



**Centros de Integración
Juvenil, A.C.**

**Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones
6ta. Generación
2009 – 2010**

Reporte de Investigación Final

Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:

**ESTUDIO OBSERVACIONAL DE ABUSO O DEPENDENCIA A ALCOHOL EN
LOS USUARIOS DEL HOSPITAL MUNICIPAL "HERMENEGILDO GALEANA"**

Alumno:

DR.EDUARDO MONTAÑO REYES

Asesor:

DRA. LAURA MARGARITA LEÓN LEÓN

Ciudad de México, Marzo de 2011

INDICE

| | | |
|--------|------------------------------------|----|
| I. | Índice | 2 |
| II. | Título del proyecto | 3 |
| III. | Nombre del alumno | 3 |
| IV. | Tutor | 3 |
| V. | Antecedentes y/o marco teórico | 4 |
| VI. | Relevancia del estudio | 27 |
| VII. | Planteamiento del problema | 27 |
| VIII. | Objetivo principal | 27 |
| IX. | Objetivos específicos | 28 |
| X. | Justificación | 28 |
| XI. | Hipótesis | 29 |
| XII. | Métodos: | 29 |
| | a) Tipos de estudio | 29 |
| | b) Duración de estudio | 29 |
| | c) Calculo de la muestra | 29 |
| | d) Descripción de la población | 29 |
| | e) Criterios de inclusión | 30 |
| | f) Criterios de exclusión | 30 |
| | g) Criterios de eliminación | 30 |
| | h) Procedimientos de reclutamiento | 30 |
| XIII. | Instrumentos | 31 |
| XIV. | Análisis de datos | 31 |
| XV. | Ética y confidencialidad | 31 |
| XVI. | Discusión y conclusiones | 32 |
| XVII. | Referencias Bibliográficas | 36 |
| XVIII. | Cronogramas | 37 |
| XIX. | Anexos | 37 |

TITULO DEL PROYECTO

OBSERVACION DE ABUSO O DEPENDENCIA A ALCOHOL EN LOS USUARIOS DEL HOSPITAL MUNICIPAL "HERMENEGILDO GALEANA" QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUALQUIER OTRA PATOLOGIA QUE TENGAN DE 15 A 60 AÑOS EN EL HORARIO DE LUNES, MIERCOLES Y VIERNES EN EL TURNO NOCTURNO

NOMBRE DEL ALUMNO

EDUARDO MONTAÑO REYES

Médico Cirujano egresado de la Escuela de Medicina UAEH

Alumno de la Especialidad para el El tratamiento de Adicciones CIJ

Actualmente Médico Adscrito al Hospital Municipal "Hermenegildo Galeana"

Atención a nivel privado De Medicina General

TUTOR

DRA. LAURA MARGARITA LEÓN LEÓN

Médico Cirujano egresada de la Facultad de Medicina UNAM

Especialidad en Psiquiatría egresada de la UNAM y del Hospital Regional 20 de Noviembre del ISSSTE.

29 años de antigüedad en Centros de Integración Juvenil A.C. ocupando diversos cargos en la normatividad como en la operación.

Actualmente Subdirectora de Hospitalización y Proyectos Clínicos.

Atención a nivel privado en psiquiatría y psicoterapia.

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

Antes de comenzar esta tesis sobre el alcoholismo, parece interesante comentar la palabra *alcohol*. Especialmente por todos los derivados que puede construir. El origen de la palabra no está nada claro. Hay quien con un origen árabe encuentra su traducción en *alcoholeé*, que es nombre con que se llama a los espíritus malignos. Parece ser que un religioso dentro de la más pura ortodoxia de eliminar el alcohol lo llamó así, identificándolo con los espíritus del mal y pensando especialmente en los efectos que es capaz de producir. Hay quien sostiene sin embargo, que el origen, también árabe, está en la palabra *alkohl*, (“al” quiere decir “el” y “kohol” significa “sutil”) que era una mezcla de pinturas y polvos a base de minerales que utilizaban las mujeres de cierta categoría social para iluminar su rostro y maquillarse los cuales eran producto destilación

El alcohol es un gran desinfectante. Como tal, es de uso común. También se utiliza con mucha frecuencia en la elaboración de medicamentos, en laboratorios para producir precipitados y demás, en bebidas, jarabes, en la elaboración de perfumes y cosméticos, en distintas aplicaciones dentro de la industria, como combustible, en la fabricación de pintura, barnices, lacas, disolventes, aerosoles, etc., y en un sinnúmero de productos, unos para consumo humano y otros para uso eminentemente industrial. Aunque existen alrededor de 16 tipos diferentes de alcoholes, vamos a centrarnos en dos de ellos por ser los más habituales.

El alcohol *metílico* (metanol), también denominado carbinol, alcohol de madera, alcohol de quemar, etc., es el término más sencillo de los alcoholes. Es un líquido incoloro de escasa viscosidad y de olor y sabor penetrante, inmiscible (que no se puede mezclar) con el agua y con la mayoría de los disolventes orgánicos, siendo además muy tóxico e inflamable.

El alcohol *etílico* se obtiene por síntesis del etileno o por fermentación de las melazas o almidón. Estos a su vez son extraídos de determinados productos hortofrutícolas con alto contenido en azúcar, siendo la remolacha el más común. Este alcohol es el utilizado en la sanidad y en aquellos elaborados para el consumo humano.

DEFINICION DE ALCOHOL

Es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC) que disminuye la actividad de las neuronas, aunque las concentraciones sanguíneas bajas provocan cierta estimulación del comportamiento.

HISTORIA

Aunque tradicionalmente el alcohol haya sido considerado como un producto sedante, actualmente presenta un amplio espectro de efectos contradictorios. Puede deprimir o estimular, tranquilizar o inquietar. En medicina durante mucho tiempo se ha recetado el alcohol como tónico, calmante o soporífico. El papel del alcohol en la medicina ha sido reemplazado por barbitúricos, tranquilizantes y otros productos calmantes e hipnóticos.

Las bebidas alcohólicas se han utilizado siempre. Es la adicción que reina a lo largo de la historia del hombre. Lo bebían en la antigua Grecia y Roma, los señores y siervos en la Edad Media y cuando los puritanos llegaron a América en 1620, introdujeron la práctica de beber alcohol. En esos tiempos era difícil encontrar agua potable, por lo que todo el mundo bebía alcohol en las comidas.

El alcohol representaba más que una simple bebida, era la forma de celebrar importantes acontecimientos como tener una nueva casa, la fiesta de la cosecha, las bodas y los funerales. También se utilizaba en medicina para aliviar el dolor, bajar la fiebre o calmar la acidez de estómago.

El alcohol y su consumo se mencionan en infinidad de pasajes de la Biblia y otros escritos históricos y religiosos, hay vino en la última cena de Jesús. La primera borrachera de la que hay constancia histórica es la de Noé, quien tan pronto bajó del Arca plantó una viña, elaboró su vino, se embriagó y se echó desnudo en medio de su tienda. El alcohol se usaba en la mayoría de las celebraciones tanto en Oriente como en Occidente. Nabucodonosor padeció el *delirium tremens* y se describe en la Biblia. En la Edad Media los alquimistas de Europa usaban el alcohol para obtener esencias por destilación. A fray Luis de León le supuso la cárcel por una metáfora que utilizó en cierta ocasión y que decía *“ramo de pámpanos es el amado y racimos de uva los pechos de la amada”*. Actualmente la Iglesia católica celebra la misa con vino y ha desautorizado el mosto como posible alternativa.

Es de destacar que el mayor viñedo del mundo está en España, con 480.000 hectáreas.

Existen organizaciones que promocionan la abstinencia del consumo de bebidas alcohólicas. La mayoría de las organizaciones anti alcohol han solicitado la aprobación de una normativa que prohíba su venta y consumo. La creación de estas organizaciones a favor de la abstinencia se remonta a principios del siglo XIX en Estados Unidos, cuando surgieron las primeras ligas antialcohol en New York (1808), Massachusetts (1813) y Connecticut (1813). En Europa, este tipo de organizaciones se fundaron en las décadas de 1820 y 1830, siendo las más fuertes las de Gran Bretaña y los países escandinavos.

Durante la década de 1920, en los Estados Unidos se declaró ilegal la producción, venta o importación de alcohol, período que se denominó Ley Seca y que duró trece años. En España está prohibida la venta de alcohol a los menores de 18 años.

REGULACIÓN JURÍDICA EN MATERIA DE ADICCIONES

El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y la estabilidad social. Aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta a las drogas, hay grupos más vulnerables que otros a sufrir consecuencias negativas de su uso, como los niños y los jóvenes, quienes pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida.

REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

El gobierno de México inició, desde la década de 1970, acciones para atender este problema, mucho antes de que la demanda de drogas adquiriera mayores proporciones, por lo que contamos ya con una considerable experiencia acumulada. Nuestro país ha realizado esfuerzos importantes por enfrentar este problema a través del desarrollo de un marco jurídico-normativo e institucional y de programas que, al mismo tiempo que dan seguimiento a los acuerdos que México ha firmado en el ámbito internacional, son apropiados a las características socioculturales específicas de nuestra nación.

MARCO JURÍDICO-NORMATIVO DE LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

La preocupación del gobierno mexicano por la creciente demanda ilícita de drogas se ha reflejado en una serie de medidas legales, de carácter federal que, además de corresponder al marco social y jurídico de nuestro país, dan seguimiento a los convenios y tratados internacionales firmados por México, como parte importante de la cooperación global que debe predominar frente a este problema. Así, se han establecido ordenamientos, planes y programas de competencia federal que deben ser cumplidos y operados a través de la coordinación y cooperación sectorial, intersectorial e internacional.

MARCO JURÍDICO-NORMATIVO DE LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

La preocupación del gobierno mexicano por la creciente demanda de estas sustancias se ha reflejado en una serie de medidas legales, de carácter federal y local que, además de corresponder al marco social y jurídico de nuestro país, dan seguimiento a los convenios y tratados internacionales firmados por México, como parte importante de la cooperación global que debe predominar frente a este problema. Así, se han establecido ordenamientos, planes y programas de competencia federal que deben ser cumplidos y operados a través de la coordinación y cooperación sectorial, intersectorial e internacional.

REGULACIÓN MEXICANA

En cuanto al marco jurídico normativo en México las normas y disposiciones jurídicas que en materia de reducción de la demanda ha implantado el gobierno mexicano, encuentran su fundamento en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que consagra el derecho a la protección de la salud.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en la que desde 1976 se atribuye a la SSA la competencia de "establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra... el alcoholismo y las toxicomanías..."

LEY GENERAL DE SALUD

Contiene la mayoría de las disposiciones relacionadas con la reducción de la demanda, que incluye:

- El derecho a la protección de la salud.
- La clasificación de los medicamentos estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- El control de su producción y manufactura.
- El control de la disponibilidad, la prescripción y la venta.
- El control de la publicidad.
- Las drogas y el ámbito laboral.
- La obligatoriedad de la educación sobre la materia.
- La regulación de la prestación de los servicios.
- Las sanciones y multas.

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS (COFEPRIS)

Es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tiene como misión proteger a la población contra riesgos sanitarios, para lo cual integra el ejercicio de la regulación, control y fomento sanitario bajo un solo mando, dando unidad y homogeneidad a las políticas que se definan.

En la COFEPRIS se amplió el ámbito conferido anteriormente a la regulación, el control y el fomento sanitario y se transformó de una política instrumental a una pública por objetivo, es decir se transitó de ser un medio para convertirse en el propósito social del mismo, incluyendo otros instrumentos no regulatorios esperando así preservar con mayor eficiencia la salud de la población.

Atribuciones y funciones de la COFEPRIS

Conforme a la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud ejercerá las atribuciones de regulación, control y fomento sanitario, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en lo relativo a (Art. 17 bis):

El control y vigilancia de los establecimientos de salud

- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre
- La salud ocupacional y el saneamiento básico

El control sanitario de productos, servicios y de su importación y exportación, y de los establecimientos dedicados al proceso de los productos.

- El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, arterialesquirúrgicos, de curación y productos higiénicos, y de los establecimientos dedicados al proceso de los productos.

El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios.

- El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células de seres humanos.
- La sanidad internacional.
- El control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos células de seres humanos.

CONADIC

Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (1986,) es la unidad federal responsable de elaborar y evaluar el los Programas Nacionales contra la Fármaco dependencia, contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, y el Tabaquismo, "a través de los cuales promueve, fomenta y apoya las acciones de los sectores público, social y privado tendentes a la prevención y atención integral de las adicciones y problemas de salud pública asociados".

A partir de su creación, el CONADIC comienza a establecer acuerdos de coordinación con las entidades federativas y se inicia el establecimiento de los Consejos Estatales y Comités Municipales contra las Adicciones (CECA y COMCA).

ANTECEDENTES

Aún cuando existen reportes de estudios médicos enfocados a los efectos del consumo en el organismo humano y que datan de finales del siglo XIX, la investigación psicosocial y cultural sobre este problema se remonta apenas a los años setenta con el surgimiento del actual Instituto Nacional de Psiquiatría y su División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, que es la que más estudios ha hecho en la materia.

En la actualidad se cuenta con diversos estudios que dan cuenta de la magnitud del problema en México, tales como las **Encuestas Nacionales de**

Adicciones (ENA) realizadas cada quinquenio desde 1988, en población urbana en edades entre 12 y 65 años de edad;

Asimismo existen encuestas en población estudiantil desde 1976 y se ha instalado un Sistema de Reporte de Información en Drogas, diseñado hace 15 años que registra éstas tendencias;

Así como un Sistema de **Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones** (SISVEA) que desde 1991 mantiene actualizado el diagnóstico del consumo, considerando la información generada por los 110 centros de integración juvenil que existen en todo el país (2010).

PND

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) en el que el gobierno federal asume un doble compromiso en materia de salud: mejorar la calidad de los servicios, mediante la reestructuración de las instituciones y ampliar la cobertura de los mismos, fortaleciendo su coordinación e impulsando un nuevo federalismo.

En el PND, el gobierno mexicano considera a las adicciones como uno de los nuevos problemas de salud originados por los cambios en los estilos de vida.

Programa Nacional para el Control de Drogas 2001-2006 (PNCD), propone una estrategia integral para enfrentar la problemática planteada por las adicciones y el narcotráfico, definiendo los objetivos, estrategias y líneas de acción con las que participan diversas dependencias del sector público en lo que se refiere al control de la oferta, encomendando expresamente la prevención y la reducción de la demanda a la Secretaría de Salud (SSA) y a la Secretaría de Educación Pública (SEP).

EPIDEMIOLOGIA

El consumo de alcohol es un serio problema de salud pública a nivel mundial cuyas consecuencias se expresan como enfermedad y muerte

El consumo de alcohol es una de las causas que tiene mayor peso por sí sola en la morbilidad y mortalidad mundiales. Se ha estimado que contribuye en

cerca del 4% al riesgo global de muerte en el mundo, apenas por debajo del tabaquismo que contribuye con 4.1% a ese riesgo global (Rafael González Guzmán y cols. 2006)

El consumo de alcohol es el problema de uso de sustancias más extendido en México. En 2002 la ENA, se reportó que el uso de alcohol en el último año afectaba al 46.3% de la población mexicana entre 12 y 64 años, lo cual equivalía a 32.3 millones de bebedores. Más aún, en el caso de población urbana mayor de 18 años, el consumo de alcohol ascendía a más del 72% de los hombres y cerca del 43% de las mujeres.

El consumo consuetudinario (es decir, tomar más de cinco copas en una ocasión al menos una vez a la semana) afectaba al 5.5% de la población mayor de edad: 10.6% de los hombres y 0.6% de las mujeres. De modo similar, el consumo problemático sin dependencia afectaba a 3.5% de la población, mientras que podía atribuirse dependencia a 4.07% y dependencia severa a 0.7% (2.3% de los hombres del medio urbano y menos de 0.1% de las mujeres). En el caso particular de la población urbana, el abuso o dependencia afectaba a 9.3% de los hombres y a 0.7% de las mujeres (Medina-Mora *et al.*, 2002).

El consumo de alcohol per cápita en México alcanzaba 2.8 litros anuales, 3.5 litros en población urbana de 18 a 65 años y 7.1 litros en el caso de los hombres (CONADIC, SSA, INEGI, 2003), un nivel relativamente bajo si se compara con las estimaciones de más de ocho litros anuales en Estados Unidos y de 10 y hasta 15 litros en el caso de diversos países europeos. Sin embargo, otras fuentes refieren niveles más altos de consumo; como la Organización Mundial de la Salud que reportó en 2004 un consumo anual per cápita de 4.6 litros, en general, y de 8.5 litros en población mayor de 18 años (OMS, 2004).

Por su parte, la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica de 2002 indicaba que el consumo perjudicial de alcohol alguna vez en la vida afectaba al 2.4% de la población mayor de 18 años: 4.9% de los hombres y 0.3% de las mujeres; en tanto que la dependencia ascendía a 5.9%: 11.5% de los hombres y 1% de las mujeres (Medina-Mora *et al.*, 2003).

