

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**DETERMINACION DE LA PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO
EN PROFESIONALES DE LA MEDICINA A TRAVES
DEL MAST-TEST.**

**Estudio efectuado en los Hospitales
Nacionales de Antigua Guatemala
San Juan de Dios y Roosevelt.
Durante los meses de Septiembre-Marzo
de 1995-1996. Guatemala.**



En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1996

BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DL
OS
T(3015)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Of. APR-0192-96

Guatemala, Abril 23 de 1996

Doctor
ALVARO DAVID CHANCHAVAC IQUITI
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
USAC
Presente.

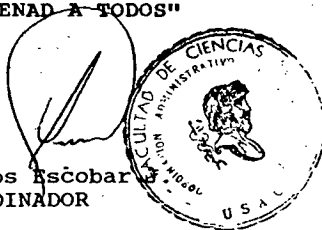
Estimado Doctor:

Por este medio le saludo y hago de su conocimiento que el Informe Final de Tesis del estudiante ALVARO DAVID CHANCHAVAC IQUITI titulado DETERMINACION DE LA PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO EN PROFESIONALES DE LA MEDICINA ha sido RECIBIDO, y luego de revisado se ha establecido que cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es autorizado para realizarlo según la metodología propuesta.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Respetuosamente,

"DID Y ENSEÑAR A TODOS"



Dr. Carlos Escobar
COORDINADOR

NOTA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es responsabilidad única del autor.

apme

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El (La) BACHILLER : ALVARO DAVID CHANCHAVAC IQUIE

Carnet Universitario No. 8613027

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

DETERMINACION DE LA PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO EN PROFESIONALES DE
LA MEDICINA.

Trabajo asesorado por:

Doctor MIGUEL ANGEL MOLINA

y revisado por:

Doctor SERGIO CASTAÑEDA CEREZO

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, Abril 23 de 1996.

UNIDAD DE TESIS

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:



Eusebio Axel Oliva Gonzalez
DECANO

Guatemala, 18 de Abril de 1996.

Dr.
Carlos Escobar.
Coordinador Docente Administrativo
Unidad de Tesis.
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Presente:

Por medio de la presente le manifiesto que tuve a la vista el informe final del trabajo de tesis titulado "Determinación de la Prevalencia de Alcohólicismo en Profesionales de la Medicina a través del MAST-TEST". Correspondiente al Br. Alvaro David Chanchavac I. Carnet 8613027.

En calidad de asesor emito el dictamen favorable que corresponde luego de considerar que los resultados de la investigación son satisfactorios.

Agradeciendo de antemano la atención prestada; me despido:

Atte:



col. 2969.

Dr. Miguel Angel Molina.
Jefe del Servicio de
Medicina de Mujeres
Hospital Nacional de
Antigua Guatemala.

Guatemala, 18 de Abril de 1996.

Dr.
Carlos Escobar.
Coordinador Docente Administrativo
Unidad de Tesis.
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Presente:

Por medio de la presente le manifiesto que tuve a la vista el informe final del trabajo de tesis titulado "Determinación de la Prevalencia de Alcohólicismo en Profesionales de la Medicina a través del MAST-TEST". Correspondiente al Br. Alvaro David Chanchavac I. Carnet 8613027.

En calidad de revisor emito el dictamen favorable que corresponde luego de considerar que los resultados de la investigación son satisfactorios.

Agradeciendo de antemano la atención prestada; me despidido:

Atte:

~~Dr.~~ Sergio Castañeda Cerezo.
Director Docente Hospital
Nacional de Antigua.
Coordinador Area de Médico
Quirurgico.

DR. SERGIO CASTANEDA CEREZO
JEFE DE DEPARTAMENTO
DE MEDICINA
Colegiado No. 2713

DEDICO ESTE ACTO:

A DIOS:

Quien guió y fortaleció mis pasos e iluminó mis pensamientos para alcanzar este ideal.

A MIS PADRES:

Juan Crecencio Chanchavac Q.
María Luisa de Chanchavac.

Con profundo agradecimiento a sus esfuerzos y sacrificios, para lograr darme una profesión.

A MI ESPOSA:

Laura Renee Ana Gregg de Chanchavac.

Por su apoyo moral y espiritual, durante mi carrera.

A MIS HERMANOS:

Hugo Baudilio Chanchavac, Claudia M. Chanchavac
Luisa P. Chanchavac, Hanz Eliu Chanchavac y
Sara Edith Chanchavac.

A MI FAMILIA EN GENERAL.

A DR.:

Miguel Angel Molina (Asesor)

A DR.:

Sergio Castañeda Cerezo (Revisor)

A MIS PADRINOS DE GRADUACION.

A TODOS MIS AMIGOS:

Con aprecio.

