

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA
HOSPITALARIO EN JUTIAPA"**

(Estudio basado en pacientes ingresados en el
Hospital Nacional de Jutiapa en los años de 1972 a 1977)

JORGE ALBERTO MORAN ORTIZ

GUATEMALA, MAYO DE 1978

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION**
- II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIONES**
- III. OBJETIVOS**
- IV. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO**
- V. MATERIAL Y METODOS**
- VI. DESCRIPCION DEL MATERIAL A INVESTIGAR**
- VII. MATERIAL U OBJETO A INVESTIGAR**
- VIII. REVISION DE REGISTROS CLINICOS DE PACIENTES**
- IX. EXPOSICION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION**
- X. CONCLUSIONES**
- XI. RECOMENDACIONES**
- XII. BIBLIOGRAFIA**

I INTRODUCCION

"El alcoholismo no es un vicio, sino una enfermedad", vienen los carteles que han escrito los hombres que en nuestra sociedad están empeñados en la lucha antialcohólica; débil voz la de estos carteles casi inaudibles en el estruendo de la publicidad que, con los más perfectos medios que ofrecen las técnicas audiovisuales de nuestro tiempo, invita incansablemente a consumir cantidades crecientes de bebidas alcohólicas. Esta voz despierta la simpatía entre airada y melancólica, que provocan las defensas de las verdades aparentemente perdidas, pero inasequibles al desaliento. Nos recuerda las que claman tercamente por el pacifismo en un mundo de desenfrenada violencia y también en las que se empeñan en hablar con dignidad de cuestiones sexuales en un ambiente decidido a comerciar de mil maneras con el sexo. Resulta necesario reiterar que la apagada voz de esos carteles dice sencillamente la verdad. Y por añadidura una verdad obvia, o mejor dicho una verdad que debería ser obvia, porque las bebidas alcohólicas no son alimento natural de consumo, más que una necesidad humana es la expresión de un patrón cultural y de la acción de intereses económicos; recordemos que es una de las formas más generalizadas de autointoxicarse, la cual es aceptada socialmente. Estamos tan familiarizados con esta toxicomanía que se incita a su consumo y se expende libremente, y han caído en la cuenta que el vino es más barato que la leche o que la libra de frijoles. Existe en nuestro medio una inercia social, que es necesario despertar la conciencia colectiva para combatir esta escandalosa y vergonzosa falta de ética social. (12)

Me impulsó a realizar este trabajo, la observación que no resulta difícil encontrar sujetos en estado de ebriedad por diferentes lugares, y cualquier día de la semana, algunos de los cuales son internados en el servicio de medicina del Hospital de Jutiapa para su tratamiendo, debo agregar, que en la gran mayoría de casos se trata de personas de sexo masculino, muchos

de ellos empleados públicos y con algunos recursos económicos. De los sujetos que pierden el conocimiento en las calles y toman hasta alcohol y vinagre, de ellos nadie se preocupa y algunas veces son traídos al hospital con alguna enfermedad ya terminal provocada primero por el alcohol, malnutrición y algunas veces infección, por el uso y abuso de estas bebidas. Es en la cabecera departamental y en el medio rural donde forman parte muy importante como "bebida natural" para celebrar cualquier tipo de acontecimiento, es donde se reflejan más sus estragos, porque el sujeto ya bajo los efectos de esta droga tiende a aniquilar todo cuanto para él es más querido y preciado en la vida, haciendo copartícipe de sus sufrimientos y vicisitudes a los seres cuya existencia converge con la suya; su adicción al licor trae desavenencias, resentimientos "fieros", inseguridad económica, discordia con amigos, disgusto en el trabajo (cuando lo tiene), tribulaciones para niños inocentes; una existencia borrascosa para padres y cónyuges, deterioro físico y mental, ya que una persona alcohólica con varias copas no es de modo alguno amable. Nuestras bregas con ellas resultan unas veces extremas, otras cómicas y algunas veces trágicas.

II ANTECEDENTES

Con toda seguridad puede afirmarse que el presente trabajo de investigación, sobre alcoholismo y su tratamiento en el Hospital Nacional de Jutiapa, en pacientes que provienen de la cabecera departamental, municipios, aldeas y múltiples caseríos, todos del departamento de Jutiapa, es el primero que se hace en este centro.

Está basado en un estudio retrospectivo de pacientes ingresados en los años de 1972 a 1977.

JUSTIFICACION

Considero muy necesario describir a grandes rasgos esta región, del país donde el médico trabaja, en especial el interno que realiza su práctica de seis meses en un ambiente de características muy especiales: por trabajar "a cuenta y riesgo propio", por ser el oriente de la república y en particular Jutiapa, un lugar donde gran cantidad de personas portan armas de todo tipo, donde existen numerosas cantinas y como resultado de ello los contrincantes utilizan esas armas blancas y de fuego para dirimir sus diferencias.

Más del 90o/o de pacientes ingresados en el servicio de cirugía tienen en común el antecedente de haber estado ingiriendo bebidas alcohólicas antes de llegar al servicio de emergencia o a la morgue; existe en Jutiapa una zona militar cuyos elementos llegan con relativa frecuencia al hospital, por riñas tumultuarias con los vecinos de la cabecera y casi siempre en estado de ebriedad, razón por la cual el médico está expuesto a sus reacciones y sin ninguna protección.

III OBJETIVOS

- 1o. Dar a conocer los diferentes métodos de tratamiento anti-alcohólico y compararlos entre sí.
- 2o. Actualizar el tratamiento y recomendarlo previa evaluación por personal médico del Hospital de Jutiapa.
- 3o. Estandarizar hasta donde sea posible el tratamiento y que sea del perfecto dominio de los médicos internos y residentes con el fin de ofrecer mejor atención a los pacientes.
- 4o. Determinar con mayor precisión las múltiples causas de que esta toxicomanía es tan usual en este lugar.
- 5o. Presentar con datos reales la alta incidencia de este tipo de autointoxicación.
- 6o. Promover el interés por elaborar una campaña anti-alcohólica por las autoridades de educación y por los medios de difusión.
- 7o. Hacer "conciencia" en las autoridades de Jutiapa a fin de controlar por la vía legal a los alcohólicos que portan armas.

IV
DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

**MACRO AMBIENTE SOCIO-ECONOMICO, CULTURAL Y
POLITICO DEL DEPARTAMENTO DE JUTIAPA.**

Es un departamento al oriente de la república, cabecera del mismo nombre, a 116 kilómetros de la capital del país, con carretera asfaltada en toda su extensión y con caminos de tierra transitables todo el año a sus 17 municipios.

Según el último censo tiene 330,681 habitantes y 3,219 Km.²

Su clima es predominantemente cálido y su población es en un 99o/o "ladina".

Religión, son dos las principales, la católica y la evangélica.

Sus municipios son:

*Jerez,
Atescatempa,
Yupiltepeque,
Zapotitlán,
El Adelanto,
El Progreso,
Asunción Mita,
Santa Catarina Mita,
Agua Blanca,
Quezada,
San José Acatempa,
Comapa,
Jalpatagua,
Moyuta,
Conguaco,*

*Pasaco y
Jutiapa*

La mayor parte de la población se dedica a la agricultura de granos básicos y una minoría son ganaderos y comerciantes en pequeño.

Los pacientes alcohólicos proceden de las aldeas y municipios, pero más son de la cabecera departamental en su mayoría empleado público o personas de algunas posibilidades económicas, las cuales buscan servicio en el hospital pero privado.

**V
MATERIAL Y METODOS**

Para la elaboración del presente trabajo, se utilizó básicamente el archivo del departamento de Estadística del Hospital Regional de Jutiapa.