Más recientemente, la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (SSA, CONADIC, INP, INSP, 2009) informó que el patrón de consumo de bebidas

alcohólicas predominante en México es esporádico, pero con la ingesta de grandes cantidades. Así, cerca de 27 millones refirieron beber en una misma ocasión más de lo que puede considerarse un consumo moderado (hasta cuatro copas en el caso de los hombres y tres en el de las mujeres), siendo el grupo más afectado el de 18 a 29 años.

Del mismo modo, ocho de cada mil personas informaron consumir alcohol diariamente, en una razón de 7.5 hombres por cada mujer. Este consumo diario aumenta con la edad, siendo, por ejemplo, 3.4 veces más frecuente en los hombres mayores de 50 años que en los de 18 a 29. De la misma manera, según la encuesta, casi cuatro millones de personas podían clasificarse como usuarios consuetudinarios (personas que beben grandes cantidades al menos una vez a la semana), patrón de consumo que es más alto entre los hombres en una razón de cerca de seis casos por cada mujer; sin embargo, esta manera de beber está aumentando entre las mujeres, en particular entre las adolescentes, como puede inferirse si se considera que entre las menores de 18 años alcanza una prevalencia de 0.9% contra 2.2% de los hombres, mientras que en las adultas se sitúa en 1.7% contra 11% de los hombres. Por último, poco más de cuatro millones de personas cumplían los criterios de abuso o dependencia (5.5% de la población); tres y medio millones de hombres (9.7% de la población masculina) y cerca de 700 mil mujeres (1.7% de la población femenina).¹

Abuso de alcohol en población de 12 a 65 años (%)

| | | Consumo diario | Bebedores altos | Bebedores consuetudinarios | Abuso o dependencia |
|---------------------------|---------|----------------|-----------------|----------------------------|---------------------|
| Población de 12 a 65 años | Hombres | 1.5 | 39.1 | 9.3 | 9.7 |
| | Mujeres | 0.2 | 15.1 | 1.6 | 1.7 |
| | Total | 0.8 | 26.6 | 5.3 | 5.5 |
| Población de 12 a 17 años | Hombres | 0.3 | 11.0 | 2.2 | 3.6 |
| | Mujeres | 0.1 | 7.1 | 0.9 | 2.1 |
| | Total | 0.2 | 9.0 | 1.5 | 2.9 |
| Población de 18 a 65 años | Hombres | 1.7 | 45.6 | 11.0 | 11.1 |
| | Mujeres | 0.3 | 16.8 | 1.7 | 1.6 |
| | Total | 1.0 | 30.6 | 6.1 | 6.1 |

Consumo diario: Consumo diario de al menos una copa.

Bebedores altos: Personas que alguna vez en la vida han consumido cinco copas o más en una ocasión, para los hombres, o

¹ Aunque aquí no se abundará sobre el tema, cabe señalar que se ha encontrado que 68% de las mujeres alcohólicas ha estado alguna vez embarazada y que 57.5% de éstas consumió bebidas alcohólicas durante la gestación. El consumo de alcohol se asoció con aborto espontáneo, parto prematuro, muerte fetal, anomalías congénitas y bajo peso al nacer (Berenzonet al., 2007).

cuatro copas o más en una ocasión, para las mujeres.

Bebedores consuetudinarios: Personas que toman diariamente y que al menos una vez a la semana toman cinco o más copas en una ocasión.

Abuso/dependencia de alcohol: Comprende la presencia de problemas interpersonales, sociales y laborales asociados al consumo de alcohol, así como manifestaciones físicas, cognitivas y del comportamiento que llevan a un malestar significativo. Este criterio se cumple si al menos tres o más de los síntomas de consumo problemático o al menos uno de abuso están presentes en algún momento repetitivamente dentro de los últimos 12 meses.

Encuesta Nacional de Adicciones 2008, Cuadros B13 a B30.

CLASIFICACIÓN DE ALCOHOLISMO

La ingesta de alcohol puede tener diferentes razones y diferentes efectos en el cuerpo de acuerdo a varios factores, pero lo lamentable es cuando el alcohol ya no es manejable por la persona que empieza a beber y llega un momento en que se convierte en una necesidad del organismo. Es cuando el organismo ha tomado a la ingesta de alcohol como si fuera un alimento, lo necesita para vivir. En esta etapa el/la alcoholico/a puede resignificar su adicción a las bebidas con justificaciones de diversas razones y que responden de igual modo a su disfuncionalidad de simbolización subjetiva frente a determinadas circunstancias que le son propias pero que ya no las puede manejar porque han pasado a la órbita de pulsional del cuerpo.

Podemos observar distintas fases en el grado de adicción al alcohol que según Jellinek pueden categorizarse en:

PRE ALCOHÓLICA:

Es característico de aquellas personas que consumen alcohol en reuniones sociales en las que presente cierta tensión en ellos, beben para sedarse un poco y estar más animados o para manejar mejor el estrés. No llama demasiado la atención sobre el consumo de alcohol ni tampoco crea problemas sociales relevantes.

PRODRÓMICA:

Se trata en este caso del consumo de bebidas alcohólicas a escondidas. El bebedor/a intentará disimular su consumo y restarle importancia. Luego se pondrá una pastilla de menta o chocolate en la boca para que no se note que ha bebido. Si alguien le pregunta sobre su aliento con olor a alcohol, dirá que comió un bombón de licor o que es un caramelo de sabor agridulce, etc.

CRUCIAL:

En este caso, se pierde el control. Se trata de momentos en que el/la bebedor/a no puede sustraerse a la ingesta de alcohol. A una copa le sigue otra y otra, y otra, aunque no lleguen a una intoxicación aguda. Es en esta etapa en la que el sujeto se da cuenta de su posible adicción y trata de abstenerse por un tiempo o rehúye de las reuniones sociales por no caer en situaciones que no podrá manejar luego con el alcohol. Otras veces asisten a las reuniones aún sabiendo que deben tratar de controlarse pero una vez ingerida una copa dejan de lado sus restricciones subjetivas.

CRÓNICA:

Aquí el consumo es diario. Todos los días ingieren cierta cantidad de alcohol y encuentran que no se pueden sustraer al gustito de tomar una cierta cantidad de bebidas. No pueden detenerse y si por alguna razón no tomasen por unos días puede aparecer cierto síndrome de abstinencia, cosa que fácilmente se arregla volviendo a beber. Comienzan los problemas hepáticos, polineuritis, etc. Y hay quienes comienzan a beber tempranamente en el día, a veces por la mañana.

CRITERIOS PARA USO ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS DSM-IV-TR

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

0 Remisión total temprana

0 Remisión parcial temprana

0 Remisión total sostenida

0 Remisión parcial sostenida

2 En terapéutica con agonistas

1 En entorno controlado

4 Leve/moderado/grave

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F10.00 INTOXICACIÓN POR ALCOHOL (303.00)

A. Ingestión reciente de alcohol.

B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativo 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

3. marcha inestable
4. nistagmo
5. deterioro de la atención o de la 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 F10.3 Abstinencia de alcohol (291.8)

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 desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

1. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
2. temblor distal de las manos
3. insomnio
4. náuseas o vómitos
5. alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
6. agitación psicomotora
7. ansiedad
8. crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

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 mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si:

Con alteraciones perceptivas

Trastornos inducidos por el alcohol

Intoxicación por alcohol

Abstinencia de alcohol

Delirium por intoxicación de alcohol

Demencia persistente inducida por alcohol

Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol

Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes, con alucinaciones

Trastorno del estado de ánimo

Trastorno de ansiedad inducido por alcohol

Trastorno del sueño inducido por alcohol

Trastorno relacionado con alcohol no especificado inducido por alcohol

MORBI - MORTALIDAD

El abuso puede derivar en daños irreparables. La mayoría de las personas sabe que el alcohol provoca dolor de cabeza y vómitos, pero además puede dañar el corazón, el hígado, los riñones, el cerebro, el estómago, el aparato circulatorio, la estructura ósea, etc. Puede provocar pérdida de memoria y algunos tipos de cáncer. Cuando una mujer embarazada bebe alcohol, éste pasa al feto que se está desarrollando. Esto deriva con frecuencia en problemas mentales o físicos del bebe.