INDICE

	Pag.
- Introducción	1
- Definición y análisis del problema	2
- Justificación	3
- Objetivos	4
A) General	4
B) Específicos	4
- Revisión Bibliografica	5
A) Definición	5
B) Historia	5
C) Alcohol etílico	6
D) Distribución del alcohol en el organismo	7
E) Absorción	8
F) Farmacología	8
G) Excreción	9
H) Factores nutricionales	9
I) Efectos del alcohol	10
J) Quien es alcohólico?	13
K) Dependencia y abuso del alcohol	13
L) Clínica del alcoholismo	14
M) Cuadro Psiquiatrico	15
N) Fases de la enfermedad alcoholica	17
O) Tratamiento del alcoholico	18
- Materiales y Métodos	19
a) Recursos	19
b) Metodología	19
- Grafica de Gantt	21
- Presentación de datos y resultados	22
a) Cuadro No. 1	23
b) Interpretación del cuadro No. 1	24
c) Cuadro No. 2	26
d) Análisis del cuadro No. 2	27
e) Cuadro No. 3	28
f) Análisis del cuadro No. 3	29
g) Cuadro No. 4	30
h) Análisis del cuadro No. 4	31
i) Cuadro No. 5	32
j) Análisis del cuadro No. 5	32
- Conclusiones y Resumen	34
- Recomendacione	36
- Michigan Alcoholism Screening Test	37
- Sistema de calificación	39
- Bibliografía	40

UNIVERSIDAD DE LA AMERICA DEL SUR
Biblioteca Central

INTRODUCCION:

El alcoholismo es una enfermedad crónica caracterizada por una evolución desde el consumo episódico de alcohol hasta el abuso patológico y la dependencia. A menudo tiene consecuencias desastrosas para la persona, la familia y la sociedad. Un individuo puede considerarse alcohólico cuando la bebida interfiere con su salud tanto física como mental, en sus relaciones interpersonales o en su actividad laboral.

El alcoholismo es un terrible mal que azota a toda sociedad sin importar edad, sexo, raza, religión ni estrato social. En donde todos los que conformamos dicha sociedad y en especial el gremio médico nos vemos involucrados de una u otra manera ya sea por ser alcohólicos, familiares o amigos de personas que ingieren alcohol.

A pesar de que cada día se conocen más a profundidad los problemas físicos, emocionales y sociales que se derivan de la ingestión de bebidas alcohólicas; contrariamente ha esperar que disminuya el consumo del mismo, cada día se incrementa más el consumo de estas y salen al mercado nuevas composiciones de bebidas alcohólicas con sus trágicas y desconsoladoras consecuencias y especialmente a aquellas que afectan directamente a la familia.

Es frecuente que el sujeto se ofenda ante el diagnóstico de alcoholismo y lo rechace. En especial, los pacientes se resisten a aceptar la influencia del alcohol en la desintegración de sus vidas o de sus familias; lo que hace aún más difícil el hecho de que busquen ayuda y no resuelvan su problema.

Varios factores sociales y de personalidad se han relacionado con el abuso crónico de sustancias psicoactivas. La influencia de los amigos y la búsqueda de emociones son factores comunes en quienes recurren por primera vez al uso de estas sustancias. La depresión, los trastornos de personalidad y la historia familiar de dependencia se asocian con progresión desde el abuso episódico al crónico. (20)

Como podemos darnos cuenta es una enfermedad social y debe estudiarse y tratarse como un problema de salud pública.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA:

La adicción al alcohol es sintomática de un trastorno de la personalidad. A pesar de que muchos alcohólicos creen que si dejaran de beber serían personas normales, raras veces se encuentra en ellos una personalidad psicológicamente bien adaptada aun durante los periodos de sobriedad.

Se define al alcohólico como "El bebedor excesivo cuya dependencia ha llegado al grado de producirle alteraciones mentales evidentes e interferir con su salud física, relaciones interpersonales y funcionamiento social y económico". (20,26):

En salud pública se ha definido al alcoholismo como un trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresando en dos síntomas fundamentales:

- 1) La incapacidad de detener la ingestión de alcohol una vez iniciada esta.
- 2) Y la incapacidad de abstenerse de beber alcohol en forma definitiva.

Contrariamente a lo que se cabría esperar, el médico que abusa del alcohol es un fenómeno bastante frecuente. En un estudio retrospectivo realizado en Londres de 144 médicos tratados por dependencia del alcohol o de otras drogas 41.6% abusaban del alcohol, un 26.4% de las drogas y un 31.3% de ambos.

La edad media de presentación en ambos casos era de 43 años y la duración media previa del consumo problemático era de 6 años (5). El principal origen era la autoprescripción. De entre la multitud de detalles surge una simple conclusión general: cualquiera y a cualquier edad puede llegar a tener dificultades con el alcohol y generalmente pasan varios años antes que la persona busque la ayuda apropiada.

El abuso de alcohol al igual que cualquier otra droga psicoactiva, es la consecuencia de la adicción de un agente farmacológico específico en un individuo en particular.

JUSTIFICACION:

El alcoholismo es un problema de gran magnitud en nuestro medio y sociedad guatemalteca, a pesar de que se considera un problema de mayor trascendencia en las clases sociales bajas y que una parte de nuestra población sobre todo a nivel profesional se considera ajena ha este flagelo social y no toman en cuenta que este problema si les incumbe de manera directa o indirectamente.

En nuestro medio el 99% de la población adulta ingiere bebidas alcohólicas; de los cuales el 15% son bebedores problema y de estos el 3 al 5% son bebedores cuya desintegración psíquica y social ha llegado al extremo de excluirlos totalmente de la vida productiva.

El abuso de alcohol y la hepatopatía se asocian tradicionalmente con el estrato socioeconómico más bajo; sin embargo en un informe reciente el alcoholismo era 4 veces más prevalente entre doctores escoceses que entre los miembros peor educados de la sociedad. Y siendo el gremio médico el más inmiscuido en el problema y cuando el mismo médico tiene un problema de alcoholismo se vuelve aún más reacio ha aceptarlo. La vergüenza y la negación son barreras para que un médico consulte como paciente y la formación médica desempeña un papel importante aunque sea involuntario en esta forma de pensar. Aprender a ser médico significa tambien aprender a no sentir y reaccionar como una persona ordinaria, es decir como un paciente (11).