- 1. Examen de registros e historias clínicas de 1972 a 1977.*
- 2. Bibliografía existente sobre el tema en la Facultad de Ciencias Médicas (Biblioteca) y libros de texto.*
- 3. Consulta a la Sociedad de Alcohólicos Anónimos al igual que su literatura editada en español.*
- 4. Revisión de la obra "El Alcoholismo Enfermedad Social", la cual hace un enfoque eminentemente sociológico.*
- 5. Consulta a tesis anteriores sobre el mismo tema, siendo la más antigua en 1892 y la más reciente en 1975.*
- 6. Comunicación personal de personal médico-forense de Jutiapa.*
- 7. Consideración de la opinión personal del Jefe del Departamento de Medicina y Cirugía del Hospital de Jutiapa.*
- 8. Comunicación personal del personal médico del Patronato Antialcohólico.*
- 9. Observación directa del tratamiento específico de la emergencia del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala.*
- 10. Entrevista con el Alcaide de la Prisión o Centro Penal de*

Jutiapa; quien a su juicio más del 80o/o de hechos delictivos son bajo los efectos del alcohol.

11. Y por último, experiencia personal como médico interno en el Hospital de Jutiapa durante seis meses.

VI

DESCRIPCION DEL MATERIAL A INVESTIGAR

Origen y composición de las bebidas alcohólicas:

El alcohol etílico resulta de la fermentación del azúcar por la levadura, etimológicamente Al-kohl en árabe significa antimonio en polvo, tenue, ilosorio, y su uso es tan antiguo como el hombre. En la mitología griega se encuentra el dios del vino o Baco, en América, Cristóbal Colón en los informes de sus viajes señaló haber conocido una bebida alcohólica por el fermento del maguey, a lo cual los nativos llamaban pulque. (1).

Los etnólogos dicen que no existe ningún pueblo que no haya logrado producir bebidas fermentadas conteniendo alcohol, este proceso de fermentación es probablemente una de las primeras reacciones que el hombre supo realizar; sin embargo, las bebidas alcohólicas pueden obtenerse por fermentación o por destilación, pero las primeras son las más antiguas porque hasta la edad media no se conoció la destilación que proporciona bebidas más fuertes. En los países templados y cálidos donde crece la vid, la bebida principal ha sido siempre el vino. (11)

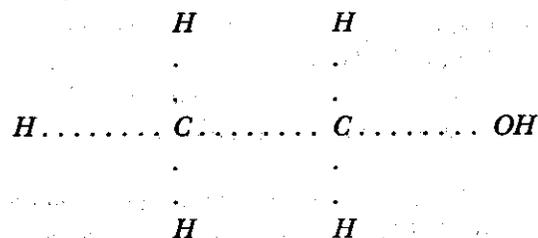
Durante siglos, órdenes religiosas elaboraron en sus conventos vinos y otros licores con extractos de diferentes hierbas y cuyas recetas aún permanecen en secreto. Estas bebidas han desempeñado un importante papel en la cultura humana. Hasta tiempo reciente la ciencia no se había dedicado a determinar el límite entre lo "agradable" y lo peligroso de su uso y abuso tan común en nuestros días.

Estructura química:

Los alcoholes son los hidroxiderivados de los hidrocarburos alifáticos; su nombre correcto depende del hidrocarburo con el cual se relacionan, pero algunos de ellos son más ampliamente

conocidos por su nombre popular. Pueden contener uno, dos, tres, o más grupos hidroxilos, pero no más de un grupo OH que está unido a un determinado átomo de carbono. Los miembros de la serie monihidroxi son el propanol o alcohol propílico, el butanol o alcohol butílico, el pentanol o alcohol amílico, etc. (8)

La estructura del alcohol etílico es la siguiente:



El alcohol etílico se encuentra en todas las bebidas alcohólicas y su importancia deriva en su acción tóxica en el organismo humano, si bien es verdad que la toxicidad de una bebida viene dada por la concentración de alcohol.

Del grupo de los alcoholes conocidos solamente son dos para cubrir las necesidades humanas. Ellos son: El Glicerol que se origina de la digestión de las grasas y el alcohol etílico de las bebidas alcohólicas. La cantidad de glicerol que nuestros alimentos contienen es incapaz de producir efectos farmacológicos como el segundo.

Las bebidas alcohólicas para el consumo humano pueden obtenerse por los cuatro mecanismos siguientes:

- a) Fermentación natural de los azúcares vegetales:
- Vino (con 10 a 15 por ciento de alcohol), sidra, cerveza (4 a 9 por ciento de alcohol); o de los azúcares animales: Hidromiel y Kumis.

- b) Por destilación de frutos diversos:

A partir del vino (aguardiente) o de manzanas, cerezas, ciruelas, etc.

- c) Los alcoholes industriales preparados a partir de un mosto azucarado (remolacha) o por transformación en glucosa de materias amiláceas de los cereales (maíz y arroz) 30-60% de AL.

- d) Las bebidas compuestas cuyo punto de partida lo constituyen vinos o alcoholes aromatizados con sustancias diversas. Este es el caso de los aperitivos, obtenidos por maceraciones aromáticas como el vermut y los vinos quinados o por adiciones de esencias absínticas y anisadas.

Efectos farmacológicos:

La acción principal del alcohol etílico se ejerce sobre el sistema nervioso central, produciéndose a éste nivel depresión, considerándose como un hipnótico extraordinario.

Se admite en general, que la acción aparentemente estimulante del mismo a pequeñas dosis se debe a la liberación de los centros corticales superiores, que normalmente ejercen influencia inhibitoria sobre los primeros, haciendo que las personas se comporten sanamente, sin dar libertad a los crudos instintos que bajo los efectos del alcohol son liberados.

Tranquilizantes:

El alcohol en forma de alifático constituye la droga sintética mepromato (Ecuamil), que posee los dos hidroxilados alcohólicos bloqueados por esterificación con ácido carbónico, lo que confiere a la sustancia cierta estabilidad en el organismo, así como potentes efectos depresores centrales, que hacen que se les

considere entre el grupo de los tranquilizantes menores. En el hombre, los alquildioles poseen acción tranquilizante, calman la ansiedad, tensión, especialmente en los sujetos neuróticos, facilitan y promueven el sueño y son útiles en el insomnio por ansiedad, y a dosis algo elevadas son capaces de producir somnolencia aún durante el día. También produce una depresión de la capacidad intelectual, desde luego mucho menor que la que producen los barbitúricos.

Respiración:

Dos medianas de alcohol provocan una ligera estimulación respiratoria debida a la excitación y acción refleja de las soluciones concentradas ingeridas, mientras que las dosis altas deprimen el centro respiratorio siendo ésta la causa de muerte por intoxicación aguda.

Metabolismo:

El alcohol se absorbe intacto a través del tubo digestivo, el 80% aproximadamente por el intestino y el resto por el estómago, atraviesa la mucosa gástrica, el paso del alcohol hacia el interior de los capilares sanguíneos del tubo digestivo y su distribución a los distintos tejidos del cuerpo, es debido a su alto poder de difusión, así como a su completa solubilidad en el agua. Por su bajo peso molecular pasa rápidamente a través de las membranas del organismo y su distribución final en el cuerpo sigue muy de cerca al contenido de agua de cada tejido o líquido orgánico; su presencia puede ser demostrada en la sangre cinco minutos después de su ingestión, y la máxima concentración se alcanza en media o dos horas.

La ingestión de alimentos grasos y leche impide su absorción por el intestino. El agua en cambio facilita su absorción especial en la porción duodeno yeyunal en especial si el paciente está en ayuno. En los individuos adictos la concentración se eleva

más rápidamente y alcanza niveles más alto que en los abstemios.

El alcohol circula principalmente en el plasma por penetración en los capilares de la circulación portal; motiva que esta sangre presente una concentración inicial, mucho más alta que el resto del sistema vascular, para luego alcanzar la misma concentración en los demás líquidos corporales como líquido cefalorraquídeo, la orina, saliva y al interior de los alveolos.

Oxidación:

El primer paso en el metabolismo del alcohol se realiza principalmente en el hígado, en donde el alcohol-deshidrogenasa lo oxida hasta acetaldeido. Esta última substancia puede ser metabolizada después con el hígado o llevada a otros tejidos, en donde se convierte, posiblemente por intermedio de la etapa de acetato libre, a acetyl coenzima A, de la cual la porción acetato se oxida por completo a bióxido de carbono y agua.

