



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

11241
[Handwritten signature]

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE
MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGIA
MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

**SEDE: HOSPITAL DE PSIQUIATRIA SAN FERNANDO
IMSS**

**TITULO: PROFILAXIS PARA EVITAR RECAIDAS EN
PACIENTES ALCOHOLICOS MEDIANTE EL USO DE
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE
SEROTONINA**

**T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
P S I Q U I A T R I A**

**PRESENTA:
DR. JORGE RODRIGUEZ RUIZ**

ASESORES:

**DR. MIGUEL VILLAVICENCIO CASILDO
ASESOR METODOLOGICO**

**DR. JOSE NOVOA RAMOS
ASESOR TEORICO**

**CENTRO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

[Handwritten signature]
DR. ALEJANDRO DIAZ MASTRO

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Andrés Ruiz

Nombre

FECHA: 09/08/04

FIRMA: [Firma]

ESTA TESIS NO SE
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS.-

A Dios: Por haberme permitido nacer, vivir todo lo que he vivido con quienes y como lo he hecho.

A mi madre: Por darme la vida y llenar cada momento de ella con amor y ternura, además de enseñarme a ser un hombre que debe luchar por sus sueños e ideales.

A mis hermanos: Por su cariño y comprensión además de su ayuda en los momentos difíciles.

A mis Tíos y Primos: Por que gracias a su cariño, apoyo y consejos he llegado a realizar una de mis más grandes metas.

Al Dr. Wazcar Verduzco: Por todo su apoyo moral y estímulo brindado durante el desarrollo de este gran paso en mi vida profesional.

A los **Drs. José Novoa, Miguel Villavicencio, Leonardo Morelos, Fernando Corona, Carlos Díaz, Alejandro Velasco, Elizabeth Barraza, Gustavo García, Armando Anaya, Mauricio Medina, Hugo Lomeli, Anayancy Guevara, Berenice Grajeda, Laura León, Sol Domínguez,** por brindarme de manera incondicional todos sus conocimientos y principalmente una amistad sincera.

A mis amigos incondicionales: Carlos Morales, Omar Campos, Alejandro Alfaro: Por que siempre han estado presentes cuando los he necesitado, en los momentos de felicidad para alentarme y en los momentos de tristeza para consolarme y aconsejarme.

A las Sritas: Ysolina González O. y Lourdes Osornio. Por todo su cariño y apoyo sin límites que me han brindado y que valoro como un gran tesoro.

GRACIAS

Dr. JORGE RODRIGUEZ RUIZ.

INDICE

Objetivos	4
Marco teórico	5
Planteamiento del problema	10
Hipótesis	11
Variables	11
Diseños del estudio	12
Material y método	12
Criterios de Inclusión	12
Criterios de No inclusión	13
Criterios de exclusión	13
Método	13
Consideraciones éticas	15
Recursos	15
Cronograma de actividades	16
Anexo No. 1 (Criterios del DSMIVR para realizar diagnóstico de intoxicación por Alcohol o abstinencia de alcohol)	17
Anexo No. 2 (Carta de consentimiento informado para inclusión en protocolo de Investigación)	19
Resultados	20
Pacientes ingresados en el estudio distribución por genero	20
Porcentaje de pacientes ingresados en el estudio, distribución por genero	21
Evolución de pacientes durante la realización del estudio	22
Evolución de pacientes durante el desarrollo del estudio en relación a porcentaje	23
Evolución de los pacientes durante el estudio en cuanto a genero	24
Evolución de los pacientes durante la realización del estudio, porcentajes en cuanto a genero	25
Pacientes incluidos en el estudio distribuidos por grupo de edad	26
Pacientes ingresados al estudio clasificados por escolaridad	27
Pacientes ingresados al estudio clasificados por profesión	28
Pacientes con mayor índice de alcoholismo clasificados de acuerdo a ocupación	29
Análisis de resultados	30
Análisis estadístico	31
Conclusiones	32
Bibliografía	33

OBJETIVOS.

Objetivos Generales.-

1. - Proporcionar una visión general en la definición de alcoholismo, y avance de las recomendaciones en la actualidad para el tratamiento de los pacientes con consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

2. - Determinar la importancia de poner en practica nuevas intervenciones terapéuticas para modificar el curso del alcoholismo, con un efecto consecutivo en la calidad de vida y en la productividad de los sujetos.

3. - Establecer y mantener una vigilancia del estado clínico del paciente para evaluar y facilitar el cumplimiento en el plan de tratamiento, con la finalidad de prevenir las recaídas en el consumo de alcohol.

Objetivo Específicos.-

1.- Demostrar en pacientes alcohólicos manejados en un hospital de psiquiatría, disminución en la posibilidad de alguna recaída, posterior a la administración de un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina.

MARCO TEORICO.-

Las referencias al consumo y al abusos de sustancias psicoactivas como el alcohol son tan antiguas como la civilización misma. La dependencia de estas sustancias fueron descritas ya por los griegos, los romanos y los autores bíblicos. (1) También filósofos, teólogos, poetas, políticos y médicos han debatido los aspectos positivos y los efectos perjudiciales del consumo de estas. (2)

El alcohol siempre ha desempeñado un papel económico, social, cultural y religioso importante en el mundo. (2) Los intereses en la comercialización mundial del alcohol y del tabaco han contribuido a aumentar los problemas relacionados con la salud sobre todo en los países en vías desarrollo ya que este sigue siendo la sustancia psicoactiva más utilizada. (1)

El alcoholismo consiste en un consumo excesivo de alcohol en forma prolongada con dependencia del mismo, siendo este una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas lo cual interfiere con la salud física, mental, social y familiar así como responsabilidad a sus labores.(1)

Los problemas de salud relacionados con el alcohol deben de ser reconocidos ampliamente por el médico general, por todos los especialistas médicos y demás profesionales de las áreas paramédicas y sociales. El papel del médico no debe circunscribirse solamente a la identificación del alcoholismo si no también al tratamiento, la prevención y el manejo de las consecuencias que beber alcohol aun cantidades moderadas tiene para el individuo y la sociedad, esto es debido a que las personas que beben "socialmente o moderadamente" son más numerosas que los bebedores fuertes o consuetudinario. (1)

Durante mucho tiempo el alcoholismo fue considerado como un vicio pero en la actualidad se les ha definido oficialmente por los organismos internacionales, como una enfermedad debida a múltiples factores. (4)

Existen varias definiciones de alcoholismo, de las más aceptadas por la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Mundial de Alcoholismo, definen a este padecimiento como un trastorno crónico caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas interfiriendo con la salud, el funcionamiento social y económico del individuo.(1)George define al alcoholismo: como un trastorno crónico del comportamiento, manifestado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas que exceden las costumbres dietéticas y sociales de la comunidad las cuales interfieren con la salud y el funcionamiento social del individuo. Esta definición contiene criterios cualitativos cuyos parámetros principales son malestar para el individuo y la sociedad de modo que según esto cualquier modo de beber en cualquier cantidad que produzca bien sea daño físico, disfunción psicológica y o social sería considerado alcoholismo. (25)

La definición de la Organización Mundial de la Salud y la de George, están de acuerdo en que se trata de un consumo que excede las costumbres dietéticas de la comunidad. Otros autores localizan el punto clave de la definición en la incapacidad de abstenerse de iniciar el consumo o de detener la ingestión una vez comenzada. (25)