Teniendo en cuenta que el alcohol al ser ingerido y posteriormente absorbido en tubo digestivo, pasa al torrente sanguíneo distribuyéndose en todo el organismo, teniendo como órgano blanco principalmente al cerebro que es el que nos da las manifestaciones clínicas de embriaguez, al mismo tiempo que va afectando otros órganos vitales como el hígado, provocando a largo plazo la cirrosis hepática y otros males.

Se han registrado enfermedades que registran una alta incidencia y que se asocian a altas tasas de mortalidad en nuestro país. Así, en 2007 los nuevos casos de enfermedad notificados al SISVEA vinculados con la “enfermedad alcohólica del hígado” representaron una tasa de 12.5 por 100 mil personas, si bien en el rango de edad de 60 a 64 años la tasa de incidencia alcanzó 58.5 por 100 mil habitantes (SSA, DGAE, 2008).

Paralelamente, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado presentan tasas de mortalidad por arriba de 20 defunciones por cada 100 mil habitantes, llegando en ocasiones a situarse hasta en cerca de 25 muertes por 100 mil habitantes, para figurar entre las 10 primeras causas de muerte en el país. En 2006, por ejemplo, se estimó que la tasa de mortalidad asociada ascendió a 24.1 por 100 mil habitantes en general, pero alcanzando 36.9 defunciones por 100 mil habitantes en la población masculina y 11.3 por 100 mil en las mujeres (SSA, OPS, 2007; SSA, SPCE, IMP, DGE, CONADIC, 1998). De manera similar, según datos del Sistema Nacional de Información en Salud, en población masculina la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado llegaron a asociarse en 2007 a una tasa de 40.2 muertes por cada 100 mil habitantes hombres, en tanto que en las mujeres registraron una tasa de 12.9 muertes por 100 mil (SSA, SINAIS, s. f.).

Igualmente, las enfermedades del hígado representaron 6.1% de las defunciones hospitalarias registradas en 2007, situándose en el sexto lugar de las principales causas de mortalidad hospitalaria (SSA, GIIS, 2007). En particular, 4.6% de las defunciones registradas en el sistema de salud —descontando la población atendida en el sistema de seguridad social— se asoció a la cirrosis y

otras enfermedades crónicas del hígado, trastornos que en este caso ocuparon el quinto lugar como causa de muerte (SSA, DGIS, 2008).

De esta manera, la cirrosis hepática se cuenta entre los males que se asocian a un mayor costo de la enfermedad en México, relacionándose con una pérdida de 7.6 años de vida saludable en población urbana (Frenket *al.*, 1994). Según otras estimaciones, la cirrosis hepática representa 5.6% de la mortalidad en el país, mientras que su participación en el peso de la enfermedad equivale a 3.1% de la pérdida de años de vida saludables y hasta 4.5% en el caso de la población masculina (González-Pieret *al.*, 2006).

Se ha corroborado que existe una alta correlación entre el uso de alcohol y la mortalidad por cirrosis hepática, con porcentajes que alcanzan, por ejemplo, 84% en el caso del consumo de destilados en población de 19 a 65 años (Narro y Gutiérrez, 1997). De igual modo, se ha encontrado que el alcoholismo constituye la principal causa atribuible de cirrosis hepática hasta en 95% de casos clínicos del sexo masculino y 38% de casos del sexo femenino (Campolloet *al.*, 1997).

Otra de las serias consecuencias del uso y abuso del alcohol son los accidentes, principalmente los de tránsito, que suponen un alto costo de salud en segmentos jóvenes de la población. El Sistema Nacional de Información en Salud indica que los accidentes de vehículo de motor figuran entre las 10 primeras causas de muerte en población masculina, con una tasa cercana a 16 defunciones por cada 100 mil habitantes; también en el caso de los hombres, en 2006, los accidentes de transporte alcanzaron incluso una tasa de 23.9 muertes por 100 mil habitantes. Anteriormente, en 2005, los accidentes de vehículo de motor ocuparon el primer lugar como causa de muerte en la población de 15 a 29 años de edad, con 15% de las defunciones (SSA, SINAIS, s. f.; Cervantes, 2008; SSA, OPS, 2007).

De igual manera, representaron 3.1% de las defunciones hospitalarias registradas en 2007, situándose en el sexto lugar de las principales causas de mortalidad hospitalaria (SSA, GIIS, 2007). En el sistema abierto de salud (excluyendo la seguridad social) las defunciones hospitalarias se asociaron en un 0.92% con accidentes de tránsito, si bien en el caso de la población de 15 a 44 años este porcentaje sumó un índice similar al general de 3.1% (SSA, DGIS, 2008).

De este modo, se estima que los choques de vehículo de motor representan, en la población urbana del país, una pérdida de 8.3 años de vida saludable, situándose entre las principales causas del peso de la enfermedad (Frenket *al.*, 1994). Asimismo, se ha estimado que en 2004 los accidentes de tránsito representaban 4.4% de la mortalidad en México, así como 4.6% de la

pérdida de años de vida saludables (González-Pieret *et al.*, 2006).

Por otro lado, se calcula que entre 30 y 50% de los accidentes con víctimas fatales y de 15 a 35% de los accidentes causantes de lesiones graves pueden estar relacionados con el uso de alcohol (Medina-Mora *et al.*, 1993; INSP, s. f.). Los datos también indican que los accidentes de tránsito bajo el efecto del alcohol ocurren principalmente en jóvenes, de modo que 23% de las muertes por este tipo de accidente tiene lugar en sujetos de entre 15 y 24 años (SSA, INEGI, 2003; CONADIC, s. f.). Se ha encontrado, asimismo, que 24.1% de los hombres y 5.6% de las mujeres que bebieron diariamente o casi diario estuvieron involucrados en un accidente de automóvil (Medina-Mora *et al.*, 2001).

Impacto en salud de problemas asociados al consumo de alcohol

| | Cirrosis y otras enfermedades hepáticas | Accidentes de tránsito (en vehículo de motor) | Violencia (homicidio) |
|--|---|---|--------------------------------------|
| Tasa de mortalidad (2006) | Cerca de 24 muertes por 100 mil hab. | Cerca de 16 muertes por 100 mil hab. | Cerca de 10 muertes por 100 mil hab. |
| % de la mortalidad (estimaciones con datos de 2004) | 5.6% | 4.4% | 2.2% |
| % de defunciones hospitalarias (2007) | 6.1% | 3.1% | — |
| % de defunciones hospitalarias en el sistema abierto de atención (2007) | 4.5% | 0.9% | 0.5% |
| Años de vida saludable perdidos (estimación de 1994) | 7.6 años | 8.3 años | 7.4 años |
| % en la pérdida de años de vida saludable (estimaciones con datos de 2004) | 3.1% | 4.6% | 2.9% |

Según datos del Servicio Médico Forense, 33.3% de las muertes por accidentes de tránsito se vincula con la ingesta de alcohol (CONADIC, s. f.). En particular, el Servicio Médico Forense del Distrito Federal reporta que 46.2% de las personas fallecidas por accidentes de tránsito en 2008 resultaron positivas a intoxicación alcohólica (n=234); de éstas, 33.8% tenía entre 20 y 30 años de edad y 53.8% presentaba signos de intoxicación severa, grave y muy grave (TSJDF, CJDF, 2009). De manera similar, 22.3% de muertes no naturales asociadas con el uso de alcohol, reportadas por el Servicio Médico Forense al Sistema de Vigilancia

Epidemiológica de las Adicciones, correspondió a accidentes de tránsito (SSA, DGAE, 2008).

Por otro lado, se ha encontrado que 14.6% de los casos de lesionados en accidentes automovilísticos había consumido alcohol en el lapso de las seis horas previas, por lo que el uso de alcohol puede ser considerado como el más importante factor asociado a accidentes de tráfico (Casanova *et al.*, 2001). En un estudio realizado en servicios de urgencias, 17.7% de los ingresos por accidente o violencia fueron positivos al alcosensor, en tanto que 15.8% de los casos notificó consumo en las seis horas previas al incidente (Borges *et al.*, 1999); de este modo, se ha observado que el consumo de alcohol en las seis horas anteriores al evento puede incrementar hasta en seis veces el riesgo de accidente (Cervantes, 2008). De la misma manera, 25% de los hombres y 6% de las mujeres involucrados en accidentes no fatales bebieron en las seis horas previas al ingreso en servicio de urgencias. Además, pese a que la probabilidad de sufrir un accidente aumenta 3.97 veces si se consume alcohol, el riesgo es mayor en las dos horas siguientes al consumo y aumenta de acuerdo con el número de copas ingeridas (Medina-Mora, 2008).