Efecto sobre los sistemas orgánicos:

Las pequeñas dosis con el estómago vacío estimula el apetito por posible excitación de terminaciones nerviosas del gusto, olfato y sensibilidad de la boca y el esofago. Cualquiera que sea la ruta de la administración del alcohol, este es capaz de estimular las glándulas gástricas para producir ácido en apariencia porque los tejidos forman o liberan histamina. Con la ingestión de alcohol en concentración de 10 a 15%, aumenta la secreción de moco, la mucosa del estómago se congestiona, y se hace hiperémica y la secreción de ácido se deprime. La sensación general de bienestar es de naturaleza cerebral, no debido a un efecto estimulante directo sobre los músculos u otros órganos.

Sistema cardiovascular:

A dosis moderadas no altera la presión sanguínea, pero

produce vasodilatación cutánea, produce rubor y sensación de calor en la piel (realmente hay disminución de la temperatura central por pérdida de calor e irradiación debida a la vasodilatación periférica) esto último es por vasoconstrucción esplácnica, en dosis altas deprime el corazón y eleva la tensión arterial. La dilatación a nivel coronario todavía no se ha comprobado y el alivio que proporciona al dolor izquémico se debe a la analgesia central. (10)

Riñón:

Aumenta la secreción urinaria por el alto contenido de agua de las bebidas alcohólicas y es probable que esta diuresis se deba a una inuición transitoria de la secreción de la hormona abtidiurética de la neurohipófisis (HAD), ya que una cantidad relativamente pequeña de alcohol inyectada en forma directa en la arteria carótida, provoca diuresis sin que se observe un aumento apreciable de la concentración de alcohol en la sangre circulante. No se sabe exactamente en que lugar actúa dentro del sistema supraóptico hipofisiario. El alcohol no altera la sensibilidad de los túbulos renales como lo hace la H.A.D. (pitresina) tanto endógena como exógena y carece de efecto apreciable sobre la función hemodinámica renal de personas normales.

Visión:

El alcohol reduce la agudeza visual, por parálisis de los nervios motores,, observándose que a niveles sanguíneos de 0.015o/o en los abstemios y más o menos 0.055o/o en los bebedores, equivalente estas cifras a la ingestión de 15 a 60 ML de whisky por una persona de 70 kilos, puede causar una reducción de la agudeza visual en un 50o/o. También puede causar diplopia si la concentración es de 0.2 a 0.3o/o; se dice que el efecto del alcohol sobre la vista se manifiesta como si la persona pusiese un vidrio gris frente a los ojos o llevase anteojos ahumandos en el crepúsculo u oscuridad.

Higado:

El alcohol después de ser absorbido por la mucosa gástrica pasa por la vena porta hasta llegar al hígado donde se oxida, por su acción hepatotóxica se considera como factor predisponente de cirrosis hepática asociada a deficiencia nutricional.

Sistema Nervioso:

Aunque el alcohol afecta todas las células del cuerpo su efecto más notable se aprecia en las células del cerebro, y se manifiesta en la conducta; su efecto es depresión, aunque al inicio hay un período de excitación real o aparente, hay pruebas de que la acción inicial del alcohol es deprimir ciertas estructuras subcorticales (formación reticular alta) que, por lo común modulan o inhiben a la corteza cerebral, de manera similar a la hiperactividad de los reflejos tendinosos puede presentar un escape de las neuronas motoras espinales de centros de inhibición más altos. Asimismo, el alcohol produce una parálisis descendente inespecífica no selectiva del sistema nervioso central, que afecta primero a la corteza cerebral, luego a los centros subcorticales y al cerebelo, después a la médula espinal y finalmente al bulbo raquídeo, con depresión de los centros respiratorios y vasomotor terminando con la muerte. Las primeras manifestaciones se traducen por sensación de calor, euforia, locuacidad, enrojecimiento facial, aceleración del pulso y de los movimientos respiratorios; con fines didácticos podemos dividir en tres períodos de acción: Primero, la ingestión de 20-40 cc de alcohol produce disminución de la rapidez y precisión de los reflejos; los grados finos de discriminación, memoria, concentración, disminuyen, hay berborrea o impulso de accionar, la confianza en sí mismo aumenta, la personalidad se vuelve expansiva y vivaz, hay más jovialidad e hilaridad. El alcohol también interfiere con la eficiencia de la función mental y con el proceso de aprendizaje que se vuelve más lento y menos efectiva la facultad de formar asociaciones ya sea en la forma de figuras o palabras tiende a

bloquearse, el individuo no es tan versátil como de costumbre para dirigir el pensamiento hacia nuevas líneas que ayuden a resolver un problema. Por último, el alcohol interfiere con la facultad de juzgar y discriminar, y con la eficacia de pensar y razonar con claridad las actividades físicas no se acrecentan, aunque el sujeto crea lo contrario; esto se ha demostrado con test de mecanografía, cálculo, tiro al blanco, etc., en cambio las actividades mecánicas son menos influenciadas.

Segundo período de acción, la aparente excitación se hace más evidente, los movimientos son bruscos y rápidos aunque empiezan a ser desordenados; la locuacidad y la imaginación aumentan, la timidez se vence.

Tercer período, siempre condicionada por el aumento de dosis, la exaltación inicial es sustituida por tristeza, melancolía o cólera, y en la etapa siguiente por intoxicación mayor aparece incoordinación, marcha oscilante (depresión cerebelosa), trastornos de la palabra e inconciencia; si la dosis ha sido más exagerada se llega a la fase de anestesia que se manifiesta por sueño profundo, con pérdida de la sensibilidad, de las facultades mentales y puede llegar al coma con fenómenos bulbares y muerte, la anestesia general que puede presentarse en esta fase es de duración prolongada por oxidación retardada y eliminación lenta.

Tolerancia:

Se establece conforme el individuo se acostumbra; si la dosis de alcohol que causa concentraciones sanguíneas altas se mantiene constante la alcoholemia disminuye y desaparecen las manifestaciones clínicas de embriaguez (la causa de tal disminución de la alcoholemia no se conoce) este tipo de tolerancia se considera de "carácter metabólico" al contrario de la tolerancia "tisular" que se considera una respuesta de adaptación del sistema nervioso central, cuando la alcoholemia es muy prolongada. Esta adaptación parece depender de una alteración en la respuesta del tejido nervioso, es decir, una adaptación

bioquímica que el individuo le permite efectuar sus funciones de manera efectiva ante una determinada alcoholemia. Todavía no se conoce el mecanismo de adaptación, es indudable que algún factor congénito desempeña cierto papel que determina una susceptibilidad relativa, también es concebible que haya una adaptación psicológica a las altas concentraciones de alcohol en los tejidos nerviosos.

Las concentraciones promedio que están relacionadas con las manifestaciones observadas son:

mg/o/o

- 0.01 Euforia inicial, las ideas se aclaran.
- 0.02 Ligero atarantamiento, calor ligero, euforia que suprime la fatiga y el dolor ligero.
- 0.03 Euforia completa; ya no hay problemas, ni deseo de irse, el tiempo pasa rápido.
- 0.04 Verborrea, hilaridad, no se siente ebrio, los recuerdos son vivos.
- 0.05 No hay inhibiciones normales; se siente dominador y tranquilo.
- 0.06 La habilidad y la eficiencia disminuye.
- 0.10 Se habla a sí mismo, se siente atarantado.
- 0.15 El 100o/o están ebrios y el 50o/o de estos intoxicados.
- 0.20 Necesitan ayuda para caminar, se encoleriza, grita, solloza, nausea, amnesia completa, intoxicación en todos.

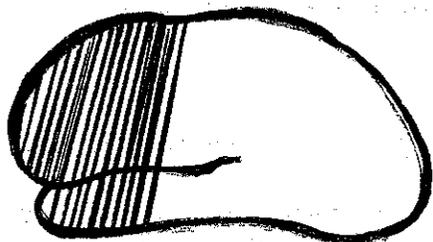
0.30 Estuporoso, duerme y vómita.

0.40 Intoxicación profunda que puede ser fatal.

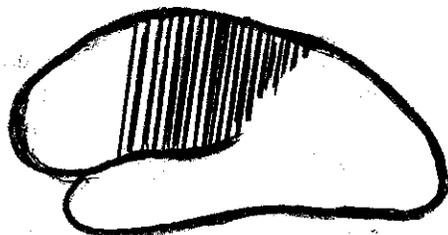
0.50 Intoxicación fatal.

ZONAS AFECTADAS

EUTROFICO
Y
TRIVIAL

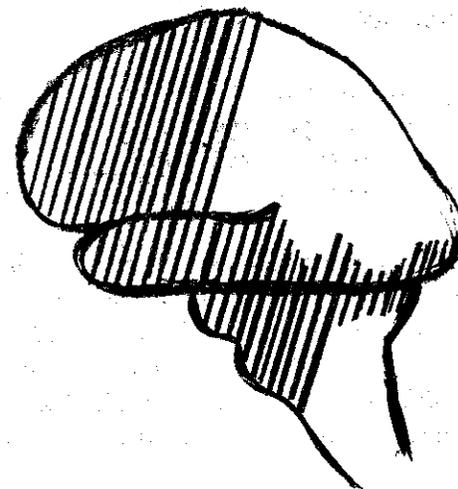


DELINCUENTE
Y
DESPRECIABLE

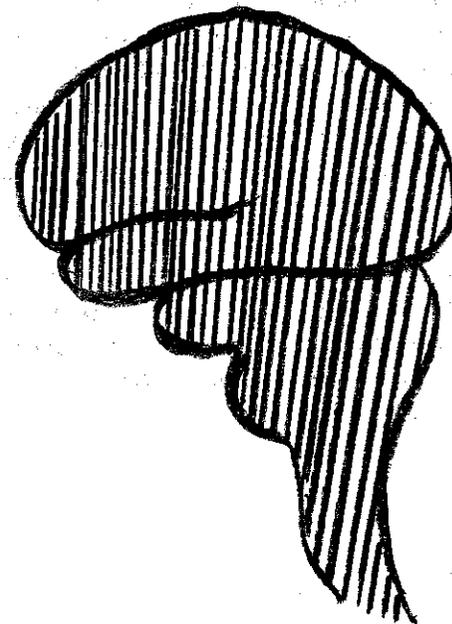


TODA
LA ZONA
MOTORA

DELIRANTE
ABATIDO
OFUSCADO
Y
ATURDIDO



INSENSIBLE,
MUERTO.



Un problema especial lo constituyen los alcohólicos que delinquen, y parece lógico destinar un esfuerzo a su atención y al estudio en investigación tan necesaria en el campo de la criminología.

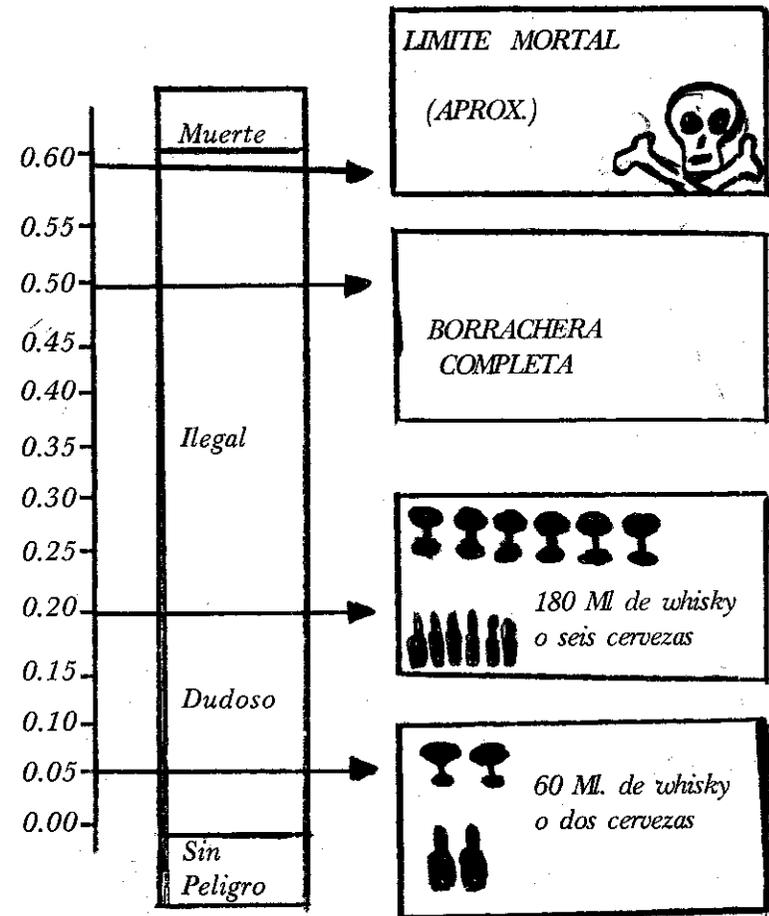
Es interesante mencionar como el alcohólico es factor de suicidio; ya que muchos suicidios no se clasifican como tales, porque parecen accidentes en vista de que beber alcohol continuamente puede acompañarse de profunda depresión.

El embriagarse constituye un síntoma y el alcoholismo crónico un diagnóstico, la cuarta parte de la gente que se suicida tiene antecedentes de haber bebido alcohol alguna vez; muestran los estudios de los médicos suicidas que la mayoría estaban deprimidos y la mitad era alcohólico o drogadicto, pocos habían recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico. (2)

Se considera que de cada tres accidentes automovilísticos, uno es ocasionado por conductor embriagado (según las estadísticas de España en el año de 1977) porque la persona intoxicada piensa, ve, actúa, y conduce a través de la toxina. A quien o a quienes conviene que la juventud y la edad madura estén anesteciados crónicamente es acaso esta una forma de dominación, es necesario despertar de esta inercia social.

A continuación reproduzco un diagrama alusivo a los diferentes niveles de alcoholemia y su influencia en los conductores de vehículos automotores (según la "American Bar Association on the traffic Institute Norte Wester University).

LIMITE DE BEBIDAS PARA CONDUCTORES



Fija los siguientes límites de alcohol para los conductores tal como se ve en el diagrama anterior.

NOTA: Las concentraciones son por Mg o/o.

Anatomía Patológica:

El alcohol es tal vez el agente que con mayor frecuencia produce hígado graso y lesión difusa, pero el mecanismo por el cual el alcohol conduce a aumento de los triglicéridos del hígado es menos claro; (ya que diversos factores pueden causar lesión difusa del hígado) un concepto razonable basado en pruebas circunstanciales es de que la combinación de ingestión crónica de alcohol más la nutrición insuficiente da origen a la lesión de la célula hepática y a la cirrosis de Laennec. Además de una clasificación patogénica resulta difícil por el orden de los acontecimientos a nivel biomolecular que acaba en el proceso cirrótico y que aún conocemos mal; damos un porcentaje, una distribución relativa aproximada de las formas de cirrosis:

TIPO 1 Cirrosis asociada con abuso de alcohol (de Laennec portal, nutritiva, alcohólica)	30-60o/o
TIPO 2 Cirrosis asociada con hemacromatosis	2-5 o/o
TIPO 3 Cicatrización post necrótica	10-30o/o
TIPO 4 Cirrosis después de la hepatitis	(rara)
TIPO 5 Cirrosis biliar	10-20o/o
TIPO 6 Tipos indeterminados y diversos	15-25o/o

Tanto su frecuencia como su impacto sobre la estructura y función hepática hace que la cirrosis del hígado sea una de las formas más importantes de la enfermedad clínica; la hipertensión portal casi siempre (más del 90 de los casos) depende de la cirrosis y cuando se desarrolla hipertensión portal va seguida por una serie de cambios entre los cuales hay tres que predominan; ascitis, formación de venas colaterales y esplenomegalia.

La cirrosis que voy a describir es la que más se observa en las personas que hacen uso y abuso del alcohol.

Entre los trastornos principales está la ascitis que es una acumulación intraperitoneal de líquido acuoso que contiene proteínas (principalmente albumina) en proporción de 2 gr. por 100 ml. prácticamente la misma concentración que en la sangre; este líquido es el que se acumula y produce distensión masiva, sea cual sea la génesis de la ascitis cuando existe, implica cirrosis del hígado, luego se producen vías venosas colaterales, general y portal, pero las más importantes se hallan en el plexo esofágico inferior, la cual produce varices esofágicas, y un 25o/o de las muertes por hamatemesis al romperse las varices. El 30-50o/o de cirróticos tienen también hemorroides. El conjunto de signos asociados con el consumo excesivo de alcohol constituye el tipo más frecuente y el que ha recibido el mayor número de nombres, de Laennec, portal nutritiva y cirrosis alcohólica. Existe una asociación neta entre el alcoholismo crónico y esta forma de cirrosis. Para definir el alcoholismo en una forma pintoresca "el alcohólico crónico es cualquiera que bebe de manera que a usted no le gusta" con mayor auge representa una forma de toxicomanía que interfiere con la vida normal del individuo, así definida se observa en todos los niveles de la sociedad, pero donde hace más estragos es en las comunidades indígenas, en las zonas rurales, cultural y económicamente débiles.

Hay dos puntos indiscutibles, una asociación comprobada entre consumo de alcohol y aparición de esta forma de cirrosis y la cicatriz fibrosa casi invariablemente va precedida de cambios grasos en todo el hígado, datos epidemiológicos de todo el mundo indican que la mortalidad por cirrosis es proporcional al consumo de bebidas alcohólicas por cabeza.

Puede lograrse el antecedente de alcoholismo crónico hasta en el 90o/o de estos enfermos.

Se han reunido muchos datos indicando que el alcohol puede provocar cambios grasos en el hígado, acumulándose en el aumento de transporte de grasa de la periferia hacia el hígado, disminución de oxidación de ácidos grasos en el hígado, aumento de la síntesis de triglicéridos y posiblemente trastornos de movilización de lípidos como lipoproteínas.

Los valores altos de alcohol en la sangre aumenta el transporte de grasa al hígado y simultáneamente bloquea su utilización y esta se acumula dentro de los hepatocitos, a nivel celular provoca hinchazón de mitocondrias y del retículo endoplásmico, luego aparece un depósito hialino rosado de estructura fibrilar denominado "sustancias hialino alcoholica" dentro del citoplasma de estas células hepáticas.

Morfología:

La evolución que acompaña a la cirrosis por abuso del alcohol sigue un curso previsible a menos que el proceso se interrumpa por abstinencia del alcohol y dieta adecuada; la primera etapa es un hígado voluminoso, liso, amarillo, evidentemente graso, que pesa cerca de 6 Kg. las células se necrosan por infiltración de sustancia hialina y neutrofilos un poco antes del tejido fibroso y cicatricial, pero si evoluciona, el hígado es más pequeño y modular, es cuando aparecen signos clínicos y las pruebas hepáticas son patológicas, generalmente de mal pronóstico. La psicodinamia del alcoholismo es tal que son muy pocos los pacientes que acaban re-estructurando su vida, el 80-90o/o de los enfermos se mueren en plazo de 5 años después de establecido el diagnóstico en nuestro medio, Jutiapa, en el área rural donde la alimentación es muy precaria y solo lo indispensable para subsistir y paradójicamente donde la costumbre de embriagarse es una ley.

TIPOS DE INGESTION DE ALCOHOL Y CRITERIOS PARA SU CLASIFICACION

Cantidad	Distribución	Efectos	Factores Inductores
MODERADA	Remitente Intermitente Continua	Sin embriaguez	Con o sin dependencia socio-cultural hacia el alcohol.
EXCESIVA	Remitente Intermitente Continua	Con o sin embriaguez	Con dependencia y/o psicopatológica hacia el alcohol
PATOLOGICA	Remitente Intermitente Continua		Con dependencia cultural y/o psicopatológica y física hacia el alcohol

Aspecto psicosocial del alcoholismo:

Después de hacer una descripción de los efectos del alcohol sobre los principales sistemas del organismo humano, procuraré hacer un enfoque social y procurando adaptarlo a nuestro medio. Es cierto que la disponibilidad de alcohol es igual en líneas generales para todos; pese a ello solo algunas personas llegan a depender de él; así parece que las características del individuo son determinantes en la adquisición de la enfermedad. Pero no es menos verdad que cuanto más alcohol hay, mayor es el número de enfermos, facilitado en gran modo por un ritual tolerante e incluso excitador.

Considero recalcar que de las fuentes de información a las que tuve acceso todas coinciden en que la mayoría abrumadora de los alcohólicos están con desórdenes de la personalidad y hay una estrecha correlación entre éstos y la psicosis; se encuentran

relaciones cercanas al tipo de trastorno de la personalidad hallados en los enfermos y encontramos que son dos las más usuales: la más frecuente es posesivo agresiva y la segunda observación compulsiva, todos los desórdenes depresivos manifestados ya sea neuróticos o psicóticos estaban asociados a una personalidad obsesiva compulsiva suyacente. Los autores proponen que hay cuatro grupos de alcohólicos:

GRUPO PROPICIO A ACTING-OUT

- A Personalidad posesivo agresiva
Personalidad explosiva

GRUPO PROPICIO A LA DEPRESION

- B Personalidad obsesivo compulsiva
Personalidad ciclotímica

GRUPO PROPICIO A LA DESINTEGRACION DEL EGO

- C Personalidad paranoide
Personalidad esquizoide
Personalidad inadecuada

GRUPO DESINTEGRADO

- D Personalidad neurótica
Personalidad psicótica
Personalidad con desviaciones sexuales.

En el sumario y conclusiones, los autores exponen el uso temprano o prematuro del alcohol como una defensa (química) alterna contra una variedad de situaciones amenazantes a la personalidad, que se producen cuando los mecanismos habituales de defensa del ego fallan.

Más explícitamente el abuso del alcohol sirve:

1) Como una defensa contra estados poderosos y amenazantes como la cólera, el miedo, la impotencia, así como una facilitadora de conducta "acting-out" en alcohólicos proclives a este tipo de comportamiento.

2) Como una defensa contra una sensación de profundo desaliento en el grupo tendiente a la depresión.

3) Como una defensa contra la profunda ansiedad en el grupo propicio a la desintegración del ego.

Como un medio de modular sistemas neuróticos, psicóticos, o sintomatología de desviación sexual, los autores asumen que los conflictos que generan estas situaciones, de amenaza al ego, no son exclusivamente orales, pero representan más bien aspecto entero de las fases del desarrollo del ego.

Este enfoque podrá servir para lograr más específicamente el tratamiento de los alcohólicos, pero será sólo un aporte al desarrollo de la teoría psicodinámica del alcoholismo.

Son múltiples los factores que convergen en esta grave enfermedad social, pero se destacan entre ellos la interacción de los siguientes factores, los cuales a mi juicio son decisivos.

1) Factores Biológicos:

Poder adictivo formador de dependencia física y psicológica del alcohol, predisposición genética y susceptibilidad metabólica o humoral.

2) Factores socio culturales:

Sociedad alienante, machismo (en el oriente de la república

tan notorio), el licor es de bajo precio, muy accesible, período sin trabajo porque no hay siembras (aunque muchos emigren al sur de la república a realizar trabajos agrícolas de corte de café y algodón los más importantes), todo se celebra con licor, Jutiapa no cuenta con medios recreativos accesibles a la gran mayoría de habitantes, inclusive en un ritual católico el sacerdote a mitad de la misa hace una pausa ceremoniosa y simbólica y toma una copa de buen vino, siendo ésta la parte más importante del "sacrificio que Dios hizo por la Humanidad" (yo ignoro como nuestra gente sencilla, fanática, recalcitrante y dogmática toma este acto), las múltiples bebidas clandestinas como el clan, gato a Q.1.00, la botella, chicha a Q.0.10 la botella, chaparro, y agua dulce, y por último, por tradición y hábito los jóvenes tratan de imitar a los mayores.

Todos estos factores junto con el factor psicológico de angustia, depresión y personalidad sociopática llevan al alcoholismo.

Acting-out, no se encuentra en la bibliografía psiquiátrica la traducción literaria, pero conviene dar alguna explicación sobre el término. "La expresión de conflictos emocionales o inconscientes o de sentimientos hostiles o amorosos, por medio de una conducta cuyo verdadero origen desconoce el propio protagonista.

"Término designado en psicoanálisis para designar accesos que presentan con carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo y que adoptan a menudo una forma auto o hetero agresiva".

VII MATERIAL U OBJETO A INVESTIGAR

Son los pacientes alcohólicos del departamento de Jutiapa, una carga social y en última instancia un problema hospitalario, difícil de tratar, muchas veces arriesgado intentarlo. Aceptemos primero lo siguiente "el alcohólico es un ser muy complejo, por así decirlo, su pensamiento no tiene nada que ver con el de una persona normal. No quiero decir con ello que sea mejor o peor, pero que si es fundamental, para poder comprenderle, aceptar que es distinto. He observado en el Hospital Nacional de Jutiapa que en la mayoría de pacientes que buscan atención médica son personas en su mayoría con algunas posibilidades económicas, y siempre vienen acompañadas por dos o más familiares o amigos y alguno de ellos es traído en vehículo y solicitan servicios médicos privados y estos tienen prerrogativas especiales, como la de tener visita 2 veces al día, personas que permanezcan constantemente con ellos, estos pueden ser familiares, amigos, hasta equipo personal de "protección del paciente", y los pacientes sin familia ni recursos son pocas las veces que llegan a solicitar servicios médicos.

Los alcohólicos son traídos al Hospital Nacional de Jutiapa casi siempre por la ambulancia de la Cruz Roja a quien solicitan para conducir a un paciente consuetudinario que ha estado ingiriendo bebidas alcohólicas siete u ocho semanas antes, aún cuando se pueden valer por sus propios medios.

Los pacientes sin familia (lo cual es dudoso) y que su problema de dependencia alcohólica es irreversible y el cual pierde el conocimiento en un parque o debajo de un puente, lo más usual es que ingrese al servicio de medicina en la mayor de las veces con el cuadro clínico característico ya terminal.

Recordemos que es el medio rural donde el licor clandestino es más consumido; este licor es diferente al producido

en fábrica y registrado en Sanidad.

Según estudio elaborado por la Universidad de Costa Rica se encontró en los ésteres de este tipo de licor que el 75o/o de las muestras (de licor clandestino) contenían el doble de lo permitido para el consumo humano; el 20o/o. El triple, el 5o/o tenían cuatro veces más de los límites permitidos.

Respecto al contenido de etanol, el 4o/o de las muestras de licor clandestino tenía menor graduación alcohólica que el guaro de la fábrica; el 12o/o era de igual graduación alcohólica y el 84o/o de las muestras de "guaro de contrabando" mostró mayor graduación que el guaro que produce la fábrica nacional de licores.

El 48o/o de las muestras estudiadas contenían furfural que lo han señalado algunos oftalmólogos como susceptible de ocasionar una neuritis óptica irreversible de las 54 muestras de "guaro de contrabando", solamente el 2o/o de ellas estaban dentro de los límites permitidos para ser una bebida apta para el consumo humano.

Estas bebidas embriagantes no son sustancias uniformes, ya que varían de una región a otra de un total de 54 muestras (en la Universidad de Costa Rica). El 26o/o de ellas contenía metanol sustancia conocida como tóxica para la célula nerviosa y que ocasiona fundamentalmente destrucción hemorrágica en la corteza cerebral y en la base del cerebro; en diversas situaciones se ha pensado que esta sustancia haya sido la causa directa de muerte, por haber tomado "licor clandestino". Aquí no conozco estudios al respecto. (6)

VIII REVISION DE REGISTROS CLINICOS DE PACIENTES

Procedencia y número de pacientes alcohólicos que ingresaron con diagnóstico de etilismo agudo al Hospital Nacional de Jutiapa en los años de 1972 a 1977.

ORIGEN	CASOS
Jutiapa (cabecera departamental)	230
Quezada	44
El Progreso	33
Asunción Mita	32
Santa Catarina Mita	15
Jalpatagua	15
Moyuta	7
El Adelanto	7
Jerez	7
San José Acatempa	6
Agua Blanca	4
Yupiltepeque	3
Comapa	3
Atescatempa	3
Zapotitlán	2
Pasaco	2
Conguaco	2
Otros lugares	32
TOTAL	435

De todos estos pacientes de sexo masculino hacen un total de 425 y sólo 10 son de sexo femenino.

Hago notar que sólo son los casos considerados como tales por personal médico, paramédico y profanos, sin considerar las diferentes enfermedades producidas por el alcohol, o agravadas por el mismo; amén de los accidentes automovilísticos y casi el 90o/o

de los heridos con armas, desde piedras hasta escopeta y las diferentes armas blancas.

Principal sintomatología presentada por los pacientes hospitalizados con diagnóstico de etilismo agudo en el Hospital Nacional de Jutiapa en los años de 1972 a 1977.

Angustia	110
Calambres	72
Temblores	164
Palpitaciones	65
Dolor precordial	32
Nerviosismo	79
Depresión	88
Miedo	21
Irritabilidad	42
Agresividad	76

Como todos sabemos el inicio del alcoholismo es temprano; en lo que a edad respecta la más alta incidencia ocurre en pacientes comprendidos de los 25 a los 50 años de edad en pacientes ingresados por etilismo agudo en el Hospital Nacional de Jutiapa de los años de 1972 a 1977.

Es imprescindible conocer en términos generales el tratamiento y manejo de episodio agudo de intoxicación alcohólica que tiene como objeto inmediato intentar salvar la vida del bebedor y combatir los efectos de una ingesta excesiva de alcohol.

El síndrome de alcoholismo agudo y el síndrome de abstinencia los podemos identificar con relativa facilidad; es evidente cuando el bebedor ingiere en exceso o posterior a la abstinencia respectivamente.

Los síntomas más típicos son (ver, principal sintomatología

presentada por los pacientes hospitalizados con diagnóstico de etilismo agudo en el Hospital Nacional de Jutiapa en los años de 1972 a 1977, Página No. 34). Cada uno de estos síntomas y signos complejos pueden presentarse de modo muy distinto en los diferentes individuos, pero con fines didácticos serán descritos como si se presentarán en forma clásica. Sin embargo, con bastante frecuencia se presentan en diversas combinaciones. (4)

El prototipo de paciente que presenta esta sintomatología es el juerguista o bebedor periódico, aunque el bebedor crónico no queda muy librado si por alguna razón ingiere más o suprime la ingestión de alcohol.

Delirium Tremens:

Para que se presente es necesario un factor desencadenante que puede ser afección orgánica, accidente, intervención orgánica, etc. Este se liga a trastornos de la regulación diencefálica y manifiesta los siguientes síntomas: Pérdida de noción del tiempo y espacio, delirio profesional (desordenada agitación sobre la cama con idea de estar realizando una labor habitual), alucinaciones fácilmente influenciadas por la sugestión y de naturaleza óptica (aparición de pequeñas e inquietantes figuras de abigarrado colorido, tales como pulgas, ratones y hombres en miniatura), táctiles (sensación como de pequeños animales que trepan por el cuerpo del paciente) y más raras veces acústicas; breves frases o palabras aisladas parecen venir a adornar las ilusiones ópticas. Síntomas orgánicos: amplio temblor, a veces fiebre elevada 40° C de origen centrógeno (Delirium Tremens, Febril de Magnan) copiosa sudoración, conjuntivitis, insomnio. La duración es de dos a cinco días y casi siempre termina en sueño profundo y reparador, el paciente no conserva más que un recuerdo fragmentado de lo ocurrido, el delirio puede repetir una o dos veces. (14)

La mortalidad ha descendido de 30 a 50%, al 2 al 3.

por ciento con la terapéutica actual (Pedro A. Pons).

Según Harrison la mortalidad es de 150/o de los casos pero hace notar que la mayoría de los casos se acompaña de algún padecimiento infeccioso o lesión, desde el punto de anatomía patológica se observa una fina proliferación de vasos capilares sobre todo en la inmediación de los pedúnculos cerebrales y del hipotálamo (paraencefalosis), no raras veces asociada con el paso de líquido seroso y hematies al espacio de Virchow-Robin esto explica la aparición de pequeños puntitos rojos en dichos sectores e independientemente se describen una serie de células ganglionares en degeneración, en especial en la región del núcleo posterior del hipotálamo, y alteraciones celulares en toda el área cerebral que corresponden a la demencia alcohólica.

Síndrome de Korsakoff:

Puede iniciar su desarrollo a continuación de un delirium tremens y se caracteriza por lo siguiente: Pérdida de la capacidad de orientación temporal y espacial con concordancia de los datos de tiempo y lugar (por ejemplo el paciente anciano cree encontrarse nuevamente como recluta en el cuartel en que sus años de joven prestó su servicio). Confabulación (es decir, el enfermo llena las lagunas del recuerdo con falas invenciones, cuya realidad no será del propio paciente persuadido, síntomas orgánicos, sobre todo polineuritis de las extremidades inferiores.

Alucinosis alcohólica:

Kraepelin las llama locura alucinatorias del alcohólico o manía alucinatoria, y Wernicke, alucinosis aguda del alcohólico. Es exteriorizada como alucinaciones acústicas ultrajantes y amenazantes; alucinaciones ópticas por la tarde y por la noche en forma de oscuros fantasmas grizaceos, en ocasiones como la proyección de una película de sombras y figuras; tales como el

desfile de el entierro del propio paciente, y a menudo alucinaciones de tipo ilusorio (por ejemplo un cortinaje oscuro es considerado como la sombra de un perseguidor) esto se acompaña de intensa sensación de angustia que puede acabar en un carácter de pánico (fuga y hasta suicidio para librarse de la persecución) y ligera desorientación temprana y local, si el paciente deja de beber, la alucinosis declina totalmente en varias semanas. (7)

Paranoia alcohólica:

El delirio se centra en la infidelidad de la esposa. En su delirio de celos resulta muy peligroso para la esposa y constituir una amenaza para sus supuestos rivales, puede llegar al asesinato o parricidio; este delirio se acompaña casi siempre de alucinaciones acústicas; las alucinaciones ópticas se refieren sólo a las figuras ilusorias de los supuestos rivales; el pronóstico de la paranoia de celos es realmente nefasto a causa de que el más mínimo motivo puede reavivar el delirio. (15)

Tratamiento:

El uso de drogas tranquilizantes, Clorpromazina y Diazepan son las más usadas actualmente, junto con hidratación parenteral en el Hospital Nacional de Jutiapa; es posible que el paciente no tenga alguna otra enfermedad por lo que requiera hospitalización, pero, a pesar de ello puede estar afectado seriamente en su vida marital, social y económica.

La apomorfina actúa sobre las células de la corteza cerebral y diencéfalo suprimiendo la necesidad del alcohol (denk).

El alcohólico agudo debe de ser tratado inmediatamente y la administración de droga debe de ser proporcional a estos factores: Agitación, tensión, delirio, convulsión, edad, masa corporal, la presencia de intoxicación y el grado de desequilibrio electrolítico y fiebre. El Clorhidrato de Clordiazepóxido es

administrado a dosis de 50 a 100 miligramos a la admisión, puede repetirse 4 a 6 veces en las primeras 36 horas, según el grado de agitación y de delirio de las 24 a 36 horas que mejora, se pasa a vía oral 25 ó 50 miligramos cada 8 horas por tres días, y se baja la dosis al paciente uno o dos días, previo egreso. Para sedar al paciente en la noche, ampollas de hidrato de cloral o paraldehído de 1 gramo que junto con clorhidrato de clordiazepóxido producen buen sueño.

Ya no se usan los barbitúricos, para la sedación nocturna si bien son efectivos, como sedantes para alcohólicos producen frecuentes agitaciones en vez de hipnosis y son drogas peligrosas con posibilidad de formar adicción.

Para los pacientes con historial de episodios de convulsiones se usa difenilhidantoína antes y después en el paciente que ha tenido convulsiones y puede usarse el fenobarbital, pero solo en la crisis aguda convulsiva para asegurar el control, a dosis de 6 miligramos por kilo de peso, estos pacientes deben hidratarse con solución glucosada salina, con 500 miligramos de ácido ascórbico en solución.

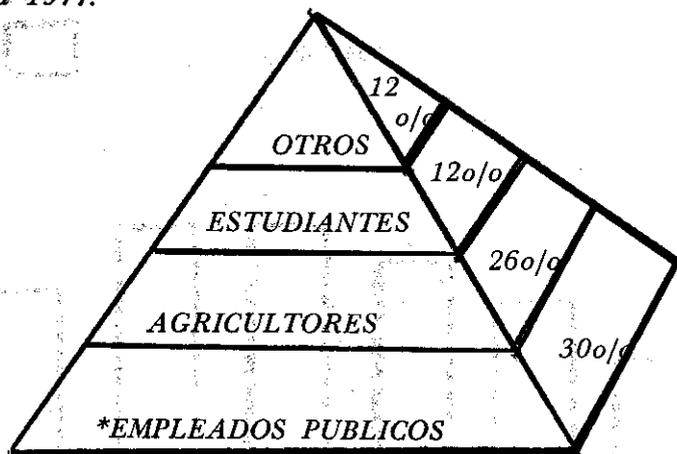
Debe darse al paciente dieta libre lo más rápido posible, muy rica en leche y jugos de fruta, el reposo lo mejorará poco a poco. La terapia vitamínica es por la vía oral o intramuscular cuando se evidencia la pérdida de peso, se puede dar complejo B y vitamina C hasta su egreso, por los problemas gástricos y úlcera péptica no severa se puede usar antiespasmódicos y antiácidos. (9)

El clorhidrato de clordiazepóxido parece tener un efecto en el sistema nervioso autónomo, sabemos muy poco acerca de las posibles diferencias entre el alcohólico y el no alcohólico aparte de la tolerancia. Hay indicios suficientes de la existencia de posibles diferencias de modo que vale la pena alentar el estudio de estas reacciones metabólicas. (8)

Considero el tratamiento incompleto si no participa la familia del paciente (citarla) cosa perfectamente posible en el Hospital Nacional de Jutiapa para hacerle lo que yo considero la segunda parte del tratamiento antialcohólico sin la cual el paciente queda a merced de sus compañeros de "jerga" y de su débil voluntad; es aquí donde el grupo de alcohólicos anónimos le pueden brindar una valiosa como necesaria ayuda moral, sin la cual está perdido; quiero mencionar que en el departamento de Jutiapa son los únicos que desarrollan esta gran labor como necesaria, no solo aquí sino donde se encuentre el grave problema del alcoholismo. (3)

IX
**EXPOSICION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS
DE LA INVESTIGACION**

Porcentaje de pacientes alcohólicos y principal ocupación u oficio referida por pacientes que ingresaron con diagnóstico de "etilismo agudo" en el Hospital Nacional de Jutiapa durante los años de 1972 a 1977.

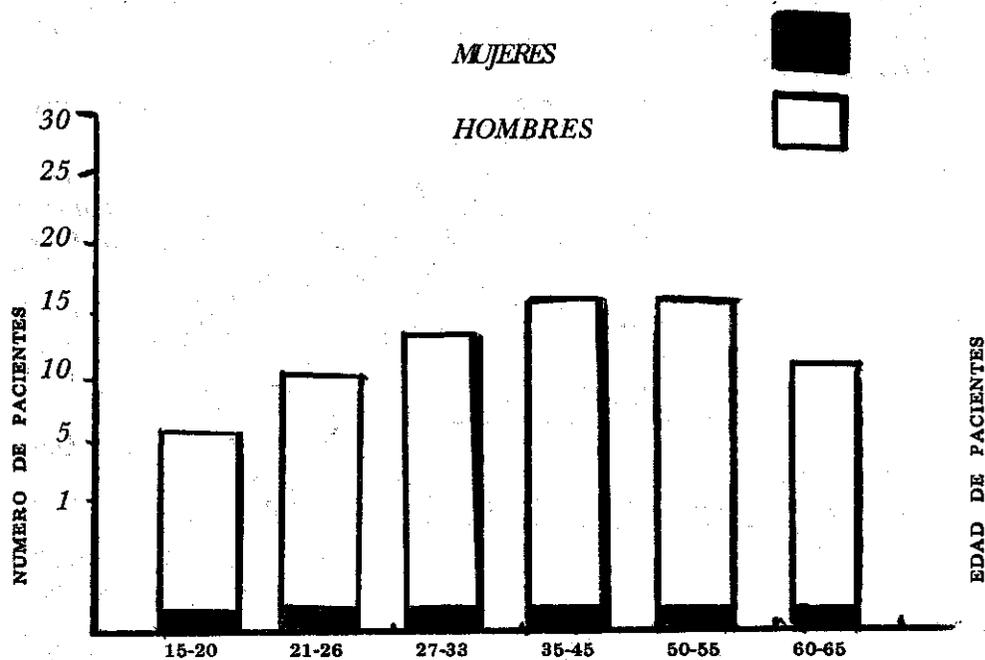


* *Es considerado Empleado Público el burócrata que devenga salario con el Estado.*

Otros, son consideradas las personas que no residen en el departamento de Jutiapa (ferias, exposiciones, romerías, inmigración - emigración).

Número de pacientes alcohólicos que ingresaron al Hospital Nacional de Jutiapa durante los años de 1972 a 1977.

FRECUENCIA POR EDAD



Son, de la 2a. a la 5a. década las más afectadas, otras de las razones es que las ferias de los municipios y aldeas son en diferentes fechas, y una cerca de la otra (intervalo de tiempo).

He observado y puedo afirmar que sin bebidas embriagantes, las fiestas no tendrían ningún sentido ni razón de ser para los parroquianos.

X CONCLUSIONES

1. Existe una alta disponibilidad de bebidas embriagantes la cabecera departamental y en el resto del departamento.
2. Es el sexo masculino el más afectado.
3. La producción de bebidas embriagantes clandestinas es muy elevada.
4. El vino es la bebida alcohólica de mayor consumo por bajo valor económico, sobre todo por los campesinos pobres.
5. Un alto porcentaje de accidentes de tránsito son producidos por conductores en estado de ebriedad.
6. El 90% de hechos delictivos (heridos por machete y arma de fuego) de pacientes ingresados están ebrios.
7. Los burócratas y empleados solicitan más servicios médicos por ser reincidentes y más en días de pago.
8. Sólo los Alcohólicos Anónimos en Jutiapa reeducan a pacientes alcohólicos.
9. La radio y prensa local anuncian las bebidas alcohólicas como algo de primera necesidad.
10. Son cuantiosos los recursos humanos y materiales que diluyen en el tratamiento de pacientes alcohólicos, en el Hospital Nacional de Jutiapa; que merman ya su raquímo presupuesto.

XI RECOMENDACIONES

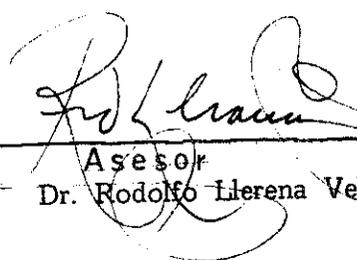
1. *Que los médicos del Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.) deben tratar de formar grupos de Alcohólicos Anónimos en su comunidad y si ya los hay tratar de dar pláticas a los mismos.*
2. *Que los médicos del Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.) visiten los centros penales de su localidad para enterarse y ayudar a resolver problemas de salud y profilaxia emocional antialcohólica (psicoterapia de grupo).*
3. *Que las autoridades de Salud Pública inicien campañas de prevención antialcohólica en el área rural (como cualquiera otra enfermedad).*
4. *Que las autoridades civiles prohíban la portación de armas por ser un peligro.*
5. *Que la legislación preventiva y rehabilitadora incluya a los medios de difusión del pensamiento, por ser ellos formadores de hábitos como el alcoholismo y por los mismos informar a todos los niveles de los riesgos del alcohol.*
6. *Que los pacientes alcohólicos hospitalizados tengan seguimiento por grupos de Alcohólicos Anónimos y personal médico.*
7. *Que el Estado y la sociedad están en la obligación de proporcionar ayuda para la rehabilitación del alcohólico en cualquiera de sus fases.*

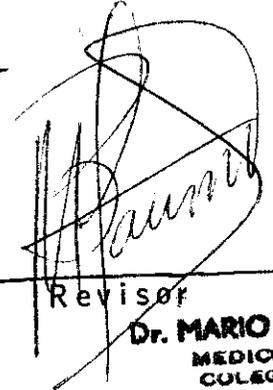
XII
BIBLIOGRAFIA

1. *Alcohol. EN Diccionario Enciclopédico*
Quillet. Buenos Aires, Arístides Quillet, 1970, T. 1, P. 166.
2. *Arias T., José M. El Alcoholismo en Guatemala.*
Tesis. (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1957. 72 p.
3. *Beteta L., Hernán. Sobre el alcoholismo en Guatemala.*
Tesis. (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1946, 64 p.
4. *Boletín del Centro de Documentación sobre alcoholismo y abuso del alcohol.*
México, Dirección General de Salud mental de la S.S.A. y Unidad, Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana, 1976 (No. 1, Octubre).
5. *Chávez, Raúl. Breves Consideraciones sobre Intoxicación Alcohólica y su Tratamiento. Tesis.*
(Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1946. 64 p.
6. *Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías, 18. Ponencias. Sevilla,*
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Psicología 1972. p.p. 95-105
(Monografías Médicas).
7. *Díaz C., Carlos Leonel. Uso de Hipnóticos en Pacientes con intoxicación alcohólica.*
Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1975
59 p.

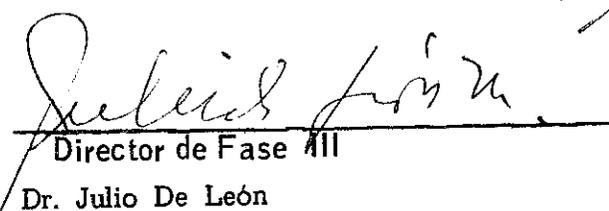
8. Forney, R. B. y R. N. Harger. *Los Alcoholes*.
EN: Drill, Víctor A. *Farmacología Médica*.
México, La Prensa Médica Mexicana, 1974. pp 228-250.
9. González R., José A. *Tratamiento de Crisis Alcohólica Aguda*.
Tesis. (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1974. 72 p.
10. Goodman Louis y Alfred Gilman. *Bases Farmacológicas de la Terapéutica*.
México, Interamericana, 1974. p 95-118.
11. Goth, Andrés. *Farmacología Médica*, Trad. por Alberto Folch. 3 ed. México, 1966. p. 261.
12. Miguel, Emilio B. *El Alcoholismo, Enfermedad Social*.
Barcelona, Plaza & Jonés, 1977. 152 p.
13. Monzón, Malice, Carlos, *Alcohol Etílico o Etonol. En sus apuntes de Farmacología*.
2 ed. Guatemala, 1965. p 145-160.
14. Vásquez P., Dionel. *Electroshock y Alcoholismo*.
Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1959. 36 p.
15. Vides, Pedro C., *Contribución a la lucha contra el alcoholismo*.
Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1907. 53 p.


Dr. JORGE ALBERTO MORAN ORTIZ

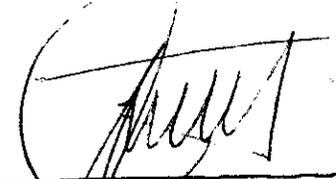

Asesor
Dr. Rodolfo Llerena Veliz


Revisor

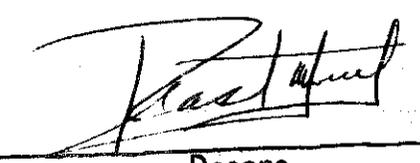
Dr. MARIO R. BOLAÑO
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 1882


Director de Fase III

Dr. Julio De León


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo