

JOSE ANTONIO GONZALEZ RODAS

TRATAMIENTO DE LA CRISIS ALCOHOLICA AGUDA

Introducción de un método moderno adecuado



GUATEMALA, OCTUBRE DE 1974

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Guatemala, Centro América

TRATAMIENTO DE LA CRISIS
ALCOHOLICA AGUDA

Introducción de un método moderno adecuado

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad de
San Carlos de Guatemala

por el bachiller

JOSE ANTONIO GONZALEZ RODAS

previo a optar al título de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, octubre de 1974

PLAN DE TESIS

	Pág.
I. Prefacio	13
II. Introducción	15
III. Explicación del método	17
IV. Estudio físico-químico del alcohol	21
V. Esquema de los rasgos y tipos de carácter y personalidad	35
VI. Casos tratados	41
VII. Alcoholismo en Guatemala	67
VIII. Definiciones básicas	74
IX. Revisión de los métodos terapéuticos usados en medicina	85
X. Material y método	101
XI. Resultados	103
XII. Discusión	107
XIII. Conclusiones	109
XIV. Sumario	111
XV. Objetivos	113
XVI. Referencias bibliográficas	115

I. PREFACIO

La experiencia obtenida en mi práctica como residente en el Hospital Neuropsiquiátrico y en el Sanatorio Antialcohólico de esta capital, con el manejo del paciente alcohólico, así como el problema serio que representa esta enfermedad, fue una de las razones que me impulsaron a trabajar sobre este tema; si bien para muchos no reviste interés alguno, para los afectados de esta enfermedad y para los interesados en el problema reviste importancia.

El cuadro dramático que presentan tanto los pacientes en la fase aguda de Ingestión alcohólica como en el Síndrome de abstinencia, me inclinó a estudiar estos aspectos del alcoholismo, para que sean más conocidos el problema y los recursos disponibles para su tratamiento por quienes se dedican a esta rama de la medicina, como veremos en el curso de este trabajo.

El tratamiento intensivo llevado a cabo, así como la atención debida al paciente, hizo que éstos salieran adelante en poco tiempo.

Presento con todo gusto este trabajo, con el ánimo de dar a conocer el método de tratamiento y su efectividad, deseando sinceramente que muchos se favorezcan con él.

Quiero dejar constancia de agradecimiento a los pacientes a quienes me tocó tratar y al personal paramédico que los atendió y cuidó, ya que todos ellos en una forma o en otra, hicieron que la realización del presente trabajo se llevara a feliz término.

II. INTRODUCCION

Bajo el título de "TRATAMIENTO DE LA CRISIS ALCOHOLICA AGUDA. INTRODUCCION DE UN METODO MODERNO ADECUADO", he tratado de enfocar el presente trabajo de tesis para dar a conocer el método y difundirlo.

Tanto la crisis de Ingestión alcohólica aguda como el Síndrome de abstinencia, son fases del alcoholismo que nos toca ver a diario, por lo que constituye un problema serio que es interesante conocer.

Se expone en el presente trabajo la forma de tratamiento, el número de casos tratados, se analizan los resultados, la discusión de los mismos, se establecen las conclusiones, así como el sumario, apéndice y la bibliografía del tema.

III. EXPLICACION DEL METODO

PROCEDIMIENTO ESTANDARIZADO PARA EL MANEJO DE LOS SINTOMAS DE LA CRISIS AGUDA DE INGESTION ALCOHOLICA Y DE LOS SINTOMAS DE LA CRISIS DE ABSTENCION(5)

- A. La función primordial del servicio para enfermos alcohólicos, es el manejo de dichos síntomas desde el punto de vista médico. En el individuo alcoholizado, el etanol se vuelve la fuente principal de combustión y es acompañado de una deficiencia de proteínas, minerales y vitaminas.(5) Clínicamente, el paciente está inquieto, tenso, agitado, a menudo deprimido, ansioso y con sentimientos de culpa. Exige el alivio a tales síntomas y generalmente lo obtiene con más alcohol. La interrupción brusca del alcohol resulta en el desarrollo de una serie de síntomas cuya severidad está en proporción a la cantidad de alcohol ingerido previamente a la interrupción.

También cuentan los antecedentes personales de su vida y la personalidad del paciente.

El paciente muestra síntomas de afección al sistema nervioso central que incluyen: agitación, confusión y temblor. Debe recordarse siempre la posibilidad de una lesión craneal en el alcohólico agudo, la cual puede ser enmascarada por el Síndrome de abstinencia.

- B. El uso de las drogas tranquilizantes ha traído un gran cambio en el tratamiento de este síndrome.(5) El 7-cloro- 2-metilamino- 5-fenil- 3 H-I, 4 benzodiazepina- 4-óxido se ha vuelto la droga

de elección, pues produce la mejor relajación muscular y menos hipotensión y menos obnubilación que otras drogas.

Un efecto recién descubierto en esta droga, es su propiedad efecto anticonvulsivo. Esto es de la mayor importancia, pues en el período de abstinencia brusca, las convulsiones son una complicación grave y a menudo fatal. El efecto del Librium sobre la presión arterial es acumulativo, sin la reacción brusca inicial de las fenotiazinas.

C. El alcohólico agitado debe ser tratado inmediatamente. La dosificación inicial de la droga, debe ser relacionada a los factores: agitación, temblor, delirio, convulsión, edad, masa muscular, la presencia de intoxicación y el grado de deshidratación y fiebre.(5)

D. El Librium es administrado a la dosis de 50 a 100 miligramos, vía intramuscular a la admisión. Puede repetirse de una a seis veces en las primeras 36 horas, según el grado de agitación y delirio. El alivio significativo aún de los casos más severos, ocurre dentro de dichas 36 horas.

Altas dosis deben continuarse administrando hasta que se obtiene un alivio considerable de los síntomas. Entonces la medicación se baja considerablemente y se da por vía oral: de 25 a 50 miligramos, tres veces al día durante cuatro días. Se deja al paciente sin la droga uno o dos días antes de ser egresado. Para sedar al paciente por la noche, se administra Hidrato de Cloral o Paraldehído, de 1 gramo y medio; que junto con el Librium provee buen sueño, del cual el paciente se despierta más rápidamente. Ya no se usan más los barbituratos para la sedación nocturna.

Si bien son efectivos como sedantes para alcohólicos, producen frecuentemente intoxicación en vez de hipnosis y también son drogas peligrosas con posibilidades de formar adictos, en algunos casos tienen efectos letales.

E. Las convulsiones de tipo gran mal en los estados de abstinencia brusca, se han llamado con el nombre de Alcoholepsia.(5) Anteriormente se han usado el Fenobarbital y la Difenilhydantoína

para todos los pacientes con historia de episodios convulsivos, se han hecho excepciones.

Aún se usa la difenilhydantoína antes y después del egreso del paciente, que ha tenido convulsiones y el fenobarbital en la crisis aguda convulsiva para asegurar el control.

F. Se ha encontrado que el desequilibrio de fluidos no es mayor problema, en la mayoría de los casos. Dando tranquilizantes es posible hidratar al paciente por vía oral.(5) Deben darse fluidos siempre en abundancia; en pacientes graves se deben dar aun a la fuerza.

Se ha demostrado que sólo un 10% de pacientes requieren la administración intravenosa de líquidos. Debe darse también al paciente una dieta libre y nutritiva con leche y jugos de frutas entre las comidas; reposo de dos horas después del almuerzo y de nueve horas por la noche. La importancia del reposo y la alimentación ha sido reconocida desde hace tiempo, pues el alcohólico durante el episodio agudo no come ni descansa y el poco sueño que logra obtener, es superficial y de corta duración.

G. La terapia vitamínica(5) es verificada ya sea por vía oral o parenteral, cuando se evidencia la presencia de pérdida de peso, cirrosis o delirium tremens se deben dar el complejo B y la vitamina C diariamente hasta el egreso. Con frecuencia se usan también antiespasmódicos.

El Librium parece tener un efecto sobre el sistema nervioso autónomo en la mayoría de los casos. Algunos pacientes requieren anticolinérgicos y geles para aliviarse de los síntomas de gastritis y úlceras pépticas no severas.

Este método de tratamiento, antes explicado, permitió tratar mayor número de pacientes en menor tiempo, incluso mezclados con pacientes del Hospital General. No habiendo sido publicado anteriormente en nuestro medio, decidimos exponerlo.



IV. ESTUDIO FISICO-QUIMICO DEL ALCOHOL (15)

PREPARACION

La preparación industrial del alcohol, se hace a partir de diversas sustancias ricas en glúcidos, fermentecibles, los cuales son sometidos a diversas manipulaciones, se les agrega en seguida levaduras, las cuales son relacionadas a manera de obtener un mejor y mayor rendimiento en la producción del alcohol.

También es posible obtenerlos partiendo del acetileno, el cual es capaz de fijar una molécula de agua transformándose así en acetaldehído, por oxigenación, del cual se obtiene alcohol etílico. Los mostos obtenidos son sometidos a la destilación, proceso que tiene por objeto eliminar sustancias extrañas, siendo asimismo sometidos luego a un proceso de rectificación, que permite obtener alcohol etílico a 95 ó 96 grados.

También hay que mencionar los alcoholes naturales como el cognac, kirrsch, ron, etcétera.

Otros procedentes de la fermentación de materias amiláceas, como el whisky, vodka, etcétera.

Este alcohol etílico a 95 ó 96 grados es sometido a la acción de sustancias que tienen la propiedad de apoderarse del agua contenida en él, es decir, se les somete a la deshidratación por diferentes procedimientos, usando para ello algunos, cal viva, recientemente calcinada, otros una solución de carbonato de potasa al 30% en glicerina, etcétera, y se obtiene de esta manera, el alcohol absoluto.

CARACTERES FISICO-QUIMICOS(15)

El alcohol absoluto se presenta bajo la forma de un líquido incoloro, de olor particular, vivo y de sabor ardiente, cuya densidad es 0.795.

Con el agua se puede mezclar en toda proporción, haciéndose esta mezcla con elevación de la temperatura y contracción del volumen.

Es muy disolvente, pues disuelve las resinas, cuerpos grasos, ácidos orgánicos, esencias, el yodo, el bromo, los álcalis, y la mayor parte de sus sales; no disuelve las sales oxigenadas. Precipita la goma, el azúcar, la dextrina, la albúmina y la gelatina.

Puesto en contacto con los ácidos de éteres, el ácido sulfúrico lo deshidrata y en caliente, puede transformarlo en etileno, los oxidantes lo transforman en aldehído y ácido acético; los álcalis lo oxidan en caliente, produciendo acetatos alcalinos, puesto en contacto en condiciones convenientes con yodo y soda da yodoformo.

El alcohol convenientemente usado, con grado de 95, tiene un olor un poco más agradable, de densidad de 0.816 a 15 grados. Hierve a 78.9.

Los alcoholes más corrientemente usados están titulados a 36 y 95 grados.

FARMACOLOGIA

Acción local(15):

Si recordamos el uso del alcohol en histología como fijador, tendremos una idea de su acción sobre la célula viva; puesto en contacto con ella es capaz de matarla, precipitando y coagulando las albúminas de su protoplasma.

Sus efectos locales son directamente proporcionales a su concentración.

Sobre la piel desnuda produce irritación, (15) así como enfriamiento al evaporarse sobre ella; frotándolo origina enrojecimiento y ardor leve. Sobre las mucosas, su acción local es un poco más intensa, debido a la constitución anatómica mucho más delicada, pudiendo llegar hasta una fuerte inflamación. Puesto en contacto con el

tejido celular subcutáneo por medio de inyección, produce dolor y luego anestesia, y cuando se pone en contacto con un nervio puede producir su degeneración; estas últimas propiedades son aprovechadas por la terapéutica según veremos adelante.

Absorción

La piel intacta no absorbe el alcohol. Cuando es ingerido, la mucosa gástrica e intestinal lo absorben rápidamente, un 80% por el intestino y un 20% por el estómago(15), siendo la mayor parte absorbida en el yeyuno y la absorción se completa en dos horas y media aproximadamente; su absorción se hace rápida y fácil por vía pulmonar y se han mencionado casos de alcoholismo en obreros que trabajan con alcohol, y en los que por ser sobrios su intoxicación sólo se explica por la absorción de vapores, por la vía pulmonar(15); también puede ser absorbido por la mucosa de la vejiga, y fácilmente por el tejido celular, cuando es inyectado en él. Pasa, pues, rápidamente a la sangre y la velocidad con que lo hace es directamente proporcional a su concentración; al absorberse no sufre ninguna modificación.

En conclusión, el alcohol es muy fácilmente absorbido y pasa sin sufrir ninguna modificación, alcanzándose la concentración máxima en la sangre a los 60 u 80 minutos y desapareciendo en 12 horas de la sangre y en 16 del organismo.

Distribución

Pocos minutos después de introducido al organismo, se le encuentra en todos los tejidos, en los cuales se reparte con bastante uniformidad. En el cerebro de individuos fallecidos por intoxicación alcohólica, se le ha encontrado en cantidades que varían entre 0.27 y 0.51%

Oxidación

El alcohol es oxidado en el organismo en un 90 a 99%(15), oxidación que libera energía y produce anhídrido carbónico y agua, lo cual tiene lugar a una velocidad constante, pero variable de un

individuo a otro, según la dosis ingerida, según la concentración y en el mismo individuo, según que esté en reposo completo o relativo, o en trabajo más o menos intenso. Si las cantidades introducidas son excesivamente grandes, esta oxidación es incompleta y se cree que da lugar a la formación de sustancias intermedias como aldehído, ácido acético y otras sustancias.

La cantidad de alcohol oxidada en la unidad de tiempo, varía según los experimentos, entre 3.5 cc. y 10 cc. por hora.(15) Ahora, si consideramos que en el organismo se oxidan 10 cc. de alcohol por hora, tendremos una producción de 56 calorías en dicho tiempo.

Es el hígado el órgano donde principalmente tiene lugar esta oxidación de alcohol, en la que parece tomar parte activa, la insulina y la glucosa, según se deduce de las experiencias hechas en este sentido.

Eliminación

Según la cantidad de alcohol ingerida, del 2 al 10%(15) no es oxidado y se elimina principalmente por los riñones y los pulmones, y una pequeña parte es eliminada por otras secreciones, como las lágrimas y el sudor; los pulmones eliminan aproximadamente 0.5% y el aire aspirado lo contiene en cantidad mucho más baja que el nivel sanguíneo, pero ambos niveles son paralelos; igualmente la concentración urinaria varía paralelamente a la concentración sanguínea y la orina en casos de intoxicación por el alcohol puede hasta 5 gramos por 1000 y debemos tener en cuenta que el apetito de la mucosa vesical, puede absorber el alcohol, cuando la concentración de ella es superior a la sanguínea.

Concentración sanguínea del alcohol

Después de ingerido el alcohol, pasa rápidamente a la sangre, en la cual se puede descubrir cantidades apreciables a los 5 minutos, fijándose —por decirlo así— en el plasma el doble de lo que se fija en los elementos figurados.

Administrado en una sola dosis, la concentración sanguínea es más elevada entre la primera y la segunda hora, para comenzar entonces a decrecer progresivamente, la curva de la concentración

sanguínea varía según la concentración del alcohol ingerido, siendo más alta y los síntomas de intoxicación más manifiestos, cuando la solución es más concentrada, en cambio, los síntomas faltan o son muy ligeros con bajas concentraciones.(15) Se dice que una concentración sanguínea de 0.20 gr.% (200 mg. por cc.) o la misma concentración en la orina, corresponden a una embriaguez leve o moderada. Una concentración sanguínea de 0.gr. 25% a una embriaguez moderada y notable, y “rotundamente borracho” con un 0.gr. 30%, con un 0.gr. 40% se trata de una borrachera intensa. La concentración sanguínea mortal varía de 0.gr. 50% a 0.gr. 80%.

Acción general sobre el organismo

Sistema nervioso central. A pesar de la creencia generalizada de que el alcohol es un estimulante, realmente éste obra como un depresor del sistema nervioso central(15), inhibidor de sus funciones; no aumenta las aptitudes físicas ni mentales, debido a esta inhibición de los centros superiores, los centros inferiores quedan relativamente desligados de aquéllas, de aquí su aparente acción estimulante. Inyectándole por vía endovenosa y en cantidades y concentraciones suficientes, puede producir anestesia general, que es más duradera que la que se obtiene con éter o cloroformo, prácticamente nunca es utilizado con este objeto, porque el margen entre la dosis anestésica y la dosis mortal es muy reducido. No está probado que sea un estimulante del centro respiratorio, pero bajo su acción se nota un ligero aumento del número de respiraciones por minuto.

La depresión(15) del centro respiratorio aparece tardíamente y sólo en las intoxicaciones graves.

APARATO CARDIOVASCULAR

En dosis moderada, el alcohol no parece tener ninguna acción notable sobre el aparato cardiovascular(15).

La presión sanguínea y el pulso no sufren mayores alteraciones bajo su acción. El alcohol no es un tónico cardíaco, pero en cambio sí deprime el miocardio, aunque esta depresión es menor que la que produce el éter y el cloroformo, y son necesarias dosis elevadas

para alcanzarlo. La única acción evidente es la que consiste en dilatación vascular(15), principalmente de los vasos periféricos, sobre todo los del cuello y de la cara; pero ésta no es una acción directa sobre los vasos, sino que parece depender de su acción sobre el sistema nervioso central. Algunos cardiólogos afirman que su acción vasodilatadora se extiende a los vasos coronarios.(15) Gracias a su acción vasodilatadora, favorecería las funciones musculares durante el trabajo. Experimentalmente, haciendo actuar el alcohol sobre un corazón aislado se comporta como un estimulante.

APARATO DIGESTIVO

La acción local del alcohol sobre las vías digestivas depende de su concentración: concentraciones débiles producen una sensación de calor; si aumenta la concentración, la sensación es más intensa y llega a ser ardor, si la concentración es suficientemente alta. Las mucosas digestivas se congestionan, se irritan, pudiendo estos dos procesos, volverse permanentes si la ingestión de bebidas alcohólicas se repite a menudo.

Por vía refleja, la ingestión de alcohol produce hipersecreción(15) salivar y de jugo gástrico, y también la secreción pancreática se ve aumentada aunque en un grado mucho menor. Esto sucede siempre que la concentración del alcohol no sea muy alta, pues ya en un 20% y en dosis repetidas, las mucosas sufren alteraciones y los procesos digestivos se dificultan: se inhibe la secreción y disminuye la actividad péptica. No reduce la motilidad gástrica.(15)

A dosis moderadas no produce efectos tóxicos sobre las secreciones pancreáticas e intestinal, y por lo tanto la digestión intestinal no se ve trastornada; las pequeñas dosis estimulan la actividad pancreática.

También varía la acción del alcohol, según las condiciones individuales, enfermedades digestivas, tolerancia, etcétera.

APARATO URINARIO

Mucho se discute si el alcohol es capaz de lesionar el riñón,(15) algunos autores lo afirman, para otros sólo lesionaría riñones previamente enfermos, es decir agravaría lesiones antiguas; otros au-

tores han experimentado en enfermos renales, a los que han administrado cantidades determinadas de alcohol, sin haber encontrado posteriormente indicios de que la lesión renal se haya agravado, salvo en la nefritis arterioesclerótica, en lo que se producía una disminución temporal de la función renal.