La revisión del impacto del consumo de alcohol en la salud de la población debe considerar los fenómenos de violencia asociados. Los homicidios presentaron en México, en 2006, una tasa de 9.5 muertes por cada 100 mil habitantes en general, y de 16.7 por 100 mil habitantes en el caso de la población masculina (SSA, OPS, 2007). El Sistema Nacional de Información en Salud subraya que los homicidios se encuentran entre las 10 primeras causas de muerte en hombres, coincidiendo en señalar una tasa de 14.9 defunciones por cada 100 mil hombres (SSA, SINAIS, s. f.). El 0.42% de las defunciones hospitalarias registradas en 2007 en el sistema de salud (descontando la población captada en el sistema de seguridad social) estuvo igualmente relacionado con homicidios (SSA, DGIS, 2008). Más aún, en 2005 el homicidio representaba la segunda causa de muerte en los rangos de edad de 15 a 29 años (12%) y de 30 a 44 años (10%) (Cervantes, 2008).

Por consecuencia, el homicidio constituye, al igual que los otros dos grupos de males ya revisados, una de las principales causas del peso de la enfermedad en nuestro país, vinculándose con una merma de 7.4 años de vida saludable en el caso de la población urbana (Frenket *et al.*, 1994). Correlativamente, en 2004 la violencia representaba 2.2% de la mortalidad en México y se asociaba con 2.9% de la pérdida de años de vida saludables (González-Pieret *et al.*, 2006).

En cuanto a la relación entre la violencia y el consumo de alcohol, de acuerdo con datos del Servicio Médico Forense de 2000, 56.7% de las víctimas de homicidio presentó intoxicación por alcohol (CONADIC, s. f.); información del Servicio Médico Forense del Distrito Federal correspondiente a 2008 indica igualmente que 46.4% de las muertes por homicidio estuvo relacionado con intoxicación alcohólica (TSJDF, CJDF, 2009). En particular, destaca que 9.6% de las muertes no naturales asociadas con el uso de alcohol, reportadas por el Servicio Médico Forense, correspondió a muerte por arma de fuego (SSA, DGAE, 2008).

Según un estudio efectuado en servicios de urgencias de tres países latinoamericanos, incluido México, 46% de las lesiones relacionadas con violencia se asoció con el consumo de alcohol y el riesgo de lesiones relacionadas con la violencia se incrementa hasta 14 veces con el consumo de alcohol (Borges *et al.*, 2008). En otro estudio en salas de urgencias, 17.7% de los ingresos por accidente o violencia fue positivo al alcohol; asimismo, 15.8% de los casos notificó su consumo en las seis horas previas (Borges *et al.*, 1999).

Respecto a la violencia doméstica y contra las mujeres, se estima que cerca de 50% de los casos de violencia doméstica está vinculado al uso de alcohol. De hecho, 47% de las personas involucradas en episodios de este tipo de violencia había bebido con anterioridad, el agresor en 25% de los casos y la víctima en 16.7%. Asimismo, se estima que 24.8% de los casos de violencia contra las mujeres se relaciona con el consumo de alcohol (CONADIC, s. f.), y según la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas 2008, 42.7% de agresiones a mujeres ocurrió cuando la pareja estaba bajo los efectos del alcohol (INSP, s. f.).

CARACTERÍSTICAS DEL ALCOHOL

El alcohol es una molécula de carga débil que se mueve con facilidad a través de las membranas celulares, equilibrándose con rapidez entre la sangre y los tejidos. Los efectos de éste dependen de la cantidad consumida.

El alcohol proporciona KCAL procedentes del etanol y otros hidratos de carbono, aunque están vacíos de nutrientes como minerales, proteínas y vitaminas. Interfiere con la absorción de vitaminas en el intestino delgado.

Tiene una tolerancia cruzada y comparte un modelo similar de problemas de comportamiento con otros depresores cerebrales como las benzodiazepinas y barbitúricos.

FARMACOCINETICA DEL ALCOHOL

Se *absorbe* mayormente en la parte proximal del intestino delgado, en cantidades moderadas por el intestino grueso y muy poco por el estómago, por la mucosa bucal y esofágica.

Se *distribuye* rápidamente a través del torrente sanguíneo como resultado de su alta solubilidad. Y se distribuye en todos los tejidos corporales.

Como efecto de baja liposolubilidad es probable que el alcohol tenga efectos sobre las membranas corporales ricas en grasa, incluyendo neuronas.

Se *excreta* del 2 al 10 % del alcohol sin cambio por vía pulmonar, renal y a través de la transpiración, el resto se *metaboliza* a través del hígado (ADH).

NEUROPSICOFARMACOLOGÍA

Los efectos de cualquier droga dependen de la dosis, de su velocidad de aumento en el plasma, de la presencia simultánea de otras drogas y de las experiencias anteriores con el agente. La muerte puede sobrevenir con concentraciones de 300 mg/dl

Sistema Dopaminérgico: en receptores del circuito de recompensa, alimento, sexo, memoria y emociones = craving

Sistema GABA: inhibidor del SNC = depresión, consumo crónico dependencia cruzada con benzodiazepinas, lo que puede ocasionar crisis convulsivas con el consumo excesivo o bien con la supresión.

Sistema Glutamatérgico: modulador de la actividad del GABA, facilitador de la neurotransmisión dopaminérgica.

Sistema Opiode: el alcohol modula el sistema Beta-endorfinas, liberación de dopamina.

Sistema Serotoninérgico: provoca disfunción serotoninérgica.

ESTRUCTURAS CEREBRALES AFECTADAS

Área Tegmental Ventral
Núcleo Accumbens
Vías del sistema Límbico
Córtex Prefrontal
Hipocampo

TOLERANCIA: después de 1 a 2 semanas de consumo diario de alcohol, aparece tolerancia metabólica o farmacocinética con un aumento de un 30% en la velocidad del metabolismo hepático del etanol. Esta desaparece rápidamente.

DEPENDENCIA FÍSICA: aparece tolerancia farmacodinámica o celular probablemente mediante cambios neuroquímicos que también pueden contribuir a la dependencia física.

EFFECTOS DEL ALCOHOL

Una vez que las células se han adaptado a una exposición crónica al etanol, los cambios estructurales o bioquímicos no vuelven a la normalidad durante varias semanas.

Mientras tanto las neuronas necesitan etanol para funcionar de forma óptima.

Un problema adicional relacionado con los efectos agudos del alcohol sobre la mayor parte de los bebedores, es la alteración de la capacidad de juicio, del equilibrio y la capacidad motora, por esto la alta incidencia de accidentes.

El alcohol relaja los músculos de la faringe lo que da lugar a ronquidos y al agravamiento de la apnea del sueño y deficiencias en el sueño profundo que presenta el 75% de los alcohólicos mayores de 60 años.

COMPLICACIONES POR APARATOS Y SISTEMAS

Complicación es metabólicas: la cetoacidosis alcohólica, que probablemente refleja una disminución en la oxidación de ácidos grasos, junto con una alimentación deficiente o vómitos repetidos *no debe diagnosticarse como cetosis diabética.*

Una dosis abundante de etanol en una persona sana y en ayunas puede producir hipoglucemia entre 6 y 36 horas después.

Frecuentemente hay aumento en los niveles de triglicéridos, de colesterol y de ácido úrico.

Pueden tener bajas concentraciones de potasio, magnesio, calcio, zinc, y fosfato por carencia alimentaria.

El Delirium Tremens puede ocurrir después de un periodo de consumo excesivo de alcohol, especialmente si la persona no ingiere suficiente alimento.

Referente al *corazón*, se ha hecho estudios sobre las bonanzas cardíacas del consumo moderado de vino. En grandes dosis, sin embargo, aumenta el riesgo de sufrir infartos. Ya que se presenta una vasodilatación, hay aumento en la frecuencia cardíaca, existe la miocardiopatía alcohólica, se presentan arritmias cardíacas

En el *aparato circulatorio*, el abuso del alcohol hace que aumente la resistencia al flujo sanguíneo, pudiendo provocar trastornos y hemorragia subaracnoidea, existe aumento en la presión arterial.

En cuanto al *cerebro*, se modifica la fluidez de las membranas neuronales, el funcionamiento del sistema nervioso queda deteriorado. En el sistema nervioso periférico existe anestesia local irreversible

Efectos neurológicos: aproximadamente el 35% de los bebedores pueden presentar una amnesia anterógrada transitoria (blackouts), en donde la persona olvida todo lo sucedido durante una noche de bebida. En algunos casos fragmenta el patrón del sueño.

Aproximadamente el 1% de los alcohólicos tienen una degeneración cerebelosa, lo que ocasiona un síndrome de postura y marcha inestables de carácter progresivo a menudo acompañado por un ligero nistagmo.

Los alcohólicos pueden presentar problemas cognitivos graves, con alteraciones de la memoria reciente y remota durante semanas o meses después de la ingestión de alcohol.

La ingestión *crónica* de dosis elevadas de etanol puede causar neuropatía periférica en el 5 y 15% de los alcohólicos, lo que probablemente se deba a un déficit de tiamina.

Síndrome de Wernicke (oftalmoparesia, ataxia y encefalopatía).

Síndrome de Korsakoff (trastornos amnésicos persistentes inducidos por el alcohol) son frecuentes.

Efectos Psiquiátricos

- ✓ Depresión
- ✓ Ansiedad
- ✓ Alucinaciones auditivas
- ✓ Delirios paranoides
- ✓ Trastorno psicótico
- ✓ Delirium Tremens

En el *Aparato digestivo* se presentan alteración de la mucosa gástrica de tipo inflamatorio, aumento de la secreción de ácido clorhídrico y de gastrina e inhibición del peristaltismo intestinal, dando como resultado:

- ✓ Esofagitis
- ✓ Gastritis
- ✓ Úlceras gástricas
- ✓ Lesiones de Mallory Weiss
- ✓ Pancreatitis
- ✓ Hepatitis
- ✓ Cirrosis
- ✓ Cáncer

Efectos hematopoyéticos:

- ✓ Aumenta el tamaño de hematíes (VCM)
- ✓ Neutrófilos hipersegmentados
- ✓ Reticulocitopenia
- ✓ Hiperplasia de la médula ósea
- ✓ Trombocitopenia

Efectos Cardiovasculares: el alcohol disminuye la contractibilidad miocárdica y causa vasodilatación periférica dando un descenso suave de la tensión arterial y aumento del gasto cardíaco (insuficiencia cardíaca).

El consumo de grandes cantidades de alcohol puede causar hipertensión, por aumento en colesterol y triglicéridos.

Se asocia a la emaciación de los músculos con hinchazones y dolor incluidos los músculos del corazón.

Efectos Músculo esqueléticos: disminución de la fuerza muscular esquelética (miopatía alcohólica aguda).

Alteración del metabolismo de calcio, menor densidad ósea y menor crecimiento de la epífisis, con aumento del riesgo de fracturas óseas y osteonecrosis femoral.

Efectos Hormonales: los cambios hormonales comprenden el aumento de la concentración de cortisol, que puede permanecer elevada durante todo el tiempo que dure el consumo abundante.

Inhibición de secreción de vasopresina o descenso de la misma (hipertensión Arterial)

Glándula Tiroides

Disminución moderada y reversible de tiroxina sérica (T4)

Disminución acentuada de triyodotiroxina sérica (T3)

Glándulas Gonadales

Disminución de testosterona

Aumento de estrógenos

Disminución de la libido

En el *Aparato respiratorio* se produce un estímulo reflejo que avanza a la depresión respiratoria.

En el *riñón* podemos observar diuresis y eliminación de ácido úrico.

En cuanto a la *sexualidad*: a los hombres alcohólicos le produce impotencia y a las mujeres se les inhibe el deseo. Puede también ocurrir disminución de la potencia sexual y atrofia testicular.

El sistema *inmunológico* se debilita y deteriora, favoreciendo el desarrollo de enfermedades e infecciones.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO

El realizar un estudio observacional en donde se pueda determinar la incidencia del consumo de alcohol y en su caso cuál es patrón de uso: abuso o dependencia del mismo en pacientes que asisten a consulta externa y de urgencias por otro tipo de enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuál es el porcentaje de pacientes que cursa con criterios de abuso o dependencia a alcohol y que llegan a los servicios de consulta externa y urgencias del Hospital “Hermenegildo Galeana”, por otro motivo, contemplando pacientes de ambos sexos con un rango de edad de 15 a 60 años, en el periodo de diciembre del 2010 a febrero 2011, siendo un total de 200 encuestas aplicadas a igual número pacientes, los días lunes miércoles y viernes en el turno nocturno, utilizando como instrumento la encuesta M.I.N.I PLUS

OBJETIVO PRINCIPAL

Cuantificar el porcentaje de pacientes con abuso o dependencia a alcohol de acuerdo a la encuesta del M.I.N.I. PLUS, los cuales son usuarios de hospital “Hermenegildo Galeana”, considerados población abierta, escogidos al azar, con un rango de edad de 15 a 60 años, correlacionando el resultado de la aplicación de las encuestas con la patología por la cual acuden al servicio de urgencias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia en hombres de abuso de alcohol.
- Conocer la prevalencia en hombres de dependencia de alcohol.
- Conocer la prevalencia en mujeres de abuso de alcohol.
- Conocer la prevalencia en mujeres de dependencia de alcohol.
- Correlacionar el abuso y dependencia con las patologías principales por las que acuden al servicio de urgencias

JUSTIFICACIÓN

En el México actual el patrón de consumo por ocasión implica grandes cantidades, aunque la frecuencia es moderada; predomina en individuos en edad productiva y se observa más frecuente en hombres que en mujeres, aun y cuando las estadísticas nos muestran un consumo creciente en las mujeres, así como un considerable aumento de adolescentes consumidores de alcohol. Esto ha originado problemas de salud, elevando la morbi-mortalidad a nivel nacional, convirtiéndose de esta forma, en un problema de Salud Pública el cual repercute en la productividad y finalmente en la economía del país, debido al ausentismo laboral que presentan las personas en edad productiva.

Tocante al presente estudio se espera encontrar un incremento considerable de enfermedades gastrointestinales, o bien accidentes y hechos violentos asociados al consumo de alcohol.

Al realizar el presente estudio se puede encontrar la relación que existe en pacientes que cursen con criterios de abuso y/o dependencia con otras patologías las cuales sean producto en gran parte de las consecuencias al tener abuso en la ingesta de bebidas alcohólicas. Basando en los datos obtenido se podría en un futuro sensibilizar a la población por medio de pláticas, trípticos, periódicos murales, todo lo que conlleva el consumo de alcohol, los daños que ocasiona al organismo el ejemplo a los otros integrantes de la familia (relación de pares) y a los pacientes que se detecten con problemas con el alcohol se intencionará la consejería médica

HIPÓTESIS

El consumo de alcohol es una práctica muy arraigada y culturalmente aceptada por la mayoría de los países occidentales. Es una droga legal que está presente de manera habitual en gran parte de los acontecimientos sociales que se producen en las culturas. Sin embargo, su uso puede convertirse en abuso o dependencia.

Tomando en cuenta los diversos reportes y estudios que se han realizado a nivel Nacional y a la fecha, se espera encontrar un porcentaje elevado en la asociación del consumo de alcohol y complicaciones con el aparato gastrointestinal como primer lugar y en segundo con los accidentes y/o la violencia.

MÉTODOS

A) TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional con corte transversal

B) DURACIÓN DEL ESTUDIO

Diciembre 2010 a febrero 2011 (tres meses).

C) CÁLCULO DE LA MUESTRA

200 Pacientes que acudan al servicio de urgencias del Hospital Municipal "Hermenegildo Galeana" que asistan por cualquier otra patología que tengan de 15 a 60 años en el horario de lunes, miércoles y viernes en el turno nocturno.

D) DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Pacientes que acudan al servicio de urgencias del Hospital Municipal "Hermenegildo Galeana" que asistan por cualquier otra patología que tengan de 15 a 60 años.

E) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Hombres que acudan al servicio de urgencias lunes, miércoles y viernes al servicio de urgencias turno nocturno.

Mujeres que acudan al servicio de urgencias lunes, miércoles y viernes al servicio de urgencias turno nocturno.

F) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Hombres que tengan más de 61 años de edad que acudan al servicio de urgencias lunes, miércoles y viernes al servicio de urgencias turno nocturno.

Mujeres que tengan más de 61 años de edad que acudan al servicio de urgencias lunes, miércoles y viernes al servicio de urgencias turno nocturno.

Hombres que tengan menos de 15 años de edad que acudan al servicio de urgencias lunes, miércoles y viernes al servicio de urgencias turno nocturno.

Mujeres que tengan más de 15 años de edad que acudan al servicio de urgencias lunes, miércoles y viernes al servicio de urgencias turno nocturno.

Mujeres que acudan al servicio de urgencias con el diagnóstico de embarazo

G) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Hombres y mujeres que acudan al hospital pero no a los servicios de consulta externa y urgencias del Hospital Municipal “Hermenegildo Galeana”

Hombres y mujeres que no acudan al Hospital Municipal “Hermenegildo Galeana”

H) PROCEDIMIENTOS DE RECLUTAMIENTO

Acudir al Hospital Municipal “Hermenegildo Galeana” y aplicar cuestionario de M.I.N.I. PLUS con previa autorización verbal a los pacientes que acudan en el turno nocturno los días lunes, miércoles o viernes de 20:00 a 8:00hrs.

INSTRUMENTOS

Cuestionario de M.I.N.I. PLUS para abuso y dependencia de alcohol y aplicarlo a todos los usuarios que acudan a los servicios de consulta externa y urgencias, con previa autorización verbal los días lunes, miércoles y viernes de 20:00 a 8:00hrs

ANÁLISIS DE DATOS

Con base a los resultados obtenidos se determina que el abuso a alcohol es más frecuente en personas jóvenes, y que la dependencia se observa con una frecuencia mayor en personas mayores de 26 años.

Por lo observado en los resultados de la encuestas y teniendo en cuenta que la misma se realizar en temporada invernal, se puede concluir que la principal causa de atención medica son la enfermedades respiratorias, aun así como se plasmó en la hipótesis una gran parte de la población con problema de abuso y dependencia cursa con enfermedades relacionadas al sistema gastrointestinal y en mínimo de casos por accidentes.

La realización de la encuesta por medio del cuestionario M.I.N.I. PLUS para conocer el porcentaje de abuso o dependencia puede variar el nivel de confiabilidad ya que el entrevistado si es menor de edad o va acompañado de alguno de sus padres puede manipular a su conveniencia las respuesta por miedo o pena.

ETICA Y CONFIDENCIALIDAD

Durante el presente estudio se solicita autorización de forma verbal a los participantes, explicándoles que los resultados serán con fines de investigación, no se expondrán los nombres ni la precedencia de los mismos. Que solo el entrevistador será quien realizará y codificará la información.

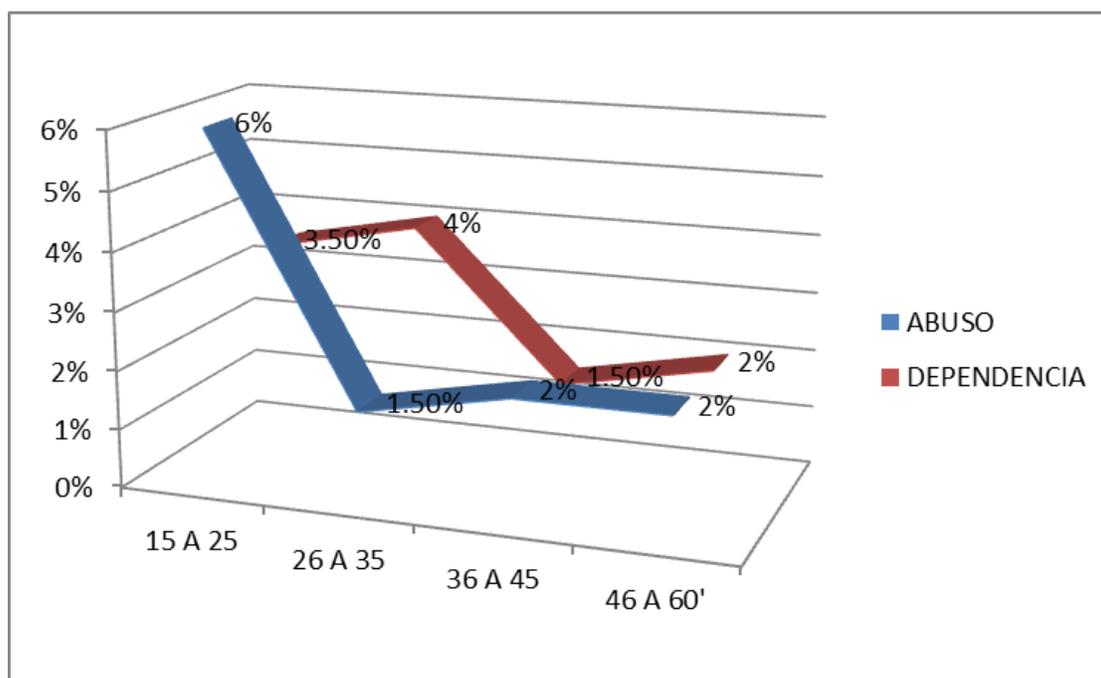
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

TABLA DE RESULTADOS ENCUESTA M.I.N.I. PLUS

| | ABUSO | DEPENDENCIA | NINGUNO |
|----------------------|-----------|-------------|-----------|
| Mujer 15 - 25 años | 12 | 7 | 19 |
| Hombre 15 - 25 años | 10 | 4 | 7 |
| Mujer 26 - 35 años | 3 | 8 | 16 |
| Hombre 26 - 35 años | 11 | 14 | 11 |
| Mujer 36 - 45 años | 4 | 2 | 10 |
| Hombre 36 - 45 años | 6 | 9 | 9 |
| Mujer 46 - 60 años | 4 | 4 | 6 |
| Hombre 46 - 60 años | 5 | 11 | 8 |
| Total mujeres | 23 | 21 | 51 |
| Total Hombres | 32 | 38 | 35 |
| TOTAL | 55 | 59 | 86 |

PATRON DE CONSUMO DE MUJERES POR GRUPO DE EDAD

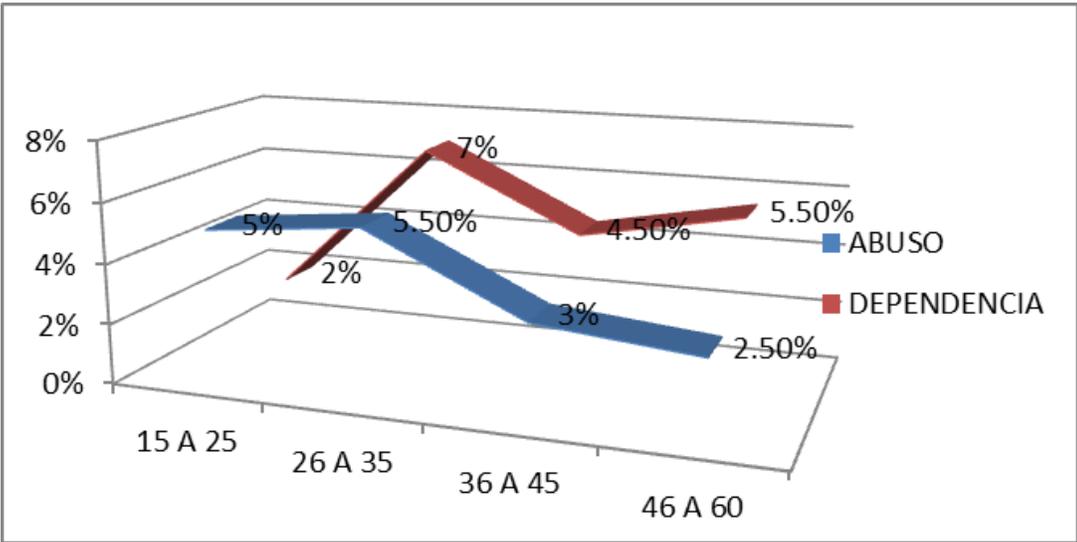
| EDAD | ABUSO | DEPENDENCIA |
|---------|-------|-------------|
| 15 - 25 | 12 | 7 |
| 26 - 35 | 3 | 8 |
| 36 - 45 | 4 | 2 |
| 46 - 60 | 4 | 4 |



En la gráfica anterior se observa que el consumo de abuso de mayor porcentaje (6%) es en el rango de 15 a 25 años, esto podría explicarse ya que en esta edad es donde se inicia el cambio hacia la juventud, la rebeldía y experimentación de sensaciones nuevas en las cuales está incluida la convivencia de fiestas con bebidas embriagantes y posteriormente disminuye la tasa de incidencia más del 50% y se mantiene así hasta la edad adulta. Cosa contraria en la dependencia la cual está más presente en el adulto joven, y disminuye conforme avanza la edad.

PATRON DE CONSUMO DE HOMBRES POR GRUPO DE EDAD

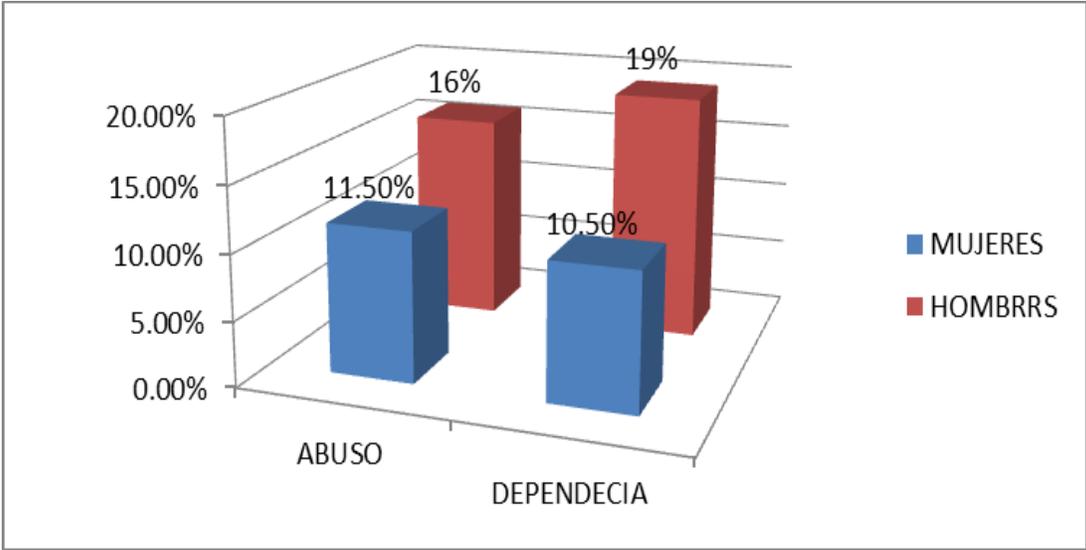
| EDAD | ABUSO | dependencia |
|---------|-------|-------------|
| 15 – 25 | 10 | 4 |
| 26 – 35 | 11 | 14 |
| 36 – 45 | 6 | 9 |
| 46 – 60 | 5 | 11 |



En los hombres al igual que en las mujeres el porcentaje de abuso es mayor en edades tempranas, el cual disminuye con forme avanza la edad, en la etapa de 36 a 45 años se observa un aumento notorio en la dependencia, lo que podría explicar la disminución de abuso, pero debemos tomar en cuenta que la sociedad en la que vivimos da la pauta para que el consumo de alcohol sea común en hombres. Y en general, los porcentajes de dependencia a mayor edad son más elevados comparados con el abuso.

TABLA HOMBRES Vs MUJERES

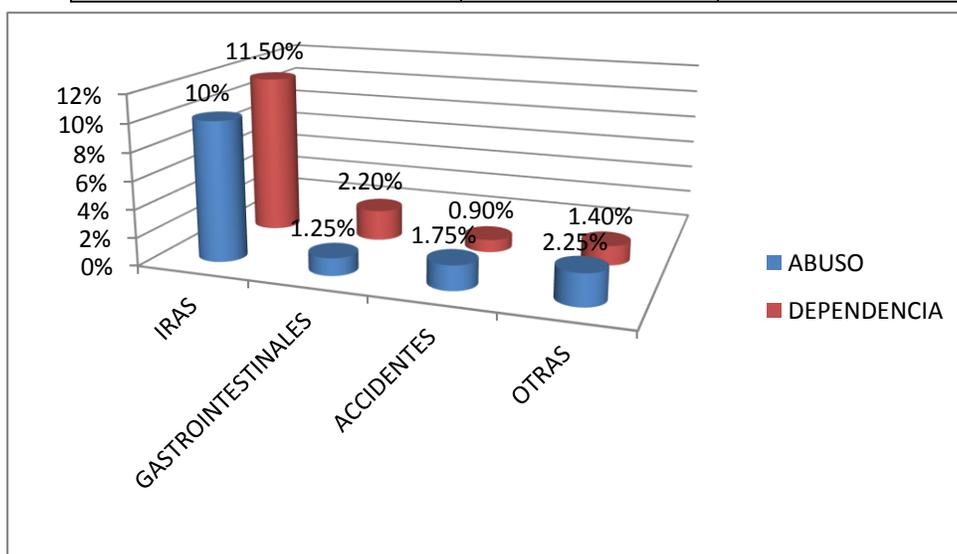
| | ABUSO | DEPENDENCIA |
|---------------|-----------|-------------|
| Total Hombres | 32 | 38 |
| Total mujeres | 23 | 21 |
| TOTAL | 55 | 59 |



Como era de esperarse en la comparación de hombres contra mujeres el abuso y la dependencia es mayor en los hombres, aunque la diferencia entre ambos no sobrepasa más del 50%, se debe tomar en cuenta que las mujeres podrían manipular la respuesta y con esto tener un porcentaje menor al real.

TABLA DE ENFERMEDADES MÁS COMUNES SEGÚN EL PATRÓN DE CONSUMO

| | ABUSO | DEPENDENCIA |
|--------------------|-----------|-------------|
| IRAS | 20 | 21 |
| GASTROINTESTINALES | 13 | 17 |
| ACCIDENTES | 4 | 3 |
| OTRAS | 18 | 18 |
| TOTAL | 55 | 59 |



Aunque en la hipótesis se esperaba que la incidencia de patologías relacionadas al tubo digestivo fueran las más comunes dado que uno de los principales órganos que ataca el alcoholismo es el aparato digestivo, y en segundo lugar los accidentes causados por la embriaguez. No se puede confirmar la hipótesis, ya que fueron las enfermedades respiratorias las que obtuvieron mayor porcentaje. Lo cual puede tener una justificación y es que durante las encuestas es época invernal donde la mayor parte de la consulta externa y de urgencia la demanda es mayor de enfermedades respiratorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet Vol 365 February 5, 2005.
2. Nature. Vol. 428, 8 Abril 2004, (elaborado con base en datos proporcionados por Babor y Rehm para un reporte aún no publicado de la OMS sobre alcoholismo en el mundo).
3. Bobak M, Room R, Pikhart H, Kubinova R, Malyutina S, Pajak A, Kurilovitch S, To-Por R, Nikitin Y, Marmot M. Contribution of drinking patterns to differences in rates of alcohol related problems between three urban populations. J Epidemiol Community Health 2004; 58: 238-242.
4. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases, World Health Organization, World Heart Federation.
5. ENSA 2000, Secretaria de salud, México.
6. www.who.org
7. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, CONADIC, México, 2002.
8. Encuesta Nacional de Adicciones 2008.
9. Diario oficial lunes 4 noviembre 2002
10. Morir de alcohol. Eduardo Menéndez. CONACULTA México, 1990.
11. De algunos alcoholismos y algunos saberes. Eduardo Menéndez, CIESAS, Colección Othón de Mendizábal, México, Ediciones de la Casa Chata, México, 1996.
12. Berruecos VL. Alcoholismo en México. Memorias del seminario de Análisis. Ed. Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. México 1983: 35.
13. Lara MA, Salgado SVN. La salud mental de las mujeres mexicanas. Ed. Pax México, 2002.
- 14.: <http://www.alcoholinformate.com.mx/estadisticas.cfm?articulo=329>

CRONOGRAMA

| octubre | noviembre | diciembre (2010) | enero (2011) | febrero | marzo |
|------------------------------------|-----------|--|------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Recopilación de información | | | | | |
| | | Entrevista y aplicación de encuesta | | | |
| | | | | Análisis de datos | |
| | | | Asesorías | | |
| | | | | | Entrega de reporte final |

ANEXOS

ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

K1 ¿EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en 3 o más ocasiones?

SI NO

K2 EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES:

a ¿Ha consumido mas alcohol para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?

NO SÍ

b ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, le temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado?

¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca, (ej. temblores, sudores, o agitación)?

NO SÍ

MARCAR **SÍ**, SI CONTESTO **SÍ** EN ALGUNA

c ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?

NO SÍ

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?

NO SÍ

e ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?

NO SÍ

f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su uso de alcohol?

NO SÍ

g ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, Físicos o mentales?

NO SÍ

¿MARCÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **K2**?

NO SÍ* *DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL (SI, MARCO SI)*

* SI AFIRMATIVO, SALTAR PREGUNTAS K3, MARQUE UN CIRCULO N/A EN RECUADRO DE ABUSO Y PASAR AL SIGUIENTE TRANSTORNO.

K3 EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES:

a ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema?

(Marque **sí**, solo si esto le ha ocasionado problemas.)

NO SÍ

b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que correa un riesgo físico, (ej. conducir un automóvil, motocicleta, bote, o utilizar una máquina, etc.)?

NO SÍ

c ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, o perturbación del orden público?

NO SÍ

d ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?

NO SÍ

¿MARCÓ **SÍ** EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE **K3**?

NO N/A SÍ *ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL*