

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ALCOHOLISMO,
ANALISIS DE UNA CLINICA DE DESINTOXICACION

TESIS PRESENTADA POR:

Br. LUIS ALFREDO MATUTE B.

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

616.861
m44
Tegucigalpa, D. C.

1981

Honduras, C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ALCOHOLISMO,
ANALISIS DE UNA CLINICA DE DESINTOXICACION

TESIS PRESENTADA POR:

Br. LUIS ALFREDO MATUTE B.

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

ALCOHOLISMO,
ANALISIS DE UNA
CLINICA DE DESINTOXICACION

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

RECTOR: DR. JUAN ALMENDAREZ BONILLA
SECRETARIO GENERAL: LIC. ANGEL ANTONIO MEJIA ERAZO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO: DR. NELSON VELASQUEZ
VICE-DECANO: DR. MARIO ALFREDO ZAMBRANA
SECRETARIO: DR. PEDRO R. PORTILLO
PRO-SECRETARIO: DR. CESAR A. CACERES
VOCALES: DR. DANILO A. ALVARADO
DR. GABINO CORDOVA
BR. CERMANDO PALOMO
BR. SALOMON STARKMAN
BR. EDUARDO LANZA
BR. JOSE CRUZ LOPEZ

TRIBUNAL EXAMINADOR

Dr. Manfredo Turcios

(Coordinador)

Dr. Ricardo Bulnez

Dr. Sergio Vargas

S U S T E N T A N T E

BR. LUIS ALFREDO MATUTE B.

PADRINOS

Lic. Raúl Solís

Ing. Miguel Angel Matute

DEDICATORIA

A la Memoria de mi Padre:

LUIS ALFREDO MATUTE (Q.E.P.D.)

A mi Madre:

DOMITILA BETANCOURTH.

Mi infinito agradecimiento.

A mis Hermanos:

LUZ MARINA y

OSCAR ROLANDO

A la Memoria de mi Abuelo:

LORENZO BETANCOURTH (Q.E.P.D.)

A mi Prima:

CARMEN ORDÓÑEZ

Qué Dios la tenga en su gloria.

A los Catedráticos de la Facultad:

Mi agradecimiento.

CONTENIDO

	Pag.
I.- INTRODUCCION	1
II.- OBJETIVOS	2
III.- MATERIALES Y METODOS	2
IV.- ALCOHOL	3
1.- Química y Preparados	3
2.- Absorción, Destino y Excreción	5
3.- Metabolismo	9
4.- Efectos Neurofisiológicos	
V.- ALCOHOLISMO	15
1.- Manifestaciones Clínicas	15
A.- Fase Prealcohólica u Oculta	20
B.- Fase Prodómica	22
C.- Fase Básica o Decisiva	23
D.- Fase Crónica	26
2.- Consecuencias y Complicaciones Psiquiátricas	27
3.- Posibles Etiologías	37
VI.- TRATAMIENTO DEL PACIENTE ALCOHOLICO EN LA PRACTICA MEDICA.	41
VII.- ANALISIS DE UNA CLINICA DE DESINTOXICACION	47
VIII.- CONCLUSIONES	59
IX.- RECOMENDACIONES	60
X.- BIBLIOGRAFIA	61

I. INTRODUCCION

Con el Título de "ALCOHOLISMO, ANALISIS DE UNA CLINICA DE DESINTOXICACION" presento a la Honorable Terna Examinadora la TESIS reglamentaria para el examen que debo sostener, previo a mi investidura como Médico y Cirujano.

He procurado en la elaboración de este trabajo, hasta donde me ha sido posible, ser sintético, técnico y sistemático, a la vez claro y preciso, a fin de ser comprensible.

En los últimos tiempos se ha ido aumentando gradualmente los estudios sobre alcoholismo en la República de Honduras y principalmente en su capital, Tegucigalpa, donde funciona "La División de Salud Mental" dependiente del Ministerio de Salud Pública, encargada directamente de hacer estudios de alcoholismo, su tratamiento e incorporación del alcohólico a la sociedad.

He escogido este tema esperando comprender algo más sobre el alcoholismo y al mismo tiempo hacer un aporte personal haciendo una revisión bibliográfica actualizada y proporcionando las últimas estadísticas de la principal clínica desintoxi--

cación del país.

II. OBJETIVOS

En este trabajo tratamos varios puntos fundamentales, - principalmente:

- Actualizar en los últimos conceptos del alcoholismo.
- Actualizar en su tratamiento.
- Analizar una clínica donde la afluencia de alcohólicos - es la más grande del país.
- Hacer conciencia en el médico que el tratamiento del alcoholismo no solamente es médico sino integral.
- Dar las últimas estadísticas del Hospital Psiquiátrico "Doctor Mario Mendoza".

III. MATERIAL Y METODO

La información obtenida para el presente trabajo fué adquirida en la Biblioteca de Ciencias Médicas, biblioteca personal y literatura cedida por médicos psiquiatras.

Se estudiaron 204 historias clínicas pertenecientes a igual número de pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico

"Doctor Mario Mendoza" durante los meses de marzo a agosto de 1980.

Se seleccionaron todos los casos cuyo diagnóstico fué alcoholismo.

Se practicaron entrevistas con el personal administrativo para obtener las fuentes de ingreso y egreso.

IV. ALCOHOL

1.- QUIMICA Y PREPARADOS

El alcohol etílico corresponde a la serie de los alcoholes primarios, cuya fórmula química empírica es la siguiente: $C_2H_5.OH$; es un líquido incoloro, muy móvil, de olor agradable y de sabor ardiente. Hierve a 78° centígrados y arde con llama azul poco luminosa, formando anhídrido carbónico y agua sin dejar residuo. Es muy soluble en agua en todas proporciones y se mezcla con ella - con aumento de la temperatura (ebullición) y concentración de volumen; el máximo de concentración se efectúa mezclando 54 partes de volumen de alcohol y 50 de agua, que solo alcanzan a dar 100 volúmenes. Es un gran disolvente de numerosas - sustancias: yodo, álcalis, grasas, resinas, jabones, etc.

Dentro de los distintos alcoholes alifáticos de cadena abierta, en la práctica se emplea solamente el alcohol etílico o alcohol propiamente dicho; el cual es poco utilizado en la actualidad como medicamento; pero es de importancia para el estudio farmacológico de los anestésicos generales y los hipnóticos, con los que se relaciona íntimamente.

El alcohol etílico se obtiene generalmente por fermentación de hidratos de carbono por las levaduras; industrialmente se produce en especial a partir de la melaza (solución impura de azúcar).

La síntesis del alcohol es debida a BERTHELOT (1854), quién lo obtuvo haciendo reaccionar el etileno con ácido sulfúrico concentrado y saponificando el sulfato ácido de etilo formado. Este procedimiento se usa en la industria aprovechando los derivados del petróleo.

Los líquidos naturales que contienen alcohol etílico se denominan bebidas alcohólicas y pueden clasificarse en dos (2) clases:

a) Bebidas no destiladas, obtenidas por fermentación,

como la cerveza - promedio 5% de alcohol -, el vino no fortificado (tinto, blanco - alcohol promedio 10%) y fortificado o generoso (jerez, oporto - alcohol - promedio 20%).

- b) Bebidas destiladas o licores, que se obtienen por destilación de la masa fermentada de materias vegetales, como el cognac, whisky, ginebra, ron - alcohol promedio 50%). Ver Cuadro N° 1. Página N° 6.

2.- ABSORCIÓN, DESTINO Y EXCRECIÓN

- a) ABSORCIÓN: Ingerido, el alcohol se absorbe rápidamente en el estómago e intestino delgado, alrededor del 20% en el primero y del 80% en el segundo especialmente en el duodeno. El alcohol es muy hidrosoluble y pasa por los poros de las membranas celulares, ya que su molécula es muy pequeña - peso molecular 46.

Esta absorción puede modificarse por varios factores: en primer lugar, la concentración del alcohol, siendo mayor la velocidad de absorción cuando aumenta la concentración de alcohol, pero si ésta es elevada, al

CUADRO N° 1

Clase Bebida o Droga

O b t e n c i ó n

BEBIDAS NO DESTILADAS		Cerveza	Preparada por fermentación de la cebada germinada y agregado de Iúpulo. (gusto amargo).
1	2		
<p>1) Tinto. 2) Blanco 3) Espumante Champaña</p>	<p>1) Fortificado o Generosos</p>	<p>No Fortificado:</p>	<p>Producido por fermentación del jugo de uva. Además de alcohol, tiene ácido tartárico, succínico y ésteres.</p>
<p>1) Jerez 2) Oporto 3) Marzala</p>	<p>Fortificado o Generosos</p>	<p>Cognac (Brandy)</p>	<p>Obtenido por fermentación de jugo de uva fermentado. Se deja envejecer en barriles de madera por lo menos dos años.</p>
<p>Whisky</p>	<p>Whisky</p>	<p>Whisky</p>	<p>Obtenido por destilación de la masa fermentada de diversos granos (malz, centeno). Se deja envejecer en barriles de madera por lo menos dos años.</p>
<p>Ginebra Ron Vodka</p>	<p>Ginebra Ron Vodka</p>	<p>Ginebra Ron Vodka</p>	<p>Obtenidos, la primera de diversos cereales y el agregado de bayas de enebro; el segundo por fermentación de destilación de melaza; el tercero idem de cereales.</p>

$CH_2 - (CHOH)_4 - CHO$ $2CH_3 - CH_2OH + CO_2$ Alcohol, bebidas alcohólicas. Cuadro obtenido y modificado de F.

 Glucosa Alcohol Etilico Dióxido Carbono

 Página 195. IV Edición.

provocarse espasmo pilórico se retarda el pasaje al intestino y por lo tanto su absorción. La presencia de alimento, al retardar la evacuación gástrica y diluir el alcohol, también disminuye la velocidad de absorción. Debido a estos factores, el tiempo para la absorción completa del alcohol ingerido es variable, - siendo unas dos (2) horas en ayunas hasta seis (6) horas con estómago lleno.

El alcohol se absorbe bien administrado por vía rectal, parenteral-subcutánea, intramuscular y por inhalación una vez vaporizado.

- b) DESTINO: Una vez atravesadas las membranas orgánicas y los capilares, el alcohol pasa a la sangre y se distribuye por todos los líquidos del organismo; aparece en la sangre a los 5 a 10 minutos después de la ingesta, llega al máximo a los 30 a 90 minutos, para luego descender.

Debido a la variación individual, es difícil fijar la concentración crítica de alcohol en la sangre,

indicadora de intoxicación o sea ebriedad, en ese aspecto, el valor de 150 mg/100 ml se da como índice de ebriedad en los Estados Unidos de Norte America.

Según la hipótesis de Widmark, la concentración sanguínea de alcohol puede calcularse según la fórmula siguiente:

$$C_o = \frac{A}{Wxr}$$

C_o = Concentración sanguínea de alcohol en el tiempo cero.

A = Cantidad de alcohol ingerido en onzas.

r = $\frac{\text{Concentración de agua en el cuerpo total}}{\text{Concentración de agua en la sangre total}}$

W = Peso de la persona en onzas.

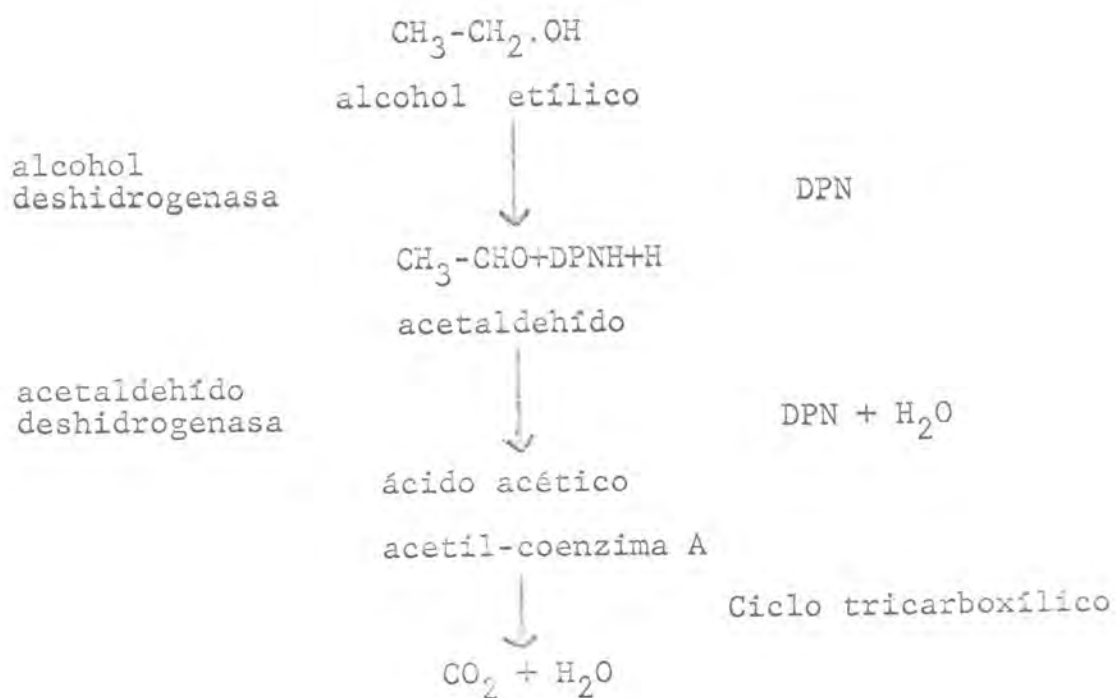
El valor de "r" para el hombre medio es de 0.68.

La utilidad de esta fórmula es su importancia médico legal, para determinar sujetos intoxicados con alcohol.

- c) EXCRECION: De un 2% a un 10% de la cantidad ingerida de alcohol no es metabolizada, siendo excretada principalmente por los riñones y pulmones.

3. METABOLISMO

En general, del 90% al 98% del alcohol suministrado desaparece del organismo; dicha bio transformación se produce en tres etapas, como sigue:



Durante la primera etapa, el alcohol, por la enzima alcohol deshidrogenasa y mediante la coenzima DPN pasa a acetaldehído; este proceso ocurre sólo en el hígado, don-

de existe dicha enzima; el lugar de acción se demuestra por experimentos de extirpación y perfusión hepática.

En la segunda etapa, el acetaldehído se transforma primero en ácido acético, merced a la enzima acetaldehído deshidrogenasa y DPN y luego en acetilcoenzima "A"; esta reacción también tiene lugar preponderantemente en el hígado.

En la tercera etapa, el acetato se activa y se incorpora al ciclo tricarboxílico para convertirse finalmente en dióxido de carbono y agua, lo que se realiza en todos los tejidos.

A la inversa de lo que ocurre con otras drogas, la velocidad de desaparición del alcohol del organismo y de la disminución de la concentración sanguínea no da lugar a una curva exponencial o logarítmica sino lineal, que no depende de la concentración inicial de la droga ni de la cantidad ingerida.

La velocidad de oxidación es pues constante y depende solamente del peso corporal del organismo.

La velocidad de bio transformación puede medirse por la caída del tenor sanguíneo o bien por la dosis que debe suministrarse para mantener un nivel constante en la -- sangre, se toma como promedio para un sujeto adulto de 70 Kg alrededor de 10 ml o sea 8 g por hora.

Estos datos ayudan a comprender la diferencia de ingerir una misma cantidad de alcohol en una dosis o bien en dosis fraccionadas; así, la administración de 100 ml de alcohol de una vez produce una concentración tóxica en la sangre, lo que no sucede si esta cantidad se divide en tres (3) tomas cada tres (3) horas, lo que produce una concentración sanguínea baja, debido a que el alcohol se oxida a medida que se ingiere.

4.- EFECTOS NEUROFISIOLÓGICOS

El alcohol afecta el sistema nervioso mucho más que a ningún otro sistema del organismo.

La opinión corriente sostiene que a pequeñas dosis, dicho fármaco es un estimulante nervioso, pues aumenta la actividad del sujeto; esa opinión es errónea puesto que estudios cuidadosos han demostrado que el alcohol es un depresor y que la aparente estimulación se debe a la li-

beración de los centros inferiores por depresión de los centros corticales superiores que normalmente ejercen una influencia inhibitoria sobre los primeros.

Todo demuestra que el alcohol es un depresor y especialmente de los centros superiores inhibidores. Es sabido que en condiciones normales, los centros corticales superiores, con su influencia inhibitoria, permiten a la persona comportarse sanamente, sin dar libertad a los muchos instintos que, bajo los efectos del alcohol, son liberados, comportándose el individuo en forma más espontánea pero también más infantil, con sentido menos crítico y en forma semejante, a los casos de extirpación bilateral del lóbulo frontal. Esta falta de autocritica da al sujeto la sensación de euforia, lo impulsa a hablar y actuar.

Desde el punto de vista farmacológico, el alcohol produce una parálisis descendente inespecífica, no selectiva, del sistema nervioso central, que afecta primero a la corteza cerebral, luego a los centros subcorticales y el cerebelo, después a la médula espinal y finalmente al bulbo raquídeo, con depresión de los centros vitales, respiratorios y vasomotor, terminando con la muerte. En e-

se sentido, la acción del alcohol comprende cuatro (4) períodos, cuyas manifestaciones están, en general, en relación con la concentración sanguínea de la droga.

PERIODO I Se produce con la concentración sanguínea de 50-150 mg/100 ml. En un comienzo el individuo parece no estar influido visiblemente por la droga, pero pruebas psicológicas demuestran la existencia de alteraciones funcionales de la corteza cerebral; así, la memoria, la atención y la asociación de ideas están perturbadas. Hay parálisis de la inhibición, lo que da por resultado la liberación del tono emocional.

La falta de autocrítica lleva a un exceso de confianza en si mismo. En general, la conducta del individuo depende del ambiente; en un ambiente quieto puede producirse sueño que es facilitado por la disminución de las tensiones, mientras que en un ambiente inquieto puede provocar exaltación.

PERIODO II Se produce con una concentración sanguínea

de 150/250 mg/100 ml. Las alteraciones -
funcionales ya son evidentes para el obser-
vador, apareciendo trastornos objetivos, y
la ebriedad es manifiesta. Siendo las modifi-
caciones principales la palabra, que está
exagerada, confusa e incordinada, ataxia,
siendo frecuente el Signo de Romberg, todo
lo cual se debe a la depresión de centros
posturales incluyendo vestibulares y cere-
belo.

PERIODO III Aparece con una concentración sanguínea de
250-350 mg/100 ml. Al producir el alcohol
parálisis descendente, provoca sueño pro-
fundo, inconciencia, estupor, llegando al
coma, semejante a la anestesia general; en
este caso se han afectado los centros espí-
nales.

PERIODO IV Aparece con la concentración sanguínea de
350-450 mg/100 ml. Al deprimirse los cen-
tros bulbares - vasomotor/respiratorio -
existe el peligro de muerte. El coma es
profundo, la piel está húmeda y fría, el

pulso acelerado, las pupilas dilatadas y las respiraciones lentas. La muerte se produce por parálisis respiratoria y acontece con concentraciones de alcohol en la sangre superiores a 500 mg/100 ml.

V. ALCOHOLISMO

1.- MANIFESTACIONES CLINICAS

Hasta hace pocos años, el alcoholismo fué considerado como un vicio, una degeneración. Sólo las sicosis - eran interpretadas como problemas médicos. En la actualidad se considera al alcoholismo como una enfermedad - claramente caracterizada como entidad nosológica.

Los daños provocados por la ingestión anormal de alcohol representan una de las principales preocupaciones - en la salud pública de gran cantidad de países, desarrollados o en desarrollo. El concepto de alcoholismo se define parafraseando términos de Jellinek, como "Cualquier uso de bebida alcohólica que causa cualquier daño al individuo o a la sociedad, o a ambos".

El alcoholismo concebido como enfermedad, pasó por cua-

tro (4) etapas históricas:

- a) DIPSOMANIA (1819) término que para G. Von Bruhl - Cramer incluye toda ingestión normal, como síntoma de un estado depresivo endógeno.
- b) ALCOHOLISMO CRONICO (1849) de Magnus Huss, es el "conjunto de todas las perturbaciones duraderas de las funciones psíquicas y físicas producidas por el abuso habitual de alcohol".
- c) ADICCION ALCOHOLICA (1960), concepto de Jellinek - que implica la presencia de aumento de tolerancia tisular y síndrome de privación después de años de ingestión excesiva de alcohol.
- d) ALCOHOLISMO - ENFERMEDAD NEUROFISIOLOGICA (1965). Término que, para Marconi, incluye las siguientes formas clínicas: Remitente (dipsomanía clásica), sin ingestión previa necesaria de alcohol; Intermitente, con ingestión de pequeñas cantidades de alcohol minutos antes de aparecer dependencia física.

Según la última concepción, el alcoholismo se de-

fine como "una enfermedad crónica; caracterizada por una perturbación fundamental del sistema nervioso central, que se manifiesta por un grupo de síntomas y signos corporales que le confieren un carácter imperioso al deseo concomitante de ingerir alcohol. En el nivel conductal, la enfermedad se manifiesta por un estado de dependencia física, primaria o secundaria, hacia el alcohol. La sintomatología desaparece temporalmente después del consumo de cierta cantidad".

Todos los individuos pueden clasificarse en uno de los 4 tipos de bebedores descritos en el Cuadro N° 2: Abstemios, bebedores moderados, bebedores excesivos y alcohólicos. (Ver Cuadro N° 2) (Página N° 18).

Aplicados a la historia clínica de un caso de alcoholismo, estos cuatro tipos configuran una secuencia evolutiva. Habitualmente, el paso desde la abstinencia a la ingestión moderada se produce en la pubertad, entre los 14 y los 20 años ocurre, con máxima frecuencia. El paso de la ingestión moderada a la excesiva, junto al comienzo de la vida laboral y por la presión social de los compañeros de trabajo. Trascorridos 5 a 8 años de la inges--

CUADRO N° 2

Cantidad, Frecuencia de Ingestión y/o Efectos

Tipo de Bebedor	Intermitente	Inveterada y Continua
	Nunca o pequeña cantidad menos de 5 veces al año.	
Normal	Abstemio	Menos de 2 litros de cerveza por día (o su equivalente en otras bebidas).
	Moderado	Doce o más embriagueces al año.
	Excesivo (con dependencia cultural.	Dos litros o más de cerveza por día (o su equivalente).
Anormal	Alcohólico (con dependencia ff--	Incapacidad de abstenerse de alcohol. Síndrome de privación al dejar de beber.

Tipos de bebedores de alcohol. Tomada y modificada de la Enciclopedia de Psiquiatría, 1970. III Edición. Pag. 30. Santiago de Chile.

ción excesiva, un tercio de este tipo de bebedores sufre un daño irreversible de los centros de regulación de la apetencia por alcohol en el sistema nervioso central, que caracteriza al alcohólico.

El bebedor excesivo intermitente, es el bebedor que no prueba alcohol durante los días de trabajo; en cambio los fines de semana llega a ingerir bebidas alcohólicas hasta embriagarse. Estas intoxicaciones periódicas ocurren con grupos de amigos, fuera del hogar, en un ambiente de competencia para beber más que los compañeros y con fuerte crítica a los que no se embriagan dentro del grupo.

Con frecuencia estos bebedores tienen crisis culturales de ingestión de alcohol en fiestas (patrias, navidad, semana santa, cumpleaños, etc).

El bebedor excesivo inveterado. Se trata de adultos, hombres y mujeres, que ingieren diariamente, a veces sin embriagarse más de 100 cc de etanol puro (más de dos litros de cerveza). Esta cantidad se reparte en 3 a 5 pequeñas ingestiones durante el día, incluyendo las comidas. Este ritmo de horario se repite regularmente, agregándose algún estado de embriaguez en las noches o duran

te el fin de semana. Esta ingestión continua e inveterada es más frecuente en los hombres de clase media u obreros especializados y en mujeres de cualquier clase social. Años después de este ritmo de ingestión, un tercio de los casos pasa al alcoholismo inveterado, y el resto puede desarrollar complicaciones médicas, psiquiátricas o neurológicas.

En lo que se refiere al alcoholismo propiamente dicho usaremos una evolución cronológica y sistemática, aplicando conceptos modernos y los usados por Jellinek derivada de la investigación científica de 2,000 casos de alcohólicos publicada por O.M.S. en el año de 1950.

Se adjunta el Cuadro "Fases de la Alcoholomanía" que actualmente es usado por todos los grupos A.A. del mundo.

Hay cuatro (4) fases principales y a continuación describiremos:

A. FASE PREALCOHOLICA U OCULTA

- a) Psicopatología: En un medio donde el beber es costumbre popular y donde el consumidor alcohólico

efectúa ingestas que conducen a una relajación de sus tensiones y momentáneo bienestar. Durante meses, a veces años, el sujeto bebe sin darse clara cuenta que el alcohol allana sus dificultades. Este período cuya duración depende de la constitución física y psíquica del individuo de ciertas condiciones sociales y económicas; ha sido denominada por Jellinek "Fase Oculta o Pre-alcóhólica".

Si las condiciones que han determinado la tendencia a la bebida se modifican en forma favorable, el paciente puede dejar de beber. Si no varían, el paciente continúa aumentando sus ingestas, que tienden a hacerse más repetidas y mayores.

- b) **Fisiopatología:** En esta etapa no se observan cambios significativos somáticos ni psíquicos. El individuo puede no sentir especialmente gusto por la bebida; no obstante, va ingiriendo cada vez más para aliviar sus tensiones y a la vez incrementa paulatina y progresivamente su resistencia: acostumbramiento.

B. FASE PRODOMICA

a) **Psicopatología:** Comienzan los cambios en el comportamiento del bebedor, bebe a hurtadillas o solo, se preocupa que lo tomen por un ebrio, se asegura la provisión de bebidas alcohólicas, etc. Así mismo, va adquiriendo conciencia de su relación de dependencia con la bebida, situación, que no sólo rebaja su autoestimación sino que le genera sentimientos de culpa, lo que a su vez cierra un círculo vicioso, puesto que sólo se libera de esta sensación de minusvalía con nuevas ingestas. Esta etapa dura entre 6 meses y 4 ó 5 años. Es una etapa útil para interceptar el alcoholismo lo que puede lograrse con la abstinencia total.

b) **Fisiopatología:** Según Jellinek el comienzo de la fase prodómica está marcada por la aparición de palimpsestos o amnesia alcohólica (barra N° 1 de la alcoholomanía), que representan una forma de amnesia retrógrada. El sujeto despierta por la mañana sin recordar los acontecimientos de la noche anterior; esto le acontece aún -

sin beber en exceso. Durante el lapso amnésico el alcohólico puede haber actuado en forma normal, realizando actos complicados, sosteniendo conversaciones y movilizándose adecuadamente -- hasta su domicilio, pero todo ello no se fija en su memoria y no puede evocarlos. Este sería el primer síntoma orgánico de la intoxicación crónica, que puede ocurrir en bebedores excesivos y aún en moderados agotados física o emocionalmente.

C. FASE BASICA O DECISIVA

- a) Psicopatología: En la medida que el sujeto pierde el control de las ingestas, entra a cursar la llamada "Fase Básica". En esta etapa, aún comenzando a beber con el propósito sincero de tomar una o dos copas, contra su intención original llega hasta la ebriedad. En algunas ocasiones el alcohólico llega a resistir y suspender la ingestación luego de las primeras copas si las obligaciones exigen; sin embargo, lo común es que se genere una reacción en cadena que lo obliga a seguir bebiendo.

A veces se abstiene voluntariamente días o semanas. La pérdida de control se produce solamente después de ingerir una pequeña cantidad. Otras veces las tensiones psíquicas, consecuencia de sus propios conflictos de una situación que lo desequilibra, lo lleva nuevamente a recurrir a la bebida, desarrolla un tipo de dependencia que en contacto cotidiano con las bebidas alcohólicas, desarrolla un tipo de dependencia que impide la continencia, es decir, no puede abstenerse de ingerir alcohol un sólo día.

En uno u otro caso (imposibilidad de detenerse o de abstenerse) lo característico es la pérdida del control; Jellinek afirma que la pérdida de control depende no sólo de los factores psíquicos desencadenantes sino algún factor predisponente que supone hereditario o congénito, de naturaleza física al que llaman factor "X". En esta etapa el alcohólico desarrolla un sistema de razonamientos "Tratando de justificar su conducta".

El fracaso de este sistema incrementa la pérdida

de confianza en sí mismo, trata de compensarla con sentimientos y actuaciones grandioelocuentes, que luego van seguidos de una actitud de aislamiento, sintiéndose injustamente culpable por los demás, a quienes hace responsables de su desgracia. El sujeto abandona a sus amigos y su trabajo, la pérdida de interés se hace cada vez más evidente, y reinterpreta sus relaciones interpersonales terminando por desarrollar una marcada autoconmiseración. Como toda esta conducta motiva una actitud agresiva por parte de su familia, siente y teme el rechazo -- aumentando todavía más sus tensiones.

- b) **Fisiopatología:** En esta etapa se altera la nutrición y aparecen las consecuencias orgánicas que derivan de la alimentación deficitaria (carencias protéicas, vitaminas del complejo B y Vitamina C, perturbación del metabolismo hidrocarbonado) y de la alteración del metabolismo de la célula nerviosa por acción del alcohol.

Un hecho frecuente suele ser la disminución de la libido, experiencia conflictiva que proyec-

ta surgiendo las ideas de celos, acosado por -- las tensiones emocionales y molestias físicas, que generalmente experimenta desde el despertar el paciente comienza a beber desde la mañana o desde que le es posible hacerlo, con lo que logra controlar, momentáneamente la ansiedad y los síntomas somáticos.

D. FASE CRONICA

- a) Psicopatología: Comienzan los frecuentes excesos prolongados, embriagueces repetidas, los problemas laborales y económicos. La ansiedad va en aumento y los recursos para controlarla son progresivamente más primitivos. La tolerancia al alcohol disminuye embriagándose con cantidades reducidas de bebida. La necesidad de ingerir es tal que, ante la falta de bebida alcohólica, pueden llegar a beber alcohol metílico, kerosene o cualquier líquido que contenga alcohol. Las diferentes características y modos de actuar propios de esta etapa son comunes para todos los alcohólicos que llegan a este nivel, independientemente de su personalidad previa, -

del factor etiopatogénico fundamental y de la extracción socio-cultural.

- b) Fisiopatología: La sintomatología física constituye un cuadro denominado "Estigmatización física alcohólica". Se produce por el efecto tóxico del alcohol y por las deficiencias nutritivas secundarias. Existe congestión facial conjuntival y telagectasias. Temblores gruesos, intensos en mano y lengua; polineuropatía alcohólica por deficiencia vitamínica, calambres, disartria, gastritis crónica. Es habitual una hepatopatía no necesariamente una cirrosis; ésta aparece en etapas finales. Suceden alteraciones mentales marcadas.

B. CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES PSIQUIATRICAS

Son pocos los estudios realizados en el país que nos puedan brindar un conocimiento amplio del problema. La mayoría de ellos han sido realizados en Tegucigalpa, capital de la república y especialmente en el Hospital Psiquiátrico "Doctor Mario Mendoza", única institución es-

tatal que por muchos años ha brindado atención directa al enfermo alcohólico. Los demás hospitales del estado se han limitado a dar atención a los que adolecen de trastornos físicos secundarios al alcoholismo.

La legislación hondureña en lo que se relaciona con el problema del alcoholismo resulta obsoleta y al enfermo alcohólico que deambula por las calles se le encarcela y se le castiga por las autoridades que tienen poco o ningún conocimiento del problema.

El alcoholismo es una enfermedad que ha ocupado los primeros lugares entre los trastornos que requieren atención psiquiátrica en el país.

En un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico de Honduras en 1967, se encontró que el alcoholismo y las esquizofrenias eran los desórdenes predominantes entre los pacientes hospitalizados y que sin considerar el diagnóstico, el 72% de los hombres y el 8% de las mujeres hospitalizados tenían una historia presente o pasada de ingestión excesiva. "Esta prominencia de excesos alcohólicos existía también entre los familiares de los pacientes hospitalizados; 65% de todos los pacien-

tes y 84% de los alcohólicos tenían historia familiar de alcoholismo".

La cirrosis hepática está ocupando un lugar bastante alto ya que como complicación y consecuencia ha aumentado durante los últimos años y para hacer una pequeña comparación se toman los años de 1971 y 1974 donde se observa un aumento bastante marcado: Los egresos por cirrosis hepática en 1971 fué de 187 por cada 100,000 y en 1974 231 por cada 100,000 siendo mayor en el hombre que en la mujer. En la mortalidad por cirrosis hepática se nota que en 1971 fué de 2 por 100,000 alcanzando en 1974 5.5. por 100,000 habitantes.

En relación a delitos y muertes por ingestión de alcohol, un reporte presentado por las Fuerzas de Seguridad Pública en Tegucigalpa durante los años 1973-1975, se nota un aumento global durante los años aumentando los casos, que actualmente llegan a cifras alarmantes.

En lo relacionado a repercusiones económicas un estudio realizado en Francia demuestra que el daño provocado - por la ingestión anormal de alcohol duplica, como gasto

nacional, los ingresos aportados por la producción de alcohol. En Chile, el Banco Central señala que, si se lograra acondicionar la mitad de los bebedores anormales el Producto Nacional bruto crecería en el 1% anual, lo que equivale a invertir 1,300 millones de escudos al año.

Podríamos afirmar, en síntesis, que la ingestión anormal de alcohol afecta gravemente a la salud general, a la familia, el rendimiento laboral y a la comunidad nacional en su conjunto, frenando el desarrollo socio-económico.

Entre las complicaciones psiquiátricas hablaremos brevemente de ellas siendo las principales: encefalopatía de Gayet y Wernike, síndrome de Korsakoff, enfermedad de Marchafava-Bignani, esclerosis laminar de Morel y delirium tremens.

1.- Encefalopatía de Gayet-Wernike: Su presentación inicial puede ser de manera brusca, en particular cuando vienen precedidos de un episodio patológico que favorece su aparición. Pero más frecuentemente, durante 1 ó 2 meses, viene enunciado por prodromos: intensa cefalea, anorexia, acompañada de náuseas y vómitos. El enfermo se vuelve apático

y somnoliento; a partir de este periodo pueden observarse accesos de diplopia, así como ataxia, que corre sin embargo el riesgo de pasar inadvertida en un sujeto alcohólico crónico.

En el cuadro clásico se asocian trastornos psíquicos importantes con manifestaciones neurológicas, cuyos síntomas oculares y los trastornos del tono y del equilibrio constituyen sus elementos fundamentales, pero en realidad más inconstantes que los trastornos psíquicos.

Hay confusión mental, desorientación temporo-espacial, indiferencia del enfermo por su estado y desinterés por el mundo exterior, insomnio nocturno, estado de tupor y somnolencia diurna.

Entre los trastornos oculares que sólo se presenta en el 25% de los pacientes hay parálisis de la musculatura extrínseca por lesión nuclear afectando sobre todo al motor ocular externo.

La presencia de nistagmus es frecuente; hay edema papilar que puede ser uní o bilateral: edema asocia-

do a pequeñas hemorragias en hoguera.

Entre los trastornos del equilibrio se encuentra: marcha de beodo, tendencia a la caída hacia atrás y son de origen cerebeloso.

Trastornos del tono: hipertonia tanto de flexores como extensores.

La evolución de esta enfermedad es buena en casos tratados, pero puede tener consecuencias funestas en casos no tratados.

2.- **Síndrome de Korsakoff:** El comienzo puede ser progresivo, pero puede aparecer como secuela de la encefalopatía de Wernike o de un delirio alcohólico sub-agudo.

La amnesia es fundamental: principalmente la amnesia anterograda.

Los hechos nuevos son integrados en la personalidad del enfermo. La amnesia es inconsciente, sin preocupar en modo alguno al paciente.

La fabulación tiende a suplir el déficit mnésico. Es a veces espontáneo y fácilmente provocado por el interrogatorio. Da origen a falsas reminiscencias y a falsos reconocimientos.

Los otros trastornos psíquicos son trastornos de carácter y de humor irritable pudiendo llegar hasta la oposición violenta, con exaltación eufórica y a veces ansiedad, así como a menudo indiferencia y apatía.

La evolución es crónica, alterando progresivamente los recuerdos antiguos. Pero puede observarse una mejoría lenta tras varios meses de evolución, con recuperación progresiva de los recuerdos a partir de islotes mnésicos conservados.

- 3.- Enfermedad de Marchesava-Bignani: Su comienzo es progresivo pero rápido; en pocos meses queda establecida la totalidad del cuadro clínico.

Los trastornos psíquicos le confieren a la enfermedad su aspecto clínico, particular. El debilitamiento intelectual progresivo y global da lugar

bien pronto a una demencia profunda que hace imposible todo contacto con el enfermo, reducido a una simple vida vegetativa. El lenguaje está deformado, por otro lado, a causa de una disartria que lo hace incomprensible, en un estado evolutivo más avanzado, no puede emitirse ningún sonido.

Estos enfermos requieren cuidados constantes; no se encuentra en ellos la bulimia frecuente en el curso de otras demencias, sino a menudo una indiferencia total por la comida, por lo cual es preciso a veces alimentarlos a la fuerza. La incontinencia esfinteriana es total.

En cuanto a los trastornos del tono se presenta igual o parecido a la enfermedad de Gayet-Wernike, pero son a menudo más intensos.

4. **Esclerosis Laminar Cortical de Morel;** La evolución demencial es progresiva, acelerada por brotes de delirium atípico, que marcan cada vez más una agravación de los trastornos mnésicos. A ellos se asocia una disartria, un temblor vibratorio de la cara y un temblor de las extremidades. La marcha se hace

difícil con aparición de una espasticidad de los miembros inferiores.

- 5.- **Delirium Tremens;** Generalmente aparece asociado a una supresión brusca de alcohol, pero no es la regla. Puede aparecer aún en sujetos bebidos, pero también, la mayoría de veces, horas después de la supresión de alcohol. El cuadro es muy característico.

El delirio orínico ocupa el primer plano. Limitado ante todo al período nocturno, el delirio va a invadir el estado de vigilia y a hacerse permanente con un franco recrudecimiento nocturno. Por otro lado, cuando el enfermo está relativamente tranquilo, se puede desencadenar fácilmente un brote delirante, colocándole en la obscuridad; mediante la sugestibilidad se facilita aún más la aparición del orinismo.

El sujeto se adhiere intensamente al tema delirante; es sumamente sugestionable y está muy angustiado a causa del carácter terrorífico de las alucinaciones.

El mecanismo del delirio es, por un lado, psicosen-sorial, asociándose alucinaciones e ilusiones a me-nudo difíciles de distinguir, y, por otro lado, ima-ginativo.

La agitación es considerable, con reacción de huida y de defensa. La confusión mental es extraordina--ria: el enfermo se halla totalmente desorientado en el tiempo y en el espacio.

El síndrome neurológico entraña:

- Temblor generalizado.
- Disartría con tartamudeo.
- Trastornos del equilibrio.
- Trastornos de la coordinación motora.
- Miosis.
- Crisis de epilepsia.

Los trastornos generales:

- Facies vultuosa, cubierta de sudor.
- Taquicardia con caída tensional.
- Hipertermia en agujas.

- Sudores profusos, cianosis.
- Oliguria.

La evolución es espontáneamente grave, sobre todo en función de los trastornos neurovegetativos, es notablemente influida por los tratamientos modernos, que reducen la mortalidad a menos del 5%.

Habrá que tomar en cuenta, al establecer el pronóstico:

- La fiebre, que puede alcanzar 40°- 41° en ausencia de toda causa infecciosa.
- La extraordinaria taquicardia, que puede ser anuncio de un colapso rápidamente irreversible.
- La presencia de complicaciones o de asociaciones patológicas tales como una meningitis T.B.C. o una insuficiencia hepática grave.
- El hecho de un Delirium Tremens anterior.

Generalmente la evolución es, pues, favorable.

C. POSIBLES ETIOLOGIAS

En este campo el estudio del alcoholismo se hace tan di-

ficil ya por las cosas en común que tienen los alcohólicos, como las que no tienen. Su estudio es tan amplio, pero llega un determinado momento en que no se puede diferenciar entre las causas que desencadenan y características comunes de los alcohólicos crónicos. Por lo tanto haremos un pequeño esquema de las posibles causas:

Cabe dividir las causas en predisponentes (herencia, constitución) y desencadenantes (TEC, epilepsia e ingestión excesiva de alcohol).

1.- **Herencia:** Ya vimos que en dos tercios de los bebedores excesivos se desarrollan una dependencia física. Aquellos que la presentan deben tener un terreno biológico predisponente, determinado genéticamente. Estudios realizados en Finlandia con gemelos univitelinos apoyan esta idea, ya que hay mayor concordancia (51%) respecto de alcoholismo entre ellos que en simple hermanos.

En Chile, Cruzcoke, ha postulado una herencia recesiva ligada al sexo, transmitida por vía femenina y que se manifiesta en los hombres preferente-

mente.

- 2.- **TEC:** Se ha observado la aparición súbita de dependencia física después de un trauma craneano con pérdida de conciencia, aún en adolescentes que recién inician la ingestión de alcohol.
- 3.- **Constitución;** Hay predominio en alcoholistas de somatotipos endosomorfos.
- 4.- **Epilepsia:** Tanto el trauma craneano y epilepsia son muy raros de observar como causa desencadenante del alcoholismo; la gran causa, en casi 100% de los casos es la ingestión excesiva y prolongada de alcohol.
- 5.- **Ingestión Excesiva de Alcohol:** Uno de cada tres bebedores excesivos pasa, tarde o temprano, a ser alcoholista.

Como causa fundamental de la ingestión excesiva es la subcultura que presiona y obliga a los adultos masculinos a sobrepasar el límite peligroso para la salud.

Las escuelas actuales subrayan la importancia - de determinados rasgos de personalidad. Se destaca la marcada pasividad y dependencia de es--tos pacientes, su dificultad para expresar la agresividad y una actitud globalmente inmadura, que corresponde a las estructuras de conducta - características de la etapa evolutiva de la personalidad que las escuelas sicodinámicas denominan "etapa oral". Estos rasgos de carácter condicionan en estos sujetos la aparición de un -- grado elevado de angustia en las relaciones interpersonales; al manejar precariamente su ansiedad, esa situación los predispone a ingerir alcohol en caso de que en su experiencia previa hayan comprobado que ello les resulta útil como manera de controlarla. Las escuela sicosociales acentúan la influencia temprana del medio familiar, sea a través de una relación de dependencia con una madre sobreprotectora y frustradora que, en última instancia, origina la personalidad previamente descrita, o de una conducta imitativa (hogares en que alguna figura de relieve recurría a la bebida como modo de calmar la tensión).

VI. TRATAMIENTO DEL PACIENTE ALCOHOLICO EN LA PRACTICA MEDICA

El tratamiento de los estados agudos en hospitales generales, está recibiendo en los últimos años gran aceptación, no se considera necesario ya el uso de camisas de fuerza, ni una planta física especial, sino un cuarto común y corriente, y un médico que tampoco tiene que ser especializado, sino deseoso de ayudar a que el enfermo se recupere.

El médico en un sistema asistencial a menudo atiende al alcohólico por el problema básico de su vicio. La persona puede buscar al médico para que atienda complicaciones importantes del abuso de bebida, como trastornos hepáticos, cardiacos, dermatológicos. De manera consciente no relaciona su enfermedad médica con el abuso del alcohol. Un segundo grupo acude al médico por las consecuencias graves de alcoholismo, fracturas, TEC, causadas por caídas o diversos síndromes cerebrales agudos o crónicos. Dichos pacientes pueden reconocer que su problema médico guarda relación con su ingesta alcohólica, pero no se quejan de ella. Un tercer grupo reconoce los problemas más con su enfermedad y pueden acudir al médico por ello pero disfrazan su situación a tra-

vés de molestias somáticas como insomnio, nerviosidad, temblores, ansiedad, etc.

El médico debe hacer un diagnóstico exacto de los problemas médicos y de su tratamiento, y en una forma precisa diagnosticar el alcoholismo oculto, señalar este diagnóstico al paciente y orientar con eficacia al individuo a un programa de rehabilitación. Esta rehabilitación es compleja y a largo plazo; obviamente necesita de un programa especializado que va más allá de las funciones diarias del médico y el sistema asistencial. De este modo es indispensable que el médico conozca a fondo los recursos que tiene la comunidad para la rehabilitación de los alcohólicos, de tal manera que pueda hacer un envío adecuado.

Sin embargo debemos enfrentarnos al hecho de que un factor importante que impide el tratamiento eficaz por parte del médico es su actitud negativista y de hostilidad hacia el alcohólico. El punto fundamental consiste en que el alcohólico elige beber y por esta razón, se le culpa de las consecuencias de sus actos. Los médicos tienden a pensar que una persona es responsable de las consecuencias de sus actos voluntarios. De este modo, en mu

chas situaciones terapéuticas se culpa e incluso se castiga al alcohólico, a pesar que se acepta la noción de que el alcoholismo es una enfermedad.

Es un hecho paradójico aunque comprensible considerar al alcohólico como persona que en forma intencional y deliberada elige beber y que carece de sus experiencias intrapersonales de intención, elección o capacidad de orientar su conducta alcohólica. El tratamiento por lo expuesto no debe culparlo sino insistir en la "responsabilidad personal" del alcohólico en su deseo de rehabilitación, así como en su participación en ella. La clave del tratamiento del alcohólico es fomentar la colaboración entre el médico y él. Simplemente decirle su diagnóstico y "recetarle un tratamiento" posiblemente termine en el fracaso.

En realidad el tratamiento de los problemas del alcohólico gira hacia la creación de motivación y participación general por parte del alcohólico.

Otro tema es la actitud del médico hacia el consumo de bebidas alcohólicas. El médico posiblemente esté tentado a medir el etilismo de su paciente usando como patrón

sus propios hábitos de ingestión de bebidas. Por desgracia, los médicos llegan fácilmente al abuso de las mismas. De esta forma, el médico que concede poca importancia al etilismo de un paciente porque es similar al propio, en realidad lo perjudica y al mismo tiempo se perjudica.

Un problema fundamental es el diagnóstico de alcoholismo ya que los criterios son imprecisos y éste es todavía un punto de criterio vago. Un criterio diagnóstico más o menos acertado es este: "El alcoholismo es el consumo de alcohol en cualquier cantidad que origina disfunciones físicas, emocionales, interpersonales o vocacionales o bien la situación en que se consume alcohol en cualquier cantidad para conservar o mejorar una función".

A pesar de este criterio, el médico debe hacer un interrogatorio minucioso del consumo de bebidas alcohólicas por parte de la persona. Hay que conocer en detalle la frecuencia, cantidad y circunstancias en las cuales el individuo ingiere alcohol. De mayor importancia, el interrogatorio debe esclarecer tres puntos específicos. En primer lugar: ¿La persona se siente distinta cuando bebe? En segundo lugar: ¿La persona se comporta distinta

cuando bebe? En tercer lugar: ¿La persona demuestra consecuencias nocivas al alcohol en término de funciones físicas, emocionales, interpersonales o vocacionales?

La persona normal que bebe en una forma moderada y con poco riesgo contestará negativamente a estos puntos.

En lo referente al tratamiento médico de alcohólicos en el hospital el mayor problema es hacerlo en excesivo.

Hay un uso excesivo de medicamentos y tiempo largo de hospitalización para problemas médicos sencillos relacionados con el alcoholismo. El médico debe estar alerta a las complicaciones, pues si no lo hace, el buen tratamiento médico de complicaciones del alcoholismo "disimulará" y no permitirá que se trate el verdadero alcoholismo. Tratar las complicaciones físicas sin ocuparse del problema básico, en si no es buena medicina.

Es necesario emplear criterios específicos para la hospitalización. Un alcohólico debe ser internado en un hospital psiquiátrico para casos agudos o en una unidad psiquiátrica de algún hospital general cuando:

- 1.- El paciente tenga un grado suficiente de psicosis.

- 2.- Depresión suficiente.
- 3.- Trastornos de conducta.

La hospitalización en alguna institución psiquiátrica debe usarse sólo cuando el paciente tenga algún problema psiquiátrico grave agudo distinto de su alcoholismo. Debe señalarse que todos los alcohólicos gravemente enfermos mostrarán cierto grado de depresión, desorganización del razonamiento y trastorno de la conducta; sin embargo, estas alteraciones transitorias pueden diferenciarse de los signos esencialmente psicóticos y de las impertinencias de origen tóxico.

El internamiento en la unidad de casos agudos del hospital general está indicado cuando el paciente:

- 1.- Inconciente o tiene signos de T.E.C.
- 2.- Hemorragia interna.
- 3.- Totalmente retraído y a punto de delirium tremens.
- 4.- Una reacción al disulfiram por reacción con el alcohol.
- 5.- Fiebre.
- 6.- Ictérico o muestra signos de hepatopatía.

7.- Convulsiones.

8.- Deshidratado,

En resumen, el internamiento en la unidad para casos agudos de un hospital general es necesario cuando se presente cualquier trastorno médico distinto del propio alcoholismo, de gravedad suficiente como para justificarlo.

Por último un problema muy importante en el tratamiento, es el abuso de fármacos, que en la actualidad suman más de 135. Se ha reconocido la utilidad del empleo juicioso de las benzodíacepinas a corto plazo en los dromes de abstinencia aguda. En consecuencia, pocas veces está justificada emplear medicamentos en el tratamiento del alcoholismo, por su vicio. Ha habido muchos intentos de hallar la droga mágica que cure el alcoholismo pero su utilidad no ha sido mejor que la de placebo.

VII. ANALISIS DE UNA CLINICA DE DESINTOXICACION

El Hospital Neuro-Psiquiátrico "Doctor Mario Mendoza" funciona en la capital de la República, Tegucigalpa, fué fundado el primero de enero de 1973 siendo su primer Director el Doctor Francisco León Gómez.

En la actualidad atiende a todos los pacientes con problemas Psiquiátricos, a todo paciente que lo solicita y al mismo tiempo cubre interconsultas con el Hospital Escuela.

Ofrece servicios de consulta externa y hospitalización para casos agudos, ya que los crónicos son referidos al Hospital Santa Rosita, que funciona fuera de la ciudad.

El año pasado tuvo como presupuesto Lps.1.300,000.00 es perando su ampliación para este año de Lps.1.400,000,00,

En la actualidad el Hospital cuenta con un personal de 137 personas, siendo de esencial importancia:

- 25 médicos entre los que se cuentan médicos generales y psiquiatras.
- 4 enfermeras graduadas.
- 38 auxiliares de enfermería.
- 5 psicólogas.
- 5 trabajadoras sociales.

Para el presente estudio se tomaron los e g r e s o s entre el mes de marzo y el mes de agosto de 1980.

Todos los egresos durante este periodo sumaron 711 pacientes, correspondiendo a pacientes alcohólicos 204, representando un 28.69%. Ver Cuadro N° 3. Página N° 50.

El número de egresos por mes de pacientes alcohólicos fué menor en abril y mayor en marzo. Ver Cuadro N° 4. Página N° 51.

Predomina el sexo masculino con un total de 190 y para las mujeres 14 (representando un 6.8%). Ver Cuadro N°5. Página N° 52.

La mujer de menos edad fué de veinte y seis años y la mayor de 52 años siendo la edad promedio de 38.5 años.

En el hombre el menor fué de 20 años y el mayor de 70 años, siendo el promedio de edad de 40.4 años.

En las décadas sin importar el sexo. la más afectada es la cuarta década de la vida coincidiendo con la época de mayor actividad laboral. Ver Cuadro N° 6. Página N° 53.

En las condiciones de egreso, 173 salieron mejorados representando un 84.80%, 30 pacientes en condiciones de no me-

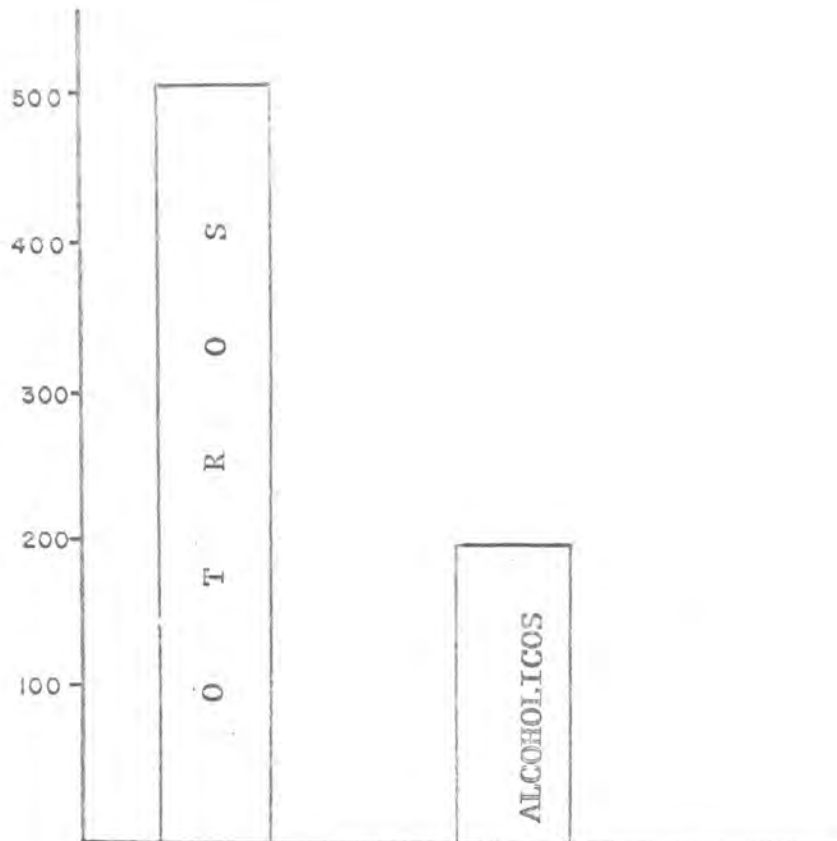
CUADRO N° 3

Número de egresos de pacientes del Hospital "Doctor Mario Mendoza" durante el período marzo-agosto, 1980

CLASE DE PACIENTE	NUMERO	PORCENTAJE
Alcohólico	204	28.69
Otros	507	71.31
TOTAL	711	100.00

GRAFICO N° 1

Número de egresos de pacientes del Hospital "Doctor Mario Mendoza" durante el período marzo-agosto, 1980



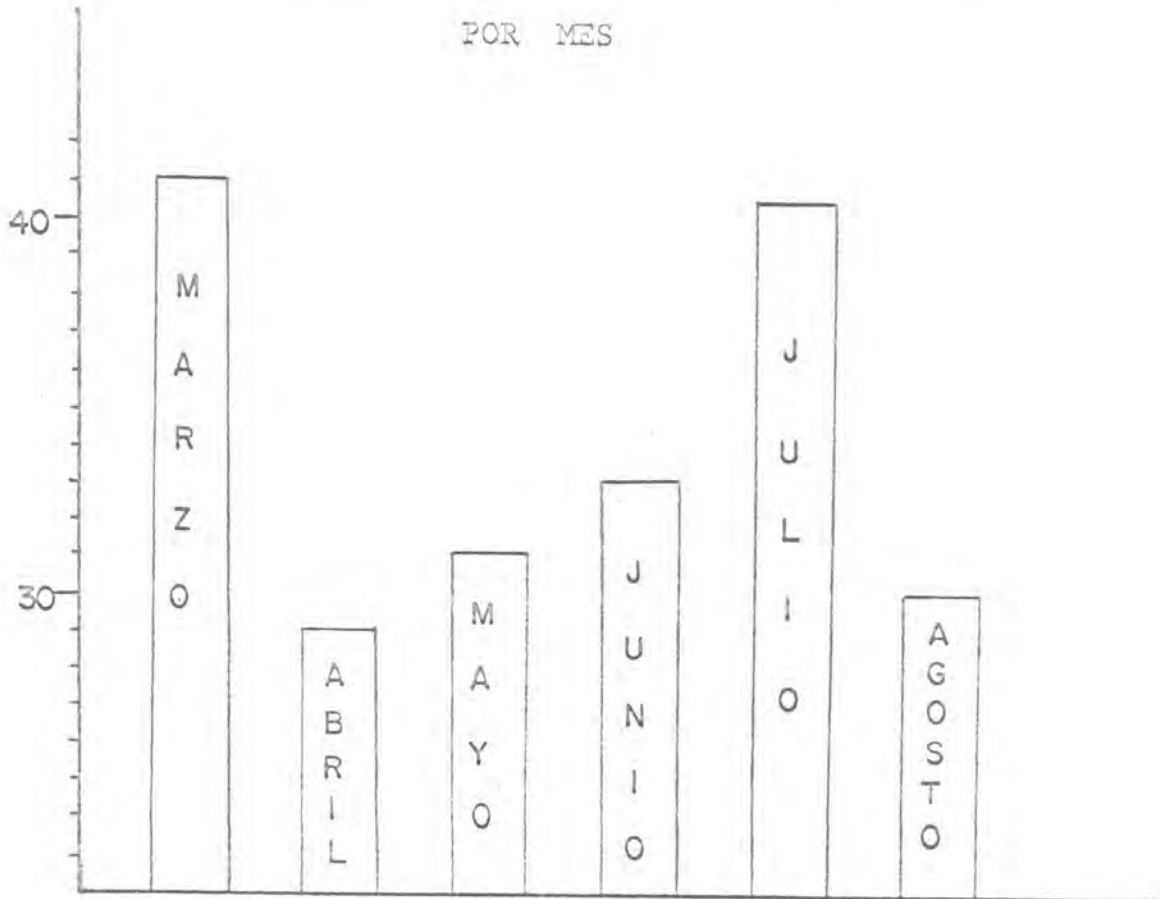
CUADRO Nº 4

Número de egresos de pacientes alcohólicos del Hospital "Dr. Mario Mendoza". Período: marzo-agosto de 1980

MES	EGRESOS
Marzo	41
Abril	29
Mayo	31
Junio	33
Julio	40
Agosto	30
TOTAL	204

GRAFICO Nº 2

Número de egresos de pacientes alcohólicos del Hospital "Dr. Mario Mendoza". Período: marzo-agosto de 1980



CUADRO N° 5

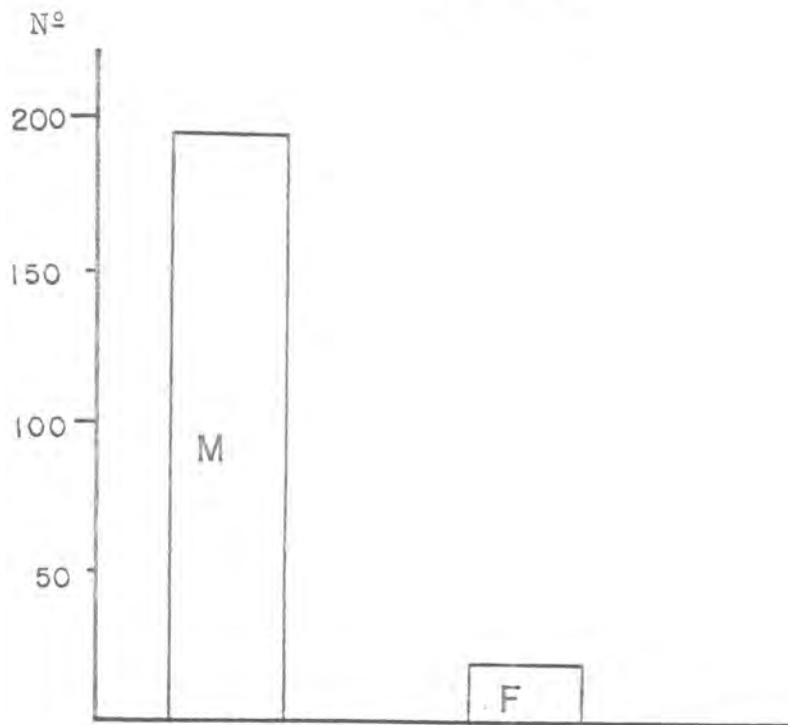
Total de pacientes alcohólicos egresados del Hospital "Dr. Mario Mendoza". Período: marzo-agosto de 1980.

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Masculino	190	93.2
Femenino	14	6.8
TOTAL	204	100.0

GRAFICO N° 3

Total de pacientes alcohólicos egresados del Hospital "Dr. Mario Mendoza". Período: Marzo-agosto de 1980.

POR SEXO



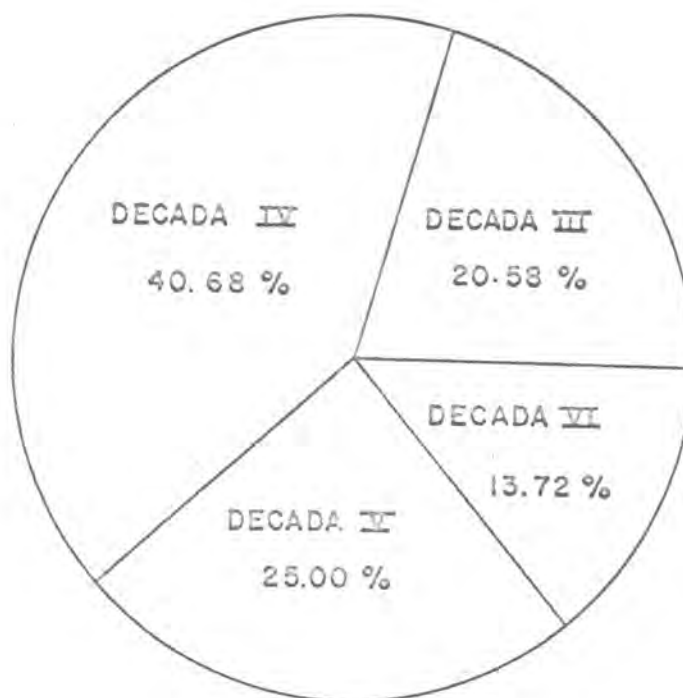
CUADRO N° 6

Número de pacientes alcohólicos egresados del Hospital "Dr. Mario Mendoza". Período: marzo-agosto de 1980. Según década de la vida.

DECADA	NUMERO	PORCENTAJE
III	42	20.58
IV	83	40.68
V	51	25.00
VI	28	13.72
Total	204	100.00

GRAFICO N° 4

Número de pacientes alcohólicos egresados del Hospital "Dr. Mario Mendoza". Período: marzo-agosto de 1980. Según década de la vida.



porados correspondiendo un 14.7%. Solamente se reportó una defunción. Ver Cuadro N° 7. Página N° 55.

Los días de estancia hospitalaria fué el menor de 1 día y el mayor de 80 días, haciendo un promedio de 8.48 días de estancia hospitalaria, lo que significa un gasto promedio -- por día de Lps.27.76. Ver Cuadro N° 8. Página N° 56.

Las complicaciones más comunes correspondieron a las alucinaciones alcohólicas; ya que esta entidad, descrita por la O.M.S. y otras fuentes se caracteriza por: evolución sub-aguda o crónica, alucinaciones auditivas predominantemente, un delirio paranoide. La alucinosis con 16 casos y en segundo lugar al delirium tremens con 11 casos. Ver Cuadro N° 9. Página N° 57.

En cuanto al tratamiento se revisaron 100 expedientes escogidos al azar sin encontrar una diferencia significativa de recuperación. Ver Cuadro N° 10. Página N° 58.

CUADRO N° 7

Condiciones de egreso de pacientes alcohólicos en el Hospital "Dr. Mario Mendoza". Período: marzo-agosto 1980

CONDICION	NUMERO	PORCENTAJE
Mejorados	173	84.8
No mejorados	30	14.7
Muertos	1	0.5
TOTAL	204	100.0

GRAFICO N° 5

Condiciones de egreso de pacientes alcohólicos en el Hospital "Dr. Mario Mendoza". Período: marzo-agosto 1980



CUADRO N° 8

Días de hospitalización de pacientes alcohólicos
en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza"
Período: Marzo-Agosto, 1980

DIAS	NUMERO	PORCENTAJE
Menor de 3	28	13.72
3 - 6	93	45.09
7 - 10	47	23.03
Más de 10	<u>36</u>	<u>17.64</u>
TOTAL	204	100.00

GRAFICO N° 6

Días de hospitalización de pacientes alcohólicos
en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza"
Período: Marzo-Agosto, 1980



CUADRO N° 9

Complicaciones de pacientes alcohólicos egresados
del Hospital "Doctor Mario Mendoza". Período de
Marzo-Agosto 1980

COMPLICACION	NUMERO	PORCENTAJE
Alucinosis Alcohólica	16	32
Delirium Tremens	11	22
Psicosis Alcohólica	10	20
Síndrome de Abstinencia	5	10
Depresión	3	6
Hepatitis	1	2
Cirrosis Hepática	1	2
Sífilis	1	2
Síndrome Convulsivo	1	2
Muerte	1	2
	—	—
TOTAL	50	100

CUADRO N° 10

Tratamientos más comunes usados en
el Hospital "Doctor Mario Mendoza"
PERIODO: MARZO-AGOSTO, 1980

TRATAMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE
Diazepan-Complejo B	40	40
Clorpromacina-Complejo B-Valium	30	30
Diazepan-Liranol	20	20
DW 5% Diazepan	10	10

VIII. CONCLUSIONES

- 1.- El tratamiento del paciente alcohólico utiliza enorme cantidad de personal humano y material.
- 2.- Nos es imposible, hasta el momento, hacer conciencia en el paciente cuando su alcoholismo está oculto.
- 3.- Hay tantas etiologías en la actualidad que es difícil decir cual es la que incidirá sobre el paciente.
- 4.- El hombre sigue siendo mayor alcohólico que la mujer.
- 5.- El Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza" sigue absorbiendo casos de alcoholismo, los cuales pueden ser tratados en hospitales generales.
- 6.- No hay esquemas de tratamiento. Cada médico tiene el propio. Hay médicos que inician el tratamiento con neurolepticos; otros usan el valium y otros solamente con complejos vitamínicos y clordia epóxido.
- 7.- No hay criterio unificado para ingresar pacientes a hospitales psiquiátricos.

- 8.- El alcoholismo sigue teniendo días de hospitalización muy prolongados.
- 9.- No se refiere a los pacientes a otras instituciones que posee la comunidad para la rehabilitación de alcohólicos.
- 10.- La entrevista entre médico y paciente es corta, superficial sin ahondar en su problema.
- 11.- Hay falta de interés por el médico de recuperar al paciente alcohólico.

IX. RECOMENDACIONES

- 1.- Hacer conciencia en el médico que la hospitalización del paciente alcohólico, no se reserva únicamente para Hospitales psiquiátricos.
- 2.- Unificar criterios para ingresar a un Hospital Psiquiátrico.
- 3.- Concientizar al médico de no usar tantos Psicofármacos.
- 4.- Dar mayor divulgación a las instituciones donde se pueden mandar los pacientes alcohólicos para su rehabilitación.

- 5.- Aumentar el personal de los hospitales que tienen que ver con salud mental.
- 6.- Enseñanza audio-visual a los pacientes para que se percaten del mal que adolecen.
- 7.- Explicar a los familiares del paciente del mal que adolece.
- 8.- Enfocar el problema del alcoholismo en una forma más seria y darle toda la divulgación que se merece.
- 9.- Al gobierno para que aumente los centros de distracción.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Litter, Manuel. Farmacología. pp: 194. Buenos Aires. 1970.
- 2.- Celsi-Jacobucci. Química Elemental Moderna Orgánica. pp: 163-174. Buenos Aires. 1964.
- 3.- Goth. Farmacología Médica. Principios y Conceptos. pp: 264-309. México. 1972.

- 4.- Goodman y Gilman. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. pp: III-129. 1965.
- 5.- Krupp, Marcus. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. pp: 728-730. 1979.
- 6.- Harrison. Medicina Interna. pp: 723-742. La Prensa Médica Mexicana. 1979.
- 7.- Harrison. Medicina Interna. pp: 1731-1741. 1973.
- 8.- Alvarado Ordóñez, Miguel. Alcoholismo Ante el Derecho Penal. Tesis de Grado Abogado y Notario. 1979.
- 9.- Von Eicken, Amanda. Estudio Social del Alcoholismo en la Capital Hondureña. Material mimeografiado. 1975.
- 10.- Jellinek, E. M. The Disease Concept of Alcoholism. College and University Press. 1960.
- 11.- Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Honduras. 1970-1974.
- 12.- Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Honduras. 1973.

- 13.- León Padilla, Alfredo. Diagnóstico y Situación Actual del Alcoholismo en Honduras. Material mimeografiado. 1978.
- 14.- Alcoholismo. Material mimeografiado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1970.
- 15.- Brudreau, A. El Médico y el Alcoholismo. Material mimeografiado. 1977.
- 16.- Comisión sobre Alcoholismo. Programas Terapéuticos con los Familiares del Alcohólico. Material Mimeografiado Costa Rica. 1973.
- 17.- Comisión sobre Alcoholismo. Tratamiento Médico del Enfermo Alcohólico en Hospitales Generales. Material mimeografiado. Costa Rica. 1973.
- 18.- Enciclopedia de Psiquiatría. Santiago de Chile, pp: 29-40. 1970.