Un motivo de gran preocupación en los diferentes sectores de la población es la forma desmedida en que ha aumentado el uso, abuso y dependencia al alcohol, tabaco y sustancias ilícitas entre la población general, afectando diversas clases sociales. De lo anterior se observa el impacto a los intereses económicos, sociales, familiares de cada una de las personas que son afectadas de manera directa e indirecta por dicho fenómeno. (9) Así mismo, el rápido desarrollo tecnológico, el crecimiento poblacional, el hacinamiento en las grandes urbes, la crisis estructural y funcional en la familia, los desajustes económicos, en la sociedad han coadyuvado a la existencia de dicho fenómeno. (13)

Las bebidas etílicas son consumidas por amplias y varios niveles de población, tanto en sectores marginados como por niveles socioeconómicos medios y altos.(3) Sin embargo la principal población afectada es la joven ya que en la actualidad se observa una reducción en la edad de inicio para el uso de estas y para la combinación de más de una sustancia psicoactiva, por ende se presentan datos mayores e irreversibles en la salud integral de la población afectada siendo ya en la actualidad considerado un problema de salud pública.(5)

La relación entre la medicina y el alcoholismo siempre ha sido compleja, no es una relación natural como la que se observa en otros padecimientos médicos como puede ser la diabetes, los trastornos coronarios o tumores ante los cuales no hay que convencer a los colegas para que actúen, ellos dan por hecho que se trata de un asunto que les pertenece y saben muy bien como manejarlo. En contraste con las enfermedades mencionadas, que desde siempre han formado parte del quehacer del clínico el alcoholismo es un recién llegado. Antes era algo que correspondía a los curas o a las organizaciones de beneficencia, llegando a identificarse como un problema médico a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, siendo su puerta de entrada la identificación de complicaciones físicas y mentales que ocasiona el consumo de alcohol.(1, 11)

Probablemente pocos fenómenos constituyen un mayor reto al médico psiquiatra que el consumo excesivo de bebidas etílicas. Esto se debe a los problemas que origina en la vida de los pacientes, como de sus familiares además del enorme costo que representan los pacientes para los sistemas de salud. (9,12)

Los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas derivados de variaciones en la dinámica y composición de la estructura demográfica en la población, (6) las recurrentes crisis económicas, la acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización ha afectado la vida de las personas en el ámbito familiar, laboral y social interviniendo dichos cambios en el consumo de alcohol. (14)

Como se ha comentado el alcoholismo representan un problema grave en muchas partes del mundo, sin distinción en la cultura. (24) La gama de problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol es enorme, tan solo en los Estados Unidos afecta a 12.5 millones de personas y es responsable del gasto anual por pérdida de la productividad en el empleo, efectos sobre la salud y gastos directos en tratamiento de más de 130 mil millones de dólares. (19)

Tan solo en México en los datos obtenidos a través de la encuesta nacional de adicciones de 1998 señalan que un 77% de los hombres beben alcohol, mientras que las mujeres 57.5 lo hacen,

los episodios de embriaguez son comunes en cerca del 25% de los bebedores lo presentan. De los varones bebedores alrededor del 40% tienen problemas por el alcohol y de las mujeres el 5%. (34)

La frecuencia total de dependientes en México hasta 1998 fue de 9.4%, de ellos la prevalencia de dependencia masculina fue de 19% y de 1.2% la femenina. En este mismo año más de 40% de los bebedores ingirieron cinco copas o más por ocasión y tuvieron uno o más problemas derivados del consumo excesivo de alcohol, entre los que se incluyen: Problemas con la familia, problemas con la policía, problemas de salud y del trabajo, accidentes y muertes violentas.(34)

Al comparar estas cifras con las obtenidas en estudios previos, se observa que están aumentado de manera alarmante y que de no modificar esta tendencia el problema será cada vez mayor, por lo que deben tomarse las medidas preventivas adecuadas con el fin de evitar las consecuencias que en diferentes áreas el consumo excesivo de alcohol genera. (34)

Sobre la probable causa del alcoholismo, desde tiempos remotos ha sido reconocida la tendencia dentro de una misma familia de mostrar patrones similares de ingesta de bebidas embriagantes. (17) Esta observación anecdótica en un principio ha sido documentada sistemáticamente en las últimas décadas, mostrando que la mayoría de los individuos afectados manifiestan tener una historia familiar positiva de alcoholismo. (18) Esta agregación familiar aunque compatible con la idea de que existe un componente heredable del trastorno no permite distinguir si los rasgos de la dependencia y abuso en el consumo de alcohol observados en distintas generaciones sea debido exclusivamente a la existencia de factores innatos (genéticos), o a la presencia de factores externos (medio ambiente familiar compartido), o ambos. (16) Estudios con gemelos o con hijos de padres alcohólicos dados en adopción a temprana edad, han sido particularmente útiles al tratar de definir el papel de los factores genéticos en el alcoholismo. (21)

Diferentes alteraciones genéticas podrían estar asociadas con una mayor vulnerabilidad de hecho, se han encontrado sustituciones de aminoácidos en una serie de genes relacionados con los procesos de transmisión que podrían ser relevantes para heredar una vulnerabilidad al alcoholismo.(23) Hasta el momento se han clonado más de una docena de receptores de serotonina algunos de los cuales se han relacionado con las conductas impulsivas, pudiendo constituir factores predisponentes en ciertos pacientes alcohólicos.(14) Un polimorfismo genético en el gen promotor del transportador de la serotonina en el humano ha sido asociado con trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y alcoholismo. Este polimorfismo ha sido designado como de gran actividad en su variante L o de baja actividad de su variante S. Recientemente se ha reportado una mayor frecuencia en

La variante S de baja actividad del gen promotor del transportador de la serotonina en pacientes con una dependencia alcohólica severa. (24)

Se ha hipotetizado que el alelo S actúa de forma dominante en la transcripción de este gen de forma que, cuando este alelo está presente existe una reducción en el proceso de recaptación de serotonina, otros estudios recientes han analizado prospectivamente la implicación de diversos

genotipos en la dependencia alcohólica. En uno de ellos se observó que varones con el genotipo LL del transportador de serotonina (5-HTT) poseían una significativa mayor probabilidad de ser alcohólicos que varones con otros genotipos para estos loci. No obstante no se ha logrado establecer una relación entre polimorfismo genético y dependencia alcohólica. (27)

Estudios de correlación sobre factores hereditarios sugieren también que pueden existir diferencias premórbidas de la función serotoninérgica, que podían reflejar una vulnerabilidad diferencial en el desarrollo de dependencia. Aunque se han criticado las limitaciones metodológicas de los primeros estudios, estos hallazgos han sido respaldados por estudios recientes con un diseño metodológico más adecuado. (24) Estudios realizados con gemelos han puesto de manifiesto que la capacidad de unión de la serotonina a nivel plaquetario se correlacionaba mucho más en gemelos alcohólicos monocigóticos que dicigóticos. Además descendientes no alcohólicos de un padre dependiente del alcohol o parientes en primer grado de un sujeto alcohólico muestran una reducción de la actividad de la serotonina o disminución de la misma (15)

A nivel de líquido cefalorraquídeo. También se ha reportado una disminución de la respuesta plasmática a la prolactina y el cortisol en hijos no dependientes de padres alcohólicos comparados con hijos de padres no alcohólicos. Los resultados de estos hallazgos coinciden con los realizados contra hijos adoptivos, que revelan una mayor incidencia de dependencia alcohólica entre hijos de padres biológicos dependientes. (7)

En sujetos dependientes del alcohol las determinaciones fisiológicas sugieren que la reducción de la actividad serotoninérgica está asociada con un incremento del ansia por la bebida lo que es conocido como "craving" así como un mayor consumo. (8) Sin embargo las reducciones de la actividad serotoninérgica no ocasionan de forma consistente aumentos en el consumo o la preferencia por el alcohol. (10) En estudios iniciales con animales de experimentación a los cuales se les destruía de forma selectiva las neuronas serotoninérgicas, se observó un incremento en el consumo de alcohol. Estos hallazgos apoyaban la hipótesis de que reducciones en los niveles de serotonina aumentaban el deseo de beber y el consumo de alcohol. (13)

De cualquier forma, tanto si la disfunción serotoninérgica está directamente implicada en la génesis de la dependencia alcohólica como si no, los cambios en la respuesta a la exposición sugieren que los agentes serotoninérgicos pueden ser útiles en el tratamiento a esta dependencia. (20)

Diversos grupos de investigación han explotado el uso de ciertos paradigmas genéticos como los denominados estudios de enlace génico y de asociación alélica, en la búsqueda de genes asociados al alcoholismo en humanos, la atención se ha centrado particularmente sobre genes del sistema de neurotransmisión dopaminérgica, basados en la evidencia obtenida de diversos tipos de experimentos que asocian la función de este neurotransmisor con conductas de reforzamiento, recompensa y motivación de beber. Entre los estudios más conocidos son aquellos que se refieren al gene del receptor D2 a dopamina (DRD2). (22)

Por otra parte se ha observado que en estudios de Electroencefalografía en pacientes alcohólicos así como de sus hijos no alcohólicos la presencia de alteraciones en el trazo

caracterizadas por poseer una menor actividad alfa, situación que al parecer se normaliza con la ingesta de alcohol. (26)

Buydens y col. Han mostrado que existe una relación entre la sensibilidad aguda a los efectos intoxicantes del alcohol y ciertas respuestas hormonales encontradas en los niveles de corticoides y prolactina de pacientes alcohólicos en comparación con sujetos que no lo consumen. (14)

Varios estudios han subdividido a las personas alcohólicas basándose en el trabajo previo de Jellinek (1960). (28) Cloninger, Bowman y col (1987) describen 2 prototipos. El tipo 1 es influido por su medio y se caracteriza por inicio del alcoholismo después de los 25 años, presencia solamente de forma aislada de dificultades debidas al alcohol con la salud, las relaciones de pareja o del auto cuidado, inhibición del comportamiento, ansiedad anticipatorio, rigidez, introversión, e historia dispersa de detenciones, violencia o abuso de drogas. (19) El prototipo del tipo 2 se caracteriza por ser un familiar de un paciente alcohólico, inicio de problemas con el alcohol antes de los 25 años, rasgos antisociales, incluyendo episodios de violencia, detenciones y abuso de drogas ilegales además de conductas de riesgo, impulsividad y mal genio. (28) Irving y col (1990) propusieron la hipótesis de que este último podría estar alineado más próximamente con la personalidad antisocial y con la gravedad del abuso de alcohol. (27)

Una variedad de asociaciones con rasgos fisiológicos ha sido encontrada en muestras de alcohólicos, Buydens. Branchey y col (1989) sugieren que el inicio de los problemas con el alcohol en personas menores de 20 años se asocia con alcoholismo paterno, conducta antisocial y deficiencia de serotonina más alta. (14) George y col (1997) describen una sensibilidad reducida del receptor 5-HT_{2A} en los alcohólicos y una respuesta clínica diferencial a una mezcla de agonista/antagonista de serotonina entre alcohólicos de tipo 1 y 2 (25)

Estudios neuroquímicos, neuroanatómicos, y farmacológicos, han implicado la participación de diversos sistemas de neurotransmisión en el control de estas conductas. En particular se ha sugerido que el denominado comportamiento de búsqueda de alcohol (alcohol-seeking behavior) podría estar relacionada con la activación de circuitos que estimulan la conducta psicomotora exploratoria que permite al individuo interactuar con los estímulos de recompensa. Kornetsky y col. (1981), (29), Imperiato y Chiara (1986), (26) por otra parte se han mostrado que el bloqueo farmacológico de la captura de serotonina (5HT) y DA en las terminales nerviosas inducido por un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina reduce el consumo de alcohol en ratas. McBride y col (1998) (30) describen la administración de altas dosis de etanol en ratas con un alto consumo de alcohol, se incrementa la actividad central serotoninérgica, evento mediado a través de la activación del núcleo accumbens e hipotálamo. Murphy y col. (1987) (32) expone que dado éstas y otras regiones cerebrales parecen mediar las propiedades reforzadoras y de recompensa del alcohol y otras drogas de abuso, y dado que neuronas serotoninérgicas modulan al parecer la inervación dopaminérgica en estas áreas cerebrales, se ha sugerido que posiblemente la deficiencia en el sistema de transmisión serotoninérgica podría ser o al menos parcialmente de generar respuestas de búsqueda, preferencia por el alcohol, de incrementar la vulnerabilidad al desarrollo de desórdenes de ansiedad y estados de ánimo, así como la presentación de comportamientos impulsivos y

agresivos, todos ellos parte del cuadro clínico comórbido que se observa frecuentemente con el diagnóstico de abuso y dependencia al alcohol. Seller's y col. (1997). (35)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

Se han descrito estudios referentes a la posible asociación de la transmisión serotoninérgica, como responsable de las conductas de búsqueda de alcohol así como de comportamientos impulsivos y agresivos, desordenes de ansiedad y del estado de ánimo, todos ellos parte del cuadro clínico comórbido que se observan frecuentemente con el diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol.

La interrogante que se pretende contestar con este estudio son:

1.- ¿En que medida la administración del algún inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina, en pacientes alcohólicos tratados en un hospital de psiquiatría, lograra disminuir la sensibilidad a presentar un nuevo consumo de bebidas etílicas?

2.- ¿Tendrá alguna relevancia la escolaridad de los pacientes para la presentación del alcoholismo?

3.- ¿Existirá alguna diferencia en el grupo de edades de estos pacientes?

4.- ¿Habrà alguna relevancia en cuanto la profesión de los pacientes alcohólicos admitidos en un hospital de psiquiatría?

HIPOTESIS.-

Hipótesis Nula.-

La administración de un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina en pacientes alcohólicos no lograra la abstinencia total en el consumo de etílicos en comparación con los pacientes alcohólicos que no están bajo este tratamiento.

Hipótesis.-

La administración de un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina en pacientes alcohólicos logrará la abstinencia total en el consumo de etílicos en comparación con los pacientes alcohólicos que no están bajo este tratamiento.

VARIABLES.-

Variable Independiente.-

La administración de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina a pacientes alcohólicos manejados en un hospital de psiquiatría.

Variable Dependiente.-

Disminución de la recaída en el consumo de etílicos, durante el tratamiento de los pacientes.

DISEÑO DEL ESTUDIO.-

La realización de la investigación será de tipo Observacional, longitudinal, prospectivo, de tipo efecto causa, y comparativo.

MATERIAL Y METODOS.-

I.- Universo de trabajo.-

Selección de la muestra.-

60 Pacientes valorados en el Hospital de Psiquiatría San Fernando y Hospital de Psiquiatría con UMF No.10 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que al momento de ser evaluados por el Médico Psiquiatra o Medico Residente de Psiquiatría realice el diagnóstico de trastornos por consumo de alcohol en base al DSMIVR entre los cuales se encuentran: Intoxicación y abstinencia de alcohol.

II Criterios de Inclusión.-

Pacientes que al ser evaluados por el Médico Psiquiatra o Médico Residente de Psiquiatría en el Hospital de psiquiatría San Fernando y Hospital de Psiquiatría con UMF No. 10 cubran los criterios diagnósticos en base al DSMIVR, para intoxicación ó en su caso Abstinencia de alcohol.

Pacientes de ambos sexos de 18 a 60 años de edad que a libre consentimiento accedan a participar en el estudio.

Pacientes con redes de apoyo: Familiar, social y económico.

Pacientes que no cuenten con diagnóstico de algún padecimiento médico concomitante

Pacientes que no presenten consumo de otras sustancias psicoactivas

Pacientes interesados en el estudio

Pacientes con conciencia de padecimiento

Pacientes sin ningún tratamiento alternativo para evitar ingesta de estílicos

III.- Criterios de No Inclusión.-

Pacientes que al momento de ser evaluados en el Hospital de psiquiatría San Fernando y Hospital de Psiquiatría con UMF No 10 por el médico Psiquiatra o Médico Residente de Psiquiatría no cumplan con el diagnóstico en base al DSMIVR para intoxicación y abstinencia de alcohol.

Pacientes con consumo de otras sustancias psicoactivas.

Pacientes no interesados en el estudio.

Pacientes sin conciencia de padecimiento.

Pacientes con algún padecimiento médico concomitante

Pacientes sin redes de apoyo: Familiar, social o económico.

IV.-Criterios de Exclusión.-

Pacientes que inicien con el consumo de alguna otra sustancia psicoactiva

Pacientes que abandonen el tratamiento

V.- Método.-

Se evaluarán a los pacientes que ingresen al servicio de urgencias o hospitalización del Hospital de Psiquiatría San Fernando y Hospital de Psiquiatría con UMF No. 10 del IMSS. Cuenten con el diagnóstico de Intoxicación y abstinencia de alcohol en base a los criterios del DSMIVR.

- Se brindara manejo inmediato para desintoxicación y supresión al alcohol en la unidad hospitalaria

- Una vez iniciado el manejo por su médico tratante se le planteara al paciente a su libre elección el ingreso al estudio, firmando carta responsiva ante testigos el desear participar en el estudio.

- Se realizaran en base a una asignación aleatoria dos grupos de pacientes. los cuales incluirán el mismo número de participantes. Siendo un grupo de estos el grupo observacional y el otro nuestro grupo control.

- Se administrara al grupo experimental, un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina, siendo elegida Fluoxetina por su menor presencia de efectos adversos los cuales puedan condicionar abandono al tratamiento y al estudio.

- La dosis de Fluoxetina fue de 20 mg la cual se basa con la finalidad de reducir la probabilidad en la aparición de efectos adversos que pudiera condicionar abandono del tratamiento.

- La administración del medicamento fue diariamente por las mañanas durante 4 meses consecutivos.

- Se hizo seguimiento en ambos grupos de pacientes durante su hospitalización y por medio de la consulta externa una vez que fueron egresados cada 15 días durante 4 meses consecutivos, haciéndose las anotaciones de la evolución de los pacientes en la bitácora del protocolo de investigación así como en el expediente clínico

- Al término de dicho tiempo se hizo la evaluación en ambos grupos y se determinó el resultado del grupo que presento mayor índice de recaídas.

- Se harán las anotaciones correspondientes y se procederá a capturarlas en la investigación.

- Se realiza análisis estadístico de tipo descriptivo y la prueba estadística Chi cuadrada $X^2 = (2.706, NC.95)$ como análisis inferencial.

CONSIDERACIONES ETICAS.-

Aceptación voluntaria del paciente. Se deberá explicar con un lenguaje claro al paciente acerca de los objetivos del estudio y los posibles riesgos si los hay.

Confidencialidad. Toda persona que acepta el participar en el estudio lo hace con el conocimiento y la responsabilidad que ello representa, es relevante definir en que condiciones se deberán divulgar los resultados del estudio, lo anterior queda referido en la carta de consentimiento informado.

Reglamentos éticos. El investigador asumirá la responsabilidad de cumplir las recomendaciones éticas de la Declaración de Helsinki y del Código sanitario mexicano, así como los reglamentos establecidos por el departamento de investigación, el comité de investigación y el comité de ética de la institución a la que pertenezca.

RECURSOS.

Recursos humanos.- Médicos psiquiatras, Médicos Residentes, quienes realizaran la evaluación inicial del paciente en el servicio de admisión continua, del hospital de psiquiatría San Fernando.

Recursos materiales.- Unidad de admisión continua, Unidad Hospitalaria, Unidad de Consulta Externa del Hospital de Psiquiatría San Fernando y Hospital de Psiquiatría con UMF No 10 para la evaluación, inicio de tratamiento, y vigilancia en la evolución de los pacientes, Computadoras, Expedientes clínicos, hojas y máquinas de escribir mecánicas.

Recursos Financieros.- Medicamento el otorgado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y propios del investigador.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ABRIL 2002 – FEBRERO 2003

Actividades.- abril mayo junio julio agosto septiembre octubre noviembre diciembre enero febrero

Redacción del proyecto XX
De investigación

Aprobación del proyecto XX

Etapa inicial del estudio XX
-Montaje de técnicas
-Preparación del equipó médico

-Localización de pacientes XXXXXXXXXXXXX

Etapa del tratamiento

Ingreso de los pacientes al estudio XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Etapa de seguimiento
-Valoración post tratamiento XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Análisis de Resultados XXXX

Reporte Final XXXXX

ANEXOS.

ANEXO NO 1

Criterios del DSMIVR para realizar el diagnóstico de intoxicación por alcohol o abstinencia de alcohol:

A.- Ingestión reciente de alcohol

B.- Cambios Psicológicos, del comportamiento y Desadaptativos clínicamente significativos (Sexualidad inapropiada, Comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

C.- Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

- 1.- Lenguaje farfullante
- 2.- Incoordinación motora
- 3.- Marcha inestable
- 4.- Nistagmo
- 5.- Deterioro de la atención o memoria
- 6.- Estupor o coma

D.- Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de alcohol en base al DSMIVR.

A.- Interrupción o disminución del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B.- Dos o más de los siguientes síntomas desarrollaos horas o días después de cumplirse el criterio A.

- 1.- Hiperactividad autonómica
- 2.- Temblor distal de las manos
- 3.- Insomnio
- 4.- Náuseas o Vómito
- 5.- Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas, transitorias o ilusiones
- 6.- Agitación psicomotora
- 7.- Ansiedad
- 8.- Crisis comiciales de gran mal

C.- Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D.- Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican ante la presencia de otro trastorno mental.