APARATO GENITAL

Reputado como afrodisíaco, realmente no actúa como tal, sino liberando inhibiciones, por lo que pueden observarse alteraciones en la conducta sexual.(12) Con dosis suficientes para producir embriaguez, las funciones del aparato genital son también deprimidas.(15)

FUNCION MUSCULAR

Los franceses, basándose en experiencias de Atwater y Benedict,(15) dicen que la energía potencial que representa el alcohol no puede ser trasformada en energía cinética. Según autores americanos es una fuente de energía utilizable por los músculos, sin ser un estimulante directo de la actividad muscular. La vasodilatación que produce favorecería la circulación a nivel del músculo.

TEMPERATURA

La temperatura no se eleva bajo la acción del alcohol, por el contrario, las pérdidas(15) calóricas aumentan y baja la temperatura interna, pero para que esta baja de temperatura sea considerable, son necesarias cantidades muy grandes. Esto se debe a que aumenta la pérdida de calor por radiación.

ALCOHOL COMO ALIMENTO

Cada gramo de alcohol da siete(15) calorías utilizables por el organismo. Atwater y Benedict han hecho experiencias que consisten en medir la totalidad de energía producida por un individuo en condiciones especiales y con una alimentación a base de prótidos, lípidos y glúcidos, que produce una determinada cantidad de calorías, enseguida colocan al mismo individuo en las mismas condi-

ciones, pero sustituyendo una parte de su alimentación anterior, por el alcohol; al medir la energía total, los resultados son casi los mismos, con uno u otro régimen. Estas experiencias muestran que la ingestión —o introducción al organismo— de alcohol, economiza una cantidad equivalente de glúcidos y lípidos; es pues un alimento de ahorro, aumentando los depósitos de glucógeno y grasa.(15)

No trastorna el metabolismo nitrogenado —salvo el de las purinas— y algunos afirman que aumenta la eliminación de ácido úrico, no disminuye las defensas, ni protege de ninguna enfermedad. Estudios y estadísticas demuestran que sólo el uso del alcohol en cantidades inmoderadas, es capaz de tener efectos dañinos sobre el organismo, y que puede ingerirse alcohol diariamente y en moderada cantidad, sin que produzca efectos perjudiciales.

TOLERANCIA PARA EL ALCOHOL

La introducción al organismo de alcohol por un tiempo muy prolongado, va creando costumbre,(15) de tal manera que va siendo necesaria cada vez mayores cantidades de alcohol, para conseguir el efecto deseado; el mecanismo de esta mayor tolerancia del organismo acostumbrado es aún discutido, siendo para algunos una tolerancia de los tejidos, y para otros se debe a la mayor velocidad con que oxidarían el alcohol estos individuos; otros creen que el acostumbrado elimina más alcohol.(15)

También presentan estas personas, una tolerancia cruzada para los hidrocarburos anestésicos; muy conocida de todos es la dificultad que hay para conseguir efectos anestésicos con estas sustancias en alcohólicos.

INTOXICACION ALCOHOLICA

Haremos un breve resumen de los síntomas más salientes del alcoholismo. Se distinguen, una intoxicación aguda y una intoxicación crónica.(15)

La forma aguda(15) está caracterizada por los síntomas siguientes: en un principio, son sobre todo los fenómenos nerviosos los que llaman la atención, hay una aparente excitación general, sensación de bienestar, alegría, aumento de la potencia muscular,

la mirada es brillante y viva, la palabra fluye fácilmente; y hemos dicho aparente excitación general, pues ya sabemos, según lo dicho al hablar de su acción sobre el sistema nervioso central, que el alcohol es realmente un depresor(15) de las funciones de éste, encontrándose por lo tanto la acción inhibitoria sobre los centros inferiores. Un poco más tarde, se manifiesta cefalea y pesadez, disminución de la agudeza visual, embotamiento de los sentidos, palabra difícil, así como la marcha se hace titubeante, característica; la boca se pone seca, se sienten náuseas que frecuentemente llegan a los vómitos; a veces puede aparecer diarrea. El enfermo llega a un estado de debilitación muy grande, aparecen trastornos de la sensibilidad y de la memoria, para llegar por último al coma alcohólico, caracterizado por semblante vultuoso, pupilas dilatadas, taquicardia, bradipnea; los vómitos pueden continuar, mezclándose las materias vomitadas con espuma procedente en parte de los bronquios; pueden en ciertos casos aparecer convulsiones.(15)

En la forma crónica,(15) los síntomas aparecen después de un tiempo más o menos largo.

A nivel del aparato digestivo aparecen alteraciones; en el tubo digestivo, náuseas y vómitos, anorexia, digestiones difíciles, inflamaciones: gastritis, principalmente.

Acerca de las alteraciones hepáticas y renales y alteraciones del miocardio, ya hemos dicho en párrafos anteriores, el concepto que se tiene actualmente.

Las alteraciones y trastornos del lado del sistema nervioso son muy llamativas. La forma más frecuentemente observada es el delirium tremens; también pueden presentarse otras manías y alucinaciones. Además de estos trastornos psíquicos, el alcohol produce trastornos de orden nervioso;(15) temblor, dolores, calambres, trastornos sensoriales. Se observan además modificaciones del carácter y alteraciones de la voluntad.(15)

Su acción sobre el sistema nervioso periférico, se manifiesta en forma de polineuritis, parestesias a nivel de las partes distales de los miembros.

Algunas veces se presenta el síndrome conocido con el nombre de Korsakoff(15). El alcohólico crónico es un terreno fácil para

el desarrollo de otras enfermedades, que muchas veces toman en él, un carácter de mayor gravedad.

INDICACIONES TERAPEUTICAS DEL ALCOHOL

Al exterior:(15) se usa como excipiente; como estimulante cutáneo en forma de lociones, como antídoto contra las intoxicaciones por el zumaque venenoso, aplicado sobre la piel contra la fiebre por el enfriamiento que produce al evaporarse, como rubefaciente y en linimentos, para la limpieza de la piel y para evitar las escaras en enfermos en cama por mucho tiempo, como antiséptico.

Al interior:(15) como analgésico en inyecciones locales (alcoholización) ingerida como carminativo; como hipnótico y antipirético; en los enfermos vasculares periféricos por la vasodilatación periférica que produce; algunos autores piensan que su acción vasodilatadora se extiende hasta los vasos coronarios, considerándolos algunos, según Goodman y Gilman,(15) como el mejor medicamento para la angina de pecho.

Se sabe mucho acerca del metabolismo del alcohol. (Greenberg)(16) ha presentado una reseña adecuada. Se descompone por etapas en acetaldehído y ácido acético, o en una sustancia denominada acetil CO₂ (acetil coenzima A). No necesitamos detallar aquí la siguiente descomposición en CO₂ y agua. Sin embargo, podemos decir que estos procesos metabólicos atraen aún el interés de mentes capaces. Sabemos muy poco acerca de las posibles diferencias de esta descomposición metabólica entre los no alcoholistas y los alcoholistas.

Hay indicaciones suficientes de la existencia de posibles diferencias, de modo que vale la pena abordar el estudio de estas secuencias metabólicas.(16)

INGESTION DEL ALCOHOL Y FACTORES FISIOPATOLOGICOS(11)

Cabe separar la ingestión moderada y excesiva de alcohol, por dependencia cultural o psicológica del alcoholismo, enfermedad caracterizada fundamentalmente por una dependencia física selectiva hacia el etanol. En este sentido, el alcoholismo es una enfermedad crónica del S.N.C. manifestada por síntomas y signos corporales que

le dan un carácter imperioso al deseo concomitante de ingerir alcohol.

Se postula una concepción neurofisiopatológica(11) del alcoholismo, basada en las siguientes premisas:

- 1) Evidencia experimental en el hombre, que señala el efecto excitatorio de pequeñas dosis de alcohol en el S.N.C.
- 2) La dependencia física primaria (dipsomanía o alcoholismo remitente) excluye una aplicación unitaria del alcoholismo en términos de adicción farmacológica.
- 3) Evidencia experimental en animales que señala el efecto excitatorio de pequeñas dosis de alcohol en el S.N.C.
- 4) La aparición de angustia, junto al deseo imperioso de etanol, durante la "incapacidad de detenerse".
- 5) La presencia en el S.N.C. de zonas cuya excitación es displacentera o angustiosa, como se ha comprobado en animales y en la experiencia neuroquirúrgica en el hombre.

La hipótesis neurofisiopatogénica del alcoholismo se formula así:

- a) Si un alcoholico intermitente(11) ingiere una determinada cantidad de bebidas alcohólicas, después de un período de abstinencia, el alcohol actúa, minutos después, como excitante directo de dos circuitos neuronales centrales inextricablemente unidos; los que median el deseo de etanol en el hipotálamo y los que median la aparición de angustia o displacer. El resultado de la conducta de dependencia física conocida como "incapacidad de detenerse" en la ingestión.
- b) Si un alcoholico inveterado,(11) en quien los circuitos recién indicados estuvieran deprimidos, durante meses o años por la ingestión de alcohol, cada 46 horas, reduce o distancia abruptamente estas ingestiones, presentará por hiperexcitación reactiva, la dependencia física conocida como "incapacidad de abstenerse" de alcohol.

Partiendo de la concepción indicada, se propone la coagulación del núcleo dorsomedial del tálamo como tratamiento(11) para los casos de alcoholismo grave recidivante, no rescatables por ningún otro tratamiento.

EFFECTOS FISIOLÓGICOS(14)

Aunque el alcohol afecta a todas las células del cuerpo, su efecto más notable se aprecia en las células del cerebro y se manifiesta en la conducta. Puesto que no requiere una digestión previa, puede absorberse directamente hacia la sangre. La velocidad de absorción es mucho más rápida que la eliminación, de lo cual resulta que una ingestión exagerada origina una concentración considerable.

Aunque la tolerancia al alcohol varía con los individuos, en general se acepta que una persona está intoxicada cuando muestra una concentración de 150 mg. o más en 1.00 ml. de sangre o en su equivalente en orina, saliva o gas exhalado. Según el National Safety Council Committee on Tests for Intoxication,(14) esta concentración altera el juicio y la acción y hace peligroso manejar un automóvil.

La primera etapa en la oxidación del alcohol consiste en la formación de acetaldehído.(14) Aunque en cierto grado esto ocurre en otras partes del cuerpo, principalmente tiene lugar en el hígado.

La segunda etapa de la oxidación del alcohol, es el paso de acetaldehído a ácido acético.(14) Esto ocurre no sólo en el hígado, sino también en otros órganos. Cuando se usa disulfiram, se inhibe la combustión del acetaldehído y esto puede alcanzar niveles tóxicos.

La etapa final es la oxidación del ácido acético para convertirlo en bióxido de carbono y agua.(14)

Como ya se indicó antes, el alcohol se utiliza por su efecto para reducir la tensión.

El alcohólico, puesto que reduce la angustia,(14) trata de usarlo cada vez con más frecuencia y excluye métodos más aceptables. Su adicción se manifiesta no sólo por su uso persistente del alcohol, sino también por los efectos que se presentan al suspenderlo.

Estos efectos pueden ser moderados, como por ejemplo aumento de la angustia, ansiedad por ingerir alcohol, debilidad, temblores y transpiración, pero pueden también ser trastornos graves e incluir anorexia, náusea, vómito, fiebre, taquicardia, convulsiones, alucinaciones y delirium tremens.(14)

Aunque hace mucho tiempo que se sabe que el alcohol es un depresor de la función cerebral, su manera de actuar todavía no se conoce bien. Se piensa que tal vez interfiere en la transmisión sináptica. El efecto del alcohol(14) sobre el cerebro se presenta primero en niveles superiores y va descendiendo. Las funciones corticales más elevadas; como por ejemplo el juicio, la memoria, el aprendizaje, la autocrítica y la percepción del ambiente, son las primeras en alterarse. Cuando se deprimen las funciones superiores, los niveles inferiores del cerebro quedan sin ese control. Por lo tanto, la excitación que con frecuencia se observa en una persona intoxicada, es sin duda un fenómeno de liberación, que resulta de la depresión de las funciones cerebrales más elevadas. Al ingerir cantidades excesivas de alcohol, en forma gradual descende el efecto depresor, y puede extenderse a todo el cerebro o inhibir no sólo las áreas suprabulbares, sino incluso el bulbo raquídeo, con sus centros respiratorios, cardíaco y vasomotor.

A continuación se exponen los diferentes tipos de carácter y personalidad aplicados en el estudio de cada uno de los pacientes alcohólicos tratados.



V. ESQUEMA DE LOS RASGOS Y TIPOS DE CARACTER Y PERSONALIDAD (4)

En toda situación psicológica, conflictiva o no, hemos observado la participación de tres factores:

- 1) El estímulo, ya sea interno o externo.
- 2) El organismo o sujeto.
- 3) La reacción o respuesta de éste; a que se agregan sus resultados y consecuencias.

Hemos visto también a través del estudio del desarrollo psico-sexual, vale decir, el desarrollo emocional y de la personalidad, según las ideas de la escuela psicoanalítica, cómo estos tres factores en juego a lo largo de las experiencias vitales del sujeto en la infancia y la niñez, pubertad y adolescencia, determinan ciertos patrones de comportamiento en relación a los estímulos predominantes en cada etapa del desarrollo, oral, anal, fálica, latente y genital. Son motivaciones o impulsos que el sujeto aprende a dominar en su desenvolvimiento, y como las demandas del medio social, las estimulan hacia la progresión, la fijación y la regresión.(4)

Pero sobre todo, hemos conocido mejor las respuestas y los resultados de dichas respuestas, con sus características propias a cada etapa.

La teoría psicoanalítica explica, pues, los tipos de respuestas y sus características de oralidad, analidad, fálicas, latencia y genitalidad.(4)

Otras teorías psicológicas tratan de estudiar especialmente los tipos de estímulos o situaciones que provocan las respuestas y otras

tratan de explicar lo que ocurre en el organismo o sujeto en estudio; lo ideal, o sea conocer la relación directa entre los tres factores a la vez, aún no ha sido posible establecerlo.

Volviendo a las ideas psicoanalíticas, debemos saber que el paso por las etapas del desarrollo ya conocidas, aunque presupone una nueva forma de comportarse a medida que se va logrando la madurez, ello no implica que las formas aprendidas sean abandonadas totalmente por el individuo, sino, por el contrario, las utiliza y conserva constantemente y hace uso de ellas, de aquéllas que le fueron de gran utilidad durante su aprendizaje, cuando confronta situaciones difíciles, de frustración, conflicto, tensión o ansiedad.(4)

Cuando un patrón de respuesta se fija, y se hace constante en un individuo, por lo que difiere de los demás miembros de un grupo, en alguna manera, se dice que posee un rasgo. Grupos de individuos que muestran combinaciones similares de rasgos se dice que pertenecen a un tipo. También se les llama *síndromes* y *temperamentos*(4) (Introversión, extroversión, melancolía, inferioridad, liderazgo, etcétera).

Volviendo a nuestro punto de partida, la organización mental del individuo se demuestra por las diversas combinaciones de rasgos y su expresión es manifestada por la *conducta*.

Así la integración y la desorganización se puede conocer por la disposición o estado de ánimo, los procedimientos empleados en la conducta, los grados de éxito en la resolución de los conflictos, etcétera.

LOS TIPOS DE PERSONALIDAD RELACIONADOS A LOS MECANISMOS DE DEFENSA(4)

En psiquiatría se han establecido varios tipos de personalidad, según los patrones de conducta usados por el sujeto, para evitar o para calmar la tensión, el dolor moral, etcétera en las situaciones de frustración y de conflicto.

Dichos patrones de conducta se vuelven fijos —firmeza— y profundamente arraigados en la persona, por lo que entran en juego en forma automática, e inconsciente en la interacción emocional con otras personas.

Por lo tanto, dichos patrones de conducta revelan la estructura de la personalidad. Sin embargo, éstos no siguen un modelo preestablecido y pueden ser uno o varios, o una mezcla de otros. Los patrones de conducta no son los mismos en todas las personas y patrones diferentes pueden ser usados por la misma razón dinámica.

Los tipos de personalidad descritos, según los patrones de conducta, son los siguientes:(4)

- 1) Tipo pasivo-agresivo. Que corresponde a una fijación o carácter anal y oral sádico. Se subdivide en los siguientes subtipos:
 - a) Pasivo no confidente, o no firme, o inseguro. La característica principal es que el sujeto se muestra temeroso de las personas con autoridad y reacciona con negativismo o sumisión, o temor franco. El sujeto se defiende de sus impulsos inconscientes de rabia, hacia la figura autoritaria —el padre— y de la consiguiente respuesta agresiva de los otros que tal impulso acarrearía de ser expresado francamente. El sujeto se asegura de no mostrar la expresión de cólera y evita así el temor a la revancha.
 - b) Pasivo dependiente. Es similar al anterior, pero predominan en él las necesidades de dependencia. Espera que los demás llenen todas sus necesidades, se muestra indefenso, no sabe dar, sólo espera recibir. Se relaciona con los demás como si fuera un niño —hijo bueno— y espera le gratifiquen continuamente.
 - c) Pasivo-agresivo. En este tipo la agresividad queda sumergida bajo un frente de pasividad. El sujeto se muestra aninado, infantil, inmaduro y a la vez, renuente, obstinado, necio. No se revela directamente, sino usa tácticas retardatorias para mostrar su resentimiento. Trabaja despacio, con muchas excusas que revelan su agresividad y obstruccionismo.
- 2) Tipo obsesivo-compulsivo. Que corresponde a una fijación o carácter anal, con un super YO severo. El sujeto muestra

- competitividad, intelectualización o racionalización, anulación, meticulosidad, religiosidad, perfeccionismo. Todo ello sirve para evitar la expresión de sus sentimientos agresivos, tiene una conciencia rígida y punitiva. En sus relaciones se protege exagerando sus patrones de conducta, por tanto, no expresa rabia y evita el temor a la revancha de los demás.
- 3) Tipo histeroide. Que corresponde a una fijación o carácter fállico complicado con aspectos narcisistas y edipianos. Es un conjunto de patrones de conducta que incluyen: labilidad emocional —ambivalencia— cambia de estados de ánimo frecuentemente, es infantil o inmaduro, su relación emocional es superficial, egoísta, hay dramatismo o teatralidad, exhibicionismo, seductividad, sugestibilidad y conciencia no inhibida. Es además dependiente, se da más en la mujer que en el varón, encanta a los demás, puede ser pasiva o dependiente, insegura. Si no encuentra satisfacción muestra depresión e invalidez.
- 4) Tipo esquizoide. Corresponde a un estado de fijación oral y narcisista. El sujeto se muestra pasivo, no firme, tiende a aislarse y desprenderse emocionalmente de las otras personas, no forma relación íntima con ellas, es muy sensitivo, rechaza a la gente por temor a ser lastimado, o rechazado. Es raro o excéntrico, no rinde en el estudio ni en el trabajo, se contenta con vivir en un mundo de fantasía.
- 5) Personalidad de tipo paranoide. Es una variante del anterior; las defensas del sujeto le protegen contra la ansiedad y proyecta sus propios impulsos en los demás. No se quiere a sí mismo, pero acusa a los otros de todas las faltas y pecados.
- Tiene enemigos imaginarios, se relaciona superficialmente; cuando tiene alguna relación cercana, se muestra celoso, muy sensitivo, suspicaz. Puede mostrarse muy sagaz; asutito y calculador, pero siempre está contra todo y contra todos; considera que todos están equivocados, menos él. Al tratar de cambiarlo, se muestra resentido y retador.
- 6) Tipo de personalidad ciclotímica. Fijación oral, pasivo-agresivo, se caracteriza por estados de ánimo variables, desde la depresión a la excitación, está negando su depresión. En sus relaciones, durante la excitación es hablador, hiperactivo, extrovertido, de aparente buen humor, se relaciona en forma cálida y amigable. Es el tipo de vendedor, el centro de la atención, la vida de la fiesta. En la fase depresiva, su patrón es opuesto, es decir, está triste, desespirado, moroso, trabaja pobremente, tiene dificultad en relacionarse, todo le parece difícil. Ve sólo el lado triste y oscuro de la vida. Los cambios de estado afectivo son variables. Puede alternar, dependiendo de la ansiedad que encuentra en sus relaciones. Si esta ansiedad no puede ser contenida, puede desarrollar una psicosis maniaco-depresiva.
- 7) Tipo de personalidad inadecuada. (Dependiente pasivo). El patrón de este tipo es uno de dar respuestas inadecuadas en todas las áreas de la vida. Es dependiente, inmaduro, aislado, con pobres habilidades intelectuales y ocupacionales; carece de respuesta afectiva, no tiene ambiciones, no termina sus labores, se contenta con sólo existir y deja que otros asuman la responsabilidad por él. Es el típico vagabundo, fracasado, el caído.
- 8) Tipo de personalidad inestable. (Pasivo-agresivo). Este carece de defensa afectiva para protegerse contra la ansiedad. No tiene suficiente dominio en su trato con las personas, le falta control. Por pequeñas provocaciones se vuelve resentido y se pone encolerizado. Es infantil y dependiente. Fácilmente cae en el alcoholismo, las drogas, la depresión y la conducta antisocial.
- 9) Tipo de personalidad sociopática. (Fállico, narcisista, sin super-YO). Este tipo desarrolla patrones defensivos de conducta, para liberarse de la ansiedad, pero a su vez provoca ansiedad en las demás personas. Es antisocial y siempre tiene conflictos con las autoridades. En el grupo no considera los derechos o sentimientos de otros, sólo le interesa la

gratificación de sus deseos o impulsos para lo que usa maniobras y métodos peculiares. Puede parecer listo, astuto y calculador, o bien parece emocionalmente inestable. Expresa cólera y reto. La ansiedad es así dominada, pero si no tiene oportunidad de expresión, como cuando cae en la cárcel, puede desarrollar síntomas somáticos.

VI. CASOS TRATADOS

Los siguientes casos fueron tratados en la Sala de Pacientes Alcohólicos, Pabellón No. 5 del Hospital Neuropsiquiátrico, con los resultados que a continuación se expresan:

CASO No. 1. Expediente No. 399/71. Paciente M.H.R. de 27 años de edad, originario de esta capital y vecino de la misma, sexo masculino, casado, católico, ladino, comerciante, educación secundaria.

Fecha de ingreso al Hospital: 14/8/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente con tres meses de ingerir bebidas alcohólicas, bebía socialmente.

Antecedentes: padre fallecido de cáncer, no alcohólico. Madre: fallecida de cáncer, no alcohólica. Hermanos 5: 4 hombres y 1 mujer, de los cuales uno bebe en exceso.

Hijos 4: 3 hombres y 1 mujer. Cónyuge: bebe socialmente.

Examen físico: 1) DHE Grado I. 2) Caries dental.

Medio ambiente: hogar desintegrado.

Ingresos: Q100.00 al mes, de los cuales consume Q30.00 en bebidas alcohólicas.

Historia individual: creció al lado de sus padres, hasta la edad de 15 años.

Historia ocupacional: comerciante, chofer. Ultimamente dedicado al comercio.

Historia sexual: a los 12 años, su primera experiencia sexual.

Prisión o arresto: estuvo preso en una ocasión, por la bebida.

Historia médica: hospitalizado 4 veces por otitis, y por padecer de cólicos. Posteriormente le practicaron intervención quirúrgica del oído.

Carácter según el paciente: a veces contento a veces triste.

Temperamento: introvertido.

Hábitos: fumador de 5 cigarrillos diarios.

Ingestión de alcohol: principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 15 años. A ingerir en exceso a los 18 años. Frecuencia de la crisis, cada mes. Considera ser incapaz de detenerse y capaz de abstenerse. Reacciona frente a la ingestión de alcohol con calambres, angustia, temblor, miedo, flato.

Clase de licor que ingiere: aguardiente en octavos, vinos. Bebe solo y en bar.

Estado actual: examen mental, refiere pesadillas.

Los datos fueron obtenidos después de sostener con el paciente 4 sesiones, en las cuales se trató de hacerle conciencia sobre las desventajas de la ingestión de las bebidas alcohólicas, cualquiera que sea su tipo. Se le hizo ver la situación precaria familiar, en la cual la peor parte la sufren los hijos, se le hizo meditar sobre el futuro y la inconveniencia de que siguiera bebiendo.

1. Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo crónico intermitente. 2) Tipo de personalidad ciclotímica.
2. Pronóstico: reservado; por no haber recurso familiar cercano que colabore con el tratamiento.
3. Tratamiento: Librium I.M. 150 mg. Librium 25 mg. t.i.d. PO (300 mg. en total). Hidrato de Cloral (1.50 gramos en total). Vitamina B12 + Vitamina B1, 1 cc. diario (5 cc. en total).
4. Recomendaciones: 1) Referido a la clínica de orientación psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.
5. *Egreso:* el paciente egresó a los 7 días de su ingreso. No refiere molestias.

CASO No. 2. Expediente No. 250/71. Paciente A.H.O. de 30 años de edad, originario de esta capital y con residencia en la misma. Sexo masculino, casado, evangélico, ladino, sastre, educación primaria.

Fecha de ingreso: 17/8/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente 20 días de ingerir bebidas alcohólicas; con insomnio, pesadillas, desbalance hidroelectrolítico.

Antecedentes: historia familiar: padre vivo, oficio cobrador, bebedor moderado. Madre: viva, 49 años, oficios domésticos, no alcohólica.

Hermanos 9: 6 mujeres y 3 hombres, los cuales beben socialmente.

Cónyuge: sana. Hijos 4: 3 hombres y 1 mujer.

Examen físico: 1) DHE Grado II.

Medio ambiente: hogar integrado, medio urbano.

Ingresos: Q70.00 mensuales, de los cuales según el paciente, consume Q8.00 en bebidas alcohólicas.

Historia individual: creció al lado de sus padres, quienes le proporcionaron siempre cariño.

Historia ocupacional: sastrería, clasificador de algodón.

Servicio militar: prestó servicio militar en la Guardia de Honor durante 6 meses.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 15 años.

Adaptación sexual y matrimonio: a los 17 años se unió con la primera señora, de la cual se separó por dificultades conyugales. Se casó hace 3 años con su actual esposa, con la cual lleva una vida más normal.

Prisión o arresto: ha estado preso en tres ocasiones, por escándalo en estado de embriaguez.

Traumatismos y operaciones: amigdalectomía.

Carácter según el paciente: irritable.

Hábitos: de ingestión de alcohol; principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 18 años. A beber en exceso a los 23 años.

Frecuencia de las crisis: cada 6 meses. Es capaz de abstenerse, incapaz de detenerse. Reacciona frente a la ingestión de alcohol con palpitaciones, nerviosismo, siente que se le cierra la garganta.

Clase de licor que ingiere: aguardiente en octavos, cerveza, vino. Bebe acompañado y en bar.

Estado actual: examen mental: durante el examen se mostró nervioso, inquieto, refiere pesadillas.

Los datos se obtuvieron después de sostener 4 sesiones con el paciente, durante las cuales se le hizo ver lo inconveniente de la ingestión de bebidas alcohólicas. Se le hizo notar el daño orgánico y psíquico, así como el deterioro moral y económico de su familia.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo crónico intermitente. 2) Tipo de personalidad ciclotímica.

Pronóstico reservado.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por boca. 2) Librium 50 mg. I.M. (200 mg. en total). 3) Librium 25 mg. t.i.d. (300 mg. en total). 4) Hidrato de Cloral 500 mg. H.S. (2 gramos en total). 5) Complejo B + Vitamina B1. 1 cc. I.M. diario (5 cc. en total).

Recomendaciones: 1) Referido a la Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a la Clínica de Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: el paciente egresó a los 5 días de su ingreso. No refiere ninguna molestia.

CASO No. 3. Expediente No. 243/69. Paciente M.J.M. de 36 años de edad, divorciado, originario de Malacatán, con residencia en esta capital, católico, ladino, comerciante, educación primaria.

Fecha de ingreso: 17/9/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente 2 meses de ingerir bebidas alcohólicas, con insomnio, alucinaciones audiovisuales, pesadillas. Hace dos años principió con convulsiones tónico-clónicas, con pérdida del conocimiento, convulsiones que se le desarrollan en el período de abstinencia.

Antecedentes: historia familiar: madre fallecida de cáncer.

Hermanos: 3: 1 mujer y 2 hombres, de los cuales uno bebe en forma moderada.

Cónyuge: no alcohólica. Hijos 5: 3 hombres y 2 mujeres.

Examen físico: 1) DHE Grado II. 2) Desnutrición. 3) Caries dental.

Medio ambiente: hogar integrado: urbano.

Ingresos mensuales: Q150.00, de los cuales, no puede calcular cuánto consume en bebidas alcohólicas.

Historia individual: creció al lado de su madre, la cual siempre fue cariñosa. No conoció a su padre, el que abandonó a la madre cuando el paciente era aún muy pequeño. Estuvo al lado materno hasta la edad de 25 años.

Historia ocupacional: estuvo de aprendiz de herrería, de panadería y de albañilería. Trabajó de enfermero en el Hospital del Asilo de Ancianos. Fue además dependiente de una farmacia. Actualmente se dedica al comercio.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 14 años. Adaptación sexual y matrimonio: se casó a los 23 años. Se divorció de su esposa, por la bebida.

Enfermedades venéreas: 2 veces por gonorrea.

Prisión o arresto: 2 veces por embriaguez.

Carácter según el paciente: considera ser de carácter alegre.

Hábitos: fumador de 20 cigarrillos al día.

Hábitos de ingestión de alcohol: principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 12 años. A beber en exceso a la edad de 24 años.

Hace dos años que ingiere bebidas alcohólicas en demasiada cantidad.

Frecuencia de la crisis: cada 8 días. Considera que es incapaz de abstenerse y de detenerse.

Cree ser dependiente del alcohol.

Reacciona frente a la ingestión de bebidas alcohólicas, con palpitaciones, opresión precordial, angustia.

Clase de licor que ingiere: aguardiente natural, vinos, cerveza. Bebe en bar y solo.

Estado actual: Examen mental: durante el examen se notó un poco nervioso, inquieto, refiere tener pesadillas.

Los datos se obtuvieron después de sostener con el paciente 4 entrevistas. Durante las cuales se le hizo conciencia sobre las consecuencias funestas del uso del alcohol y la conveniencia de abstenerse de ellas, para mantenerse sobrio; ya que es imposible que él vuelva a beber en forma moderada, siendo un enfermo alcohólico. Se le hizo ver el abandono de su familia al ingerir alcohol y lo precario de su situación económica.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo inveterado. 2) Tipo de personalidad esquizoide.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por vía oral. 2) Librium I.M. c/12 horas. P.R.N. (1.00 mg. en total). 3) Librium 25 mg. t.i.d. PO. (225 mg. en total). 4) Hidrato de cloral 1 cápsula 500 mg. HS. (2 gramos en total). 5) Vit. B12 + Vit. B1 1 cc. I.M. diario (4 cc. en total).

Recomendaciones: 1) referido a Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a Clínica de Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: El paciente egresó al quinto día de su ingreso. No refiere molestias.

CASO No. 4. Expediente No. 388/71. Paciente F. J. P. de 36 años de edad, originario de Antigua Guatemala y con residencia en esta ciudad capital, casado, católico, ladino.

Ocupación: maestro de educación primaria.

Fecha de ingreso: 2/9/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente 15 días de ingerir bebidas alcohólicas, presenta alucinaciones audiovisuales, crisis de agresividad, insomnio, anorexia.

Antecedentes: historia familiar: padre vivo de 62 años de edad, maestro de educación secundaria. Alcohólico. Madre viva, de 62 años de edad, oficios domésticos, no alcohólica.

Hermanos: 2 mujeres.

Cónyuge: sana, no alcohólica.

Hijos: 4, 3 mujeres y 1 hombre.

Examen físico: 1) DHE. Grado I.

Medio ambiente: hogar integrado, urbano.

Ingresos mensuales: Q270.00, de los cuales el paciente consume Q8.00 en bebidas alcohólicas.

Historia individual: Creció al lado del padre, que aunque siempre le proporcionó cariño, ingiere alcohol en forma excesiva.

Educación: universitaria. Estudió hasta tercer año de odontología.

Actualmente estudia licenciatura en arte, en lo que está por graduarse.

Historia ocupacional: maestro de educación primaria, catedrático de varios institutos.

Intereses vocacionales: todos sus deseos son continuar su carrera de odontología, cree que al haberla dejado a medias le afectó mucho.

Aficiones: pintura.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 14 años.

Historia antisocial: prisión o arresto: una vez por embriaguez.

Carácter según el paciente: considera ser triste e introvertido.

Hábitos: fumador de 20 cigarrillos al día.

Ingestión de alcohol: principio a beber a los 22 años. A beber en exceso a los 26 años. Es incapaz de detenerse y capaz de abstenerse.

Frecuencia de la crisis: cada 3 meses.

Reacciona frente a la ingestión de alcohol, con calambres, síntomas de angustia.

Clase de licor que ingiere: aguardiente natural. Bebe solo, a veces acompañado, en bar o a veces en su casa.

Estado actual: estado mental: refiere pesadillas.

Los datos se obtuvieron después de sostener 3 sesiones con el paciente, durante las cuales se le hizo ver la inconveniencia de la ingestión de bebidas alcohólicas; tanto en lo físico, psíquico, moral, social y en sus relaciones laborales. Se le hizo hincapié en su preparación cultural y su aprovechamiento para bien personal y de la comunidad.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo crónico remitente.

2) Tipo de personalidad ciclotímica.

Pronóstico: Bueno.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por vía oral. 2) Librium 50 mg. I.M. c/12 horas P.R.N. 150 mg. en total) 3) Librium 25 mg. t.i.d. PO. (225 mg. en total) 4) Hidrato de cloral 500 mg. PO. 20 horas. (1 gramo en total).

Recomendaciones: 1) Referido a la Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a la Clínica de Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: el paciente egresó al cuarto día de su ingreso, en buenas condiciones.

CASO No. 5. Expediente No. 369/71. Paciente V.M. de 51 años de edad, originario de Sololá y vecino de esta capital, sexo masculino, unido, religión ninguna, ladino, panificador, educación elemental.

Fecha de ingreso: 26/8/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente 8 días de ingerir bebidas alcohólicas; refiere insomnio, alucinaciones auditivas, pesadillas, intranquilo, nervioso, tembloroso, palpitaciones.

Antecedentes: historia familiar: padre fallecido, madre fallecida. No alcohólicos.

Hermanos: 4, no alcohólicos.

Cónyuge: no alcohólica.

Hijos: 3, 1 mujer y 2 hombres.

Examen físico: 1) DHE. Grado I. 2) Caries dental.

Medio ambiente: hogar integrado, urbano.

Ingresos mensuales: Q90.00

Historia individual: no conoció a su padre, el cual murió cuando él era muy chico. Sufrió mucho en la infancia porque tuvo que hacer muchos trabajos pesados: cargador, doméstico, niño; principió a trabajar a la edad de 9 años.

Historia ocupacional: cargador, carretero, panadero.

Historia sexual: primera experiencia a los 18 años.

Adaptación sexual y matrimonio: no ha sido feliz, vive en continuas discusiones con la señora. Actualmente se puso a beber porque su hijo le quitó su casa.

Historia antisocial: prisión o arresto: 6 veces; todas por encontrarse en estado de ebriedad y hacer escándalo.

Carácter según el paciente: cree ser de carácter triste.

Hábitos: fuma ocasionalmente.

Hábitos de ingestión de alcohol: principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 20 años. Hace diez meses principió a beber en exceso.

Cree que no es capaz de detenerse, pero sí es capaz de abstenerse.

Frecuencia de las crisis: cada 8 meses. Reacciona frente a la ingestión de alcohol, con síntomas de angustia.

Clase de licor que ingiere: aguardiente natural. Ingiere solo y en bar.

Estado actual: examen mental: durante el examen presentó crisis de llanto. Se nota una capacidad mental escasa. Ligera desorientación en tiempo. Refiere pesadillas.

Los datos se obtuvieron después de sostener con el paciente cuatro sesiones, durante las cuales se le hizo conciencia sobre lo destructivo del alcohol, tanto en lo físico, psíquico como moral.

Se le hizo ver que con la bebida no solucionaría sus problemas, sino se le complicarían.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo moderado remitente. 2) Tipo de personalidad: paranoide.

Pronóstico: bueno.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por vía oral. 2) Librium 50 mg. I.M. c/12 horas. (150 mg. en total). 3) Librium 20 mg. t.i.d. PO. (240 mg. en total). 4) Hidrato de Cloral 1 cápsula de 500 mg. a las 20 horas. (1.50 gramos en total). 5) Vitamina B₁₂ + Complejo B1 1 cc. I.M. diario (5 cc. en total).

Recomendaciones: 1) Referido a la Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a la Clínica de Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: el paciente egresó al sexto día de su ingreso, en buenas condiciones.

CASO No. 6. Expediente No. 352/71. Paciente A.C.M.E. de 30 años de edad, sexo masculino, soltero, católico, ladino.

Ocupación: electricista. Educación primaria.

Fecha de ingreso: 16/8/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente 15 días de ingerir bebidas alcohólicas, con alucinaciones auditivas, crisis de agresividad, insomnio, anorexia. Viene padeciendo de convulsiones tónico-clónicas, con pérdida del conocimiento desde hace 8 meses.

Antecedentes: historia familiar: padre vive, ocupación: mensajero, alcohólico. Madre viva, ocupación: oficios domésticos, sana, no alcohólica.

Hermanos 7: 2 mujeres y 5 hombres, de los cuales dos ingieren bebidas alcohólicas.

Examen físico: 1) DHE. Grado I.

Medio ambiente: hogar integrado, urbano.

Ingresos mensuales: Q60.00.

Historia individual: creció al cuidado de la abuelita materna, porque siendo el padre bebedor excesivo se mantenía en constante riña con la madre, la cual trabajaba para el sostenimiento del hogar.

Especialización o adiestramiento: hizo estudios en el Instituto Técnico Vocacional de Electromecánica, estudios que no terminó.

Historia ocupacional: trabajó en una lechería como repartidor; luego en un aserradero como ayudante de sierra de banco; después en joyería durante 5 años; luego de cobrador; como acomodador en un cine. En Caminos, como electricista; actualmente labora como electricista.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 16 años. Contrajo enfermedad venérea a los 22 años.

Historia antisocial: preso en una ocasión, por encontrarse en estado de ebriedad.

Traumatismos y operaciones: hernioplastia inguinal.

Carácter según el paciente: cree ser de carácter alegre.

Hábitos: fumador ocasional. Hábitos de ingestión de alcohol: principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 15 años. A ingerir en exceso a los 23 años. Es incapaz de detenerse y capaz de abstenerse en la ingestión de bebidas alcohólicas.

Frecuencia de las crisis: cada 8 días. Cree ser dependiente del alcohol.

Reacciona ante el consumo de bebidas alcohólicas con calambres, parestias, hormigueo, síntomas de angustia, agresivo, irritable.

Clase de licor que ingiere: aguardiente natural, vino. Acostumbra beber acompañado y en bar.

Estado actual: examen mental: refiere pesadillas.

Los datos se obtuvieron después de sostener seis sesiones con el paciente, durante las cuales se le hizo ver el inconveniente del consumo de las bebidas alcohólicas. Que se diera cuenta que el alcoholismo es una enfermedad y que él jamás podría ingerir bebidas alcohólicas en forma social.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo crónico intermitente. 2) Tipo de personalidad esquizoide.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por boca. 2) Librium I.M. 50 mg. (150 mg. en total). 3) Librium 25 mg. bid PO. (500 mg. en total). 4) Vit. C. 500 mg. PO. (5 gramos en total). 5) Vit. B12 + Vit. B1 + Complejo B, 1 cc. I. M. diario (10 cc. en total).

Recomendaciones: 1) Referido a Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: el paciente egresó a los 11 días de su ingreso, en buenas condiciones físicas y mentales.

CASO No. 7. Expediente No. 223/71. Paciente J.O.G. de 34 años de edad, sexo masculino, soltero, católico, ladino, ocupación herrero, educación elemental, con residencia en esta capital.

Fecha de ingreso: 22/9/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente 15 días de ingerir bebidas alcohólicas. Después de 3 días de abstinencia, principió con alucinaciones auditivas, pesadillas, calambres, insomnio, intranquilo.

Antecedentes: historia familiar: padre fallecido, alcohólico. Madre viva, no alcohólica.

Hermanos: 2 mujeres.

Examen físico: 1) DHE Grado II. 2) I.R.S.

Medio ambiente: hogar integrado, medio urbano.

Ingresos mensuales: Q100.00, de los cuales consume Q45.00 en bebidas alcohólicas.

Historia individual: Creció en un hogar integrado hasta la edad de 6 años, luego solo al lado materno, porque el padre los abandonó.

Historia ocupacional: guardián en un hotel, ayudante de electricista, ayudante de pintor, dependiente de gasolinera, plomería, hojalatería, herrero, ocupación a la cual se dedica actualmente.

Historia sexual: primera experiencia a los 15 años. Enfermedades venéreas: en dos ocasiones.

Historia antisocial: prisión: 3 veces por estado de ebriedad.

Carácter según el paciente: considera ser de carácter alegre.

Hábitos: fumador de 5 cigarrillos al día.

Hábitos de ingestión de alcohol: principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 21 años. A beber en exceso a los 32 años.

Frecuencia de las crisis: cada mes, ingiere durante 7 días. Es capaz de abstenerse e incapaz de detenerse a la ingestión de las bebidas alcohólicas.

Reacciona ante la ingestión de las bebidas alcohólicas con calambres, temblor, insomnio, angustia.

Clase de licor que ingiere: aguardiente natural. Ingiere solo, a veces en bar.

Estado actual: examen mental: refiere pesadillas.

Los datos se obtuvieron después de sostener con el paciente cuatro sesiones, durante las cuales se le hizo ver al paciente lo inconveniente de ingerir bebidas alcohólicas, ya que le ocasiona molestias, tanto en lo físico, psíquico, como en lo moral y económico.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo crónico intermitente. 2) Tipo de personalidad: esquizoide.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por boca. 2) Librium 50 mg. I.M. c/12 horas PRN. (100 mg. en total). 3) Librium 25 mg. bid. (400 mg. en total). 4) Complejo B + Vit. B1, 1 cc. I.M. diario (4 cc. en total). 5) Hidrato de Cloral 500 mg. PO HS. (2 gramos en total). 6) Penicilina procaínica 600,000 U. I.M. c/24 horas por 3 días (1,800,000 total).

Recomendaciones: 1) Referido a Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a Clínica de Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: El paciente egresó del Hospital a los cuatro días de su ingreso, no refiere molestias.

CASO No. 8. Expediente No. 444/70. Paciente J.G.G. de 30 años de edad, originario de esta capital y vecino de la misma, sexo masculino, casado, católico, ladino, oficio carnicero, educación primaria.

Fecha de ingreso: 11/8/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente con alucinaciones auditivas y visuales, crisis de agresividad, insomnio, hace aproximadamente un año principió con convulsiones.

Antecedentes: historia familiar: padre vivo, albañil, alcohólico crónico; madre viva, 45 años.

Hermanos: 3, no alcohólicos.

Hijos: 3.

Examen físico: 1) D.H.E. Grado II. 2) Pterigion O.D. 3) Caries dental.

Medio ambiente: hogar desintegrado, urbano.

Ingresos mensuales: Q150.00.

Historia ocupacional: ha trabajado en zapatería, actualmente trabaja en carnicería. Ha sido chofer y estuvo trabajando en mecánica durante cinco años.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 12 años.

Enfermedades venéreas: gonorrea en una ocasión.

Historia antisocial: prisión o arresto; 3 veces. Siempre por encontrarse en estado de ebriedad y por reñir con particulares y con la autoridad.

Historia médica: gastritis, hospitalización por la misma causa.

Carácter según el paciente: considera ser de carácter alegre. Extrovertido.

Hábitos: fumador de 10 cigarrillos diarios.

Hábitos de ingestión de alcohol: principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 16 años. A beber en exceso a los 18 años.

No es capaz de detenerse y sí es capaz de abstenerse a la ingestión de bebidas alcohólicas. Cree ser dependiente del alcohol.

Frecuencia de las crisis: cada mes.

Reacciona ante el consumo de bebidas alcohólicas con calambres, angustias, depresión.

Clase de licor que ingiere: aguardiente natural; acostumbra a beber acompañado y en bar.

Los datos se obtuvieron después de sostener 4 sesiones con el paciente, durante las cuales se le hizo ver el inconveniente de que siguiera ingiriendo bebidas alcohólicas.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo crónico intermitente. 2) Tipo de personalidad sociopática.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento: 1) Librium I.M. 50 mg. (200 mg. en total). 2) Librium 20 mg. tid. (300 mg. en total). 3) Hidrato de Cloral: 1 gramo en total. 4) D/A al 30% 250 cc. I.V. 60 gotas por minuto. 5) Sulfato de magnesio 10% 10 cc. I.V. lento c/12 horas (20 cc. en total). 6) Eпамín 0.10 gr. tid. (120 grs. en total).

Recomendaciones: 1) Referido a la Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a la Clínica de Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: el paciente egresó a los 5 días de su ingreso, refiere insomnio, se le dio tratamiento ambulatorio.

CASO No. 9. Expediente 276/67. Paciente H.B.L.L. de 32 años de edad, originario del municipio de San Mateo Ixtatán (Huehuetenango), sexo masculino, casado, religión evangélica, ladino, oficinista, educación primaria, vecino de esta capital.

Fecha de ingreso: 20/8/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente 20 días de ingerir bebidas alcohólicas, con insomnio, pesadillas, alucinaciones audiovisuales, crisis de llanto, intranquilo, ansioso.

Antecedentes: historia familiar: padre vivo, 72 años, bebedor excesivo. Madre viva, 65 años, no alcohólica.

Hermanos: 5, 3 hermanas y 2 hombres, de los cuales los dos han sido bebedores excesivos.

Cónyuge: 23 años, no alcohólica.

Hijos 4: 2 mujeres y 2 hombres.

Examen físico: 1) DHE. Grado I.

Medio ambiente: hogar desintegrado, urbano.

Ingresos mensuales: Q110.00.

Historia individual: desarrollo: fue el hijo más despreciado, lo hacían trabajar como peón, se huyó de su casa a la edad de 12 años.

Especialización o adiestramiento: aprendió a telegrafista y a oficinista.

Historia ocupacional: peón, mensajero, telegrafista, oficial del Departamento de Personal de la Municipalidad, secretario de la Policía Nacional de Puerto Barrios. Fue despedido de uno de ellos por alcoholismo.

Servicio militar: por ser telegrafista, teniente asimilado.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 15 años.

Enfermedades venéreas: gonorrea.

Adaptación sexual y matrimonio: buena al principio, actualmente separado de la esposa, por la bebida.

Historia antisocial: estuvo en la prisión en dos ocasiones, ambas por embriaguez.

Historia médica: hospitalizaciones: apendicectomía.

Carácter según el paciente: considera ser de carácter alegre.

Hábitos de ingestión de alcohol: principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 13 años. A beber en exceso a los 20 años. Se considera alcohólico. Cree que es capaz de detenerse y capaz de abstenerse a la ingestión de alcohol. Reacciona ante el consumo de bebidas alcohólicas con síntomas de angustia.

Clase de licor que ingiere: aguardiente natural, bebe acompañado y en bar.

Estado actual, examen mental: durante el examen el paciente se mostró muy deprimido, con crisis de llanto.

Los datos se obtuvieron después de sostener con el paciente cuatro sesiones. Durante las entrevistas se le hizo ver al paciente los inconvenientes de la bebida y que reflexionara un instante sobre el



camino recorrido. Se le hizo notar los valores positivos que posee para desenvolverse en una vida normal y en la cual es más fácil resolver los problemas.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo crónico remitente. 2) Tipo de personalidad ciclotímica.

Pronóstico: bueno.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por boca. 2) Librium I.M. (150 mg. en total). 3) Librium PO (240 mg. en total). 4) Hidrato de Cloral (2 gramos en total). 5) Poción antidiarreica. (135 cc. en total). 6) Tintura de Belladona (180 gotas en total).

Recomendaciones: 1) Referido a la Clínica de Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 2) Referido a la Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: el paciente egresó a los 4 días de su ingreso, refirió dolor en región occipital y temblor en manos. Se le dio tratamiento ambulatorio.

CASO No. 10. Expediente No. 339/71. Paciente J.A.L.D. de 32 años de edad, originario de esta capital y vecino de la misma, sexo masculino, unido, católico, ladino.

Ocupación: armador, educación primaria.

Fecha de ingreso: 5/8/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente dos meses de ingerir bebidas alcohólicas, refiere intranquilidad, ansiedad, insomnio, anorexia, calambres.

Antecedentes: historia familiar: padre vivo, de 73 años, no alcohólico. Madre viva, de 59 años, no alcohólica.

Hermanos: 2, 1 mujer y 1 hombre, bebe en forma social.

Hijos: 6, 1 hombre y 5 mujeres.

Examen físico: 1) D.H.E. Grado II. 2) Caries dental.

Medio ambiente: hogar integrado, urbano.

Ingresos mensuales: Q90.00, los cuales consume en licor cuando cae en crisis.

Historia individual: creció al lado de sus padres, siendo su padre demasiado drástico. La madre siempre le proporcionó cariño.

Especialización o adiestramiento: armador, técnico en Rayos X, electricista.

Historia ocupacional: primero como técnico en rayos X; luego como electricista; actualmente como armador, trabajo que desempeña con gusto.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 15 años.

Historia antisocial: prisión o arresto: ha estado en dos ocasiones preso, en ambas por encontrarse en estado de ebriedad.

Traumatismos y operaciones: apendicectomía.

Carácter según el paciente: considera ser de carácter alegre. Temperamento pasivo.

Hábitos: fuma 5 cigarrillos al día.

Hábitos de ingestión de alcohol: principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 18 años. A beber en exceso a los 30 años. Frecuencia de las crisis, cada 20 días. Considera ser capaz de detenerse y capaz de abstenerse ante la ingestión de bebidas alcohólicas, cree que no es dependiente del alcohol.

Reacciona ante la ingestión de bebidas alcohólicas, con síntomas de angustia, depresión, calambres.

Clase de licor que ingiere: aguardiente natural, bebe acompañado y en bar.

Estado actual: examen mental: negativo.

Los datos se obtuvieron después de sostener 5 entrevistas con el paciente. Durante las entrevistas, se le hizo conciencia al paciente sobre lo dañino de las bebidas embriagantes. Se hizo hincapié sobre lo numeroso de su familia y lo desastroso que sería para la misma si él llegara a faltar y las penurias económicas que ellos afrontan al estar él ingiriendo licor.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo crónico remitente. 2) Tipo de personalidad, esquizoide.

Pronóstico: bueno.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por boca. 2) Librium I. M. (1.50 gr. en total). 3) Librium por vía oral (240 mg. en total). 4) Complejo B + Vit. B₁ (5 cc. I.M. en total).

Recomendaciones: 1) Referido a la Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a Consulta Ex-

terna del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: el paciente egresó al séptimo día de su ingreso, en perfectas condiciones físicas y mentales.

CASO No. 11. Expediente No. 346/71. Paciente E.M.P. de 45 años de edad, originario de Santa Lucía Cotzumalguapa y vecino de esta ciudad capital, sexo masculino, religión católica, estado civil: divorciado, ladino, oficinista, educación primaria.

Diagnóstico provisional: síndrome cerebral crónico por intoxicación alcohólica.

Examen físico: 1) Deshidratación Grado II. 2) Infección respiratoria superior. 3) Conjuntivitis.

Fecha de ingreso: 18/8/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente 3 meses de ingerir bebidas alcohólicas. Refiere insomnio, anorexia, alucinaciones, lagunas en la memoria, hace 10 días principió con convulsiones, luego de entrar en un período de abstinencia.

Antecedentes: historia familiar: padre fallecido, no alcohólico. Madre fallecida: no alcohólica.

Hermanos: 4, de los cuales 3 son bebedores sociales y uno que ingiere en exceso.

Hijos: 3: 2 hombres y 1 mujer.

Examen físico: 1) D.H.E. Grado II. 2) Neumonía basal derecha.

Medio ambiente: hogar desintegrado, urbano.

Ingresos mensuales: Q120.00, de los cuales no puede indicar cuánto consume en alcohol.

Historia individual: creció al lado de la madre, el padre por cuestiones de trabajo, estuvo ausente del hogar.

Educación: estudió hasta tercer año de bachillerato, estuvo un año en la Escuela Politécnica.

Historia ocupacional: valuador fiscal, inspector de sanidad, tramitador de rentas, puesto que desempeña actualmente.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 16 años.

Historia antisocial: ha estado preso en tres ocasiones, por ebriedad.

Carácter según el paciente: considera ser de carácter alegre.

Hábitos: fumador de 20 cigarrillos al día.

Hábitos de ingestión de alcohol: principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 17 años. A beber en exceso a los 30 años.

Frecuencia de las crisis: cada 2 ó 3 meses. Considera ser incapaz de detenerse y capaz de abstenerse ante la ingestión de bebidas alcohólicas. Cree ser dependiente del alcohol.

Reacciona ante la ingestión de bebidas alcohólicas con síntomas de angustia, insomnio, calambres.

Clase de licor que ingiere: aguardiente natural, vino, cerveza. Bebe acompañado y en bar.

Estado actual: examen mental: durante el examen se encontraba desorientado en tiempo y espacio, refirió tener pesadillas.

Los datos se obtuvieron después de sostener seis sesiones con el paciente. Durante las entrevistas sostenidas, se le hizo conciencia sobre lo dañino de la bebida. Se le hizo ver que su preparación intelectual debería encarrilarla sobre mejores metas y que la bebida lo estaba llevando hacia el deterioro físico y mental.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo inveterado. 2) Tipo de personalidad: pasivo dependiente.

Pronóstico: malo.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por boca. 2) Librium I.M. (4 gr. en total). 3) Librium por vía oral (480 mg. en total). 4) Hidrato de Cloral (4 gramos en total). 5) Complejo B + Vit. B₁. 1 cc. I.M. diario (15 cc. en total). 6) Vit. C 1 tableta (0.50 gr.) diario por 6 días (3 gramos en total). 7) Epamín 0.10 gr. bid. PO. 8) Penicilina Procaínica (4,000.000 en total). 9) Tetraciclina (2 gramos y medio en total). 10) Aspirina 0.50 gr. (2 gramos en total). 11) Argirol.

Recomendaciones: 1) Referido a la Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: El paciente egresó a los 15 días de su ingreso. El paciente a su egreso refirió insomnio, dolor en región occipital, azurumbamiento. Se le indicó tratamiento ambulatorio.

CASO No. 12. Expediente No. 372/71. Paciente P.O.J. de 35 años de edad, originario de esta capital y vecino de la misma, sexo masculino, estado civil: unido, católico, ladino; ocupación: carpintero.

Educación: primaria.

Fecha de ingreso: 30/8/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico, moderado, actualmente 15 días de ingerir bebidas alcohólicas, con insomnio, anorexia, intranquilo.

Antecedentes: historia familiar: padre fallecido, bebedor moderado. Madre fallecida, no alcohólica.

Hermanos: 3, 1 mujer y 2 hombres, los cuales beben socialmente. Cónyuge sana, no alcohólica.

Hijos: 8: 4 hombres y 4 mujeres.

Examen físico: 1) D.H.E. Grado I.

Medio ambiente: Hogar integrado, urbano.

Ingresos mensuales: Q75.00, de los cuales consume Q10.00 en bebidas alcohólicas.

Historia ocupacional: aprendió carpintería.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 17 años.

Historia antisocial: ha estado preso en dos ocasiones, por encontrarse en estado de ebriedad.

Traumatismos y operaciones: traumatismo en brazo izquierdo.

Carácter según el paciente: considera ser de carácter alegre.

Hábitos: hábitos de ingestión de alcohol: principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 18 años. A beber en exceso a los 22 años.

Considera ser incapaz de detenerse y capaz de abstenerse ante la ingestión de bebidas alcohólicas. Frecuencia de las crisis: cada 2 meses.

Reacciona ante la ingestión de bebidas alcohólicas con síntomas de angustia, dolor precordial.

Clase de licor que ingiere: aguardiente natural, bebe solo, a veces acompañado y en bar.

Estado actual: examen mental: correcto.

Los datos se obtuvieron después de sostener 4 sesiones con el paciente, durante las cuales se le hizo ver lo necesario que es que cambie sus hábitos respecto del alcohol. Se le hizo conciencia sobre su numerosa familia y escasos ingresos y que esto repercute en la salud física y mental de su familia.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo crónico remitente. 2) Tipo de personalidad: ciclotímica.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por boca. 2) Librium vía I.M. (100 mg. en total). 3) Librium por vía oral (200 mg. en total). 4) Hidrato de Cloral 1 gramo en total. 5) Complejo B + Vit. B₁₂ + Vit. B₁ 1 cc. I.M. diario (12 cc. en total). 6) Vomifrán 1 cc. I.M. PRN. (3 cc. en total). 7) Malox 1 cucharada tid. (12 cucharadas en total).

Recomendaciones: 1) Referido a la Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a la Clínica de Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: paciente egresó al quinto día de su ingreso. No refiere ninguna molestia, ni física, ni psíquica.

CASO No. 13. Expediente No. 386/66. Paciente O.R.D. de 27 años de edad, originario de esta capital y vecino de la misma, sexo masculino, casado, religión evangélica, ladino, comerciante.

Fecha de ingreso: 27/8/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente 15 días de ingerir bebidas alcohólicas. A su ingreso nervioso, tembloroso, ansioso, calambres, verborreico, insomnio, anorexia, alucinaciones auditivas y visuales, agresivo de palabra.

Antecedentes: historia familiar: padrastro vivo, alcohólico; madre viva, no alcohólica.

Hermanos: 6, sanos. Uno bebe en forma moderada.

Hijos: 1: sano.

Examen físico: 1) D.H.E. Grado I.

Medio ambiente: hogar desintegrado, urbano.

Ingresos mensuales: Q180.00, los cuales consume en bebidas alcohólicas cuando cae en crisis.

Historia individual y desarrollo: creció al lado de sus padres hasta 1 año de edad. Luego fue abandonado el hogar por el padre. Después tuvo padrastro, el cual es alcohólico, quien le da mal trato a la madre, lo cual repercute en el paciente. Educación primaria.

Historia ocupacional: se ha dedicado al comercio, actividad en la cual se ha desenvuelto y ha encontrado buena aceptación.

Servicio militar: prestó servicio militar un año, durante el cual no tuvo ningún problema.

Intereses religiosos: creció en la religión católica, pero cuando principió a beber se pasó a la religión evangélica.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 13 años.

Historia médica: hospitalizado en dos ocasiones, una por apendicectomía y en otra ocasión por haberle practicado una rinoplastía.

Carácter según el paciente: considera ser de carácter alegre, extrovertido.

Hábitos de ingestión de alcohol: a la edad de 19 años principió a ingerir bebidas alcohólicas. A los 23 años principió a ingerir en exceso. Considera ser capaz de abstenerse ante la ingestión de alcohol. Frecuencia de las crisis, cada 4 meses.

Reacciona ante la ingestión de bebidas alcohólicas, con angustia, tembloroso.

Estado actual, examen mental: durante las primeras sesiones se encontraba desorientado en tiempo y espacio, refirió pesadillas, lagunas en la memoria.

Los datos se obtuvieron después de sostener cuatro sesiones con el paciente. Durante las entrevistas se le hizo ver del deterioro que produce el alcohol en el individuo, en el aspecto físico, material, moral, psíquico, social y económico. Se le hizo notar que estaba desaprovechando la época más productiva del hombre. Se le hizo notar que es el alcoholismo una enfermedad progresiva y la parte primordial que juega el paciente para su recuperación.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo crónico remitente.
2) Tipo de personalidad pasivo-agresivo.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por boca. 2) Librium Vía I.M. 200 mg. en total. 3) Librium por vía oral, 450 mg. en total. 4) Hidrato de Cloral, 2 gramos en total. 5) Vit. B₁₂ + Vit. B₁ + Complejo B, 1 cc. I.M. diario. 5 cc. en total.

Recomendaciones: 1) Referido a la Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 2) Referido a la Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: paciente egresó al sexto día de su ingreso. Refirió insomnio.

CASO No. 14. Expediente No. 75/69. Paciente J.L.S.R. de 56 años de edad, originario de esta capital y vecino de la misma, sexo masculino, casado, católico, ocupación repartidor, educación primaria.

Fecha de ingreso: 9/9/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico crónico, actualmente con 15 días de ingerir bebidas alcohólicas, con alucinaciones audiovisuales, anorexia, desbalance hidroelectrolítico.

Antecedentes: historia familiar: padre fallecido, no alcohólico. Madre fallecida, no alcohólica.

Hermanos: 5, 3 mujeres y 2 hombres, uno de los cuales es alcohólico.

Hijos: 10: 2 mujeres y 8 hombres, de los cuales dos beben en forma moderada.

Examen físico: 1) D.H.E. Grado II. 2) Caries dental.

Medio ambiente: hogar integrado, urbano.

Ingresos mensuales: Q137.00, de los cuales consume en bebidas alcohólicas Q15.00.

Historia individual y desarrollo: creció al lado de sus padres, los cuales lo trataron con cariño.

Educación: primaria.

Especialización o adiestramiento: aprendió el oficio de hojalatería, actualmente trabaja en un almacén como repartidor.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 19 años. Se casó a los 24 años.

Historia antisocial: estuvo preso en una ocasión.

Hospitalizaciones: en dos ocasiones.

Carácter según el paciente: considera ser de carácter alegre.

Hábitos de ingestión de alcohol: principió a beber a los 35 años, a beber en exceso a los 48 años. Frecuencia de las crisis cada 2 meses. Es capaz de abstenerse, pero incapaz de detenerse ante la ingestión de las bebidas alcohólicas.

Reacciona ante la ingestión de las bebidas alcohólicas con síntomas de angustia, dolor precordial, anorexia, insomnio, depresión.

Estado actual, estado mental: el paciente durante las diferentes sesiones se encontró bien orientado en tiempo, espacio y persona. Coherente.

Los datos se obtuvieron durante diferentes entrevistas sostenidas con el paciente, cinco en total. Durante las entrevistas sostenidas se trató de que comprendiera que es un enfermo, ya que el alcoholismo es una enfermedad. Se le hizo ver que de la colaboración que él prestara, dependía en gran parte su recuperación y su desenvolvimiento normal en el medio familiar y en la comunidad. Se le hizo conciencia de que se diera cuenta de lo importante que era mantenerse en estado sobrio, para bien de él mismo y de su familia.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo moderado remitente. 2) Tipo de personalidad: ciclotímica.

Pronóstico: bueno.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por boca (jugo de naranja, leche, etcétera). 2) Librium por vía I.M. 100 mg. en total. 3) Librium por vía oral, 300 mg. en total. 4) Hidrato de Cloral; 1 gramo en total. 5) Complejo B + Vit. B₁, 1 cc. I.M. diario (5 cc. en total).

Recomendaciones: 1) Referido a la clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a la Clínica de Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: el paciente egresó al quinto día de su ingreso, en buenas condiciones.

CASO No. 15. Expediente No. 385/71. Paciente H.A.C.V. de 24 años de edad, originario de San Pedro Sacatepéquez, soltero, católico, ladino, oficio zapatero, educación primaria, residente en esta capital.

Fecha de ingreso: 3/8/71.

Motivo de ingreso: paciente alcohólico, moderado, ingirió bebidas alcohólicas durante 8 días. A su ingreso al Hospital, tenía cuatro días de abstinencia, y presentaba alucinaciones auditivas, ilusiones, pesadillas, insomnio.

Antecedentes: historia familiar: padre vivo, 50 años, sano, no alcohólico. Madre de 48 años, sana, no alcohólica.

Hermanos: 8: 5 hombres y 3 mujeres.

Examen físico: 1) D.H.E. Grado I.

Medio ambiente: vive en sector urbano, solo.

Ingresos mensuales: Q80.00, de los cuales consume Q40.00 en bebidas alcohólicas.

Historia individual, desarrollo: vivió en un hogar integrado hasta la edad de 15 años.

Educación: primaria.

Especialización o adiestramiento: aprendió el oficio de la zapatería, trabaja en dicho oficio, en el cual ha tenido buena adaptación. Hizo estudios someros de mecanografía.

Historia sexual: primera experiencia sexual a los 16 años.

Historia antisocial: estuvo preso en una ocasión por ebriedad.

Historia médica: padeció proceso neumónico.

Carácter según el paciente: se considera de carácter triste, introvertido.

Hábitos: principió a ingerir bebidas alcohólicas a la edad de 15 años, a beber en exceso a los 24 años.

Es incapaz de detenerse e incapaz de abstenerse ante la ingestión de bebidas alcohólicas.

Reacciona ante la ingestión de bebidas alcohólicas con síntomas de angustia y con sentimiento de culpa.

Clase de licor que ingiere: aguardiente natural.

Estado actual, examen mental: durante el examen se encontraba desorientado en tiempo y espacio, refirió tener pesadillas.

Los datos se obtuvieron luego de sostener tres sesiones con el paciente. Durante las sesiones se le hizo conciencia al paciente sobre el deterioro que ocasiona el libar en el individuo, en lo físico, psíquico, moral, social y económico. Se le hizo saber además que el alcoholismo es una enfermedad y que el individuo que la adquiere difícilmente puede llegar a beber nuevamente en forma social.

Diagnóstico psiquiátrico: 1) Alcoholismo moderado intermitente. 2) Tipo de personalidad esquizoide.

Pronóstico: malo.

Tratamiento: 1) Abundantes líquidos por boca. 2) Librium I.M. 100 mg. 3) Librium por vía oral, 120 mg. 4) Hidrato de Cloral 500 mg. 5) Complejo B + Bit. B₁ 1 cc. I.M. diario, (3 cc. en total).

Recomendaciones: referido a la Clínica de Orientación Psicológica del Patronato Antialcohólico. 2) Referido a la Clínica de Consulta Externa del Hospital Neuropsiquiátrico. 3) Referido a Grupo de Alcohólicos Anónimos.

Egreso: egresó el paciente al tercer día de su ingreso, en buenas condiciones físicas y mentales.

VII. ALCOHOLISMO EN GUATEMALA (1)

Guatemala es el más septentrional de los pequeños países que forman el istmo centroamericano; colinda al norte con México y al sudeste con Honduras y El Salvador, tiene amplias costas sobre el Océano Pacífico y el Mar de las Antillas. Su extensión territorial es alrededor de ciento diez mil kilómetros cuadrados, sin tomar en cuenta el territorio de Belice. Su población en 1965 fue calculada en cuatro millones quinientos mil habitantes, aproximadamente. De éstos, más de las tres cuartas partes habitan áreas rurales, en poblaciones que no exceden de dos mil quinientos habitantes.

La ciudad capital, Guatemala, cuenta más de quinientos mil habitantes y es el único centro urbano de importancia, donde se concentra la mayor parte de los recursos económicos y culturales del país, no obstante ser este un país esencialmente agrícola.

La geografía de Guatemala es bastante accidentada, y posee diversidad de climas, la mayoría de las comunidades están agrupadas sobre las costas y en los valles del altiplano.

Etnográficamente los pobladores actuales de Guatemala, son en su mayoría, descendientes de las razas maya, quiché y tolteca por una parte, y por otra, descendientes de la unión de éstos con los españoles que verificaron la conquista del país a mediados del siglo XVI. Hay un pequeño porcentaje de inmigrantes caucásicos y un número menor de negros y de razas asiáticas.

Aunque es dable encontrar ambientes donde se observan todas las características de la civilización occidental moderna, en gran mayoría, los guatemaltecos pertenecen por tradición a las dos culturas ancestrales, la aborigen y la española, lo que da lugar a la

presencia de un rico mosaico de hábitos, costumbres, y tradiciones, que son objeto de admiración y de numerosos estudios de investigación antropológica.

ASPECTOS SOCIOCULTURALES E INGESTION ALCOHOLICA(1)

Desde el punto de vista de la costumbre de ingerir bebidas alcohólicas, encontramos que ambas fuentes culturales, tanto la indígena como la española, consideran las bebidas espirituosas, como un elemento de gran valor, y así se observa dicha costumbre en los rituales religiosos, como parte de la dieta alimenticia y como factor de significación y prestigio social. En general, hay suma liberalidad en permitir la ingestión de bebidas alcohólicas en todas las subculturas y clases sociales, y aun en casi todas las edades, pero se advierte una actitud negativa, de menosprecio, para con el bebedor consuetudinario.

No se cuenta con estudios estadísticos confiables referentes a la producción total y al consumo per cápita, pero algunos trabajos de investigadores en el campo económico, muestran a primera vista, que la producción, la importación y el consumo son excesivos. Es también excesivo el número de cantinas y frecuente, asimismo, encontrar por la calle individuos de ambos sexos en estado de intoxicación o embriaguez y de abandono. En las ciudades más populosas este espectáculo se observa en cualquier día de la semana y abunda en días de fiesta y domingo. En las poblaciones indígenas, se ha observado que la embriaguez colectiva posee un ritmo diferente, y está relacionada, sobre todo, con las festividades religiosas.

Estas observaciones nos hacen suponer que en Guatemala hay un consumo excesivo de bebidas alcohólicas en general y posiblemente un gran número de enfermos alcohólicos. Hasta el presente, no se han hecho estudios epidemiológicos a nivel nacional, pero los estudios parciales con que contamos, demuestran que tanto la ingestión excesiva como el alcoholismo y sus consecuencias, constituyen un problema de salud pública.

ASISTENCIA AL PACIENTE ALCOHOLICO(1)

La lucha antialcohólica comenzó sistemáticamente en Guatemala, en el año de 1945, con la fundación del Patronato, creado por la iniciativa de personas altruistas, quienes en un principio contaron con amplia ayuda estatal, la que luego fue reducida. Esta es la única institución que al presente ofrece tratamiento especializado al paciente alcohólico, aunque en proporciones y con recursos muy limitados.

En el año de 1959(1) comenzaron a desplegar sus actividades en el país, los primeros grupos de Alcohólicos Anónimos, cuyas filas se han ido engrosando en forma apreciable.

Algunos pacientes que prestan las formas más graves de las complicaciones del alcoholismo (cirrosis, psicosis), son atendidos en los hospitales generales y en el Hospital Neuropsiquiátrico. Los demás pacientes, suponemos, son atendidos en clínicas médicas privadas, y otros, la mayoría, permanecen sin ninguna forma de tratamiento profesional.

ORGANIZACION Y LABORES DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO(1)

El Patronato Antialcohólico de Guatemala, es regido por una Junta Directiva y un estatuto aprobado legalmente; su financiamiento proviene en parte del Estado y de diversas fuentes; actualmente su presupuesto es bastante reducido. Ello no obstante, el Patronato dirige tres programas de prevención de tratamiento médico especializado y de tratamiento psicológico y social.

1. El programa o campaña de prevención consiste a su vez, en las siguientes actividades:
 - a) Campaña educativa, ambulante; con un equipo de unidad móvil, cine, grabadora y conferenciantes, son visitadas diferentes comunidades aledañas a la capital; está dirigida al público en general.
 - b) Centro recreativo de Bethania, que cuenta con un edificio y campos adecuados para actividades sociales y deportivas, cubre un sector de la capital.

c) Clubes sociales que funcionan en forma autónoma de diversas comunidades, fuera de la capital y son asesorados en sus actividades por el personal del Patronato encargado de esta campaña.

2. El programa de tratamiento médico especializado, se lleva a cabo en un centro llamado Sanatorio Antialcohólico, que data del año 1951.

Este centro tiene espacio suficiente e instalaciones adecuadas para 60 camas, pero nunca ha sido totalmente ocupado, pues debido a las circunstancias socioeconómicas de la clientela y del Patronato, se cobra una cuota por los servicios prestados.

El Sanatorio es atendido por un médico director, dos médicos auxiliares, una enfermera graduada y el número suficiente de auxiliares, según la magnitud de la población atendida. Actualmente, el Sanatorio presta a sus pacientes, un servicio médico especializado más o menos completo. Después de anotados los datos generales del paciente y su estado de salud, se procede al examen médico, haciendo especial hincapié en la apreciación de los signos vitales, para aquellos pacientes que llegan en estado delicado. Luego se procede a clasificarlos, según que se trate de:

- a) Pacientes que presentan un buen estado general y únicamente síntomas de ingestión aguda alcohólica, no grave.
- b) Pacientes con buen estado general y crisis de abstinencia sin signos alarmantes.
- c) Pacientes con ingestión aguda y estado general grave, el que puede manifestarse por síntomas orgánicos (depresión respiratoria, colapso circulatorio) o bien mentales (estados de manía aguda, delirios y alucinaciones) o que presentan un cuadro patológico sobreagregado, sea éste consecuencia o no del alcoholismo (complicaciones del sistema nervioso, del sistema digestivo, respiratorio, diabetes, malnutrición, infecciones venéreas u otras, etcétera).

El tratamiento médico consiste en atender la condición particular del paciente, para lograr su pronta recuperación.

Además de proceder a su desintoxicación alcohólica por los medios habituales. Como ya dijimos, los casos graves de psicosis alcohólica y cirrosis son enviados a los hospitales nacionales.

3. La Clínica de Tratamiento Psicológico Social(1) fue fundada en octubre de 1963 y es el paso más importante dado por la administración del Patronato en los últimos años. La experiencia anterior demostró que numerosos pacientes atendidos, sólo con el tratamiento médico especializado en medio sanatorial, sufrían frecuentes recaídas y causaban numerosos reingresos en el Sanatorio. Inspirados por las recomendaciones del Seminario Latinoamericano de Viña del Mar en 1961(1), y como consecuencia de las recomendaciones de la Primera Reunión Regional Centroamericana sobre Alcoholismo, celebrada en Guatemala en 1962, con los auspicios del Patronato y la Oficina Sanitaria Panamericana, fue aceptada y secundada por los directivos la iniciativa de ampliar los servicios del Patronato en el sentido de proporcionar un tratamiento psicológico y social a los pacientes y sus familias. Se elaboró un proyecto de labores mínimas que luego se han ido ensanchando, y la clínica fue abierta al público en noviembre de 1963.

Previamente a la apertura, hubo un período de adiestramiento dirigido a los empleados componentes del grupo de trabajo que aun no tenían experiencia en el campo del alcoholismo, y se elaboró un modelo de expediente hecho a propósito para que pueda ser utilizado en investigaciones epidemiológicas. En esta clínica trabaja el personal siguiente: un médico psiquiatra, que oficia de jefe, un psicólogo clínico y una trabajadora social. Los dos primeros han sido contratados para dedicación parcial, pero el servicio social trabaja con dedicación exclusiva.

Todas las solicitudes son atendidas por la trabajadora social, quien después de recoger los aspectos sociales en el ex-

pediente y de entrevistar a los familiares cercanos, prepara al paciente para su primer contacto con el psiquiatra. Este hace una evaluación somera de la condición del paciente y toma una decisión respecto de la conducta a seguir:

- a) Si está intoxicado y perturbado, lo envía al Sanatorio para su pronta recuperación.
- b) Si se presenta abstinencia y en estado mental relativamente integrado, discute con él los principios y finalidades del servicio, preparándolo para el proceso que ha de seguir.
- c) Si es evidente que el paciente presenta un trastorno emocional, se inicia la psicoterapia hasta que su condición mejore.
- d) Si hay un cuadro mental grave, se envía al paciente al Hospital Psiquiátrico.
- e) Si se considera necesario, se hace uso de medicamentos tranquilizantes, únicamente y por corto tiempo.

El paciente debidamente preparado, pasa después al estudio psicológico a cargo del psicólogo clínico, quien lo entrevista y le administra una serie de tests de inteligencia y de personalidad (Rorschach y B.T.) de intereses, aptitudes y motivaciones y otros de tipo cuestionario.

Estos tests han sido diseñados también especialmente para el paciente alcohólico, con miras a la investigación científica, y al mejor conocimiento de las características del problema. Entretanto la trabajadora social hace las visitas necesarias al hogar del paciente y establece los contactos precisos con su familia, para conocer mejor la situación del medio en que vive y la clase de relación que existe entre él y su ambiente social; de quién depende emocional y económicamente y, además, ayudarlo mientras dure su atención por parte de la clínica.

Estas actividades culminan en una conferencia donde se reúnen los tres profesionales, para discutir los hallazgos y pormenores del caso, a fin de definir su situación integralmen-

te, tanto desde el punto de vista físico, como psicológico y social, definir su incapacidad y el diagnóstico que le corresponde y sobre esa base, decidir qué clase de atención recibirá el paciente de allí en adelante.

Desde el punto de vista del tratamiento psicológico, se puede optar por una terapia de sostén, o bien por una terapia de grupo; un número reducido de pacientes son seleccionados para psicoterapia individual de tipo formal.

La clínica presta su atención muy especial al tratamiento social, dedicado a contrarrestar los problemas sociales sobreagregados, tales como los de situación familiar, trabajo, salud en general y otros que hayan surgido durante el proceso de la enfermedad, especialmente las consecuencias económicas y sociales de la adicción, que tengan el significado de defensas para justificar la dependencia. Se trata de ayudar al paciente a confrontarlas y a superarlas bajo nuestra tutela, de manera que a la vez se siente protegido y motivado a seguir adelante.

4. Adiestramiento y educación sobre problemas de alcoholismo(1). Pese a las dificultades imperantes en el medio en relación con estos dos aspectos, y a pesar del poco tiempo disponible, la clínica ha logrado en los dos últimos años, adiestrar a un médico, un psicólogo y dos trabajadoras sociales más, que han colaborado con el personal de planta en el trabajo clínico. También se ha dado asesoramiento para la realización de tres trabajos de tesis de graduación profesional, y se han realizado pequeñas contribuciones a la investigación nacional sobre aspectos del alcoholismo, orientadas según las bases del conocimiento actual. Se han dictado cursillos sobre la educación dirigidos a estudiantes de magisterio, siguiendo las bases propuestas por el doctor Custodio Muñoz, de Chile.

Debemos agregar que, a través de las actividades de la clínica, el Patronato ha logrado una coordinación y el establecimiento de relaciones positivas con las diferentes instituciones nacionales y privadas a quienes se pide colaboración



para esta labor, incluyendo la colaboración recíproca de Alcohólicos Anónimos.

5. Evaluación(1). No se ha hecho aún una evaluación técnica exhaustiva de las labores del Patronato. De los datos con que contamos podemos deducir que sus labores alcanzan sólo a una población reducida del país, debido a limitaciones de recursos. Pero también debemos notar que es la única institución disponible, para tratar el alcoholismo en forma científica, la única que cuenta con personal especializado y la única que tiene experiencia en este aspecto de la lucha contra el alcoholismo en Guatemala.

Lamentablemente, no nos es posible analizar, por estar ella fuera de nuestro alcance, la experiencia de los Alcohólicos Anónimos, valiosa, sin duda alguna, y que cumple una importante misión con sus programas y métodos, beneficiosos seguramente para gran número de alcohólicos en situación adecuada, para recibirlos. Evaluar los resultados de la clínica de tratamiento psicosocial es aún prematuro dado el poco tiempo que lleva funcionando; la experiencia hasta el momento es alentadora.

VIII. DEFINICIONES BASICAS(10)

INTRODUCCION

El planeamiento de investigaciones epidemiológicas y sociológicas conjuntas y paralelas entre los diversos países y culturas de América Latina, requiere una serie de condiciones esenciales: definiciones comunes del problema a investigar, técnicas y procedimientos similares para obtener la información, entrenamiento uniforme del personal comprometido en el proyecto, centros de trabajo en los países o regiones participantes y uno o dos centros coordinadores a nivel continental. Más adelante trataremos acerca de las técnicas y los procedimientos para obtener la información, correspondiéndonos ahora discutir el problema de las definiciones acerca del alcoholismo y problemas del alcohol.

En diversos trabajos anteriores, hemos analizado el problema de las definiciones en salud mental en general y con respecto al alcoholismo en particular, haremos una breve síntesis del tema. Entendemos por definición la determinación de un concepto y la especificación de sus cualidades de acuerdo con un objetivo preestablecido.

El objetivo(10), en la definición científica, es describir y/o explicar un conjunto de fenómenos como dice Hempel: el vocabulario de la ciencia tiene dos funciones básicas: primero, permitir una descripción adecuada de las cosas y los sucesos que son objetivo de la investigación científica. Segundo, permitir el establecimiento de leyes generales y teorías mediante las cuales puedan explicarse, predecirse y así extenderse científicamente, eventos particulares; puesto que entender un fenómeno científicamente es mostrar que ocurre de acuerdo con ciertas leyes generales o principios teóricos.

Además de aspirar a un nivel conceptual descriptivo y/o explicativo, las definiciones del alcoholismo y de los problemas del alcohol que propongamos, deben evidenciarse objetivamente, es decir, ser operacionales.

Una definición operacional(10) para un término dado, se concibe como aquella que entrega criterios objetivos, de manera que cualquier investigador pueda decidir, en cualquier caso particular, si el término se aplica o no a dicho caso.

La tercera condición, necesaria a estas definiciones en un continente como el latinoamericano donde coexisten tantas culturas, es el carácter transcultural.

DEFINICION DEL ALCOHOLISMO Y DE OTRAS FORMAS DE INGESTION DE ALCOHOL

Inicialmente enunciaremos las definiciones de los cuatro tipos de bebedores, para luego en la sección siguiente, discutir las consecuencias de la ingestión anormal de alcohol.

Ingestión patológica de alcohol o alcoholismo(10)

Enfermedad caracterizada por la presencia regular de dependencia sociocultural y/o psicopatológica física hacia el etanol. Esta

última dependencia se manifiesta en forma de "incapacidad de detenerse o de abstenerse", después de la ingestión de alcohol.

Ingestión excesiva simple de alcohol(10)

Ingestión habitual (más de 3 días a la semana). Por dependencia sociocultural y/o psicopatológica de más de 100 cc. de alcohol absoluto (más de 1 litro de vino, más de un cuarto de litro de bebidas espirituosas, más de dos litros de cerveza, etcétera), en un día calendario, y/o presencia de 12 o más estados de embriaguez (con algún grado de incoordinación motora), en un año calendario.

Ingestión moderada de alcohol(10)

Ingestión habitual de menos de 100 cc. de alcohol absoluto en un día calendario, y/o presencia de menos de 12 estados de embriaguez en un año.

Abstinencia de alcohol

Ausencia absoluta de ingestión de alcohol(10), o ingestión en cantidad moderada hasta 5 veces en un año calendario, en situaciones excepcionales.

Los cuatro criterios más importantes para clasificar las variedades de ingestión de alcohol son: *a)* cantidad de alcohol consumido, criterio inseparable de *b)* distribución diaria y/o calendario de la ingestión; *c)* efectos inmediatos del alcohol consumido, es decir presencia o no de embriaguez; y *d)* factores que inducen a la ingestión: socioculturales, psicopatológicos o fisiopatológicos.

Con respecto a la cantidad, ella puede medirse en términos del porcentaje de calorías aportadas por el alcohol a la dieta diaria del sujeto. Fijáramos arbitrariamente en 20% el límite entre ingestión moderada y excesiva. En la práctica, un hombre que consume 3000 calorías derivadas del alcohol, no más de 600 calorías diarias se permanece como bebedor moderado. Como cada gramo de alcohol oxidado libera en el organismo 7.1 calorías, el total de alcohol absoluto ingerido no debería exceder en este caso, los 100 u 80 gramos, los cuales equivalen aproximadamente a un litro de vino (con un 10%

de alcohol o 1/4 litro de bebidas espirituosas (con 40% de alcohol), o dos litros de cerveza (con 5% de alcohol).

TABLA I

Tipos de ingestión de alcohol y criterios para su clasificación (10)

a) Cantidad	b) Distribución	c) Efectos	d) Factores inductores
1. Moderada.	Remitente Intermitente Continua	Sin embriaguez.	Sin o con dependencia sociocultural hacia el alcohol.
2. Excesiva.	Remitente Intermitente Continua	Con o sin embriaguez.	Con dependencia cultural y/o psicopatológica hacia el alcohol.
3. Patológica o alcoholismo.	Remitente Intermitente Continua		Con dependencia cultural y/o psicopatológica y física hacia el alcohol.

La distribución del alcohol ingerido a lo largo del tiempo puede adoptar un ritmo remitente, intermitente o continuo, ritmo que vale para los tres tipos de bebedores: moderado, excesivo y alcohólico.

En este último, el término remitente implica la desaparición transitoria de la patología y por lo tanto de los mecanismos fisiopatológicos que explican la dependencia física (dipsomanía clásica).

El término remitente(10) se usa para describir la ingestión en ocasiones aisladas, o durante períodos de pocos días, con largos intervalos en tiempo (meses o años) entre las ocasiones o series de días.

El bebedor moderado remitente lo hemos incluido más arriba, en la definición del abstemio, para los fines de estudiar la prevalencia o incidencia de los diversos tipos de bebedores en una población.

La frecuencia intermitente(10) se caracteriza por la ingestión en ocasiones aisladas, o durante períodos de pocos días, con intervalos cortos de tiempo (días o semanas) entre ellos.

La frecuencia continua, sin periodicidad, implica sólo horas de intervalo entre las sucesivas ingestiones.

Con respecto a efectos de la ingestión, nos limitaremos aquí a comentar los efectos inmediatos sobre el sistema nervioso central.

La ingestión moderada(10) generalmente no se acompaña de embriaguez, o ella aparece menos de 12 veces durante un año calendario. La embriaguez implica algún grado de incoordinación motora, excluyéndose el simple estado de bienestar. El bebedor excesivo y el alcohólico, pueden o no presentar estado de embriaguez. Generalmente la presentan 12 o más veces por año aquellos bebedores excesivos que tienen un ritmo de ingestión intermitente. Los factores inductores de la ingestión de alcohol pueden agruparse en tres grandes categorías: socioculturales, psicopatológicas y fisiopatológicas.

Ellos serán analizados en detalle más adelante, de modo que nos limitaremos a definirlos someramente.

Existe dependencia sociocultural(10) cuando un individuo bebe sólo para adaptarse a las normas o patrones del grupo social al cual pertenece.

Esta dependencia puede inducir a ingestión moderada o excesiva y en el alcohol puede coexistir con la dependencia física.

Existe dependencia psicopatológica(10) cuando un individuo bebe para calmar síntomas corporales, desencadenados en la mayoría de los casos, por una ingestión de alcohol, minutos u horas antes. La dependencia física hacia el alcohol ocurre exclusivamente en los alcohólicos y su presencia es una condición *sine qua non* para el diagnóstico definitivo de la enfermedad. Puede estar acompañada, en estos pacientes, por la dependencia sociocultural y/o psicopatológica.

El criterio del factor patogénico dependencia física es en sí mismo suficiente para el diagnóstico de alcoholismo, cualquiera que sea la cantidad, la distribución o los efectos de la ingestión.(10)

LA CONCEPCION ACTUAL(9)

Analizaremos para exponer el concepto de enfermedad, la obra capital de Jellinek, quien revisó en forma exhaustiva la literatura pertinente hasta mediados de 1958, el trabajo del autor en esa misma fecha.

Jellinek(9) aplica su extensa experiencia internacional sobre el problema, para elaborar un concepto genérico, abierto y amplio de alcoholismo, utilizando para su definición, sin mencionarlo explícitamente, el principio de relativismo cultural. Su punto de partida es la noción básica del daño o lesión provocados por el uso de etanol; acepta como alcoholismo "cualquier uso de bebidas alcohólicas que causa cualquier daño al individuo o a la sociedad, o a ambos", y enumera cinco especies del género con las letras alfa a epsilon, dejando abierta su clasificación para los miembros de cualquier cultura o subgrupo dentro de una cultura para que puedan agregar especies.

El alcoholismo alfa(9) representa un apoyo o dependencia psicológica pura y continua del efecto del alcohol para aliviar el dolor físico o emocional. La ingestión es indisciplinada, pero no conduce a la pérdida de control o a la incapacidad de abstenerse.

El daño en este caso sería la perturbación de las relaciones interpersonales, interferencia con el presupuesto familiar, ausentismo ocasional al trabajo y disminución de la productividad y algunas de las deficiencias nutricionales del alcoholismo.

Alcoholismo beta(9) es aquella especie de alcoholismo en la cual pueden aparecer complicaciones alcohólicas tales como polineuropatía, gastritis y cirrosis hepática, sin dependencia, ya sea física o psicológica, hacia el alcohol. Sería causado por hábitos culturales de ingestión, y el daño en este caso lo constituyen, por supuesto, las enfermedades de deficiencia nutricional, y eventualmente, la baja del presupuesto familiar, el descenso de la productividad, así como una disminución de la expectativa de la vida.

Alcoholismo gama(9) es aquella especie de alcoholismo en el cual aparecen:

- 1) Una tolerancia tisular aumentada o adquirida hacia el alcohol.

- 2) Un metabolismo celular adaptativo.
- 3) Síntomas de privación y deseo impetuoso, es decir, dependencia física.
- 4) Pérdida de control.

Esta última especie provoca el mayor y más serio de los daños.

La pérdida de control, por supuesto, perturba en un grado máximo las relaciones interpersonales. El daño a la salud en general y el estado financiero y social, son también más marcados que en otras especies de alcoholismo.

El alcoholismo delta(9) muestra las tres primeras características del alcoholismo gama, así, como una forma menos marcada de la cuarta característica, es decir, en lugar de pérdida de control, hay incapacidad de abstenerse.

En contraste con el alcoholismo gama, no hay una capacidad para hacerse abstinente, ni aun por uno o dos días, sin que aparezcan síntomas de privación; la capacidad para controlar la cantidad ingerida en cada ocasión, sin embargo, permanece intacta. El daño está representado aquí por el desarrollo mismo de la adicción y la aparición frecuente de complicaciones.

El alcoholismo epsilon(9), dipsomanía o alcoholismo periódico, no sería descrito ni definido ya que parece ser la menos conocida de las especies del alcoholismo. En el curso de sus crisis periódicas, los alcohólicos epsilon pueden causar serios daños. Al discutir el concepto de "enfermedad" aplicado a estas especies de alcoholismo, Jellinek dice: "El alcoholismo alfa puede descartarse, ya que es un síntoma de una perturbación subyacente. Con respecto al alcoholismo beta, también debe descartarse, ya que no es una enfermedad, *per se* y ni siquiera un síntoma. A menos que consideremos a la ingestión que produce el daño (algunas enfermedades alcohólicas) como patología social, un concepto más bien difuso". Esto nos deja con las especies gama, delta y epsilon de alcoholismo. Las primeras dos pueden considerarse como enfermedades, dado que la adaptación del metabolismo celular, la tolerancia tisular aumentada, y los síndromes de privación, son los que inducen el deseo impetuoso y la pérdida de control o la incapacidad de abstenerse.

DEFINICION CLINICA(9)

Bajo el título general de "alcoholismo" suelen agruparse los diversos síndromes consecutivos a la ingestión de alcohol (C_2H_5OH). Estos efectos son insignificantes a pesar del extendido consumo social del alcohol y de la actitud adoptada por la mayor parte de las personas respecto a él. La ingestión del alcohol es una antigua costumbre en estrecha relación con la religión, los hábitos sociales, las leyes y la medicina.

DEFINICION Y DELIMITACION CLINICA DEL ALCOHOLISMO Y LOS PROBLEMAS DEL ALCOHOL PARA UN PROGRAMA DE SALUD PUBLICA(17)

Dadas las dificultades que se presentan para definir el alcoholismo a causa de la complejidad de su patogenia, en la que se interrelacionan factores fisiológicos, psicológicos y sociales aún no totalmente conocidos, podría definirse el alcoholismo, para el planteamiento de programas de salud, como "un trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detener la ingestión de alcohol, una vez iniciada y la incapacidad de abstenerse de alcohol. Aceptando como criterio estos dos síntomas fundamentales, se identifican dos formas clínicas: a) alcoholismo intermitente, caracterizado por la incapacidad de detenerse, y b) alcoholismo continuo o inveterado, caracterizado por la incapacidad de abstenerse de alcohol.

Estas dos formas pueden presentarse alternativamente en un mismo paciente.

En la práctica, se trataría de reconocer los síntomas mencionados, los cuales son expresión de una "dependencia" física, psicológica y/o cultural hacia el alcohol.

Otros síntomas(17) son los que constituyen el síndrome de privación (temblor, insomnio, irritabilidad, malestar físico, angustia, etcétera). Son importantes además, los estados de tensión, los conflictos familiares y sociales y el desarrollo de modificaciones funcionales y orgánicas vinculadas a su ingestión.

En etapas avanzadas de la enfermedad, el reconocimiento de los síntomas fundamentales es relativamente fácil. En el alcoholismo inveterado, las manifestaciones del síndrome de privación son evidentes, a lo largo de toda la evolución; pero las etapas iniciales del alcoholismo intermitente, el reconocimiento del síntoma fundamental, se hace más difícil.

En estos casos, podrían utilizarse índices indirectos, como son las consecuencias que el exceso en la ingestión ha producido en la vida social y económica y en la salud física y mental del individuo.

Cuando un paciente reconoce la existencia de estos trastornos, y a pesar de ello, continúa bebiendo, existe la posibilidad de inferir indirectamente la presencia de dependencia física, en el alcoholismo intermitente.

En esta forma clínica(17), la incapacidad para detenerse en la ingestión de alcohol, suele no ser absoluta y puede controlarse en el comienzo de la enfermedad, si la cantidad ingerida no alcanza un alto nivel.

Pero la incapacidad de detener la ingestión de alcohol tiene, sin duda, un carácter progresivo y es un tanto más difícil de dominar cuanto más evolucionada está la misma. Sin embargo, en casos con serios trastornos psicopatológicos y en algunos enfermos con manifestaciones de daño cerebral, puede observarse que la incapacidad en la ingestión de alcohol, aparece cada vez que comienza a beber.

De todas maneras, antes de llegar a ser alcohólico, el enfermo pasa por diversas etapas en su hábito de ingestión de alcohol.

A este respecto, la población general puede clasificarse en los siguientes grupos: 1) abstemios; 2) bebedores moderados; 3) bebedores excesivos; y 4) alcohólicos. Cada grupo puede subdividirse de acuerdo a características más específicas.

El bebedor excesivo(17) se caracteriza por una ingestión de alcohol que en general sobrepasa, en cuanto a cantidad, el término medio que traduce la pauta cultural de la comunidad, a la cual pertenece, y que podría apreciarse en la aportación calórica del alcohol ingerido (superior a un 20% de calorías totales de la dieta, según algunos). Es necesario hacer notar la importancia médico-social de esta forma de beber, por la cual pasan todos los individuos que llegarán a ser alcohólicos, y la necesidad de hacer investigaciones para establecer

criterios más objetivos que definan el grupo y estudien su vulnerabilidad. Si bien es cierto que los bebedores pueden tener anomalías de personalidad, ya sea en el sentido de la desviación neurótica, psicótica, orgánica, cerebral o psicopática, es también importante considerar otros factores, especialmente los sociogénicos.

La intoxicación alcohólica aguda(17) (ebriedad) constituye un serio problema social que crece en la medida de su difusión; sin embargo, no es un índice de alcoholismo "per se".

Hay países en que el alcoholismo está muy difundido y los estados de intoxicación aguda no siguen igual frecuencia, muy especialmente cuando el medio social repudia dicho estado. La frecuencia de embriaguez puede ser un índice indirecto de alcoholismo, como se ha dicho anteriormente.

Las complicaciones médicas(17) (cirrosis hepática, gastritis, etcétera) y neuropsiquiátricas (polineuritis, psicosis, etcétera) no traducen necesariamente la presencia del alcoholismo, pues excepcionalmente pueden aparecer en los bebedores excesivos. Ellas serían consecuencias indirectas de la ingestión excesiva de alcohol. Los factores causales más importantes serían deficiencias nutricionales (cirrosis hepática, encefalopatía de Wernicke, polineuropatías, etcétera) y una predisposición acentuada a la aparición de psicosis.

IX. REVISION DE LOS METODOS TERAPEUTICOS USADOS EN MEDICINA

ALCOHOLISMO AGUDO(3)

La mayor parte de los pacientes que padecen de alcoholismo agudo, poco es lo que necesitan como tratamiento especial, suele bastar con dormir para eliminar la intoxicación. Sin embargo, los casos de coma requieren atención médica de urgencia.

Debe calentarse y mantenerse calor suficiente, cambiándolo con frecuencia de postura; hacer lavado gástrico con sonda; si la respiración está muy deprimida, se le hará inhalar una mezcla gaseosa de 5 a 10% de anhídrido carbónico y 90 a 95% de oxígeno. Si se necesita recurrir a estimulantes pueden administrarse de 0.75 a 1 gramo de cafeína con benzoato de sodio por vía bucal o hipodérmica. El sulfato de benzedrina es muy estimulante y muy eficaz en dosis bucales, de 5 a 10 gramos. Para activar la oxidación del alcohol sanguíneo, es conveniente dar 100 cc. de solución de glucosa al 50% combinados con 20 unidades de insulina y de 50 a 100 mg. de clorhidrato de tiamina.

Puede ensayarse el ACTH (si hay deshidratación debe administrarse líquidos en abundancia, que contengan cloruro sódico. En caso de colapso circulatorio puede ensayarse otros estimulantes, como sulfato de efedrina por vía intramuscular: 0.3 gramos) cada dos horas. Las cefalalgias y gastritis post-alcohólicas exigen interrumpir la ingestión del alcohol, siendo conveniente administrar cloruro sódico y líquidos en abundancia, de preferencia leche, acompañados de una dieta rica y amplia.

ALCOHOLISMO CRONICO(6)

- a) *Definición:* trastornos nerviosos, mentales y orgánicos, debido a la ingestión repetida de dosis tóxicas de alcohol.
- b) *Etiología:* la causa del alcoholismo crónico es un problema psiquiátrico complejo; esquemáticamente se distinguen el alcoholismo profesional y social, del alcoholismo como reacción a una situación penosa y el alcoholismo en individuos que presentan rasgos neuróticos o psicóticos más o menos evidentes.

- c) *Síntomas:* contacto afectivo demasiado fácil, labilidad afectiva, falta de constancia, egocentrismo. El adicto al alcohol es eufórico, todo le va bien; disculpa sus excesos, los explica, los racionaliza.

Su memoria y su juicio disminuyen, se vuelve desconfiado y a menudo muy celoso. Su libido disminuye. El examen revela dilataciones venosas de los pómulos, atrofia en papel de cigarrillo del dorso de la mano, en los casos más avanzados aparece temblor de la lengua, de los labios y de los dedos, signos de gastritis, de cirrosis de Laennec o de polineuritis. En las formas graves se observan atrofas ópticas y episodios convulsivos.

d) *Tratamiento:*

1. Médico. Cirrosis hepática y polineuritis. Se utiliza a veces la apomorfina después de la ingestión de alcohol para crear un reflejo asco.

Peligros: hipotensión, síncope, arritmias.

DELIRIUM TREMENS(3)

Tratamiento

Es un trastorno agudo que tiene tendencia a resolverse espontáneamente, pero requiere atención urgente. La hospitalización es obligada; tiene gran importancia la atención cuidadosa y capacitada de una buena enfermera.

Los sedantes están siempre indicados; el medicamento de elección es el paraldehído en dosis de 10 a 20 cc. por vía bucal o de 15 a 25 cc. en el recto.

La supresión del alcohol debe ser inmediata, no está justificada la supresión gradual. Si se rechaza el paraldehído debe darse el hidrato de cloral en dosis de 1 a 2 gramos, también son útiles los barbitúricos; se prefiere el amital sódico en dosis de 0.5 gramos a causa de la rapidez de su acción. El principal esfuerzo debe dirigirse en el sentido de obtener un estado de relajación, eliminar los terrores y procurar un sueño prolongado.

La hidroterapia(3) en forma de baño de larga duración, también es de utilidad. Nunca se debe utilizar la fuerza, pues eso haría aumentar el estado de temor del paciente, quien debe protegerse contra posibles daños accidentales que puede ocasionarse él mismo a causa del miedo.

Es necesario tomar precauciones contra el suicidio.

La terapéutica inmediata(3) debe incluir también la administración abundante de líquidos y la combinación de 100 cc. de solución de glucosa al 50%, inyección intravenosa, y 20 unidades de insulina por vía intramuscular. El clorhidrato de tiamina 50-100 mg. y el ácido nicotínico 10 mg. deben darse enseguida y repetirse tres veces al día.

Algunos terapeutas han recomendado una medicación vitamínica masiva, administrando hasta 1500 mg. de ácido nicotínico y 500 mg. de clorhidrato de tiamina como tratamiento de urgencia. El entusiasmo por la punción lumbar ha decaído, por no estar comprobado que tenga gran eficacia. Para reducir el edema cerebral deberá inyectarse por vía venosa solución hipertónica de glucosa. También puede ser eficaz el sulfato de magnesio por vía bucal. Sólo cuando haya signos de hiposistolia deberá digitalizarse al paciente.

El ACTH en dosis de 25 mg. cada 6 horas, puede ser específico y está justificado ensayarlo. El principal esfuerzo debe hacerse para tratamiento de sostén. El paciente debe guardar cama con calor suficiente, pero permitiéndole que tenga libertad de movimientos. La alimentación debe ser líquida o semilíquida y rica en hidrocarburos, electrolitos y vitaminas. Es necesario tranquilizar repetida-

mente al paciente; lo mejor es mantenerlo en una habitación bien iluminada o en oscuridad total, ya que las sombras tienden a aumentar las ilusiones visuales. Suele conseguirse el restablecimiento completo, aunque la mortalidad aproximada es del 5%. Algunos recomiendan el uso de anticonvulsivantes.

ALUCINOSIS ALCOHOLICA(13)

Esta variedad de los trastornos mentales engendrados por el alcoholismo se caracteriza por la existencia de alucinaciones principalmente auditivas, muy vividas, e interpretaciones delirantes, contrastando el todo bastante conservación de la lucidez mental.

La alucinosis aparece, por regla general, después de un período de excesos alcohólicos que pueden haber sido solamente pasajeros. Los enfermos razonan y proceden ordenadamente, salvo en lo que se relaciona con su delirio y por esa circunstancia pueden seguir dedicados a sus ocupaciones habituales sin llamar la atención, a menos que, como también puede ocurrir, den señales de un miedo y una inquietud inexplicables.

Las alucinaciones(13) se producen principalmente de noche, en los principios de la enfermedad y son percibidos como ruidos rítmicos (tocidas, carraspeos, toques, palmadas). Más tarde, se convierten en alucinaciones verbales; el enfermo oye su nombre, lo insultan, lo amenazan, le hacen advertencias; se entablan diálogos referente a su persona, lo previenen contra los que le dirigen la palabra, ordenándole que calle o que no obedezca, etcétera. Por la noche tiene visiones, así como sensaciones táctiles muy molestas. El cuadro alucinatorio se complica, como hemos dicho, de interpretaciones delirantes, de carácter ansioso, de ideas de persecución o influencia ejercida por otros seres. En la mayoría de los casos de alucinosis desaparece después de algún tiempo, tanto más corto cuando más eficaz es el tratamiento; pero hay ocasiones en las que se prolonga indefinidamente, sobre todo cuando la intoxicación existe en sujetos de temperamento esquizoide o paranoide, en quienes el mal de fondo se revela con el estímulo de la alucinosis.

TRATAMIENTO(4)

El tratamiento consiste en colocar al paciente bajo una supervisión tal, que no le sea posible cometer actos imprudentes ni dañarse a sí mismo.

Es obvio que debe suspenderse la ingestión de toda bebida alcohólica. El baño continuo ayuda a calmar el miedo y la angustia, y a este fin también son útiles la clorpromazina y los agentes tranquilizantes semejantes. La administración de alimento no es tan difícil como en el delirium tremens, pero el paciente debe comer regularmente y en abundancia. Es aconsejable administrar grandes cantidades de jugo de naranja y complejo vitamínico B.

SINDROME DE WERNICKE(14)

Esta encefalopatía, que resulta de una deficiencia de vitamina B, puede asociarse con el alcoholismo o con otros cuadros en los que existe dicha diferencia.

Psicosis aguda, o crónica, poco común, caracterizada por alucinaciones particularmente auditivas: el enfermo oye terceras personas que hablan de él. Está orientado y su conducta es ordenada.

PSICOSIS DE KORSAKOFF(14)

En algunas ocasiones se nota que lo que parece ser un caso ordinario de delirium tremens, presenta remisión de las alucinaciones y del delirio agudo, pero el conjunto de síntomas se confunde con un cuadro caracterizado por amnesia, desorientación respecto al tiempo y el lugar, y falsificación de la memoria, asociados a síntomas y signos de neuropatía periférica. Otras veces este síndrome se desarrolla en el alcohólico crónico que no ha sufrido previamente delirium tremens, pero que ha abusado de la ingestión del alcohol durante varios años. Este conjunto de signos y síntomas fue descrito en 1887 por el psiquiatra ruso Sergei Korsakoff. A causa de su frecuente asociación con el alcoholismo crónico, desde hace mucho tiempo la psicosis de Korsakoff se clasifica entre las psicosis alcohólicas.

TRATAMIENTO(14)

El primer paso del tratamiento es descontinuar el uso del alcohol. Para corregir la deficiencia de Vitamina B₁, pueden administrarse 20 a 50 mg. diarios de cloruro de tiamina durante unos cuantos días, seguidos de 20 gr. de levadura de cerveza en polvo, disuelta en leche helada, 3 veces al día. Deben proporcionarse libremente alimentos ricos en complejo vitamínico B, como leche, frutas, huevos, carne y otros. Posiblemente también sea aconsejable administrar ácido ascórbico. Si ya se han instalado cambios irreversibles, las vitaminas modifican los síntomas. Al igual que en otros trastornos mentales asociados al alcoholismo crónico, a menudo conviene administrar dosis diarias de insulina. Cuando existe neuropatía aguda, es aconsejable el reposo en cama. Tan pronto como desaparecen el dolor y la hipersensibilidad en las piernas, los masajes y la electricidad son recursos útiles. Es entonces cuando debe hacerse que el paciente mueva los pies.

ALCOHOLICOS ANONIMOS(14)

Existe una organización que en años recientes ha producido muchas curas temporales e incluso prolongadas de alcoholismo, se trata de Alcohólicos Anónimos, establecida en 1935 en Akron, Ohio, y dirigida por personas que fueron alcohólicas. La organización actualmente cuenta con un millón de miembros. Aunque está estructurada sin guía psiquiátrica, su movimiento principalmente se limita a un programa social y espiritual, ha sido de gran valor en la reorientación de muchos adictos hacia una vida socialmente adecuada. Este programa, se ha ideado con un optimismo realista, ha utilizado de manera constructiva muchos principios de la psicoterapia de grupo. Casi todos los miembros de Alcohólicos Anónimos tienen una inteligencia, una educación y un nivel social superiores al promedio; por tales razones, su actitud hacia el adicto es tolerante y constructiva. La Comunidad(11) ofrece al alcohólico declarado la oportunidad de escapar de su aislamiento psicosocial anterior al sentimiento de que nadie lo entiende o se preocupa por él de verdad, y de la idea de que no puede confiar en nadie. En su Grupo, el adicto adquiere la sensación de pertenecer a un sistema, de ser

entendido y aceptado para compartir convicciones comunes. Por lealtad al Grupo, el socio desarrolla un fervor religioso, y al responder al llamado de otro alcohólico que necesita ayuda, a pesar de que esto la cause inconvenientes y tenga que renunciar a ventajas personales, su devoción religiosa se canaliza en forma constructiva, uno de los rasgos más importantes de la asociación es el énfasis puesto en la inspiración y la sugestión de grupo.

Al despertar un deseo profundo de ayudar a otros y crear un sentimiento de responsabilidad, al hacerlo, la organización contribuye a la cura del adicto.

La oportunidad de hablar de sí mismo en las reuniones del Grupo, proporciona al alcohólico una oportunidad de satisfacción, de autoexpresión y de catarsis terapéutica. El programa de Alcohólicos Anónimos ignora la causa de la adicción al alcohol y enfoca directamente el hecho mismo de beber. Queda por determinar cuánto durará esta organización, pero ahora ha escapado a los peligros del sentimentalismo y del entusiasmo mal guiado.

Por desgracia, hay alcohólicos que rehusan unirse a esta organización, por razones que se ignoran. Algunos actúan así porque desconocen su adicción al alcohol, otros parecen tener lealtades en conflictos, persisten en usar la defensa, la autosuficiencia contra anhelos de dependencia que los avergonzarían, o tienden a desarrollar angustia intolerable cuando se encuentran dentro de un grupo.

TRATAMIENTO CON DISULFIRAM O ANTABUSE(14)

En 1948 los investigadores daneses Jens Hald y Erick Jacobsen, al buscar un vermífugo, utilizaron el disulfiram (disulfuro de tetratiltiuram), observaron que las personas que habían ingerido esta sustancia, mostraban, después de tomar alcohol, síntomas que diferían cuantitativamente y cualitativamente de los de la intoxicación alcohólica común. Las molestias provocadas por la droga después de ingerir alcohol, eran tan intensas, que los investigadores mencionados decidieron usarla como remedio para el alcoholismo. Se cree que las molestias son provocadas por una interferencia en la excreción de acetaldehído, un producto intermediario en la oxidación del alcohol.

Cuando el paciente ha ingerido 0.5 a 1 gramo de disulfiram en las 12 horas precedentes, toma alcohol, a los 5 ó 15 minutos, experimenta una sensación de calor en la cara, seguida inmediatamente de una vasodilatación intensa en la cara y en el cuello, cuya piel puede tomar un color rojo púrpura. Al mismo tiempo se congestionan las conjuntivas y el paciente sufre de taquicardia. A estos síntomas enseguida se agrega jaqueca, disnea, mareo, dolor preesternal, náusea, palpitaciones y vómito. Existe una elevación inicial de la presión arterial, seguida de un descenso a veces hasta 80 mm. de Hg.

Las molestias posteriores a la ingestión del alcohol, mientras el disulfiram está en la sangre, son tan intensas, que el paciente deja de interesarse en la bebida. La dosis de disulfiram varía con los individuos, pero habitualmente son suficientes de 0.125 a 0.50 gramos una vez al día, de preferencia en la mañana. Raras veces se requiere un gramo. El tratamiento inicial con una droga que tiene potencialidades tóxicas tan graves debe efectuarse bajo una constante supervisión médica. Pueden presentarse complicaciones cardiovasculares, incluyendo infartos del miocardio. Aunque en un principio se creyó que las personas que sufrían enfermedades graves del hígado, enfermedad coronaria, arterioesclerosis, con hipertensión o diabetes, no deberían recibir disulfiram, la experiencia con grandes series de pacientes sugiere que la única contraindicación importante, es la insuficiencia cardíaca. Se han publicado varios casos de psicosis durante la administración de la droga.

Antes, la administración de disulfiram no se iniciaba hasta después de transcurridos una semana de abstinencia alcohólica, sin embargo, en años recientes se ha administrado el disulfiram aun cuando el paciente se encuentre en estado de ebriedad. En tales casos la dosis inicial es la mitad o menos de lo habitual (7.5 mg. por kilo de peso corporal) y se administra junto con antihistamínico, por ejemplo 25 mg. de promethazine, y 5 mg. de cloruro de sodio en medio vaso de agua.

El tratamiento con disulfiram(14) debe considerarse como una variante del método de reflejos condicionados por aversión. En contraste con otros métodos para condicionar reflejos, los efectos desagradables se presentan no sólo cuando el paciente ingiere una

dosis pequeña y adecuada y después toma alcohol, sino que éstos aumentan cuando se prolonga el tratamiento con la droga. Si se continúa esta terapéutica, tal vez se ayude al enfermo a vencer su necesidad del alcohol.

No obstante, para que el tratamiento tenga éxito, es necesario que el paciente desee curarse en realidad, que esté dispuesto a tomar la droga de manera regular, y que coopere en la psicoterapia.

La administración diaria e ininterrumpida de disulfiram hace que se vuelva fisiológicamente imposible continuar utilizando el alcohol como defensa. Sin embargo, es difícil llegar a la curación del paciente si se elimina esta protección sin eliminar también la necesidad de dicha protección por medio de psicoterapia. Mientras no se resuelvan las dificultades básicas que condujeron hacia el alcoholismo, el deseo de alcohol persistirá, y junto con él una resistencia a tomar la medicina(14).

Durante la psicoterapia el psiquiatra intentará descubrir, tanto los factores internos que produjeron angustia, como cualquier condición social o familiar que condujo hacia el alcoholismo.

Con la ayuda de un trabajador social, en algunos casos puede descubrirse y corregirse diversas situaciones sociales y hábitos malos que provocan tensión.

El antabuse(8) se absorbe y se excreta lentamente; por lo tanto, como regla necesitan omitirse de dos a tres dosis de mantenimiento antes de que el paciente pueda beber sin ponerse violentamente enfermo, y de seis a siete días antes de que pueda beber con toda tranquilidad.

Mientras una persona está bajo acción del antabuse, la cantidad de alcohol necesaria, para producir náusea, vómitos, palpitaciones y postración general, es muy pequeña, 30 gramos de whisky o medio vaso (75 ml.) de cerveza, es usualmente suficiente.

Actualmente(14) se está estudiando un nuevo agente, la carbamida citrada de calcio (14). Esta droga muestra efectos similares a los de disulfiram; produce efectos inmediatamente después de ingerirla, aunque su acción dura poco después de la dosis final. La carbamida citrada de calcio, puede ser sustituto de disulfiram en algunos pacientes.

Hubo acuerdo en cuanto a que el objetivo del tratamiento del alcoholismo es la rehabilitación(17), reeducación y readaptación del paciente, y que, en el estado actual de los conocimientos, la abstinencia absoluta e indefinida de bebidas alcohólicas aparece como una condición "sine qua non" para la obtención de estos fines. Asimismo, para considerar que un tratamiento ha tenido resultados positivos, se acepta mínimo de dos años de abstinencia de bebidas alcohólicas —con no más de una recaída de corta duración—, propuesto por un comité de expertos en alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud.

Este criterio se basa en los resultados de investigaciones y en la experiencia de la gran mayoría de los participantes, que indican que el mayor riesgo de recaídas se produce en el curso de los primeros seis meses de tratamiento, y que este riesgo va disminuyendo a medida que el tiempo pasa.

Los esquemas de tratamiento más adecuados son los que integran: (17) a) terapéutica psicológica; b) físicas; c) acción sobre la familia y la comunidad, y d) utilización de grupos organizados de la comunidad, específicamente vinculados a los problemas del alcohol.

La gran mayoría de los pacientes puede atenderse en forma ambulatoria en los consultorios externos del Hospital General, o en centros especializados. Sólo una pequeña proporción requerirá hospitalización durante algunos días, especialmente aquellos alcohólicos inveterados en los cuales hay escasa colaboración familiar, una personalidad previa muy anormal, una falta de deseo inicial de mejorar, o cuando es necesario interrumpir una crisis de ingestión de alcohol. Los enfermos con complicaciones psiquiátricas deben ser hospitalizados en establecimientos para enfermos mentales.

En cuanto a la terapia psicológica(17), se recomienda la utilización de técnicas de psicoterapia de grupo, admitiendo que en algunos casos son preferibles técnicas de psicoterapia individual. Estas actividades psicoterapéuticas tienden a crear conciencia de enfermedad y motivos positivos para la abstinencia, proporcionar apoyo emocional y obtener la readaptación psicosocial. Entre las terapéuticas físicas, se recomiendan el empleo de fármacos de tipo del disulfiram, administrados bajo el control y los tratamientos de condicionamiento, junto con las terapias colaterales que sean aconsejables en cada caso particular.

Es importante también mejorar las condiciones básicas de nutrición que tienden a la rehabilitación física del paciente.

Junto a las actividades médico-sociales orientadas a elevar el nivel moral y social de la familia del enfermo, éste puede referirse a un centro de alcohólicos recuperados, organizaciones de gran valor para su recuperación.

El tratamiento del alcoholismo(17) debe integrarse en los programas generales de salud, pues se trata de un problema que, por su carácter básico, entorpece la realización de casi todos los otros programas, (higiene materno infantil, saneamiento ambiental, etcétera). Deben integrarse las acciones terapéuticas con los programas de prevención de la enfermedad. Las actividades de recuperación de los enfermos contienen, en sí mismas, un elemento preventivo, ya que disminuye con ellas la influencia del alcohólico como factor de desorganización familiar y social y como inductor de ingestión excesiva en la población.

Las líneas generales que deben orientar las actividades de salud destinadas a la prevención del alcoholismo, se pueden sintetizar en los siguientes puntos: (17) 1) Modificar el hábito de ingestión excesiva de alcohol, empleando las técnicas de la educación sanitaria en todos los niveles: escuela, centros de trabajo, grupos organizados, de la comunidad, etcétera. 2) Realizar programas de higiene mental destinados especialmente a prevenir los desórdenes emocionales que, con frecuencia, acompañan o preceden al alcoholismo. 3) Contribuir a levantar el nivel socioeconómico de la población, factor importante en la difusión de los estados de tensión emocional. Para una mejor fundamentación de estos programas educativos destinados a modificar los hábitos patológicos de beber, es necesario realizar investigaciones antropológicas culturales que arrojarán importantes luces sobre la génesis y características del hábito nocivo.

Uno de los aspectos importantes de estas acciones educativas en la modificación de una serie de prejuicios acerca de la ingestión de alcohol. Entre los grupos más expuestos al riesgo de iniciar ingestión excesiva está el de los adolescentes, y por lo tanto, ellos constituyen un motivo de atención preferente. La experiencia recogida(17) en muchos países, a través de los años, demuestra que las

medidas punitivas que pretenden regular la ingestión de alcohol son ineficaces, por sí solas, para prevenir el alcoholismo. En cambio, son aconsejables medidas legislativas adecuadas que se refieran a los problemas del alcohol. Los programas de prevención del alcoholismo(17) desbordan ampliamente el campo de acción del médico y exigen la colaboración de todo el personal que trabaja en funciones de salud pública, de los maestros, de los líderes de la comunidad y en general, de toda la población.

UNA INTERPRETACION DE LOS ENFOQUES MEDICOS Y PSIQUIATRICOS EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO(2)

Un examen de los enfoques médicos y psiquiátricos actuales en lo relativo al tratamiento del alcoholismo indica que, en la etapa de desarrollo de nuestro conocimiento, no existe acuerdo general, en cuanto a la etiología, a la dinámica y a la terapia del alcoholismo. Este hecho, sumado a la inmensidad del problema total, acentuado por estadísticas dramáticas y a veces atemorizantes, suele traer aparejado un sentimiento de injustificado pesimismo por parte de muchos individuos, en particular entre los alcoholistas.

Hoy día, existen muchas teorías, algunas razonables y otras no tanto, incluyendo la negación directa de que el beber constituye un problema. Este trabajo se propone evaluar y sintetizar el conocimiento actual, acentuando la necesidad de enfoque amplio y flexible.

Cualquiera que sea el enfoque de la etiología y la dinámica del alcoholismo genético, fisiológico, medio ambiente, psicobiológico, genotrófico, o moralista, es esencial hacer frente al hecho de que, de una manera o de otra, el alcoholista necesita alcohol(2).

El alcohol, cumple un propósito específico, si bien destructivo, en su economía corporal y psíquica, tal como cualquier síntoma neurótico o rasgo caracterológico puede servir a idéntico propósito.

Al considerar el problema del alcoholismo, la primera cuestión sería consiste en definir el papel desempeñado por el alcohol.

Las numerosas teorías que intentan explicarlo, a menudo son contradictorias y muchas veces fantásticas. Pero todas parecen estar de acuerdo en que el alcoholista bebe porque tiene algún defecto

o deficiencia, aunque la naturaleza exacta de tal defecto no se conozca, ni haya sido demostrada.

Según la teoría genética(2), el alcoholista es defectuoso, sea física o psíquicamente, por nacimiento y herencia, pero existen controversias en cuanto a la naturaleza de la deficiencia, que va desde las teorías raciales hasta problemas relativos al funcionamiento endocrino, la nutrición y una estructura caracterológica inadecuada.

Las teorías fisiopatológicas(2) sugieren que el defecto se debe a cambios fisiológicos o bioquímicos. La disfunción del sistema adrenopofisario y las deficiencias en la dieta, y el metabolismo son algunos de los factores mencionados. Aunque todo enfoque nuevo parece promisorio, la especificidad de la base fisiológica del alcoholismo sigue siendo cuestión discutible, y pretensiones tan amplias requieren mayor substanciación.

Las teorías psicológicas(2) consideran el alcoholismo como un síntoma y como resultado de una deficiencia o trastorno de la personalidad. Se trata sin duda, de una caracterización muy amplia. Este enfoque, ofrece las variedades, diferencias y contradicciones más diversas, según la premisa psicológica básica a partir de la cual se desarrolla la teoría.

Terapia(2)

En oposición a las fuerzas que impiden lograr la abstinencia, existen otras que pueden llevar al alcoholista a este estado y ayudarlo a resintetizar su vida de modo tal que pueda vivir sin alcohol. Dichas fuerzas pueden resumirse en una sola palabra: terapia.

Será conveniente considerar y examinar la terapia bajo los siguientes aspectos: 1) el paciente y su enfermedad; 2) el papel del terapeuta; 3) el tipo de terapia; y 4) el escenario de la terapia.

El tipo de terapia

Todos los que trabajan en este campo han reflexionado sobre el problema relativo al papel que desempeña el tipo de terapia utilizado. Considero que, cualquiera que sea la clase de terapia, orgánica o psicológica, de aversión, nutritiva, hormonal, disulfiram,

psicoterapia, psicoanálisis, alcoholistas anónimos, o incluso algunos de los enfoques místicos, los resultados dependen del grado de motivación y que, además, un paciente bien motivado desde el comienzo tiende a alcanzar éxito con cualquier terapia.

Esto no sólo agudiza el problema de la importancia relativa del tipo de terapia, sino que, además sugiere la necesidad de un enfoque más crítico de las teorías etiológicas y las terapéuticas y subraya la necesidad de validar las pretensiones extremas que manifiestan a veces ciertos tipos específicos de terapia.

Cuando Tiebout(2) formula su interesante concepto de la conversión, la aceptación y la entrega; cuando alcoholistas anónimos hablan del primer paso: "admitimos que éramos impotentes frente al alcohol", cuando otros, con distinta orientación, hablan en términos de negación, proyección y resistencia, y cuando los organicistas recomiendan cada vez más la psicoterapia o los alcoholistas anónimos como terapia complementaria, en cierto sentido, nos encontramos todos dentro del mismo marco de referencia. Ello no debe interpretarse como nihilismo terapéutico, ni como una subestimación del valor de la terapia.

El escenario de la terapia(2)

El escenario de la terapia es un aspecto descuidado, se refiere a las circunstancias, el lugar y la atmósfera concretos en los que el tratamiento tiene lugar. El escenario es un aspecto del tratamiento que el terapeuta puede manejar sin el consentimiento del paciente y en tal medida, constituye uno de los pocos instrumentos específicos.

El escenario parece asumir mayor importancia al comienzo de la terapia. Muchos pacientes se muestran resentidos, irritables, suspicaces, antagónicos, negativistas, escépticos y débilmente motivados en la primera entrevista. La rutina necesaria o las perturbaciones de poca monta son más tolerables y sirven para aumentar la resistencia. Los alcoholistas en realidad, todos los adictos no necesitan mayores excusas para evitar el tratamiento. Tienden a racionalizar, entre otras cosas, y no se les debe proporcionar factores objetivos que los ayuden a alejarse del tratamiento.

Desde el punto de vista psicoanalítico(2), cabe observar a esta altura, que esas mismas frustraciones y ansiedades constituyen una fuente de material que debe elaborarse analíticamente, que son precisamente estos rasgos en el carácter del paciente, los que él enfrenta de continuo en la realidad y para cuya solución recurre al alcohol, y que es justamente en la situación terapéutica donde el paciente y el terapeuta pueden aprender a conocer esos aspectos neuróticos y hacerles frente. Con todo, la experiencia demuestra que los adictos no están realmente convencidos de la necesidad del tratamiento, por lo menos al comienzo, y el terapeuta no debe correr el riesgo de perder al paciente. El psicoanálisis ortodoxo no parece eficaz, aunque su teoría es racional y bien desarrollada.

En un sentido profundo, ningún alcoholista desea el tratamiento, ya que ello significa privarlo del alcohol. Si pensamos en la capacidad del alcohol para levantar una depresión, para barrer con preocupaciones y con la realidad, para disminuir la magnitud de las dificultades, satisfacer deseos, no resulta difícil comprender esa actitud. Después de todo, la adicción tiene sus aspectos placenteros.

Psicoterapia de grupo(7)

Son las sesiones de tratamiento aplicados a un conjunto de personas interesadas en la discusión de los aspectos comunes del alcoholismo, para que puedan las personas comprender sus problemas y aprendan a resolverlos.

Psicoterapia de apoyo(7)

Comprende una serie de actividades de distinto tipo, destinadas a evitar que los pacientes recuperados o en franca vía de recuperación, puedan recaer por falta de adaptación a su nueva vida de abstinencia, privado ahora de la posibilidad de recurrir al alcohol como antes lo hacía, como un refugio psicológico artificial, o como punto de apoyo para enfrentarse a sus problemas.

Psicoterapia individual(7)

Comprende el tratamiento de cada caso, según sus particulares circunstancias, con el objeto de aplicar las técnicas psicológicas más adecuadas para resolver cada problema personal, desde el punto de vista de la ingestión anómala de alcohol.



X. MATERIAL Y METODO

MATERIAL

- 1) Se estudió el grupo de pacientes que presentan estos síndromes entre los enfermos alcohólicos que acudieron al Hospital.
- 2) El grupo está constituido por 15 pacientes, de los cuales 10 llegaron a consulta externa y 5 solicitando hospitalización.
- 3) De los pacientes tratados, 12 se encontraban en fase de alcoholismo agudo y 3 en fase de síndrome de abstinencia.

METODO

Para encontrar el grupo de pacientes tratados, se seleccionaron entre los pacientes que a diario acuden a consulta externa o que solicitan internamiento.

Una vez hecho el internamiento se aplicó el método de tratamiento a cada uno de ellos, y se siguió la evolución respectiva.

Al darles el egreso respectivo, se les siguió el control adecuado en consulta externa bajo el tratamiento ambulatorio.

XI. RESULTADOS

En este capítulo analizamos los hallazgos aportados por los diferentes pacientes y que según nuestro criterio son importantes:

a) ESTADO CIVIL

Su frecuencia se observa en el cuadro I.

CUADRO I

Frecuencia según el estado civil

Estado civil	No. de casos	Porcentaje
Soltero	3	20.00
Unido	3	20.00
Casado	7	46.66
Viudo	0	0.00
Divorciado	2	13.33
TOTAL	15	99.99

De donde se deduce que el 46.66% de nuestros pacientes, cuando se demostró su enfermedad, eran casados.

b) EDAD

El grupo de edad promedio de los pacientes estudiados, según el cuadro II, oscila entre los 21 a los 40 años.

CUADRO II

Frecuencia según el grupo de edad

Grupo de edad	No. de casos	Porcentaje
11 - 20	0	0.00
21 - 30	6	40.00
31 - 40	6	40.00
41 - 50	1	6.66
51 - 60	2	13.33
61 - 70	0	0.00
71 - o más	0	0.00
TOTAL	15	99.99

El paciente de menor edad encontrado fue de 24 años y el de mayor edad fue un paciente de 56 años.

c) GRUPO ETNICO

En nuestros pacientes estudiados, se notó mayor frecuencia en la raza ladina, lo cual guarda relación con la población en general.

d) SEXO

Se notó mayor frecuencia en el sexo masculino.

e) OCUPACION

Según el cuadro III, este síndrome se presenta con mayor frecuencia entre comerciantes.

CUADRO III

Frecuencia según la ocupación

Ocupación	No. de casos	Porcentaje
Comerciante	3	20.00
Oficinista	2	13.33
Sastre	1	6.66
Maestro Educación Primaria	1	6.66
Panificador	1	6.66
Electricista	1	6.66
Herrero	1	6.66
Carnicero	1	6.66
Armador	1	6.66
Carpintero	1	6.66
Repartidor	1	6.66
Zapatero	1	6.66
TOTAL	15	99.93

Se observó en el grupo estudiado, mayor frecuencia en comerciantes.

f) RESIDENCIA

La mayor incidencia entre los pacientes tratados, provienen del medio urbano.

g) SINTOMATOLOGIA

El cuadro IV revela la frecuencia de cada síntoma.

CUADRO IV

Frecuencia por síntomas

Síntomas	No. de casos	Porcentaje
Angustia	14	93.33
Calambres	7	46.66
Temblor	3	20.00
Palpitaciones	3	20.00
Dolor precordial	3	20.00
Nerviosismo	2	13.33
Depresión	2	13.33
Flato	1	6.66
Miedo	1	6.66
Hormigueo	1	6.66
Irritabilidad	1	6.66

XII. DISCUSION

Tanto el síndrome de alcoholismo en fase aguda como el síndrome de abstinencia, han sido estudiados por innumerables autores.

Su frecuencia en el género humano es común.

Tanto la sintomatología, como los hallazgos físicos específicos, hacen su diagnóstico fácil.

Los casos analizados en este trabajo, fueron diagnosticados previo su ingreso al Hospital.

Merece mencionarse en forma especial, que en los pacientes estudiados, su frecuencia mayor se observó en casados, ladinos, comerciantes, comprendidos entre los 21 a los 40 años de edad, provenientes del medio urbano, con palpitaciones y dolor precordial.

El resultado obtenido con el tratamiento en estas formas clínicas fue satisfactorio, obteniéndose mayor beneficio si se complementa con el empleo de terapia de grupo e individual.

Los casos en los cuales no se obtiene buen resultado es debido a que el paciente no es bien seleccionado o a la falta de colaboración de parte del paciente, o por parte de la familia.

XIII. CONCLUSIONES

1. El método empleado es económico y efectivo.
2. El tiempo de hospitalización de los pacientes fue menor, comparado con los métodos tradicionales.
3. Las molestias que los pacientes presentaban, disminuyeron al iniciar el tratamiento.
4. De los pacientes tratados con este método el 99.5% salió en perfectas condiciones, comparado con su estado de ingreso.
5. El tratamiento dio resultados satisfactorios por haberse llevado a cabo desde el punto de vista medicamentoso, asociándolo a terapia individual.
6. Su eficacia fue notoria en los casos de alcoholismo en fase aguda, como en el síndrome de abstinencia, no así en los casos de alcoholismo inveterado.
7. De los casos tratados, las recaídas en la enfermedad disminuyeron considerablemente.
8. El método empleado es práctico y de fácil aplicación, según se comprobó con los resultados obtenidos.
9. El personal empleado en su ejecución es menor.
10. El procedimiento es recomendable ya que en la presente tesis se relatan 15 casos, fueron muchos pacientes, los que salieron adelante con dicho tratamiento.
11. Los casos que reincidieron se debió más que todo a que eran pacientes abandonados, en los cuales por carecer de familia, no se hizo labor con la misma.
12. Es un método de tratamiento intensivo.

XIV. SUMARIO

1. El síndrome de alcoholismo agudo y el síndrome de abstinencia, son síndromes clínicos caracterizados por síntomas y signos agudos.
2. Se observan con frecuencia en personas que ingieren bebidas alcohólicas en exceso o a los pocos días de haber dejado de ingerirlas.
3. Casi siempre revisten cierta gravedad, ya que impide a la persona un desenvolvimiento normal.
4. El cuadro se presenta con más frecuencia en individuos entre los 20 a 40 años de edad.
5. El diagnóstico y el tratamiento son relativamente fáciles de efectuar, sobre todo para personas dedicadas a este campo.
6. Es necesario divulgar profusamente medidas tendientes a evitar el alcoholismo y legislar para disminuir el consumo de licor.

XV. OBJETIVOS

Pueden resumirse los objetivos del presente trabajo, de la siguiente manera:

1. Dar a conocer la introducción de un tratamiento psicobiosocial, económico y adecuado a las crisis agudas por ingestión alcohólica, y de los síntomas de la crisis de abstinencia.
2. Dar a conocer los conceptos modernos sobre alcoholismo y su enfoque terapéutico en el medio guatemalteco.
3. Estudiar el cuadro clínico de nuestros pacientes y hacer una evaluación de los medios terapéuticos aplicados a los mismos.
4. Estimular el empleo del método aquí descrito, en los pacientes que presenten estos síndromes.
5. Hacer una comparación de los hallazgos clínicos comunes, establecer normas terapéuticas y establecer la pauta a seguir en los casos complicados.

Para poder cumplir con los objetivos y hacer más comprensible el método, he considerado conveniente, previo al estudio de nuestros pacientes, hacer una descripción del mismo.

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) AGUILERA, Augusto. "El alcoholismo en Guatemala". En: Horwitz, José, et al. *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Buenos Aires, Macagno Landa y Cía. 1967. pp. 106-111. (Monografías de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina).
- (2) BENDER, L., et al. *Trastornos mentales y emocionales*. Buenos Aires, Paidós, 1965, pp. 166-184.
- (3) CECIL, Russell y R. F. Loeb. *Tratado de medicina interna*. Traducción por Alberto Folch y Pi. 8 ed. México, Interamericana, 1958. t. 1, pp. 545-546.
- (4) COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS OF THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2a. ed. Washington, American Psychiatric Asn, 1968. pp. 41-45.
- (5) CHAMBERS, Joseph F. *Managment of acute alcohol symptoms*. Maryland State Medical Journal, 1966. pp. 1-8.
- (6) *Diccionario de especialidades farmacéuticas*. 4a. ed. México, Ediciones P. L. M., 1972. 530 p.
- (7) GONZALEZ CENTENO, Rodolfo. *Características psicosociales del paciente alcohólico*. Guatemala, Editorial del Ejército. Tesis (Licenciado en Psicología). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Humanidades, 1972. pp. 21-22.
- (8) HOFLING, Charles K. *Tratado de psiquiatría*. Traducción de Luis Méndez, México, Interamericana, 1965. pp. 384-385.
- (9) MARCONI, Juan. et al. "La concepción actual". En: *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Buenos Aires, Macagno Landa y Cía. 1967. pp. 49-51. (Monografías de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina).
- (10) MARCONI, Juan. "Definiciones básicas". En: Horwitz, José, et al. *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. pp. 17-20 (Monografías de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina).

Br. JOSE ANTONIO GONZALEZ RODAS

Dr. AUGUSTO AGUILERA PEREZ
Asesor

Dr. GUILLERMO FORNO AGUIRRE
Revisor

Dr. JULIO DE LEON
Director de Fase III

Dr. FRANCISCO SAENZ
Secretario

Vo. Bo.,

Dr. CARLOS ARMANDO SOTO
Decano