestino delgado pero es muy probable que afecte en cierta forma las vellosidades intestinales ya que es bien conocido que el alcohol interfiere con la absorción de distintas sustancias, fundamentalmente de folatos.

La ingestión inmoderada de alcohol es una causa bien conocida de pancreatitis aguda que puede llevar al desarrollo de un cuadro de pancreatitis crónica recidivante.

En el hígado es quizá donde se han estudiado mejor los efectos del alcohol la ingestión crónica de alcohol es capaz de producir la secuencia de hígado graso, hepatitis alcohólica aguda y cirrosis hepática. La frecuencia con que los humanos o los animales de experimentación desarrollan cada una de las lesiones, depende de la cronicidad de la ingestión de alcohol, es decir no todos los alcohólicos crónicos desarrollan cirrosis. En clínica se observa que aproximadamente el 10% de los alcohólicos crónicos con alcoholismo intenso desarrollan cirrosis hepática, aunque no se conocen las razones de su susceptibilidad al padecimiento.

Las cantidades críticas de alcohol que guardan relación íntima con la capacidad del hígado para metabolizar el etanol son: la máxima es de 160 gr. de etanol puro en 24 hrs. de modo que una ingestión menor de 80 gramos se considera inocua para el hígado. La ingestión de 80 a 160 gramos es potencialmente peligrosa y la de más de 160 gr. es definitivamente nociva. En este último grupo el 10% de los alcohólicos desarrollan cirrosis hepática, en la cual la proliferación difusa del tejido fibroso destruye la arquitectura lobulillar normal del órgano.

El uso excesivo de alcohol es también un factor de importancia en la etiología de la pancreatitis. La forma más moderada de este padecimiento puede atribuirse a gastritis o pepsia inadvertida a menos que sea descubierta por una elevación transitoria del nivel de amilasa sérica.

En ocasiones la pancreatitis se presenta como un estado de urgencia abdominal; con dolor epigástrico, vómito y rigidez de los músculos abdominales superiores. En estas circuns-

tancias, el páncreas se encuentra tenso y dematoso a menudo con exudación serosanguinolenta sobre su superficie. La anomalía más grave toma la forma de pancreatitis hemorrágica.

Los alcohólicos pueden también desarrollar una forma de pancreatitis recurrente a menudo este tipo de pancreatitis coexiste con calcificaciones irregulares de la glándula. La esteatorrea es una complicación frecuente y probablemente se relacione con anomalías de la función pancreática exocrina desnutrición e interferencia con la absorción intestinal de grasas. 13, 26, 27, 32.

Retomando el punto sobre la determinación de la susceptibilidad para desarrollar enfermedad asociada a alcoholismo crónico; sabemos que el alcohol es tóxico para casi todo órgano del cuerpo si se le ingiere en forma regular durante años no obstante aun ignoramos cual es el nivel de consumo -- que brinde seguridad física a un sujeto determinado, que determina la variabilidad de daño a un órgano blanco o bien como es que el etanol, siendo una molécula soluble en agua, ejerza su citotoxicidad.

Las relaciones entre consumo y riesgo son útiles porque permiten cuantificar el promedio diario de consumo de alcohol, no obstante son arbitrarias, porque existe una relación entre el consumo y el riesgo que pueden ser válidas para las poblaciones. Así el riesgo para un individuo es difícil de anticipar y la mayoría de factores del huésped pueden ser tan importante como la cantidad de alcohol consumida.

Se pueden citar ejemplos de pacientes quienes escaparon de enfermedad hepática crónica después de años de marcado abuso de alcohol, y de otros quienes parecían raramente susceptibles a los efectos dañinos del alcohol. Hay gran evidencia de considerable susceptibilidad individual a los efectos dañinos del etanol, es ahora aceptado que las mujeres son -- considerablemente más sensibles a los efectos adversos del alcohol que en el hombre. Estudios prospectivos de biopsias hepáticas han indicado que la aparición de cirrosis en el hombre es independiente de la duración del abuso de alcohol y la cantidad de alcohol consumida (por arriba de un nivel mínimo de 50 gr. de alcohol por día).

Hay evidencia de que factores genéticos puedan ser relevantes para estas observaciones. Algunos reportes sugieren -- antígenos específicos HLA que son marcadores del incremento en la susceptibilidad de desarrollar enfermedad hepática en personas de cualquier sexo quienes abusan del alcohol. Avances recientes en genética bioquímica señalan una diversidad bioquímica asombrosa dentro y entre diferentes poblaciones -- respecto a las isoenzimas para la alcohol deshidrogenasa y la aldehído deshidrogenasa, enzimas las cuales son responsables para el metabolismo de cerca del 90% de metanol ingerido, lo cual se ha asociado al desarrollo de enfermedad hepática. 16, 27, 32.

Los siguientes signos podemos encontrar en el paciente cirrótico; esplenomegalia, circulación colateral, ascitis, edema de miembros inferiores, ictericia, atrofia testicular, ginecomastia uni o bilateral, datos de encefalopatía hepática (conducta normal, pérdida del juicio y de la memoria, letargo, asterixis, confusión y coma), hedor hepático, telangiectasias, palmas hepáticas y atrofia muscular. Frecuentemente se encuentra emaciación, disminución de la libido, amenorrea epistaxis, equimosis, hematemesis y/o melena. En muchos casos, el hígado no es palpable debido a disminución de su tamaño o a interferencia con el líquido de ascitis. Los hallazgos más frecuentes de laboratorio son los siguientes; - albúminas bajas y globulinas altas, tiempos de protrombina y parcial de tromboplastina alargados elevación de bilirrubinas en sangre, a expensas de la directa, elevaciones moderadas de la fosfatasa alcalina, las cifras de transaminasa oscilan en la vecindad de las 400 unidades, puede existir anemia moderada (9 a 11 gr. de Hb%), debido a pérdida de sangre anemia hemolítica, depresión de la médula ósea o deficiencia de folatos, puede haber leucopenia y plaquetopenia en relación con hiperesplenismo, elevación del amoniaco sanguíneo, disminución de la urea de la sangre, sodio urinario bajo.

En la cirrosis avanzada, hasta un 10% de los hígados pueden tener carcinoma primario del hígado, que puede ser diagnóstico clinicamente o ser hallazgo de autopsia. Es de notar que el cancer primario del hígado puede presentarse en hígados previamente no cirróticos hasta en el 25% de los casos. 32

Efectos del alcohol sobre el sistema nervioso central:

El consumo immoderado de alcohol produce síndromes neurológicos y psiquiátricos y afecta a los nervios periféricos dando origen a la neuropatía alcohólica es importante señalar que el alcohol siempre es un depresor del sistema nervioso central y que su acción es semejante a la de los anestésicos en dosis muy tóxicas. Es importante saber que la conducta del que esta ingiriendo el alcohol nunca es de excitación, sino lo que sucede es que los primeros centros del sistema nervioso que se deprimen son justamente los encargados de controlar la conducta volitiva, el juicio, el pensamiento lógico, etc., al deprimirse, cesa la inhibición que esos centros ejercen sobre otras manifestaciones conductuales más primitivas, quedando éstas liberadas. Así el sujeto parece estar excitado, chispeado como dice la genta pero aunque parezca extraño lo que ocurre en realidad es que está deprimido. El alcoholismo conduce a una serie de síntomas a partir de los cuales se pueden elaborar síndromes que repercuten directamente sobre el estado físico y psicológico del paciente produciendo alteraciones psiquiátricas.

Desde el punto de vista físico, las alteraciones más frecuentes son neuropatías periféricas, gastritis alcohólica, -deshidratación, avitaminosis y desnutrición que suelen acompañar a los períodos crónicos de alcoholismo. Esto repercute en el estado emocional del paciente provocándole principalmente estados de angustia, excitación psicomotriz e insomnio.

Más adelante, el paciente empieza a presentar alteraciones psiquiátricas siendo las más frecuentes la confusión mental, estados alucinatorios, muchos de tipo visual y auditivo estados delirantes agudos e incluso a veces cuadros convulsivos como respuesta a la intoxicación alcohólica.

Intoxicación alcohólica:

La embriaguez es un fenómeno tan común que no es necesario descubrir sus características clínicas. El cuadro de intoxicación aguda se subdivide en un período inicial, a veces llamado de hipomanía nerviosa y otro sensorio motor, que puede llegar más adelante a la parálisis alcohólica debida a estados de depresión muy intensa de los centros respiratorios. Los signos de intoxicación consisten en grados variables de alegría y excitación, pérdida del control personal, deterioro del juicio, irregularidades de la conducta, locuacidad, lenguaje incoherente incoordinación de los movimientos y del paso, irritabilidad, somnolencia, y en casos avanzados, estupor, coma y muerte.

Intoxicación patológica:

En raras ocasiones el alcohol tiene un efecto extremadamente excitatorio. En individuos no alcohólicos después de la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol, se produce un estallido de furia ciega con conducta destructiva y violenta. El ataque termina con sueño profundo, que se produce espontáneamente o en respuesta sedación, y al despertar el paciente no recuerda el episodio. Se ha atribuido a diferencias constitucionales en la susceptibilidad al alcohol, a lesión cerebral previa, y a una "predisposición epiléptica" subyacente. Sin embargo, no hay datos críticos que sostengan alguna de estas explicaciones. Se puede hacer analogía entre estado de excitación alcohólica y la reacción paradójica que ocasionalmente complica la administración de barbitúricos. Ocasionalmente se hace el diagnóstico diferencial de la intoxicación patológica con epilepsia del lóbulo temporal que adquiere la forma de furor y violencia, y con episodios similares que caracterizan la conducta que se observa en algunos sociópatas.