ANEXO NO 2**CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA INCLUSION EN PROTOCOLO DE
INVESTIGACION****A QUIEN CORRESPONDA:**

Por medio del siguiente documento yo _____ y mi familiar directo _____, autorizamos plenamente a los especialistas a cargo del protocolo de investigación titulado **Profilaxis para evitar recaídas en pacientes alcohólicos mediante el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina**. Para administrar el fármaco necesario para el desarrollo de ésta investigación, en el entendimiento de que en primer lugar dicho procedimiento no agravará la evolución de la enfermedad, en segundo lugar que éste estudio servirá para el desarrollo ulterior de tratamientos más eficaces y en tercer lugar que mi familiar o yo que autorizamos éste estudio podemos retirar la autorización previamente firmada en cualquier momento del desarrollo de ésta investigación.

PACIENTE

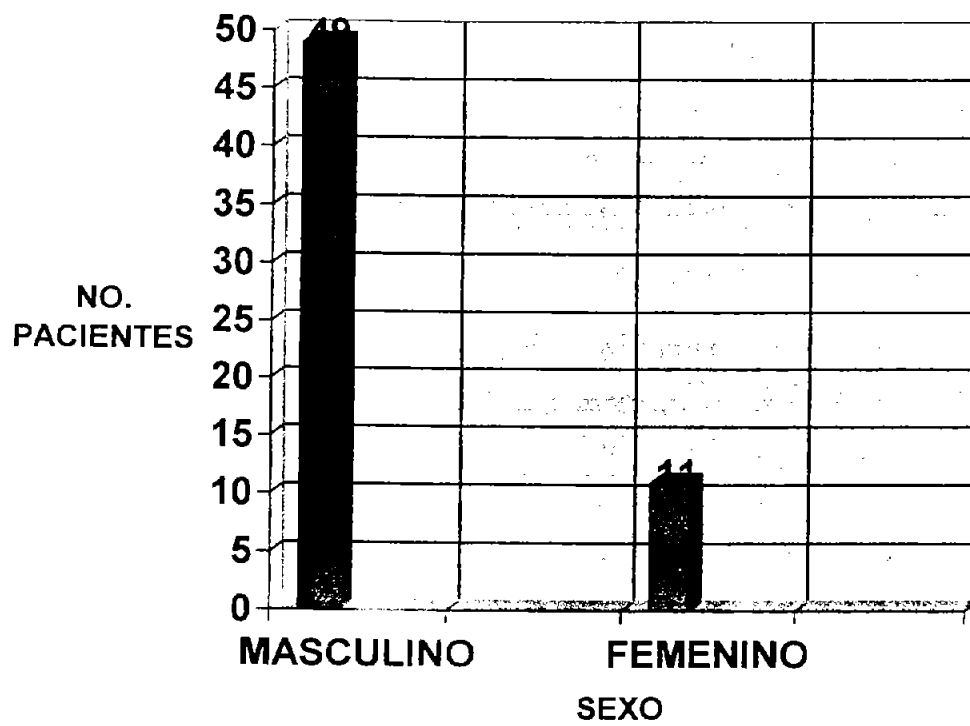
TESTIGO

TESTIGO

MEXICO D.F. A _____ DE _____ DE 2002

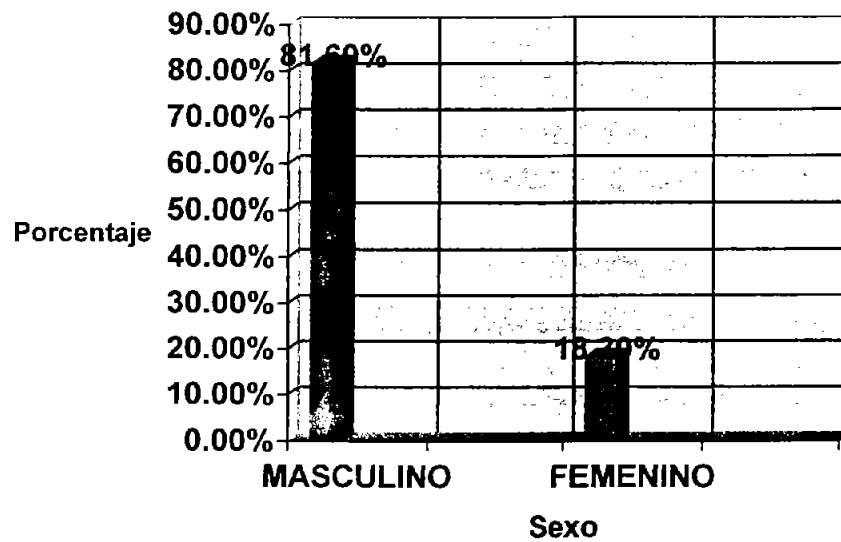
RESULTADOS.-

PACIENTES INGRESADOS EN EL ESTUDIO, DISTRIBUCION POR GÉNERO



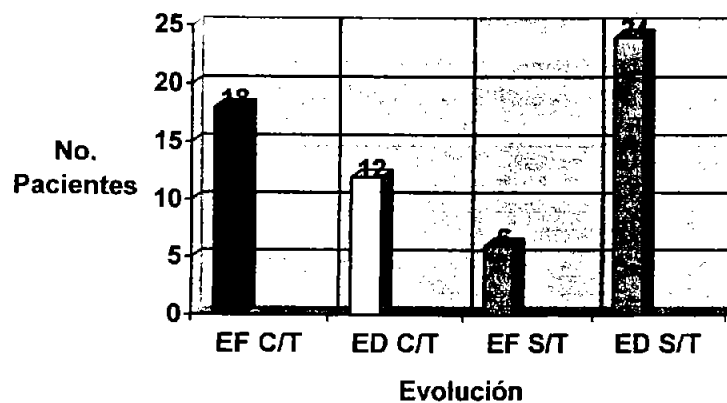
Masculino:	49
Femenino:	11

PORCENTAJE DE PACIENTES INGRESADOS EN EL ESTUDIO, DISTRIBUCION POR GENERO



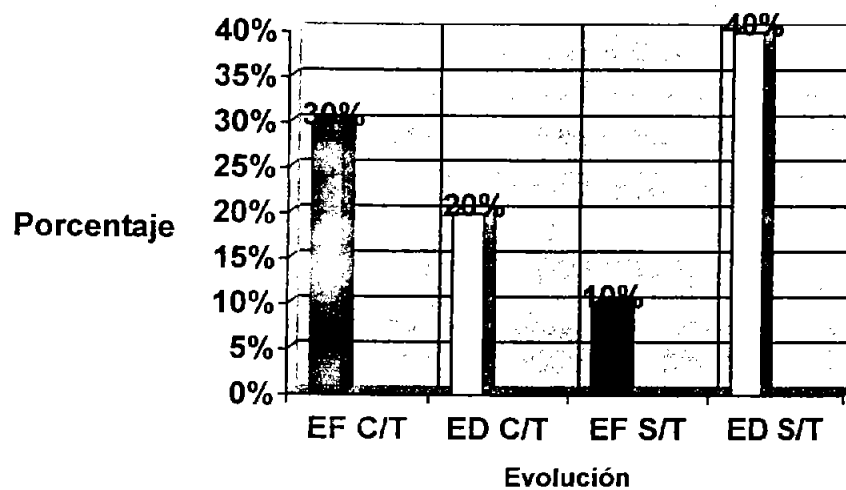
Sexo	No.	%
Masculino	49	(81.6%)
Femenino	11	(18.3%)

EVOLUCION DE LOS PACIENTES DURANTE LA REALIZACION DEL ESTUDIO



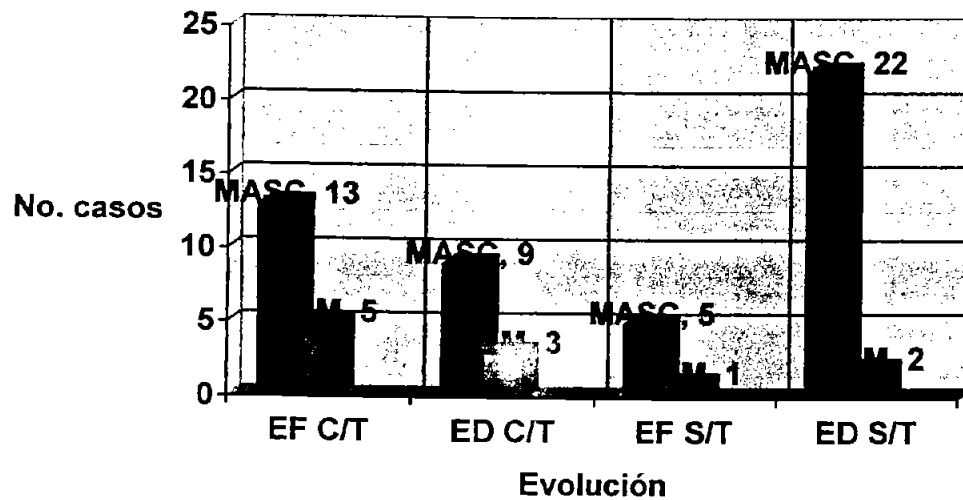
Evolución favorable con tratamiento: (EF C/T)	18
Evolución desfavorable con tratamiento(ED C/T)	12
Evolución favorable sin tratamiento: (EF S/T)	6
Evolución desfavorable sin tratamiento (ED S/T)	24

**EVOLUCION DE PACIENTES DURANTE EL DESARROLLO DEL ESTUDIO EN
RELACION A PORCENTAJE**



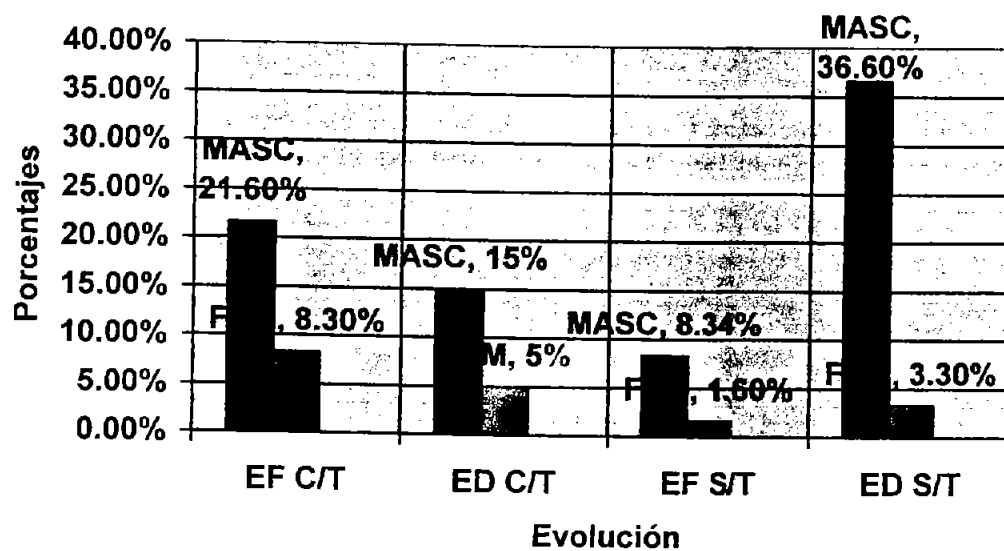
Evolución favorable con tratamiento (EF C/T)	30%
Evolución desfavorable con tratamiento (ED C/T)	20%
Evolución favorable sin tratamiento (EF S/T)	10%
Evolución desfavorable sin tratamiento (ED S/T)	40%

EVOLUCION DE LOS PACIENTES DURANTE EL ESTUDIO EN CUANTO A GENERO



	HOMBRES	MUJERES
Evolución favorable con tratamiento:	13	5
Evolución desfavorable con tratamiento:	9	3
Evolución favorable sin tratamiento:	5	1
Evolución desfavorable sin tratamiento	22	2

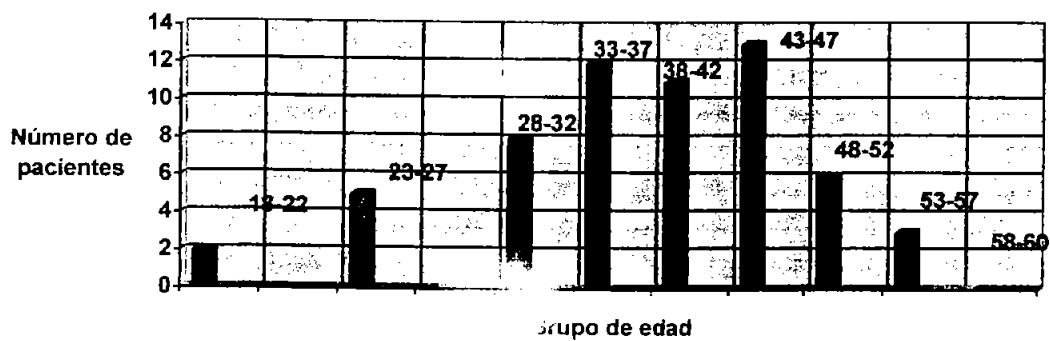
**EVOLUCION DE LOS PACIENTES DURANTE LA REALIZACION DEL ESTUDIO,
PORCENTAJES EN CUANTO A GENERO**



	MASCULINO	FEMENINO
Evolución favorable con tratamiento (EFC/T)	21.6 %	8.3 %
Evolución desfavorable con tratamiento (EDC/T)	15 %	5 %
Evolución Favorable sin tratamiento (EFS/T)	8.3 %	1.6 %
Evolución desfavorable sin tratamiento (EDS/T)	36.6 %	3.3 %

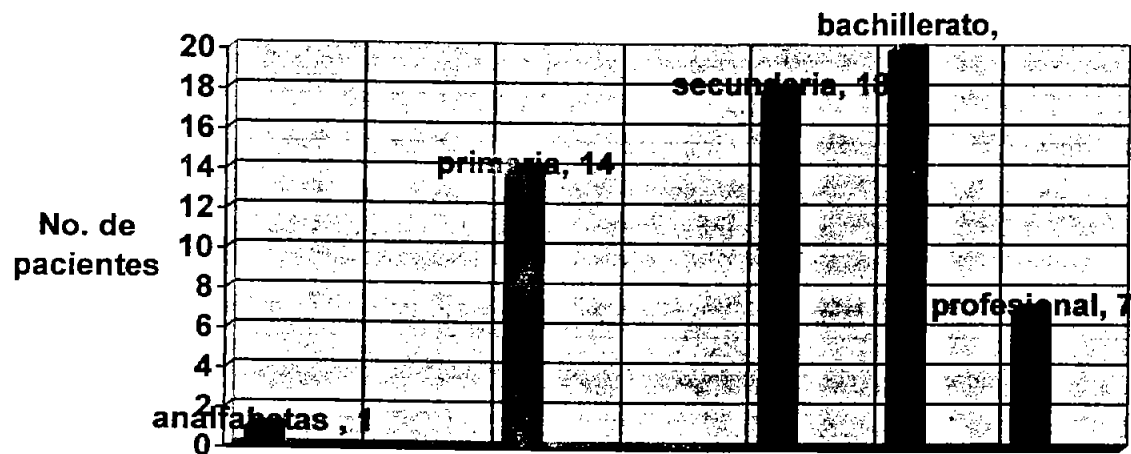
PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO DISTRIBUIDOS POR GRUPOS DE EDAD.

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
18-22 años	2	3.3 %
23-27 años	5	8.3 %
28-32 años	8	13.3 %
33-37 años	12	20.0 %
38-42 años	11	18.3 %
43-47 años	13	21.6 %
48-52 años	6	10.0 %
53-57 años	3	5.0 %
58-60 años	0	0 %



NUMERO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL ESTUDIO, CLASIFICADOS POR ESCOLARIDAD

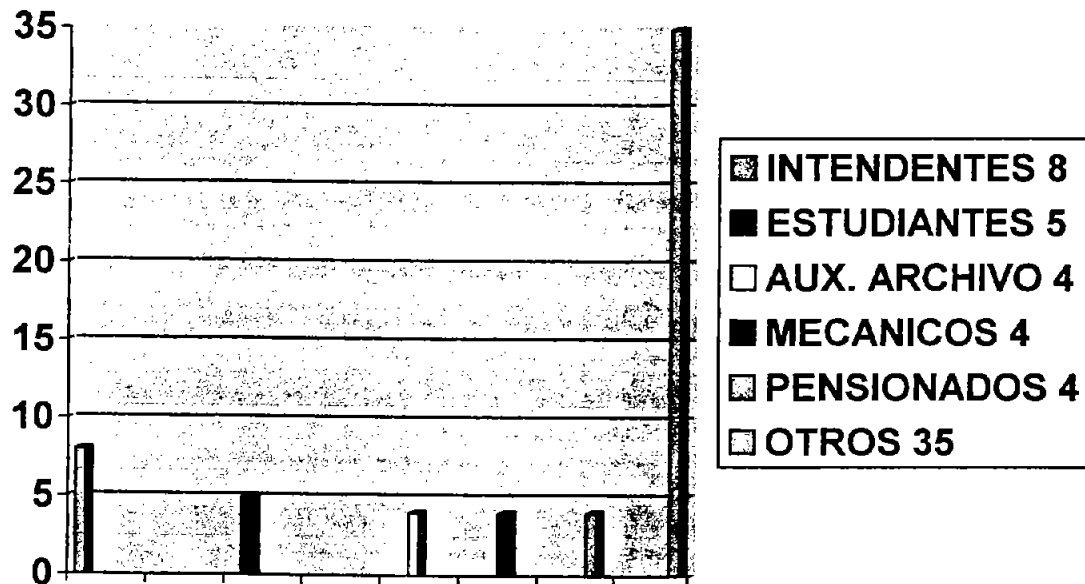
ESCOLARIDAD	TOTAL	PORCENTAJE
Analfabetas	1	3.3 %
Primaria	14	23.3 %
Secundaria	18	30.0 %
Bachillerato	20	33.3 %
Profesional	7	11.6 %



PACIENTES INGRESADOS EN EL ESTUDIO CLASIFICADOS POR PROFESION:

OCUPACIÓN	No. Casos
Intendentes	8
Estudiantes	5
Aux. de Archivo	4
Mecánicos	4
Pensionados	4
Otros	35

PACIENTES CON MAYOR INDICE DE ALCOHOLISMO, CLASIFICADOS DE ACUERDO A OCUPACION EN LA INVESTIGACION



ESTA TESIS PERTENECE
DE LA BIBLIOTECA

ANALISIS DE RESULTADOS

El estudio fue realizado a 60 personas que acudieron al servicio de urgencias del Hospital de psiquiatría San Fernando y Hospital de Psiquiatría con UMF No. 10 que al momento de su valoración por el médico psiquiatra o médico residente de psiquiatría realizó el diagnóstico de Intoxicación o abuso de alcohol en base al los criterios diagnósticos del DSMIVR.

Respecto al género se captaron 49 pacientes del sexo masculino correspondiendo a un 81.6% de la población total de la muestra así como 11 pacientes del sexo femenino el cual correspondía al 18.3% de la población total del estudio. En base a lo anterior se comprueba que la prevalencia en el consumo de bebidas alcohólicas predomina en el sexo masculino con una relación de 1 a 6 a favor del sexo masculino.

En cuanto a la evolución de los pacientes durante la etapa de seguimiento se observa una proporción importante en cuanto la evolución favorable de pacientes tratados con el inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina que en este caso fue Fluoxetina con una prevalencia de 18 casos (30%), la cual durante la etapa de seguimiento logro una abstinencia total en la ingesta de etílicos, en comparación con la evolución desfavorable aún bajo tratamiento en 12 pacientes (20%), la cual consistió en la ingesta de etílicos durante la etapa del seguimiento. Respecto a los pacientes que se les realizó el seguimiento sin administración de ningún tratamiento farmacológico se encontró una evolución favorable en 6 casos (10%) en comparación con 24 pacientes (40%) que presentaron una recaída en la ingesta de etílicos durante la etapa de seguimiento.

Respecto a la escolaridad de los pacientes captados en este estudio se observó un aumento en el índice de casos conforme aumenta la escolaridad, con una disminución de pacientes alcohólicos en individuos de nivel profesional encontrándose en analfabetas 1 caso (1.6%), en pacientes con escolaridad primaria 14 casos (23.3%), con educación secundaria 18 casos (30.0%), con escolaridad bachillerato 20 casos (33.3%) y nivel profesional 7 casos (11.6%).

En relación al grupo de edades en el estudio se encontraron los siguientes datos: pacientes de 18-22 años de edad 2 casos (33.3%), pacientes de 23-27 años 5 casos (8.3%), individuos de 28-32 años 8 casos (13.3%), pacientes de 33-37 años de edad 12 casos (20.0%), individuos de 38-42 años de edad 11 (18.3%), pacientes de 43-47 años de edad 13 (21.6%), individuos de 48-52 años 6 casos (10.0%) y pacientes de 53-57 años 3 casos (5.0%). Con esto se corrobora que existe un mayor número de casos en individuos en edad productiva.

Asimismo los pacientes del estudio fueron clasificados en cuanto a profesión encontrándose en diferentes tipos de profesionistas y con otro tipo de ocupaciones predominando en intendentes y estudiantes.

ANALISIS ESTADISTICO.-

El rango de edad en la población estudiada fue de 18 -56 años de edad.

Con una media de. 38.58

Una mediana de 39

Moda de 41

Una desviación Estándar de $S = + 9.04$

Una varianza de $S^2 = 81.80$

Se realizó la prueba estadística Chi cuadrada como análisis inferencial, reportándonos un resultado de 8.40 (NC .95) con una $P < 0.05$ (0.022).

Con base a lo anterior se acepta la hipótesis definida en el estudio afirmado que la administración de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina que en este caso Fluoxetina en pacientes alcohólicos logrará mayor tiempo de abstinencia en el consumo de etílicos en comparación con pacientes alcohólicos que no están bajo este tratamiento.

CONCLUSIONES.-

El alcoholismo consiste en un consumo excesivo de alcohol en forma prolongada con dependencia del mismo, este es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas etílicas la cual llega a interferir con la salud física, mental, social y familiar del paciente, por lo que deberá considerarse como un reto para la atención médica dados los efectos que a la salud implica. Es por ello que como tal deberá ser reconocido por todos los especialistas médicos dado que suele ser la sustancia psicoactiva de uso más común así como la más frecuente de adicción o dependencia.

Como ha sido descrito y observado en este estudio las bebidas etílicas son consumidas por pacientes de amplios grupos de edad así como de diversos niveles de la población aumentando día con día la aparición de nuevos casos por sectores más jóvenes de la población. Asimismo dentro de una nueva modalidad para jerarquizar este padecimiento más allá de considerar exclusivamente las tasas de morbi-mortalidad, esta la de cuantificar la incapacidad y la reducción de la vida productiva de los pacientes ya que de esta manera no queda duda que el individuo, la sociedad, la fuerza laboral, y los servicios asistenciales de salud pagan un alto costo por los problemas relacionados al alcoholismo.

Desde el punto de vista de la investigación biomédica no hay duda sobre el papel que desempeña la herencia en algunos casos de alcoholismo, así como conocer los mecanismos moleculares que dentro del cerebro podrían explicar fenómenos de apetencia, la dependencia y tolerancia al alcohol, dando en la actualidad un peso muy importante a la serotonina mediante dos vías, en primer lugar la existencia de anomalías premórbidas en la función serotoninérgica y en segundo lugar la exposición crónica al alcohol se asocia con cambios a nivel serotoninérgico, apareciendo a esto alternativas farmacológicas que si bien todavía están lejos de ser una verdadera solución terapéutica, ya constituyen una esperanza prometedora para el futuro.

En relación al alcoholismo se sabe que la recaída en la ingesta de etílicos tiende a ser inevitable en la mayoría de los casos, sin embargo el estudio de estas es importante para desarrollar alternativas de tratamiento con un seguimiento clínico en el proceso el cual es indispensable para evaluar el tratamiento así como los servicios de atención.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.-Allgulander CS, Borg S, Vikander B. Review of research on the alcohol, use disorders identificación. Am. J. Psychiatry, 1994 161:1580-1582.
2. - American Psychiatry Association. Diagnostic and stadistical manual of mental disorders. IV edition. American psychiatric association.
- 3.-Angelone SM, Bellini L. Effects of fluvoxamine and citalopram in maintaining abstinence in a sample of detoxified alcoholics. Alcohol and alcoholism. 1998; 33(2)151-156
4. - Antenelli Rm, Smith TL, Irwin MR. et al. A comparative study of criterio for sub grouping alcoholics. Am Journal Psychiatry 1994 15, 1468-1472
6. - Babor TF, Grant M, Types of alcoholics, I evidence for empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch Gen Psych. 1992, 49, 599-608
- 7.- Babor TF, Hoffman Del Broca. Types of alcoholics derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Archives of general psychiatry 1998; 49(8) 599-608
- 8.-Brench J, Banki. H. Neuroendocrine evidence for reduced serotonergic neurotransmission during heavy drinkers. Alcoholism 1989; 18(4) 822-825
- 9.-Blum K, Noble EP, Sheridan Pj, et al, allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. JAMA 1990 264:3156-3160
- 10.-Bohman M, Cloninger CP, Sigvardson S, et al. The genetics of alcoholism and related disorders. J... Psychiatry Res.1997, 21:447-457.
11. - Booth BM, Blow FC, The kidling hypothesis, further evidence from a US, national Study of alcoholic men, alcohol 1993; 28: 593-598
12. - Brehm N. Khantzian Ej. Eades LM. Recent developments in alcoholism psychodynamic approaches. Recent alcohol. 1993; 11: 453-471
13. - Brown SA, Inaba RK, Guillin JC, ET ALL Alcoholism and affective disorder: Clinical course of depressive symptoms. Is J. Psychiatry 1995:152:45-52?
- 14.-Buidens- Branched L. Noumar D. Age of alcoholism onset. II. relationship to suscepibility to serotonin precursor: Arch. Gen psychiatry 1997; 54:231-236
15. - Buidens JT, Banki B. Serotonin decrease in alcoholic patients Act psychiatry Scandinavia 1997.-; 81: 68-72

16. - Cacciola J, Rutherford Mj, Alterman A. et al, An examination of the diagnostic criteria for antisocial personality disorders in substance abusers. *J.Ner Ment Dis.* 1994; 182:517-523
17. - Comelius JR, Sallomon IM. Meznich j. ET AL. Disproportionate suicidalality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Is Journal Psychiatry* 1995; 152:358-364?
18. - Cornelius Jr, Sallomon IM, Meznich J. ET al. Fluoxetine in depressed alcoholics. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1997; 54: 700-705
- 19.-Cloninger M. Bowman H. Studies of familial alcoholism. A review *Journal of clinical psychiatry* 1987; 45:14-27.
- 20.-Crits-Cristoph P, Siqueland L. Psychosocial treatment for drug abused. *Arch. Gen psychiatry.* 1996, 53: 749-756
21. - Dryman A. Anthony JC, an epidemiologic study of alcohol use as a predictor of psychiatric distress over times. *Acta Psychiatric Scand .* 1989; 80: 315-321
- 22.- Díaz MR, Campillo C. Cerrud J. El consumo de alcohol en la población psiquiátrica. *Anales del instituto mexicano de psiquiatría* 1992:1992108-116
- 23.- Díaz MR, Comorbilidad psiquiátrica: Consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos. En: las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario. México. Secretaria de Salud 1994.100-105
- 24.- Gallentern MD, Goldman D, Risch N. The A1 allele at the D2 dopamine receptor gene and alcoholism. *JAMA* 1993, Vol. 11: 231-248
- 25.- George Ga. Jeniks S. Experimental studies on alcoholism I *Psychopharmacologia.* 1997; 40:101-107
26. - Imperiato H. Weberr Amin K. The role of serotonin in the action of psychoestimulants. *American Journal of psychiatry* 1986; 152(3)398-403.
27. - Irving F. Edemberg E. Pharmacologic treatments for drug and alcohol dependence *Psychiatric clinics of North America* 2996 22(2) 401-423
- 28.-Jellinek F. Ernouf J Age of alcoholism *Arch of General psychiatry* 1960; 231-246
29. - Kornetski F. Nurberg D. Alcoholism affects the risk for dependence. *Alcoholism.* 1981.22(59) 123-142
30. - Mc Bride F. Tagliviani Effects of alcohol consumption in male alcoholics. *Journal of clinical psychiatry* 1998, 45:14-17

31.- Medina Mora ME. Los conceptos de uso y abuso y su medición. México, manual moderno 1994, 25-55

32. - Murphy W. Bozart P. Serotonin and alcohol intake, abuse and dependence. Psychiatry 1987; 36. 395-421

33.- Oserrud J, Campillo Sc. Díaz MR, La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud. Salud Mental 15. (2)14-19.1992

34.- Secretaria De Salud. Encuesta nacional de adicciones México. 1998. pp.6-36.

35. - Sellar MS. Kranzel S. Alcohol and stimulants Science 1997; 178:52-58