Las "Lagunas Mentales", en el lenguaje de los alcohólicos, son los episodios transitorios de amnesia que acompañan a la intoxicación grave. Después que el paciente se encuentra sobrio no recuerda sucesos que han ocurrido en períodos de varias horas, aunque no tenía muy alterado el estado de conciencia (observado por terceros) durante este período. El significado de estos episodios no es claro; no indica necesariamente progresión al alcoholismo como por lo general se supone. En todas estas formas de intoxicación el alcohol actúa sobre las células nerviosas en una forma similar a la de los anestésicos generales. Sin embargo, a pesar de esto último, es muy pequeño el margen entre la dosis de alcohol que produce anestesia quirúrgica y la que deprime peligrosamente la respiración, lo que agrega un elemento de urgencia al tratamiento de la narcosis alcohólica. El coma alcohólico se caracteriza por un rostro congestionado, estupor y olor a alcohol, aunque hay que excluir detenidamente otras causas de coma. 15,27,30,32.

Síndrome de abstinencia o de supresión. Delirium Tremens. Un segundo tipo de enfermedad neurológica por alcohol comprende los estados de temblor, alucinaciones, epilepsia y delirio. Aunque el factor causal de tales trastornos es la embriaguez crónica, los síntomas se manifiestan después de un período de relativa o absoluta abstinencia al alcohol. El término de Delirium tremens se justifica sólo para las formas graves. Por desgracia, los médicos aplican frecuentemente el término en forma incorrecta a los síntomas menores de abstinencia, que son relativamente benignos. El Delirium tremens necesita de un cuadro más intenso y más grave que aparecen confusión mental muy acentuada, excitación psicomotriz, temblores importantes, estado alucinatorio severo, amenazante y terrorífico para el paciente, frecuentemente constituido por zoopsias o sea alucinaciones de tipo visual y en ocasiones crisis convulsivantes. Se presenta durante el período de abstinencia o cuando el alcoholismo crónico se suma a algún padecimiento intercurrente como infecciones agregadas, - por ejemplo, por marihuana, barbitúricos o amfetaminas. 2,15 27.

Psicosis de Korsakow:

Es un síndrome que no es exclusivo de los pacientes alcohólicos y puede aparecer en otras entidades patológicas como accidentes vasculares cerebrales o traumatismos. Se caracteriza fundamentalmente por el deterioro de las funciones intelectuales, principalmente trastornos de memoria que el paciente trata de compensar con ideas confabuladas, alteraciones de la afectividad, desorientación en tiempo y espacio.

Se trata de un estado progresivo que deteriora completamente al individuo hasta que llegue a un estado demencial.²

Psicosis alucinatoria alcohólica:

Es un cuadro caracterizado por alteraciones en todas las funciones mentales, desde la capacidad de atención, la de comprensión y orientación hasta que el paciente llegue a un desconocimiento absoluto de la realidad con confusión respecto a todo lo que lo rodea.

Estas tres psicosis graves: La de Korsakov, la alucinatoria y el delirium tremens, se acompañan de grave ataque al estado general y se asocian con frecuencia a otra serie de problemas de tipo tóxico e infeccioso que, con frecuencia, ponen en peligro la vida del paciente.

Existen otras psicosis alcohólicas menos graves; Delirio de celos, y la alucinosis alcohólica.

Alucinosis Alcohólica.

Kraepelin las llama locura alucinatoria del alcohólico o manía alucinatoria. El signo central de la enfermedad es la presencia de alucinaciones auditivas en pacientes cuyo sensorio es, por lo demás, normal; por ejemplo, la confusión, desorientación y la obnubilación son mínimas o no existen, como tampoco hay deterioro significativo de la memoria. Las alucinaciones pueden ser musicales, como sonnetes o antinelas en murmullo, o tomar la forma de sonidos, no estructurados como zumbidos, timbrazos, disparos o golpes. Más frecuentemente son sonidos formados de naturaleza vocal. Cuando se identifican las voces generalmente corresponden a las familiares del paciente, amigos, vecinos, rara vez a Dios, -- el radio o al radar. Generalmente las voces discuten con el enfermo en tercera persona. En la mayoría de los casos las voces son calumniantes o bien reprochan, amenazan o intranquilizan al paciente. Sin embargo, muchas de ellas no son desagradables y no lo alteran. Las voces son intensamente reales y vívidas y tienden a ser exteriorizadas. El enfermo oye voces procedentes de detrás de la puerta, el corredor que conduce a su habitación, a través del piso, es capaz de llamar a la policía para que lo proteja, o bien construye una barricada o se arma para defenderse contra los invasores incluso, en forma aún más dramática, es capaz de recurrir al suicidio con el fin de librarse de las voces que lo amenazan. Las alucinaciones son más importantes en la noche y su duración es muy variable pueden durar de pocos minutos a uno o dos horas, o por días también pueden prolongarse durante varios días en forma intermitente; muy rara vez pueden persistir algunas semanas o meses. Pueden confundirse con esquizofrenia, sin embargo hay evidentes diferencias entre ambas; -- la enfermedad alcohólica está relacionada estrechamente con un período de ingestión de alcohol, y los antecedentes raramente revelan rasgos de personalidad esquizoide. Entre los antecedentes familiares no se encuentra frecuencia alta de esquizofrenia. Existen algunas pruebas de que los ataques repetidos de alucinaciones auditivas agudas hacen más vulnerable

al paciente al síndrome esquizofrenicoparenolide.

En cuanto al delirio de celos suele representar un grave peligro, particularmente en las etapas en que se ha sistematizado totalmente, ya que el paciente relaciona cada uno de los actos de las personas que lo rodean, en particular de su esposa, con aspectos de infidelidad, lo que no raras veces lo lleva a cometer homicidio. 2,15,27,32.

Efectos en el sistema hematopoyético:

Como ocurre con los demás órganos, sistemas y tejidos, la ingestión de alcohol en forma moderada y ocasional no produce ningún cambio apreciable en el tejido hematopoyético ni en los elementos celulares de la sangre. Por lo contrario la ingestión de una cantidad excesiva de alcohol y especialmente cuando esta es repetida puede producir alteraciones no sólo en todo el tejido hemático, sino también en forma indirecta, en los elementos sanguíneos proteicos que intervienen en la coagulación de la sangre. En efecto, se han encontrado alteraciones no sólo en las tres líneas celulares de la sangre periférica: eritrocitos, leucocitos y plaquetas, sino también en los progenitores de aquéllas localizados en la médula ósea.

De estas anomalías, unas derivan de la acción directa del alcohol sobre la célula hemática, mientras que otras son secundarias a algunas de las tres siguientes complicaciones frecuentes en el alcoholismo; carencias nutricionales-- lesiones hepáticas o hemorragias del tubo digestivo.

Alteraciones de la serie eritrocítica: Macrocitosis, Anemia megaloblástica, Macrocitosis de las hepatopatías, Macrocitosis de la reticulocitosis, Vacuolización de los eritoblastos y de los granulocitos jóvenes, Sideroblastosis medular, Anemia hemolítica y efectos en el metabolismo del hierro; deficiencia ya sea por hemorragia del tubo digestivo o por donaciones repetidas de sangre a las que frecuentemente--recurren los alcohólicos de baja condición socio económica.--

Alteraciones en la serie leucocitaria: Granulocitopenia, leucopenia, afección en la función de los macrofagos que se traduce en la disminución en el ritmo de eliminación de bacterias del peritoneo y del pulmón.

Alteraciones en la serie trombocítica; las dos complicaciones más frecuentes del alcoholismo; la carencia de ácido fólico y la cirrosis hepática, con elevada frecuencia producen alteraciones plaquetarias; trombocitopenia por esplenismo, trombocitopenia por anemia megaloblástica, trombocitopenia por deficiencia de ácido fólico y vitamina B12, y trombocitopenia por acción directa del alcohol en ausencia de la serie hepática, con médula ósea normoblastica y niveles séricos de folatos normales. 2,28,32.

Se han señalado ataques isquémicos transitorios concomi--
tantes con un incremento en la agregabilidad plaquetaria y--
formación de tromboxano B2 (Tx B2) durante la abstinencia al
cohólica. 14

Síndrome alcohólico fetal.

Se han comprobado ya los efectos que el abuso del alcohol tienen sobre la descendencia. En la antigüedad se esboza en algunas referencias aisladas y así, un viejo ritual cartaginés prohibía a las parejas el consumo del alcohol durante la noche de bodas para evitar la concepción de un hijo defectuoso.

El síndrome alcohólico fetal es un trastorno congénito - debido a la exposición durante el embarazo del feto al etanol, lo cual induce dismorfogénesis; los lactantes afectados son pequeños de estatura en relación con el peso, y la mayoría de ellos esta bajo el tercer percentil de circunferencia craneal, y una serie de rasgos craneofaciales muy peculiares observados en los infantes examinados, dando finalmente mosaico muy florido de signos y síntomas. Para hacer el diagnóstico se han empezado a utilizar los siguientes criterios:

- 1.- Retardo en el crecimiento prenatal y/o postnatal.
- 2.- Anomalías faciales características: a) microcefalia, b) microoftalmia o fisuras palpebrales pequeñas, c) surco nasolabial pobremente desarrollado labio superior delgado e hipoplasia maxilar (por lo menos dos de tres) además de epiganto, micrognatia, labio y paladar hendido, luxación de cadera, deformación de la flexión de los dedos y movilidad limitada de otras articulaciones. Así mismo como anomalías cardíacas (defectos en el cierre septal) genitales externos anormales y hemangiomas capilares.
- 3.- Disfunción del sistema nervioso central (Anormalidades -- nerológicas, deficiencia intelectual y retraso en el desarrollo).

En recién nacidos se observa mal succionamiento, duermen poco, muchos están irritables, hiperactivos y temblorosos; -- síntomas similares a los del síndrome de abstinencia alcohólica, excepto por su persistencia.

Aunque actualmente este reconocido como una entidad clínica específica, todavía hay varios problemas en la caracterización del síndrome alcohólico fetal y del papel que juega el alcohol en su ocurrencia, no se ha delimitado con precisión el efecto de otros factores; raza, condición socioeconómica, nutrición tabaquismo, etc., que en combinación con el alcohol hacen la conformación final del síndrome.

Se ha recomendado que los casos incompletos o la ocurrencia de síntomas poco frecuentes reciban el nombre de sospechas de efectos alcohólicos fetales. 17,18,27,32.

D I A G N O S T I C O .

Criterios de la asociación psiquiátrica americana.

El manual diagnóstico y el estadístico de los trastornos mentales (DSM - III), de la asociación psiquiátrica americana, enumera los criterios, para el diagnóstico de un trastorno por abuso de una sustancia. Puede decirse que un paciente abusa del alcohol si éste:

- 1.- Interfiere con el cumplimiento como estudiante o empleado.
- 2.- Crea problemas en la familia.
- 3.- Ocasiona problemas en las relaciones sociales.
- 4.- Ocasiona problemas legales, como en los casos de conducción mientras está intoxicado.
- 5.- Da lugar a problemas médicos (como la gastritis).

Criterios del consejo nacional sobre alcoholismo.

Puede realizarse el diagnóstico de alcoholismo si se presenta cualquiera de los criterios siguientes:

- 1.- Concentración del alcohol en sangre superior a 300 mg. - por dL (65 mmol/l) en cualquier momento.
- 2.- Concentración de alcohol en sangre superior a 150 mg. -- por dL (33 mmol/L) en un paciente no intoxicado.
- 3.- Concentración de alcohol en sangre superior a 100 mg. por dL (22 mmol/L) en una exploración rutinaria. 26.

Criterios de la clínica psiquiátrica.

Alcohólico crónico, único que existe e interesa es el enfermo que reuna los siguientes requisitos:

- a) Ingesta de bebidas alcohólicas hasta la embriaguez.
- b) Beber en forma frecuente y durante largos periodos de duración.
- c) Exhibir mecanismos compulsivos previos al acto y al acto mismo.
- d) Adquirir la ingesta de alcohol aspectos de daño para la persona o para los demás.
- e) Repercutir necesariamente en los aspectos laborales.
- f) No poder dejar de beber, a pesar de tener clara conciencia del peligro que acarrea. 30

Mientras que diferencian al borracho o bebedor de la siguiente forma:

- a) Ingiere bebidas alcohólicas hasta la embriaguez.
- b) No exhibe ritmo importante de frecuencia.
- c) La ingesta de alcohol corresponde al mundo de la gana y no de la compulsión.
- d) No hay daño grave ni para él mismo ni para los demás.
- e) No hay ni tiene repercusión importante en los aspectos laborales.
- f) Puede dejar de embriagarse cuando advierte que sufre daño o esta en peligro. 30

Para otros psiquiatras tienen importancia los siguientes factores:

- 1.- Cantidad de alcohol consumida.
- 2.- Velocidad de consumo.
- 3.- Frecuencia de los episodios de alcoholización.
- 4.- Efectos de los estados de embriaguez sobre el paciente y sobre las personas que lo rodean.
- 5.- Situación social de la persona.

Ademas de ciertos indicios como es: beber solo, beber de "golpe" beber aprisa, beber en ayunas y beber sin consumir alimentos. 2

La verdad es que la gran mayoría de quienes ya han desarrollado una dependencia del alcohol, continúan trabajando, guardan cierto decoro personal y se les arreglan para no caer demasiado bajo, pero ... son alcohólicos y el tiempo lo demuestra de modo inexorable. No tiene sentido engañarse así mismo y es preferible afrontar con valor una realidad que no se ha de modificar por el solo hecho de negarla. Pero justamente esto es lo que hacen los bebedores con problemas (para no llamarlos aún verdaderos alcohólicos). Quienes intentan convencerlos de su situación real con frecuencia son rechazados de manera violenta. El médico debe sospechar el inicio de dependencia del alcohol si existen estos antecedentes:

- 1.- Aumento en el consumo de alcohol, ya sea regular o esporádicamente, con frecuentes y quizá no intencionados episodios de intoxicación.
- 2.- Ingestión de alcohol para tratar de resolver problemas o aliviar síntomas desagradables.
- 3.- Preocupación obvia por el alcohol y necesidad expresada de tomarse una copa que se repite habitualmente.
- 4.- Ingestión de alcohol "a escondidas".
- 5.- Tendencia a inventar "coartadas" o pretextos débiles para justificar la bebida.
- 6.- Negativa a aceptar que su consumo de alcohol es excesivo (cuando este ya no es obvio) y expresar disgusto cuando se le menciona este punto.
- 7.- Ausentismo laboral frecuente, especialmente si se siguen ciertas pautas, como por ejemplo después de los fines de semana y de los días festivos.
- 8.- Cambios frecuentes de empleo, sobre todo cuando la persona pasa a niveles más bajos o el trabajo que desempeña no corresponde a sus aptitudes, educación y antecedentes.
- 9.- Descuido en la apariencia personal y falta de higiene.
- 10.- Persistencia de quejas corporales vagas sin causa aparente, especialmente insomnio, problemas gastrointestinales, dolores de cabeza falta de apetito (anorexia).

11.- Problemas maritales y familiares constantes, sobre todo si se relacionan con su forma de beber.

12.- Arrestos por embriaguez o por conducir en estado de ebriedad.

13.- Beber copas ávidamente. 35

No sería prudente deducir de todo esto que hay un solo patrón de conducta de alcohólico. En realidad, cada alcohólico tiene sus propios caminos. Pero todos tienen un hecho en común: el hábito de beber alcohol se ha vuelto incontrolable.- El alcohólico pasa por las siguientes etapas:

PRIMERA ETAPA:

Difícil distinción entre "bebedor social excesivo" y "alcohólico inicial". Duración promedio: 10 años.

1.- Promesas repetidas; incumplimiento, que provoca angustia y sentimientos de culpabilidad.

2.- Ingestión más frecuente para disminuir la tensión emocional.

3.- Incremento de la tolerancia al alcohol.

4.- Cambios iniciales de la personalidad; mayor irritabilidad, primeros lagunas mentales.

SEGUNDA ETAPA:

Se establece con mayor claridad el círculo vicioso; Bebi da - Angustia y culpa-aislamiento. Después; desaliento y bebida otra vez.

1.- Actitud de negación y ocultamiento del ya evidente problema del alcoholismo.

2.- Ingestión de alcohol por la mañana y a solas.

3.- Signos visibles de un permanente efecto del alcohol incluso en el trabajo.

4.- La bebida se vuelve una necesidad cotidiana.

TERCERA ETAPA:

Empieza la ruina total; ausentismo laboral, incumplimiento e ineficiencia, alcoholización permanente, graves dificultades familiares, sociales, financieras, físicas.

1.- Soledad: El individuo se va quedando sin amigos, el mismo los evita.

2.- Se vive para beber; casi no come. Recibe ayuda médica -- parcial e inefectiva (vitaminas tranquilizantes).

3.- Cambios intensificados de la personalidad.

4.- Trastornos psicofísicos importantes; temblores, mal nutrición débilidad y alucinaciones. 35

Recientemente se ha llevado a cabo la medición de carnitina plasmática total y parece ser por lo menos un buen índice de consumo de alcohol severo, observaciones que se realizan en pacientes con dependencia severa al alcohol muestran un incremento dramático en la circulación de carnitina libre y total. 19.

Existen cuestionarios para diagnosticar alcoholismo; entre ellos se menciona el MAST (Michigan alcohol screening -- test), el SMAST (versión corta), el CAGE, dentro de los cuales el SMAST tiene una sensibilidad del 90%, el CAGE de dar mucho más falsas positivas más sin embargo son consideradas pruebas o herramientas de examinación. 25,38.

Más sin embargo el DIAGNOSTICO depende principalmente de buenas y completas historias médicas, sociales, y psicológicas, agregandose pruebas de laboratorio, y un examen físico-completo. Ninguna por si sola es definitiva y todas ellas deben interpretarse junto con los datos de la historia y la exploración física. 25,26,30,35,36,37.

T R A T A M I E N T O .

En cuanto a tratamiento médico propiamente dicho se divide en dos partes; el de las complicaciones del alcoholismo y el del hábito del sujeto que ha caído en esta forma de farmacodependencia. En el tratamiento de ambos aspectos, se utilizan diversos medicamentos desde luego psicotrópicos como los tranquilizantes y algunas veces antidepressivos, aunque no todos porque algunos no pueden combinarse con la ingestión de bebidas alcohólicas. También se emplean medicamentos especiales como el disulfiram que es de mucha utilidad, pero solamente cuando se administra unido a las medidas psicoterapéuticas adecuadas con pleno conocimiento del sujeto y como parte de un tratamiento integral. La atención del paciente alcohólico corresponde a un equipo multidisciplinario constituido por psiquiatras, psicólogos, médicos internistas medicos familiares, enfermeras en salud pública, etc. de tal manera que en un momento dado puedan atender los diversos aspectos técnicos que implica la atención del enfermo. En este grupo, es necesario considerar a la familia o a grupos entrenados en ayudar a que el paciente permanezca en abstinencia. 2,21,25.

Desde 1948 se ha utilizado el disulfiram para el tratamiento de la dependencia al alcohol, su uso se recomienda por la baja incidencia de los efectos colaterales, más sin embargo cuando existe enfermedad hepatoalcohólica preexistente se ha asociado con hepatotoxicidad, la cual revierte al discontinuar la droga. 23 Otros autores opinan que la terapia antabus esta ya pasada de moda, ya que se han desarrollado métodos para modificar la conducta de beber, teniendo estas mejores desenlaces, recomiendan el disulfiram en forma "preventiva" por ejemplo; el paciente expuesto a circunstancias con un alto riesgo para las recaídas, en pacientes obsesivo-compulsivo y fóbicos, lo cual de una prórroga desde los estragos de ser un bebedor intenso hasta el rompimiento en el círculo vicioso de problemas personales y sociales. 24

Se requiere de un equipo multidisciplinario que penetre en la comunidad y haga difusión, sobre todo aquellos aspectos que en un momento dado favorecen el alcoholismo, y también realiza funciones de inspección y derivación a los servicios especializados. Estos servicios especializados son de varios tipos, hay hospitales de tipo psiquiátrico donde siempre se han atendido los problemas de alcoholismo a nivel de internamiento y hospitalización; requiriendo de una gama de exámenes de laboratorio y gabinete (ECG, TAC), para establecer un diagnóstico preciso en los casos de urgencia. 34.

Guía para tratamiento del Delirium tremens:

-Se presenta por lo general 6 a 8 días después de dejar -

beber y consiste en gran agitación con angustia y miedo, alucinaciones visuales y terroríficas, desorientación, incoherencia, diaforesis profusa, midriasis, temblor, taquicardia e hipotensión.

- Requiere de hospitalización.
- Colocación de catéter venoso central, y toma de muestras. Iniciar con soluciones balanceadas en glucosa al 5% más - 50 mgs. de tiamina/1000 cc cada 6 a 8 hrs.
- Ambiente sin estímulos intensos del exterior (luz, ruido, etc.).
- Diazepam I.M. ó I.V. 10 a 20 mgs. cada 4-8 hrs.
- Lorazepam 2 a 4 mgs. I.M. ó I.V. cada 6-12 hrs.
- Difenhidantoína 125 mgs. i.m. ó I.V. cada 8 hrs.
- Vigilancia estrecha de cuidados generales.

Guía para el tratamiento del síndrome de supresión alcohólica:

Antecedentes de ingesta de alcohol por más de un año, fre cuenta o intensa de "crudes".

- Se presenta de 6 a 12 hrs. de haber dejado de beber alcohol y consiste en; irritabilidad, temor de muerte, desorientación, diaforesis profusa, temblor de predominio en extremidades superiores, incoordinación motora, alteraciones visuales, palpitaciones, taquicardia, disnea, e hipotensión arterial.
- Requiere hospitalización ya que el síndrome tiene una -- morbilidad del 15 al 30% y mortalidad del 2 al 5%.
- Colocación de un catéter intravenosos para toma de muestras. Iniciar con soluciones glucosadas balanceadas al - 5%/1000 cc cada 6 a 12 hrs. según el grado de deshidratación.
- Compuesto B, especialmente tiamina, 50 mgs. I.V. en las soluciones cada 12 hrs.
- Benzodiazepinas inicialmente parenterales de 25 a 100 -- mgs. I.M. ó I.V. Clordiazepóxido; ó Diazepam de 10 a 20 mgs.; ó lorazepam de 2 a 4 mgs.
- Vigilancia de posible depresión del sistema nervioso.
- Mantenimiento: Clordiazepóxido 75 a 200 mgs. por día c/6 -8hrs. Lorazepam 2 mgs. c/6-8 hrs.. (es el indicado cuando hay daño hepático).
- Difenhidantoína 100 mgs. c/8hrs. oral ó 125 mgs. c/8-- hrs. I.V. (con cuidado).
- Cuidados generales. 27,29,34,37.

PREVENCIÓN.

En México nadie niega actualmente el impacto que el consumo de alcohol tiene en la salud pública de sus habitantes. Se responsabiliza de una alta proporción de las muertes por cirrosis hepática, accidentes de tránsito, lesiones por riña y de ausentismo laboral y desarmonía familiar. Por lo que -- con frecuencia se escuchan voces de denuncia que claman para que se remedie la situación. Estas surgen de diversos sectores como jurídico, educativo, gubernamental, religioso de la salud, y de los medios de comunicación. Los remedios varían de acuerdo con la ideología y el interés del sector que lo propone porque en materia de alcohol la unanimidad de las opiniones se conserva al señalar el mal pero es un verdadero caos cuando se intenta elegir la manera de solucionarlo. La razón de las discrepancias obedece a que el tema del alcohol aparte de que fácilmente se contamina de elementos efectivos y de que toca una serie de fuertes intereses políticos y económicos, es también un tema complejo que requiere de la competencia de diferentes disciplinas científicas como la bioquímica, fisiología, la psicología, la sociología, la antropología, etc. . 1,2,32.

Siguiendo el esquema de salud-enfermedad de Levell y Clark se propone realizar prevención primaria, secundaria, y terciaria.

En la prevención primaria se incluyen dentro de la promoción de la salud; la educación sanitaria, atención al desarrollo de la personalidad, facilitar medios de recreación, en la comunidad, generación de fuentes de trabajo, mejoramiento del nivel socioeconómico de la comunidad y exámen de salud periódico. En protección específica; regulación y cumplimiento de las normas para el expendio de bebidas alcohólicas, orientación a padres de familia y maestros sobre el consumo de alcohol y sus efectos. En la prevención secundaria, en el rubro de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno; difundir los signos iniciales del alcoholismo, detección de casos historia clínica, tratamiento de las manifestaciones orgánicas y el grupo de alcohólicos anónimos. La administración de tranquilizantes, antidepressivos, psicotrpicos psicoterapia, hospitalización en casos de alucinosis, intento de suicidio, complicaciones orgánicas, etc. En lo que se refiere a limitación de la incapacidad; convencer al paciente sobre la conveniencia de abandonar el hábito, evitar complicaciones de los problemas psiquicos y orgánicos.

En lo que se refiere a la prevención terciaria: la rehabilitación se llevará a cabo con terapia ocupacional educación al público para utilizar al rehabilitado reincorporar al individuo a la sociedad, continuar psicoterapia, continuar con alcohólicos anónimos. La rehabilitación se orienta a dos áreas fundamentales, luchar contra el hábito mismo y evitar todos los factores socioculturales que actúan como reforan

tes del alcoholismo o favorecen la reincidencia del hábito.- Es imprudente a la familia que, como hemos visto, resulta dañada en su funcionamiento, en su dinámica, en su economía y en su condición social, ya que se crean conflictos, a veces relativamente benignos, pero en otras ocasiones llevan a la desorganización total del núcleo familiar, por lo que las terapias familiares y de grupo resultan sumamente útiles. Y como se señala modificar conductas de las esposas de alcohólicos, ya que ellas contribuyen en cierta medida a la perpetuación del alcoholismo. 20,22.

Otro aspecto de la rehabilitación es evitar el esfuerzo negativo sobre el alcohólico que constituye la serie de estímulos adversos sobre su nivel socioeconómico, por ello es muy importante el rescomodo del alcohólico controlado en medios laborales, sobre todo si se encuentra en el grupo de mayor riesgo. 2.

Todo ello se llevará a cabo contando con el diseño de un programa preventivo en cinco fases:

- 1.- Adopción de un marco teórico de referencia;
- 2.- Creación de organismos y mecanismos coordinadores;
- 3.- Adopción de un sistema que recopile información básica y específica;
- 4.- Posibilidad de evaluar cualquier medida preventiva;
- 5.- Fijar políticas precisas, explícitas y convenientes.

Los problemas relacionados con el consumo del alcohol es una responsabilidad de todos los sectores de la población, y si no hay la decisión, el apoyo, la constancia, la colaboración, y el buen espíritu de modificar ciertas estructuras, un programa con intenciones preventivas muy difícilmente logrará alcanzar el éxito deseado. 32

Problema.

Durante mi formación como Médico Familiar y el rotar en los diferentes niveles de atención, detecte que había un gran número de pacientes que presentaban patologías con el uso y abuso de bebidas alcohólicas.

Esta patología variaba en rango, desde el punto de vista físico síntomas gástricos, cirrosis hepática, encefalopatía hepática, etc.

Desde el punto de vista psicológico; reacciones de ansiedad y depresión leves hasta cuadros de fobias, depresiones mayores y cuadros psicóticos.

Desde el punto de vista social se presentaban peticiones-frecuentes de incapacidades, ausentismo laboral y escolar, baja productividad y quejas de disfunción familiar.

Al investigar sobre que tratamiento se daba a estos problemas y que resultados se obtenían, se encontró que al parecer los médicos no le daban la importancia debida a este problema no instituyéndose tratamientos adecuados, manejándose sintomáticamente el problema y no en forma integral, ocasionando cronicidad de los casos.

Surgió entonces la inquietud de investigar con que frecuencia el personal médico usaba bebidas alcohólicas, quienes de ellos son alcohólicos, y si el uso de estas podía condicionar de alguna manera algún tipo de actitudes que influir en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Justificación.

El alcoholismo es un problema de salud pública difícil de abordar y tratar por el personal de salud, debido a su multicausalidad y diversidad de síntomas.

Un elevado número de pacientes con sintomatología secundaria a problemas de alcoholismo acuden a consulta en todos los niveles de atención médica, lo cual eleva los costos tanto a nivel de consulta individual como a nivel de urgencias y hospitalización.

El presente estudio pretende evaluar en primer lugar los hábitos de bebida del personal médico y en segundo término detectar cuantos de ellos son alcohólicos y en forma observacional si existe una correlación entre estos hábitos y la actitud que exhiben ante pacientes con problemas de alcoholismo.

Importancia del estudio.

Se consideró importante esta investigación porque existen trabajos en otros tipos de población pero no precisamente en Médicos y menos aún de posibles correlaciones entre actitudes de los mismos y su influencia negativa o positiva hacia el abordaje integral del paciente alcohólico.

Limitaciones del Estudio.

Aunque en la investigación se siguió un diseño experimental, hay ciertos factores que tienden a limitar la generalización de los resultados.

En primer lugar el tamaño de la muestra, ya que sólo se utilizó un 95% de nivel de confianza y un 5% de precisión lo cual nos da una muestra de 384 sujetos a estudiar.

En segundo lugar la investigación abarca personal médico del ISSSTE y solo de algunas clínicas y hospitales.

En tercer lugar los instrumentos de evaluación utilizados fueron los más sencillos y que se tuvieron a mano, pudiendo quizá tener otros instrumentos más precisos o elaborados.

Y en cuarto lugar aunque el diseño fue apropiado para los propósitos del estudio, no es el ideal ya que solo se hizo una comparación entre dos grupos, y no con otros.

El presente trabajo se llevó en una situación práctica y refleja por tanto las limitadas condiciones en que se realizan las investigaciones de este tipo.

Objetivos:

Objetivo general:

- Detectar la frecuencia de hábitos de bebida en el personal médico y evaluar su influencia en la atención y diagnóstico del paciente alcohólico.

Objetivos específicos:

- Identificar de una población determinada cuantos médicos usan, y con que frecuencia el alcohol.
- Cuantos de ellos son alcohólicos.
- Cual es su actitud hacia el uso del mismo.
- Cual es su actitud hacia el paciente alcohólico.

Metodología:

Modelo:

Se llevó a cabo un estudio de tipo básico, comparativo -- transversal, observacional, abierto y de salud pública.

Población:

La población estuvo compuesta por personal médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de las siguientes Unidades Médicas:

- 1.- Clínica Dr. Ignacio Chávez.
- 2.- Clínica-Hospital General " A " Veracruz, Veracruz.
- 3.- Hospital General Celaya, Guanajuato.
- 4.- Hospital Regional Adolfo López Mateos.
- 5.- Hospital Regional Ignacio Zaragoza.

Tamaño de la Muestra:

Para la obtención de la muestra se efectuó un muestreo probabilístico (aleatorio y sistemático) a partir de la siguiente fórmula:

$$N = \frac{z^2 pq}{E^2} \quad N = 384$$

Donde:

- N = Total de la muestra.
- Z = Nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población.
- pq = Se refiere a la variabilidad del fenómeno.
- E = Indica la precisión con que se generalicen los resultados.

Criterios de inclusión:

- .Ser médicos adscritos o médicos residentes que consumen o no bebidas alcohólicas.
- .Que deseen participar en el estudio.
- .Aquellos que contesten afirmativamente al consumo de bebidas alcohólicas tendrán que contestar el SMAST.

Criterios de exclusión:

- .Que no sean médicos adscritos o médicos residentes.
- .Que no deseen participar en el estudio.

- .Que no completan en un 90% los cuestionarios.
- .Que sí contestaron afirmativamente al uso de bebidas alcohólicas no hayan contestado el SMAST.

Criterios de Eliminación:

- . Aquellos cuestionarios que hayan sido cruzados en todos sus reactivos.

Técnica e Instrumentos.

Se aplicarán los siguientes instrumentos de evaluación:

1.- Cédula de recolección de datos que incluye:

- . Edad . Sexo . Estado Civil . Categoría Laboral
- . Aceptación del uso de bebidas alcohólicas.
- . Frecuencia con que las ingiere.
- . Tipo de bebidas de preferencia.
- . Cantidad ingerida.

2.- El cuestionario SMAST; Que es un instrumento de diagnóstico para detección selectiva de alcoholismo, es la versión abreviada del Michigan Alcoholism Screening Test -- (SMAST), cuyos autores Selzer M.L. Vinokur y Ven Roodin--jen L., lo realizaron en 1975, en la escuela de Medicina de la Universidad de Michigan. 38.

Tipo de test.

Es un cuestionario autoaplicado compuesto de 13 preguntas - que requieren de un si o un no como respuesta y que puede ser usado también como guía de entrevista.

Modo de calificación.

Debe hacerse notar que SMAST evalúa más las consecuencias - del acto de beber que la cantidad o frecuencia de bebida.

El SMAST ha demostrado ser más efectivo que el MAST al tener una sensibilidad mayor al 90%.

Las respuestas relacionadas con el diagnóstico de alcoholismo ... se muestran a continuación:

1 = NO; 2 = SI; 3 = SI; 4 = NO; 5 = NO; 6 = SI; 7 = SI;
8 = SI; 9 = SI; 10 = SI; 11 = SI; 12 = SI; 13 = SI.

Tres o más respuestas indican diagnóstico de alcoholismo, - dos la posibilidad de alcoholismo y una que es improbable.

Ventajas: Es rápido simple, barato.

- El modo flexible de hacer las preguntas es útil para individuos como para grupos.

-Puede ser usado como cuestionario ó como guía de entrevista.

-Proporciona indicios sobre problemas de alcoholismo, pero no se considera como un diagnóstico definitivo de alcoholismo.

Questionario de actitudes:

Consta de ocho preguntas las cuales evalúan actitudes positivas y actitudes negativas del personal médico hacia el paciente con problemas de alcoholismo.

Las actitudes se definen como la "persistente disposición para actuar ya sea positiva o negativamente hacia una persona-grupo, objeto, situación o valor".

Siendo las actitudes examinadas en términos:

- Cognoscitivos: Pensamientos, percepciones, creencias de un individuo sobre un objeto.
- Afectivos: Sentimientos personales hacia algo.
- Comportamiento: Tendencia a responder o comportarse ante un objeto actitudinal.

Se agruparon como actitudes negativas las siguientes:

.Actitudes ambivalentes en cuanto al uso del alcohol:

- Que es socialmente aceptado.
- Que es una forma de socializarse.
- Que no implica riesgos para la salud.

.Actitudes moralistas, perseguidoras y pesimistas:

- Rechazo - Hostilidad - Indiferencia - Frustración - Coraje-
- Malestar - Ver al paciente alcohólico como débil de voluntad.
- Considerar al paciente alcohólico como personas demandantes difíciles de abordar y tratar.

.Actitudes inconsistentes y dudosas sobre el tratamiento de el alcoholismo:

- Inseguridad para tratar y diagnosticar este tipo de pacientes.
- Desconocimiento de donde poner mayor énfasis durante el tratamiento; si en los síntomas o en las causas subyacentes.

- Delagar responsabilidades sobre quién debe tratar este tipo de pacientes.

Como actitudes positivas se consideraron a las siguientes:

- Aceptación - Compasión - Interés y deseo de ayudar.

Evaluación.

Posteriormente se procedió a la evaluación de los resultados obtenidos a través del análisis estadístico con las medidas de tendencia central y la presentación de resultados en -- gráficas.

Las actitudes se evaluarán de la siguiente forma:

La pregunta uno los incisos a, b y c = actitudes negativas, y el d = actitud positiva.

De la pregunta dos los incisos a, b y e = actitudes negativas y los incisos c y d = actitudes positivas.

De las preguntas 3, 4 y 5 aquellos que contestarán que sí = actitudes negativas y los que no = actitudes positivas.

De la pregunta 6 los que contestarán en sus síntomas = acti tudes negativas, y los que contestarán en sus causas subyacentes o en ambas = actitudes positivas.

En cuanto a la pregunta 7 los que contestaron un solo inciso se consideraron negativas, y los que relacionaron más de -- dos o contestaron "integral", "todos" o "multidisciplinario" = actitudes positivas.

Finalmente la pregunta 8 los incisos a, b y c = actitudes - negativas. Y el inciso d = actitud positiva.

La pregunta 9 fué para explorar quiénes de los médicos en - su familia tienen algún familiar con problemas de alcoholismo y que actitud guardan hacia el mismo (la pregunta 10).

Procedimiento:

Durante tres meses se aplicaron los cuestionarios al personal médico de las Unidades antes mencionadas.

Entre los problemas que se presentaron para la obtención de los datos, tenemos los siguientes;

- Desinterés por parte de los médicos, expresado de la siguiente manera "yo no veo ese tipo de pacientes yo soy Pediatra", "ese problema debe atenderlo el psiquiatra o el psicólogo", "no tengo tiempo yo no soy borracho".
- Otra dificultad en la aplicación del SMAST, fue que algunas personas encontraban confusas las preguntas uno y cuatro, considerandola como de respuesta subjetiva y por lo tanto requirieron de una mayor explicación.
- Otras personas por el contrario mostraron interés en resolver la encuesta y mostrarón deseos de conocer los resultados.

Para el manejo estadístico de los resultados de éste estudio se utilizarón las medidas de tendencia central y los porcentajes y la presentación de los mismos en gráficas.

Análisis de Resultados:

Se aplicaron un promedio de 410 cuestionarios, de los cuales se tomó para análisis los 384 fijados como muestra de estudio. El restante se eliminó por no haber sido contestados en su totalidad, por haberse tachado todos los incisos o por no haber sido contestado por algún médico residente o adscrito.

Los resultados obtenidos se muestran a continuación:

- El promedio de edad fué de 33.67 años, predominando el sexo masculino con respecto al femenino en razón de 15 a 10, cabe señalar que en Celaya el promedio de edad fué de 38.1 años y que en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza ocupó el más bajo con 30.67 años. Cuadro 1.

- De los 384 encuestados; 243 son casados (63%), 124 (32%) -- son solteros, 9 viven en unión libre, uno es viudo, uno es divorciado y seis no contestaron. Cuadro 2.

- En lo referente a la categoría, 151 (39%) son médicos adscritos, la gran mayoría médicos especialistas, y solo una minoría médicos generales, el 60% restante lo conforman el grupo de residentes; 79 de primer año, 82 de segundo, 57 de tercero, 10 de cuarto, tres de quinto año y dos no contestaron. Cuadro 3.

- En cuanto a la ingestión de bebidas alcohólicas, 238 (61.9%) sí lo hacen, mientras que 146 (38%) no. Cuadro 4.

- De los 238 encuestados que sí ingieren bebidas alcohólicas, 123 (51.6%) beben una vez al mes, 45 (18.9%) una vez en quince días, 23 (9.6%) una vez a la semana, 5 (2%) más de una vez a la semana, 39 (16.3%) de una a tres veces al año, y 3 (1.2%) -- no contestaron. Cuadro 5.

- De los mismos 238 encuestados que sí beben, las bebidas de preferencia se enmarcan como sigue; 45.3% (108) brandy, 22.2% (53) cerveza, 13.4% (32) ron, 3.3% (8) tequila, 15.5% (37) otros tipos de bebida que incluye whisky, cognac, vodka y mezcal. Cuadro 6.

- En lo referente a la cantidad ingerida de bebidas alcohólicas, 103 (43%) manifestaron beber una a dos copas, 71 (29%) -- de tres a cuatro copas el 24% (58) más de 4 copas, mientras -- que el 2.5% (6) se obtuvieron de contestar. Cuadro 7.

- Al realizar la calificación del SMAST encontramos que el total de encuestados que sí ingieren bebidas alcohólicas (238 = 62%), los que cumplieron con tres ó más puntos para considerarse como alcohólicos sumaron un total de 37, es decir el 15.5% -- 54 cumplieron con dos puntos, o sea probabilidad de alcoholismo (22.6%), y el 62% (147) cumplieron con uno ó ningún punto, --

quedando entonces como no probables de ser alcohólicos. Cuadro 8 .

- En cuanto a las actitudes; las positivas sumaron un puntaje de 32.5% y las negativas de 29.3%, ambas en el grupo de médicos que sí ingieren bebidas alcohólicas mientras que de el grupo que no ingiere bebidas alcohólicas, las actitudes positivas alcanzaron el 20.7% y las negativas 17.2%, tomando como referencia el 100% el total de encuestados. Cuadro 9.

Si lo consideramos de acuerdo a los 238 que sí ingieren bebidas alcohólicas, las actitudes positivas suman un porcentaje de 52.5% y las negativas de 47.4%, ahora sí tomamos en cuenta que 146 no beben, las actitudes positivas en este grupo son de 54.5% y las negativas de 45.4%. Cuadro 9.

- Al analizar sobre los médicos que tienen en su familia algún miembro con problemas de alcoholismo, el grupo de los sí ingieren bebidas alcohólicas tuvieron una suma de 90 y el grupo de los que no beben 35, de estos las actitudes hacia ellos fueron en el grupo de los que sí beben; 60.8% de positivas contra 11.2% de actitudes negativas. En el grupo de los que no beben 20.8% de actitudes positivas contra 7.2 de negativas. Cuadro 10.

ALCOHOLISMO .
DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

Cuadro No. 1

S E X O

UNIDAD MEDICA	EDAD	Masculino	Femenino	No contesto	total
Clinica Dr. Ignacio Chávez	---- X 33.04	14	11	----	25
Hospital General Veracruz	34.15	50	9	----	59
Hospital General Celaya	38.16	19	11	----	30
H. R. Adolfo López M.	32.4	92	37	3	132
H. R. Ignacio Zaragoza	30.6	95	39	4	138
Total	33.67	270	107	7	384

Fuente: Cédula de recolección de datos.

A L C O H O L I S M O .

DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

Cuadro No. 2

E S T A D O C I V I L .

Unidad Médica	C.	S.	V.	U.L.	D.	N.C.	Total
Clínica Dr. Ignacio Chávez	18	6	-	-	-	1	25
H.G. Veracruz	42	12	-	3	-	2	59
H.G. Celaya	23	6	-	1	-	-	30
H.R. A. L. M.	70	56	1	3	-	2	132
H.R. Ignacio Zeragoza	90	44	-	2	1	1	138
Totales	243	124	1	9	1	6	384
Porcentajes	63%	32%	0.2%	2.3%	0.2%	1.56%	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

C = Casado S = Soltero V = Viudo

U.L. Unión Libre D = Divorciado N.C. = No contestó

ALCOHOLISMO.

DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

Cuadro número 3.

CATEGORIA LABORAL.

Unidad Médica	MA	R I	R II	R III	R IV	R V	N.C.	Total
Clinica Dr. Ignacio Chávez	14	2	5	4	-	-	-	25
H.G. Veracruz	48	7	-	3	-	-	1	59
H.G. Celaya	28	-	-	2	-	-	-	30
H.R. A. L. M.	28	34	38	22	7	2	1	132
H.R. Ignacio Zaragoza	33	36	39	26	3	1	-	138
Totales	151	79	82	57	10	3	2	384
Porcentajes	39%	20.5%	21.3%	14.8%	2.6%	0.7%	0.5%	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

MA = Médico adscrito

R = Residente 1º, 2º, 3º, 4º, y 5º año.

N.C. = No contestó.

ALCOHOLISMO.

DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

Cuadro No. 4

INGIEREN BEBIDAS ALCOHOLICAS.

Unidad Médica	SI	NO	T.
Clinica Dr. Ignacio Chávez	11	14	25
H.G. Veracruz	38	21	59
H.G. Celsya	12	18	30
H.R. A.L.M.	92	40	132
H.R. Ignacio Zaragoza	85	53	138
Totales	238	146	384
Porcentajes	61.9%	38%	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

ALCOHOLISMO.

DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

Cuadro No. 5.

FRECUENCIA

Unidad Médica	FRECUENCIA					N.C.	Total
	A	B	C	D	E		
Clínica Dr. Ignacio Chávez	5	1	-	-	3	2	11
Hospital General Veracruz	17	14	5	-	1	1	38
Hospital General Celaya	6	2	1	-	3	-	12
H.R. A.L.M.	52	11	7	2	20	-	92
H.R. Ignacio Zaragoza	43	17	10	3	2	-	85
Sub-Totales	123	45	23	5	39	3	238
Porcentajes	51.6%	18.9%	9.6%	2%	16.3%	1.2%	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

A = Una vez al mes.

B = Una vez en quince días.

C = Una vez a la semana.

D = Más de una vez a la semana.

E = De una a tres veces al año.

N.C. = No contestó.

ALCOHOLISMO.

DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

Cuadro No. 6

TIPO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.

Unidad Médica	A	B	C	D	E	Total
Clinica Dr. Ignacio Chávez	2	1	6	0	2	11
H.G. Veracruz	10	8	15	0	5	38
H.G. Celaya	4	1	6	-	1	12
H.R. A.L.M.	27	15	29	4	17	92
H.R. Ignacio Zaragoza	10	7	52	4	12	85
Sub-Totales	53	32	108	8	37	238
Porcentajes	22.2%	13.4%	45.3%	3.3%	15.5%	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

A = Cerveza

B = Ron

C = Brandy

D = Tequila

E = Otro (Whisky, Cognac, Vodka, etc.)

ALCOHOLISMO .

DESCRIPCION DE LA MUESTRA .

Cuadro No. 7

CANTIDAD .

Unidad Médica	A	B	C	N.C.	Total
Clínica Dr. Ignacio Chávez	5	2	3	-	11
H.G. Veracruz	17	11	10	-	38
H.G. Celaya	5	4	3	-	12
H.G. A.L.M.	42	29	21	-	92
H.R. Ignacio Zaragoza	33	25	21	6	85
Totales	103	71	58	6	238
Porcentajes	43%	29%	24%	2.5%	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

A = una - dos (copas)

B = tres a cuatro (copas).

C = más de cuatro (copas).

N.C. = no contestó.

ALCOHOLISMO.

Cuadro No. 8

DETECCION DEL ALCOHOLISMO.

Calificación SMAST #.

Unidad médica	Si +	Probable ++	No +++	Total.
Clínica Dr. Ignacio Chávez	4	1	6	11
H.G. Veracruz	2	7	29	38
H.G. Celaya	2	2	8	12
H.R. A.L.M.	10	17	65	92
H.R. Ignacio Zaragoza	19	27	39	85
Totales	37	54	147	238
Porcentajes	15.5%	22.6%	62%	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

- + = cumplierón con 3 ó más puntos del SMAST.
- ++ = cumplierón con 2 puntos del SMAST.
- +++ = cumplierón con 1 ó 0 puntos del SMAST.
- # = Short Michigan Alcoholism screening test.

ALCOHOLISMO.

Cuadro No. 9

VALORACION DE ACTITUDES.

Actitudes	Si toman		sub- total	No toman		sub- total	total %
	+	-		+	-		
Ambivalen- tes	8	230	238	20	126	146	384
	2.08	59.89	61.97	5.20	32.81	38.02	100%
Actitud ante el paciente alcohólico	151	87	238	97	49	146	384
	39.32	22.65		25.26	12.76		
alcohólico= débil de vo- luntad	39	199	238	64	82	146	384
	10.15	51.82		16.66	21.35		
Aic. = demen- tante, defici- de memoria	111	127	238	67	79	146	384
	28.90	33.07		17.44	20.57		
Inseguridad al diagnost- icar	219	19	238	135	11	146	384
	57.03	4.94		35.15	2.86		
durante el tratamiento en que pone énfasis	221	17	238	134	12	146	384
	57.5	4.42		34.89	3.12		
A quién le- toca etiolo- gicamente - tratar etc.	92	146	238	33	113	146	384
	23.95	38.02		8.50	29.42		
Que experi- menta el Med. al tratar pac. alcoh.	160	78	238	87	59	146	384
	41.66	20.31		22.65	15.36		
Totales	1001	903	1904	637	531	1168	3072
%	32.58	29.39	61.97	20.73	17.28	38.02	100%
Totales por grupo	52.5	47.4	238=	54.5	45.4	146=	384
			100%			100%	

Fuente: Cédula de recolección de datos.

ALCOHOLISMO .

Cuadro No. 10

INFLUENCIA FAMILIAR

Pregun- tas	MEDICOS				Total %
	Sí toman		No toman		
9	90		35		125
	72%		28%		100%
10	+	-	+	-	125
	76	14	26	9	
	60.8%	11.2%	20.8%	7.2%	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

9; Médicos que en su familia hay alguien con problemas de alcoholismo .

10; Actitud hacia el mismo.

Conclusiones:

En este estudio se evaluarón los hábitos de bebida de él personal médico de cinco Unidades Médicas del ISSSTE, así como de terminar de acuerdo al Short Michigan Alcoholism Screening --- Test, quienes del grupo que aceptó ingerir bebidas alcohólicas se le consideraba alcohólico, probable o improbable de serlo.

En forma anexa, y totalmente observacional, se evaluarón las actitudes de ambos grupos, siendo en forma subjetiva, ya que no contamos con una Escala de actitudes para haber podido realizar un análisis estadístico de significancia, consideramos a este estudio como base para realizar otro con mayor sustenta ción técnica, el cual pueda aplicarse en forma multicéntrica y a nivel de todo el Sector Salud.

En cuanto al estudio en sí, no contamos con bibliografía de referencia para realizar comparaciones estadísticas en cuanto a los resultados obtenidos.

De acuerdo a estadísticas en población en general, el sexo masculino predomina con respecto al femenino en cuanto al consumo de alcohol, aquí en nuestra serie el resultado fue similar.

En cuanto a la ingestión de bebidas de preferencia, el brandy ocupó el primer lugar contra lo que se esperaba que fuera la cerveza, ya que para los 80s la bebida de mayor producción y consumo en nuestro país era la cerveza. 3

En general dos terceras partes del total de encuestados son casados, la mayoría (el 60%) sí ingiere bebidas alcohólicas y de estos el 50% beben una vez al mes, seguidos en frecuencia por los que beben una vez en quince días y los que lo hacen de una a tres veces al año, mientras que casi el 50% de estos beben solo una a dos copas.

De lo anterior se deduce que sí el 60% del total de encuestados sí beben, y de estos las dos terceras partes son casados pueden existir familias disfuncionales o familias alcohólicas.

Así mismo encontramos una proporción relativamente alta de alcohólicos (15.5%) de acuerdo al SMAST, en este punto debemos de considerar que se trata solamente de un instrumento de trabajo y que para hacer un Diagnóstico definitivo de alcoholismo nos debemos de basar en varios parámetros como son: Historia familiar y personal completa, Examen físico, pruebas de laboratorio alteradas, cuestionarios de exploración referentes al alcoholismo., etc.

Al comparar las actitudes de él grupo que sí ingería bebidas alcohólicas contra el grupo que no lo hacía, encontramos -- que casi guardaban una proporción de 1:1 las actitudes positivas contra las negativas, y en los médicos que en su familia -- habí alguien con problemas de alcoholismo predominaron las actitudes positivas.

Aunque hay que hacer notar que si analizamos pregunta por -- pregunta, nos encontraríamos que la gran mayoría considera al paciente alcohólico como débil de voluntad, demandante, diff--

cil de abordar y tratar, así como el de reelegir responsabilidades a otros miembros del equipo de salud en cuanto a Diagnóstico y tratamiento, lo cual repercute necesariamente en su perpetuación.

Proponemos para ayudar a resolver este problema de salud pública los siguientes puntos:

- Se incremente tanto en el pregrado en el postgrado de Medicina cursos de mayor información teórico-prácticos impartidos por personal médico altamente relacionado con el abordaje integral del paciente alcohólico y su familia (Psicoterapeuta, Médicos familiares, Trabajadoras sociales, enfermeras, etc.,) es decir un equipo multidisciplinario.
- Se fomente el constante estudio de la enfermedad, ya que su desconocimiento es directamente proporcional al desarrollo de las actitudes negativas mostradas hacia el paciente alcohólico.
- Se considere necesario la formación de grupos de personal de salud en donde se exploren sus propias actitudes, para establecer metas más realistas y aceptar sus limitaciones hacia el alcohol, uso y abuso del mismo, hacia el paciente alcohólico y su familia. Con el fin de desarrollar una madurez emocional -- que les permita abordar este problema.
- Se recomienda también planear estrategias encaminadas al -- tratamiento de las familias alcohólicas y disfuncionales, así como a la capacitación del personal de salud en el manejo de -- las mismas.

La autoaceptación e integración personal lleva a la persona a ser compasiva y tener empatía por los demás, a poder trabajar y aprender de otros sin necesidad de moralizar o defenderse continuamente de sus propios temores.

En compartir la responsabilidad con otros profesionales le permite tomar la distancia adecuada del problema y ser objetivo, la discusión abierta entre profesionales esclarece situaciones complejas como lo es el trabajar con pacientes alcohólicos. El compartir con ellos la ansiedad y los sentimientos de inadecuación, se verán disminuidos sin necesidad de proyectar esos sentimientos a los pacientes.

Los esfuerzos de prevención, educación y tratamiento serán más significativos si los profesionales de la salud que brindan tales servicios acumen actitudes positivas de tal modo -- que la atención que brinden a amplios sectores de la población sea más efectiva, obteniendo con ello mayor satisfacción personal y profesional.

A N E X O S

SHORT MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST

Cédula de recolección de datos.

Instrucciones: Marque en el inciso correspondiente a su respuesta con una X.

Marque sólo una respuesta a la vez.

EDAD: _____ años SEXO a) Femenino b) Masculino

ESTADO CIVIL: a) Casado b) Soltero c) Viudo d) Unión Libre

CATEGORIA: a) Médico adscrito b) Médico residente R1 R11 R111
RIV RV

USTED TOMA? a) Sí b) No

FRECUENCIA CON LA QUE USTED TOMA?

a) Una vez al mes b) Una vez en quince días c) Una vez a la semana
d) Más de una vez a la semana c) de una a tres veces al año.

TIPO DE BEBIDA QUE USTED TOMA:

a) Cerveza b) Ron c) Brandy d) Tequila c) Otro _____

¿CUANTAS COPAS INGIERE CUANDO USTED TOMA?

a) una-dos b) tres-cuatro c) más de cuatro

S M A S T

- | | | |
|--|----|----|
| 1.-¿Piensa usted que es un bebedor normal? (por normal se entiende que usted bebe más o menos como los demás). | SI | NO |
| 2.-¿Su esposa, esposo, padres, u otro familiar cerca no se preocupan o quejen de sus hábitos de bebida? | SI | NO |
| 3.-¿Se siente culpable porque toma? | SI | NO |
| 4.-¿Sus amigos o parientes piensan que es usted un bebedor normal? | SI | NO |
| 5.-¿Es capaz de dejar de beber cuando usted quiere? | SI | NO |
| 6.-¿Ha asistido alguna vez a una reunión de alcoholicos anónimos? | SI | NO |
| 7.-El que usted bebe ¿le ha ocasionado problemas con su esposa, esposo, padres u otros familiares cercanos? | SI | NO |

- | | | |
|--|----|----|
| 8.-¿Ha tenido problemas en su trabajo por sus hábitos de beber? | SI | NO |
| 9.-¿Ha usted descuidado sus obligaciones, su familia o su trabajo por dos o más días seguidos por tomar? | SI | NO |
| 10.-¿Ha buscado ayuda con alguien para su problema de beber? | SI | NO |
| 11.-¿Ha estado en algún hospital a causa de su problema de beber? | SI | NO |
| 12.-¿Ha sido arrestado por manejar tomado o estando totalmente intoxicado? | SI | NO |
| 13.-¿Ha sido arrestado, por pocas horas a causa de su comportamiento alcohólico? | SI | NO |

CUESTIONARIO DE ACTITUDES

- 1.-¿Qué opina usted sobre el uso de bebidas alcohólicas?
 a) Que socialmente es aceptado b) Que no implica riesgos para la salud.
 c) Que es una forma de socializarse d) Que sí implica riesgos para la salud.
- 2.- ¿Qué actitud asume usted ante un paciente con problemas de alcoholismo?
 a) Rechazo b) Hostilidad c) Aceptación d) Compasión
 e) Indiferencia
- 3.- ¿Cree usted que el paciente con problemas de alcoholismo sea débil de voluntad y esto contribuya a la perpetuación de su padecer?
 a) Sí b) No
- 4.- ¿Ve a este tipo de pacientes como personas demandantes, difíciles de abordar y tratar?
 a) Sí b) No
- 5.- ¿Se siente inseguro cuando tiene que diagnosticar y tratar a este tipo de pacientes?
 a) Sí b) No
- 6.- ¿Cuándo lo trata, en dónde pone mayor énfasis?
 a) En sus síntomas b) En sus causas subyacentes c) en ambas
- 7.- ¿A quién cree que le toca la responsabilidad de tratar etiológicamente esta enfermedad?
 a) Médico general b) Médico Familiar c) Psiquiatra d) Psicológico
 e) Alcohólicos anónimos f) Otro; especifique _____.
- 8.- En su práctica diaria al tratar con pacientes con enfermedades secundarias al alcoholismo, usted experimenta:
 b) Frustración b) Coraje c) Simple malestar d) Interés y deseo de ayudar.
- 9.- ¿Tiene usted en su familia alguna persona con problemas de alcoholismo?
 a) Sí b) No
- 10.- ¿Cuál es su actitud ante esta persona?
 a) Aceptación b) Ayuda c) Rechazo d) Hostilidad e) Indiferencia

Gracias por tu participación.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Griffith Edwards; alcoholism as an important medical issue. salud mental, 10 (2); 26-31, 1987.
- 2.- Velázco Fernández Rafael y cols. Alcoholismo. Rev. Fac. Med. Mex., pág. 6 a 27; 1976.
- 3.- Más Condes C., Manrique Ramírez A., Varela C., Tuchszaider H; Variables médicas y sociales relacionadas con el consumo de alcohol en México. Salud pública Méx. 28; 473, 1986.
- 4.- Terrobe Garza G., Seltijeral M., Del Corral R.: El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. Salud Pública Mex.; 28; 489-494, 1986.
- 5.- Mas Condes C., Manrique A., y Varela C.; Detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol en cuatro hospitales de urgencias del D.F. Salud Mental 9 (4); 10-14, 1986.
- 6.- Marc A., Schuckit S Michael Irwin M.C.: An analysis of the clinical relevance of type I and type 2 alcoholics. Br. J. add. 84; 869-876, 1989.
- 7.- Woodside M.: Research on children of alcoholics; past and - future. Br. J. Addict. 83; 785-792, 1988.
- 8.- Hilton, E.M.; ¿How many alcoholics are there in the United-States?. Br. J. Addict. 84, 459-460, 1989.
- 9.- Daykin Eva and cols; Adolescente depresión, alcohol and --- drug abuse. American Journal of Public Health 77: 178-181, 1987.
- 10.- Goodwin J.S. S cols.; Alcohol intake in a Healthy Elderly- Population. American Journal of Public Healt 77 (2); 173-176, - 1987.
- 11.- Israelowitz R., S Hon O.T.: Singapore; A study of university student's drinking behavior. Br. J. Addict. 83; 1321-1323,-- 1988.
- 12.- Irwin M and cols.: Testosterone in chronic alcoholic men.- Br. J. Addict. 83; 949-953 1988
- 13.- Wilson, K.C.M. and cols.; Problem drinking in a military - endoscopy clinic. Br. J. Addict. 83; 1063-1068, 1988.
- 14.- Nelman Jack, M.O.: Association of transiente ischaemic a--

- tack in alcohol withdrawal with changes in haemostasis. Br. -- J. Addict 83; 1457-59, 1988.
- 15.- Glass B.L.: Alcoholic hallucinosis: a psychiatric enigma-- I The development of an idea. Br. J. Addict. 84; 29-41, 1989.
- 16.- Maxwell, D.: ¿Weight determines susceptibility to chronic alcohol associated disease? . Br. J. Addict. 83, 1235-1236, 1988.
- 17.- Borges G consumo moderado de bebidas alcohólicas por mujeres embarazadas; Una controversia epidemiológica. Salud pública Mex. 30; 14-24, 1988.
- 18.- Lynn Fox Norma y cols.: Alcohol consumption among pregnant-smokers: Effects of a smoking cessation intervention program.--- American Journal Public Health 77 (2); 211-212, 1987.
- 19.- Glass I.B., Chalmers R., R., Bartlett S., & Littleton J. Increase plasma carnitine in severe alcohol dependence. Br. J. Addict. 84; 889-93, 1989.
- 20.- Natera G., Herrejón ME., Rojas E.,: Comparación de algunas características de la conducta de las esposas de alcohólicos y de no alcohólicos. Salud Mental, 11 (1); 13-18, 1988.
- 21.- Samarasinghe, D.; Treating alcohol problems in Sri Lanka.-- Br. J. Addict. 84, 865-867, 1989.
- 22.- Blane T.H.: Prevention issues with children of alcoholics-- Br. J. Addict. Sep.; 84 (9): 957-959, 1989.
- 23.- Yapa, RºSº: Dangers of antabuse therapy. Practitioner Jan;- 233 (1461): 13-14, 1989.
- 24.- Heather, N.: Disulfiram treatment for alcoholism. British -- med. Journal. Aug 19; 299 (6697); 471-2, 1989.
- 25.- Milhorn, H Thomas, J.R.M.D., PF. D.: The diagnosis of alcoholism. American Family practitioner. Vol. 37, No. 6; 175 e 183, 1988.
- 26.- Cummins-Eisenberg; Manual de Diagnóstico médico. Alcoholismo. Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1989. 636-643.
- 27.- Victor m., Adams D. Raymond; Alcohol. En: Harrison, Principios de medicina Interna. Ed. Mc Graw Hill. 10 ed. 1985, pag. --- 1788-1802.

- 28.- San Martín Hernán: El problema medicosocial del alcoholismo. En Salud y Enfermedad. Ed. Prensa médica mexicana 3ª ed.-- 1980. 458-462.
- 29.- Edwards Griffith; Tratamiento de alcohólicos. Ed. I Trillas, 1986, 212,239.
- 30.- Patiño J. Luis: El alcoholismo. En: Psiquiatría clínica.- Ed. l Salvat. 1980. 299-314.
- 31.- Publicaciones de AA: Alcohólicos anónimos en su comunidad. Ed. General service conference.
- 32.- Molina Piñeiro Valentín y Sánchez Medel Luis: Patología En: El alcoholismo en México. Ed. 2ª Fundación de investigaciones sociales, 1986.
- 33.- Molina P.V., Berruecos V.L., Sánchez M.L.: Aspectos sociales, En: El alcoholismo en México. Ed. 2ª Fundación de investigaciones sociales.
- 34.- Lerner D. Willian, Marx Jhon A, Matehews James J.: Urgencias alcohólicas. Atención médica, Vol. 2, No. 1; 60-80, 1989.
- 35.- CEPNEC; Las bebidas alcohólicas y la salud, curso para padres de familia y educadores. Ed. 19. CEPNEC
- 36.- McGann, K Patricia; Self-reported illnesses in Family Members of alcoholics. Family Medicine, Vol. 22, No. 2, mar-april, 1990.
- 37.- Módulo de psicología médica, tercer año, unidades VII-VIII, del curso de especialización en medicina familiar. UNAM, pp 3-17.
- 38.- Selzer, M.L. Vinokur, A, and Rooijent L. A self-administered short versión of the Michigan Alcoholism Screening test (SMAST). Journal of studies on Alcohol, 36, 117-126, 1975.