Los médicos enfermos de alcoholismo que evitan el tratamiento y continuan ejerciendo son un peligro para todos aún para los propios médicos, para su familia, para la consulta o el hospital en el que constituyen un activo y una inversión y sobre todo para los pacientes que tratan. Son pocas las profesiones de las cuales se espera un buen juicio, una empatía controlada y una buena capacidad mental al 100% como lo es la medicina. (11)

OBJETIVOS:

GENERAL:

Cuantificar la prevalencia de alcoholismo en profesionales de la medicina colegiados activos.

ESPECIFICOS:

- Identificar el grupo étnico más afectado por el alcoholismo.
- Relacionar el estado civil y sexo con la prevalencia de alcoholismo.
- Determinar los grados de alcoholismo en los profesionales de la medicina a través de la aplicación del MAST-TEST.
- Determinar si las personas afectadas por el problema de alcoholismo pertenecen o no a familiares que son miembros de A.A.

REVISION BIBLIOGRAFICA:

CONSIDERACIONES GENERALES:

DEFINICION:

El problema en relación con el alcoholismo puede ir desde el alcoholismo social que produce vergüenza o culpa ocasional hasta la vergüenza excesiva que pone en peligro la salud y puede llevar a la muerte en última instancia. Aun esta en discusión en que punto de esta gama termina el problema con el alcohol y comienza un franco alcoholismo con diagnóstico.

El manual de la A.M.A. sobre el alcoholismo lo define como: "Una enfermedad caracterizada por preocupación por el alcohol y pérdida de control sobre su ingestión, que por lo general llega a la intoxicación una vez iniciada; y por su evolución crónica y progresiva" (20).

"Desorden crónico de comportamiento manifestado por la repetida de bebidas alcohólicas en exceso en relación a los usos sociales de la comunidad y que interfieren con la salud del bebedor y de su función social y económica" (15).

HISTORIA:

Desde las épocas más lejanas que registra la historia las personas han consumido alcohol con propósitos eufóricos, para celebrar diversas festividades, para solemnizar rituales religiosos para hacer más agradables las reuniones sociales y para proporcionar alivio a las tensiones emocionales inmediatas o prolongadas (15).

El origen de las relaciones entre el alcohol, el ser humano y la sociedad se pierde en el tiempo. Probablemente en la pre-historia y por casualidad se descubrió que la fermentación de frutas o de granos de cereales producía una bebida capaz de transformar sensaciones y emociones, creando un estado tal que solo podía ser entendido como relacionado con lo divino. Con el correr del tiempo aquella bebida paso a ser empleada no sólo en actividades religiosas y rituales sino también como medicamento para aliviar ciertos sufrimientos del cuerpo y del espíritu, además de desempeñar un importante papel nutricional. El descubrimiento del proceso de destilación por los alquimistas árabes en el siglo

XV ofreció a la humanidad bebidas con concentraciones alcohólicas hasta entonces inexistentes, llegando incluso al alcohol absoluto, considerado como un espíritu esencial. En la actualidad son escasísimas las sociedades conocidas que no disponen de bebidas alcohólicas fermentadas o destilada. (13.)

El término alcoholismo tiene data más reciente. Creado por el médico sueco Magnus Huss en 1849 fue designada desde el principio como una enfermedad unitaria, cuya concepción ha variado en estos últimos años en términos de extensión, etiología e incluso de su ideología. He aquí por las cuatro fases de alcoholismo por las cuales ha pasado la humanidad:

- 1) Surge con la era cristiana al generalizarse en occidente el cultivo de la vid, concretamente en los países del litoral mediterráneo.
- 2) Surge en el siglo XIV con el descubrimiento de las técnicas de destilación.
- 3) Cuando la elaboración artesanal va dejando paso a la máquina de vapor, la industrialización y la masificación de la prole y
- 4) En nuestros días en que la economía de consumo utilizando las técnicas de comunicación en masa y ciega avaricia induce a el hábito universal de ingerir alcohol con sus consecuencias. (4,13)

ALCOHOL ETILICO:

El alcohol etílico o etanol es el alcohol ordinario y es el producto final de la fermentación de la glucosa. Las bebidas alcohólicas dependiendo de su concentración se clasifican así:

- a) **Bebidas Alcohólicas de Baja Concentración:**
Como la sidra que tiene de 5 a 6 grados por litro; la cerveza de 8 a 10 grados y el vino común que oscila entre 10 y 15 grados.
- b) **Bebidas Concentradas:**
Como el ron y la ginebra con 32 a 40 grados por litro; el whisky con 39 a 42 grados por litro.
- c) **Bebidas Alcohólicas Mezcladas:**
O sea los cócteles que se preparan con la mezcla de 2 o más bebidas de las ya mencionadas. Su concentración es alta. (2,25)
Los efectos del alcohol en el organismo varían de acuerdo a la cantidad de alcohol que se ingiere. Si se bebe con moderación

el resultado normal es una especie de euforia y una sensación de bienestar sin peligros para la salud. En cambio los abusos pueden llevar a una anestesia total del cuerpo humano. Todos estos efectos se miden en relación del alcohol que hay en la sangre:

Gramos por ciento de Alcohol en sangre:	Sintomas básicos:
0.10	Libre concepción de ideas.
0.020	Sensación de calor y bienestar.
0.030	Euforia.
0.040	Perdida del sentido crítico.
0.050	Aumenta la euforia.
0.100	Indecisiones y falta memoria.
0.200	Se pierde el control del cuerpo.
0.300	Náuseas, sueño y vómitos.
0.400	Anestesia profunda.

(2,6)

DISTRIBUCION DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO:

El Etanol es un líquido incoloro, el sabor característico de cada bebida alcohólica depende del contenido de las sustancias congéneres (como los alcoholes de alta graduación aldehídos) que son los que producen la "cruda" o "resaca". Sin embargo los principales efectos de la bebida se deben al contenido de etanol propiamente dicho. El etanol es un agente altamente difusible que se absorbe con rapidez del estómago e intestinos pasando al torrente circulatorio, de ahí sus rápidos efectos farmacológicos.

También se metaboliza en poco tiempo, hecho que explica que las dosis moderadas de alcohol desaparecen de la sangre en más o menos una hora.

Después de su absorción, el alcohol se distribuye de un modo más o menos uniforme en todos los tejidos y líquidos del cuerpo. La placenta es permeable al alcohol y por eso tiene libre acceso a la circulación fetal. Como el alcohol afecta primordialmente al SNC, se ha prestado gran atención a la concentración encefálica que ha consecuencia de la gran irrigación sanguínea de esta se aproxima rápidamente a la concentración en sangre.

El etanol puede ser demostrado en sangre a los 5 minutos después de su ingestión. La máxima concentración se alcanza en 30 a 90 minutos. A una concentración de 50 miligramos/Dc se produce una sensación de relajación; niveles de 150 miligramos

por decilitro dan lugar a síntomas moderados de intoxicación y cuando la concentración es de 250 miligramos por decilitro se dan síntomas graves de intoxicación; cifras mayores de 350 miligramos por decilitros dan lugar a coma y cifras por arriba de 500 miligramos por decilitros producen la muerte. (10,14,16)

ABSORCIÓN:

El alcohol se absorbe en un 20% en el estómago e intestino delgado en un 80%; pero a nivel del estómago su absorción se ve retardada por la leche y alimentos grasos; pero en cambio el agua facilita la misma.

La absorción a nivel del intestino delgado es rápida y completa, independientemente en gran parte de la presencia de alimentos en el mismo. (10,14,16)

FARMACOLOGIA:

El 90% a 98% del alcohol que penetra en el cuerpo se oxida totalmente. La cantidad de alcohol oxidado por unidad de tiempo es aproximadamente proporcional al peso corporal y probablemente al peso del hígado. En el adulto la velocidad media a la que el alcohol puede ser metabolizado es de unos 30 ml en 3 horas. Diversos factores dietéticos, hormonales y farmacológicos pueden alterar el metabolismo del alcohol. El etanol es una molécula débilmente cargada, que se mueve con facilidad a través de las membranas celulares y que se equilibra con rapidez entre la sangre y los tejidos.

La oxidación inicial del Etanol se produce principalmente en el hígado y el metabolismo se encuentra muy reducido en animales hepatectomizados. El primer paso es la oxidación del alcohol a acetaldehído por la enzima alcohol-deshidrogenasa que contiene en su formación Zinc y cuyo peso molecular es de unos 85,000 daltons, utilizando NAD como aceptor de H^+ .

El segundo paso es la conversión del acetaldehído a Acetil CoA por medio de la enzima Deshidrogenasa de acetaldehído. Este sistema también es conocido como el sistema de la CATALASA.

Hay una tercera vía para oxidar el alcohol y es el sistema oxidativo microsomal del etanol; dichas enzimas de función mixta se encuentran en el retículo endoplásmico liso del hígado pero la actividad de estas enzimas en el hombre es muy escasa.

El producto final de la oxidación del etanol es Acetil CoA más dióxido de carbono y agua. (14,16)

La importancia clínica del acetaldehído no se conoce totalmente; pero la acumulación de niveles elevados en el hígado, cerebro y otros tejidos corporales puede causar lesiones en dichos órganos. Otros congéneres existentes en las bebidas alcohólicas pueden contribuir a dañar el organismo cuando se bebe en exceso entre ellos se encuentran alcoholes de bajo peso molecular (metanol, butanol) aldehídos, ésteres, histamina, fenoles, hierro, plomo y cobalto.

EXCRECION:

Menos del 10% del alcohol absorbido se excreta sin modificar por la orina, el sudor y el aliento. El resto se oxida a nivel hepático como ya se describió. Aunque pequeñas cantidades de alcohol pueden detectarse en el sudor las lágrimas, la bilis, el jugo gástrico, la saliva y otras secreciones casi todo el alcohol que escapa a la oxidación se excreta por los riñones y los pulmones. (10,19).

FACTORES NUTRICIONALES:

El alcohol es una fuente de energía fácilmente disponible aunque costosa, que se utiliza con mayor rapidez que la mayoría de los alimentos, porque se observa con rapidez a nivel del tracto gastrointestinal y no requiere digestión preliminar. Cada gramo de alcohol etílico libera unas 7 Kcal. además algunas bebidas alcohólicas también contienen proteínas y carbohidratos; la cerveza por ejemplo contiene unas 500 Kcal. por litro, de las cuales solo la mitad proviene del alcohol. Los alcohólicos crónicos puede cubrir la mitad o más de sus requerimientos calóricos diarios bebiendo alcohol y dejando de ingerir otros alimentos que equilibren su dieta; por lo cual sufren de carencias vitamínicas.

Cualquier vitamina absorbida por el intestino delgado mediante transporte activo o almacenada en el hígado puede encontrarse deficiente en los alcohólicos. Entre ellas cabe citar el folato (folacina o ácido fólico), piridoxina (B6), tiamina (B1), ácido nicotínico o niacina y vitamina A. Puede disminuir la concentración sanguínea de potasio, magnesio, calcio, zinc, y

fósforo, como consecuencia de una deficiencia en la dieta y del desequilibrio ácido-básico durante el exceso de ingestión de alcohol o durante la abstinencia. La deficiencia de tiamina es la causante de los síndromes de Wernicke-Korsakoff. (10,16).

EFECTOS DEL ALCOHOL:

Las diversas enfermedades que existen y que atacan al ser humano, son transmitidas por agentes patógenos microórganicos, como los virus, las bacterias, los parásitos, los hongos. Sin embargo el alcoholismo lo transmite la misma sociedad por medio de sus muy diversos mecanismos de desarrollo por ejemplo a través de la sofisticada industria que le proporciona al individuo un sin número de alternativas de bebidas alcohólicas de todos los tipos, calidades, tamaños, sabores, etc... inclusive de tipo clandestino (7).

a) HIGADO: La degeneración de los tejidos sanos del hígado, conocidas como cirrosis es 8 veces más frecuente entre los alcohólicos que entre los abstemios. La cirrosis alcohólica es solo una de las muchas consecuencias de la ingestión crónica de alcohol y suele acompañarse de otras formas de hepatopatía alcohólica. Las tres principales son: Hígado graso alcohólico, hepatitis alcohólica y cirrosis alcohólica. (12,19).

b) ESTOMAGO: Aun en bajas concentraciones y por cualquier ruta que este sea administrado, estimula las células parietales del estómago para producir ácido. También el esófago e intestino delgado son afectados por el proceso irritante del alcohol pudiendo provocar procesos inflamatorios locales, úlceras y muchas veces hemorragias. Las bebidas alcohólicas fuertes con grado alcohólico alto son irritantes para la mucosa y causan hitemia congestiva e inflamación. El uso continuo de alcohol puede provocar en el estómago gastritis tanto aguda como crónica. Además favorece la formación de úlcera péptica (12,25).

c) CORAZON Y CIRCULACION: El beber en exceso coincide con mayor vulnerabilidad a las arritmias, particularmente fibrilación auricular aun en ausencia de cardiopatía. El consumo regular, aumenta el riesgo de hipertensión. El alcohol contribuye a la producción de lesiones en esófago y duodeno y es también un factor etiológico de pancreatitis aguda y crónica. La pancreatitis parece producirse porque el etanol no solo aumenta la secreción

sino que obstruye el conducto pancreático.

La presión sanguínea, el gasto cardíaco y la fuerza de contracción miocárdica no se alteran de manera significativa después de la ingestión de una cantidad moderada de alcohol. Entre las complicaciones se pueden mencionar: exacerbación de angina e ICC; hipertensión y miocardiopatía. (12,16).

d) **PULMONES:** Dosis moderadas de alcohol en el ser humano pueden estimular o deprimir la respiración. Los alcohólicos están predispuestos a infecciones respiratorias, de la misma forma la debilidad generalizada y el pobre estado nutricional que padecen contribuye a esta tendencia. Nuegester demostró la supresión del reflejo de la góltis en los alcohólicos por lo que uno de los principales mecanismos de infección pulmonar en los alcohólicos es la aspiración de la flora bacteriana orofaríngea durante la depresión de la conciencia. (15)

e) **HEMOPOYESIS:** El etanol ejerce múltiples efectos agudos y crónicos de carácter reversible en todas las células de la sangre. El alcohol altera gravemente la producción de hematíes, lo que adquiere significado clínico después de semanas de consumo intenso de alcohol. Se ha observado un aumento en el tamaño de los hematíes con ligera anemia.

El consumo crónico y excesivo de alcohol también puede disminuir la producción de la mayoría de los Leucocitos, disminuye también la movilidad y adherencia de los granulocitos e impedir la respuesta de hipersensibilidad retardada frente a nuevos antígenos. Aunque los cambios en los propios leucocitos suelen ser temporales pueden contribuir al riesgo de infecciones, lesiones hepáticas y quizá un mayor riesgo de cáncer en alcohólicos.

El alcohol también puede causar granulocitosis tóxica. (16)

f) **GLANDULAS SEXUALES:** El alcoholismo produce envejecimiento prematuro (senilidad) incluyendo mal funcionamiento y degeneración de las glándulas sexuales. Puede llegar a producir impotencia y esterilidad en individuos que han ingerido alcohol por mucho tiempo. (10,25)

g) **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:** Además de los efectos agudos sobre el comportamiento, también puede producir "amnesia temporal" alcohólica es decir un episodio de olvido total o parcial que ocurrió durante la ingesta de alcohol.

Incluso sólo después de unas cuantas copas, el alcohol hace disminuir drásticamente la latencia del sueño (ayudando a la persona a quedarse dormida) y deprime el sueño de movimientos oculares rápidos al principio de la noche, a veces seguido de posteriores rebotes de REM asociados con pesadillas.

La ingestión crónica de dosis elevadas de etanol puede causar Neuropatía Periférica en 5 al 15% en los alcohólicos. Este síndrome probablemente se deba a la deficiencia de Tiamina y los efectos directos del etanol, del acetaldehído o ambos.

Los síndromes de Wernicke y Korsakoff son problemas importantes en los alcohólicos. La deficiencia de Tiamina es la causa principal en los individuos Vulnerables. Clásicamente los pacientes con síndrome de Korsakoff presentan amnesia profunda anterógrada (incapacidad para aprender cosas nuevas) y retrógrada, junto con una posible alteración del razonamiento visuospacial abstracto y conceptual pero tienen un cociente intelectual normal.

Los efectos más importantes del alcohol sobre el S.N.C. se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Intoxicación aguda.
- Período de amnesia.
- Degeneración del cerebelo.
- Enfermedad de Marchiafava-Bignami.
- Mielinosis pontina central.
- Atrofia cerebral.
- Miopatía.
- Síndromes de abstinencia: temblores, alucinaciones, convulsiones* y deliriums tremens.

Enfermedades del S.N.C. relacionadas con la Nutrición:

- Encefalopatía de Wernicke Korsakoff.
- Déficit de Folato.
- Pelagra.
- Polineuropatía.
- Neuropatía óptica.

(18,22)

QUIEN ES ALCOHOLICO?

Se puede definir como alcohólico a toda persona que consume bebidas embriagantes, en forma habitual, así sea en pequeñas dosis diarias semanales o mensuales, no digamos las que la ingieren en forma consuetudinaria. (7)

Actualmente se clasifica como una enfermedad ordinariamente crónica. Hay que considerar que cada individuo tiene una estructura física y psicológica que los diferencia del resto, por lo cual cada persona sufre los trastornos del alcoholismo en forma diferente, es decir hay personas más susceptibles y más resistente que otras. Cuando una persona busca pretextos constantes para consumir alcohol o bien todo lo celebra y busca amigos que comparten la bebida, es sin duda un alcohólico, asimismo cuando se manifiesta ansiedad por el consumo de alcohol especialmente los días viernes y los fines de semana.

DEPENDENCIA Y ABUSO DE ALCOHOL: (ALCOHOLISMO)

BASES PARA EL DIAGNOSTICO:

1) Criterios Mayores:

- Dependencia fisiológica manifestada por pruebas de supresión cuando se interrumpe la ingestión.
- Pruebas de laboratorio.
- Tolerancia a los efectos del alcohol.
- Pruebas de enfermedades relacionadas con el alcohol, como hepatopatías alcohólicas, degeneración cerebelosa.
- Ingestión continua a pesar de las contraindicaciones médicas y sociales enérgicas y de las alteraciones en la vida.
- Deterioro del funcionamiento social y laboral.
- Depresión y desmayos.

2) Otros Signos:

- Estigmas por alcohol: olor alcohólico de la respiración, fascies alcohólica, cara con rubor, enrojecimiento escleral, temblor, equimosis, neuropatía periférica.
- Ingestión subrepticia.
- Ausencias inexplicables en el trabajo.
- Accidentes, caídas o lesiones frecuentes de origen vago; en fumadores quemaduras de cigarrillo en manos y tórax.

CONSIDERACIONES GENERALES: El alcoholismo es un síndrome que consiste en dos fases: 1) Ingestión problema y 2) "toxicomanía"

al alcohol. La primera es el uso repetido a el alcohol para aliviar tensiones o resolver otros problemas emocionales. La segunda es una toxicomanía verdadera similar a la que ocurre después del uso repetido de otros sedantes hipnóticos.

Los pacientes que abusan del alcohol y otras drogas tienen una frecuencia mucho más elevada de trastornos psiquiátricos durante toda la vida. Casi todos los suicidios y homicidios intra familiares incluyen el uso de alcohol y es un factor principal en violaciones y asaltos. (22,26)

CLINICA DEL ALCOHOLISMO:

Deben considerarse los siguientes aspectos:

- a) Sus manifestaciones se dan no solo en la esfera psíquica, sino también la física y social.
- b) Las alteraciones de salud física predominan, desde el punto de vista de la frecuencia, sobre las alteraciones psíquicas o del comportamiento.

Desde el punto de vista diagnóstico, podemos detectar el alcoholismo instalado por medio de las siguientes señales:

- 1) Patrón patológico de Ingestión:
 - Necesidad de consumo diario de alcohol.
 - Imposibilidad de disminuir o detener la ingestión.
 - Esfuerzos repetidos por reducir o detener la ingestión excesiva.
 - Mantenimiento de la ingestión a despecho de graves consecuencias físicas y/o sociales que el individuo sabe serán agravadas por el alcohol
 - Amnesia lacunares durante la intoxicación.
 - Empleo del alcohol sin ser en forma de bebidas alcohólicas socialmente aceptadas (desodorantes, perfumes..)
- 2) Perturbación del Funcionamiento Social u Ocupacional:
 - Violencia durante la intoxicación.
 - Falta al trabajo o pérdida del empleo.
 - Problemas legales.
 - Peleas o conflictos con familiares o amigos.

La presencia de por lo menos uno de los signos de 1) y por lo menos uno de los de 2) mantenidos como mínimo por un mes es requisito suficiente para el diagnóstico de alcoholismo.

CUADROS PSIQUIATRICOS DEL ALCOHOLISMO:

La mayoría sino todas las alteraciones psiquiátricas o del comportamiento asociadas al alcoholismo o derivadas de él dependen de alteraciones del funcionamiento cerebral, o sea de un Síndrome Cerebral Orgánico (S.C.O.)

De acuerdo con el DSM-111 de la Asociación Psiquiátrica Americana hay 6 síndromes asociadas al alcoholismo:

1) INTOXICACION ALCOHOLICA:

Es la alteración psiquiátrica más frecuente, sus signos y síntomas dependen básicamente del efecto depresor del alcohol en el SNC. El diagnóstico de intoxicación alcohólica se da por:

a) ingestión reciente de alcohol, evidenciada por el hábito alcohólico, por la historia clínica o exámenes de laboratorio. b) trastornos comportamentales, como beligerancia, raciocinio perturbado, desorganización del funcionamiento social; c) trastornos neurológicos como ataxia, incoordinación motora disartria y d) Trastornos psicológicos, modificaciones del humor, irritabilidad y locuacidad.

2) SINDROME DE ABSTINENCIA:

Constituye para algunos autores, la confirmación irrefutable del diagnóstico de alcoholismo. El diagnóstico de S.A. es hecho en presencia de: a) temblor grosero de manos, lengua y párpados después (5 a 20 horas promedio) de la interrupción o dismiución de la ingestión abundante y prolongada de alcohol y b) por lo menos uno de los signos siguientes: náuceas y vómitos, flojedad y malestar general, hiperactividad autonómica (taquicardia, sudoración, aumento de la presión arterial), ansiedad e irritabilidad, humor deprimido.

En la mayoría de los casos desaparece espontáneamente en aproximadamente una semana y sus complicaciones mas frecuentes son combulciones y el D.T.

3) DELIRIUM TREMENS:

Es una grave emergencia médica, con mortalidad estimada en cerca del 10% de los casos no tratados. se hace el diagnóstico de D.T. cuando el pte. Presenta sobre el cuadro básico de S.A. antes descrito los siguientes signos y síntomas:

a) obnubilación de la conciencia b) desorientación temporoespacial

c) déficit de memoria y d) por lo menos una de las siguientes manifestaciones: ilusiones y alucinaciones generalmente visuales, incoherencia del habla, hiper o hipoactividad.

El D.T. se instala por lo general 2 a 3 días después de la interrupción o reducción de ingestión abundante y prolongada de alcohol.

4) SINDROME AMNESICO:

También conocido como síndrome de Korsakoff, esta complicación del síndrome de dependencia de alcohol tiene su origen en la deficiencia de tiamina, bien por disminución de la absorción debida a alteración de la mucosa gástrica por el alcohol; o por el aumento en su metabolismo (como parte del metabolismo del alcohol)

El diagnóstico es hecho por: a) déficit tanto de memoria de fijación, como de evocación secundario a la ingestión abundante y prolongada de alcohol y 2) polineuropatía periférica.

5) ALUCINOSIS ALCOHOLICA:

Síndrome relativamente raro, predomina en hombres y sólo se desarrolla después de varios años (por lo menos 10 en promedio) de ingestión abundante. El diagnóstico se hace por:

a) alucinosis orgánica caracterizada por alucinaciones auditivas que surgen en seguida de la interrupción o reducción de la ingestión abundante y muy prolongada en un individuo con SDA. b) concordancia entre contenido alucinatorio y respuesta a las alucinaciones y c) ausencia de cualquier alteración a nivel de conciencia.

Las alucinaciones auditivas que caracterizan este cuadro suelen ser nítidas; voces que hablan entre si respecto del pte. o que le hablan directamente.

6) DEMENCIA ALCOHOLICA:

Cuadro terminal de la ingestión abundante y prolongada de alcohol en general solo reversible en sus fases iniciales. El diagnóstico es hecho por:

a) demencia después de varios años (en promedio más de 10) de ingestión abundante de alcohol, caracterizada por: déficit de memoria, disminución de la capacidad de abstracción, disminución del juicio crítico, disminución del nivel de organización de la personalidad que resulta en alteración al funcionamiento social u ocupacional y b) persistencia de este cuadro hasta más de un mes después de la interrupción total de

la ingestión de alcohol. El síndrome demencial por definición es irreversible. (13,17,18,22.)

FASE DE LA ENFERMEDAD ALCOHOLICA:

El alcoholismo puede dividirse para su estudio en 4 grandes fases que se expresan a continuación:

1) **FASE PRE-ALCOHOLICA U OCULTA:** Que nos hace referencia a un individuo con conflictos, con trastornos de la personalidad y que sufre tensiones insoportables. Con la ingestión del alcohol alivia sus tensiones, disminuye sus inhibiciones y tiene una sensación de bienestar momentáneo. La persona aumenta paulatinamente la ingesta y aunque no se embriaga esta bebiendo más que los demás, aunque esto no es evidente para él y sus amigos, aparece con el tiempo que puede ser variable un síntoma que marca el inicio de la segunda etapa: Las Lagunas Mentales.

2) **FASE PRODROMICA:** Se caracteriza por la aparición de dos hechos fundamentales:

a) La Laguna Mental.

b) El cambio de conducta del bebedor con la toma de conciencia de su necesidad de beber alcohol.

El cambio de conducta se refiere a la bebida a escondidas, a la preocupación si en una reunión habrá suficiente cantidad de bebida, entonces bebe unas cuantas copas antes de asistir a ella .

Empieza ha aparecer el sentimiento de culpa y hay tendencia ha evitar alusiones al alcohol.

3) **FASE CRITICA O DECISIVA:** En esta fase el enfermo da justificaciones para beber, se vuelve agresivo, puede abandonar a sus amistades y el trabajo perdiendo así todo interés externo. Al progresar la enfermedad el individuo se encuentra dominado completamente por la dependencia hacia el alcohol. Es característica de esta fase que una vez el alcohólico bebe una pequeña cantidad de alcohol se despierta en él una apremiante necesidad de beber la cual no termina hasta que no esta totalmente embriagado.

4) **FASE CRONICA:** Aquí el enfermo se embriaga ha cualquier hora y cualquier día y durante varios días. Llega a constituir un grave peligro para la sociedad ya que pierde los valores morales y aparecen trastornos del pensamiento. (1,15)

TRATAMIENTO DE ALCOHOLICO:

El tratamiento del alcoholico debe ser dirigido en forma integral, para resolver los problemas médicos, psicológicos y sociales que posee el enfermo alcohólico y no enfocarlo aisladamente.

a) **TRATAMIENTO MEDICO:** Va dirigido a resolver el problema orgánico que posee el enfermo alcohólico como: cirrosis hepática, mal nutrición o urgencias médicas como: Hemorragia gastrointestinal superior o intoxicación alcohólica.

b) **TRATAMIENTO PSICOLOGICO:** Se tratan de resolver los problemas psicológicos del pte. tales como: depresión, remordimientos, problemas de la personalidad etc....

c) **TRATAMIENTO SOCIAL:** Entre ellos los que desempeñan un papel de suma importancia son:

ALCOHOLICOS ANONIMOS: Son grupos de hombres y mujeres que comparten su experiencia, su fortaleza ayudando a los demás a contener su alcoholismo. El programa de recuperación que llevan los A.A. consiste en seguir 12 pasos ya establecidos por ellos con fervor y voluntad. Estos 12 pasos describen actitudes y actividades que los miembros consideran que son importantes para lograr la sobriedad, de ellos resalta la impotencia del alcohólico y la necesidad de ayuda de un ser superior DIOS.

El programa de las 24 hrs. consiste que su principal problema es mantenerse sobrio ahora; por lo tanto son estas 24 hrs. el único período a que puede comprometerse en cuanto a la bebida consierne. El A.A dice " puede ser que mañana sienta la tentación de tomar, pero la mañana es cosa de la cual me preocupare cuando llegue su turno; mi problema importante es no beber alcohol durante estas 24 horas." (1,15,23).

MATERIALES Y METODOS

RECURSOS:

- 1) Materiales Físicos:
 - a) Instalaciones del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala; Hospital Nacional Roosevelt, Hospital Nacional San Juan de Dios. Departamentos de:
 - Medicina Interna
 - Cirugía
 - Gineco Obstetricia
 - Pediatría
 - b) Bibliotecas:
 - Facultad de Ciencias Médicas U.S.A.C.
 - Instituto de Nutrición de C.A. y Panama.
 - Hospital General San Juan de Dios
 - Biblioteca de APROFAM
 - c) Bibliografía Consultada:
 - Libros de Texto
 - Revistas
 - Tesis
 - Folletos
- 2) Recursos Humanos:
 - 160 profesionales de la Medicina colegiados activos.
 - 1 investigador médico infieri: Alvaro D. Chanchavac
 - 1 asesor de tesis
 - 1 revisor de tesis

METODOLOGIA:

Estudio prospectivo utilizando el método MAST-TEST, para la determinación de alcoholismo en profesionales de la medicina.

- 1) 160 profesionales de la Medicina; profesionales activos que ejerzan en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala; Hospital Nacional Roosevelt y San Juan de Dios.
- 2) Tamaño de la muestra y cálculo:

$$n = \frac{Nz^2.pq}{d^2(N-1) + z^2.pq}$$

donde:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño del universo

z= Constante (1.96)

d= Limite de error de estimación (2.5)

q= 1-p

p= Probabilidad de la ocurrencia del fenómeno.

- 3) Criterios de selección de los sujetos de estudio: Todos los profesionales de la medicina colegiados activos y que estén trabajando en los Hospitales Nacionales ya mencionados. Se tomó una muestra respectiva al azar

Variable	Definición Operacional	Escala
Sexo	Diferencia constitutiva y física del hombre y la mujer	Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años
Estado Civil	Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad	soltero unido casado divorciado
Ingesta Alcohólica	Se refiere a que si la persona ingiere alcohol	Si ó No
Antecedentes Familiares	Ingreso a un hospital para su recuperación	Si ó No

- 5) Criterios de Inclusión:
- Médicos residentes de ambos sexos.
 - Médicos étlicos agudo o crónico.
 - Médicos con problemas médicos secundarios a ingesta de alcohol.
 - Todo médico residente trabajando en los hospitales ya mencionados.

- 6) Criterios de Exclusión:
- Médicos Inferi.
 - Médicos trabajando en hospitales distintos a los ya mencionados.
 - Profesionales que ya no ejercen la medicina.

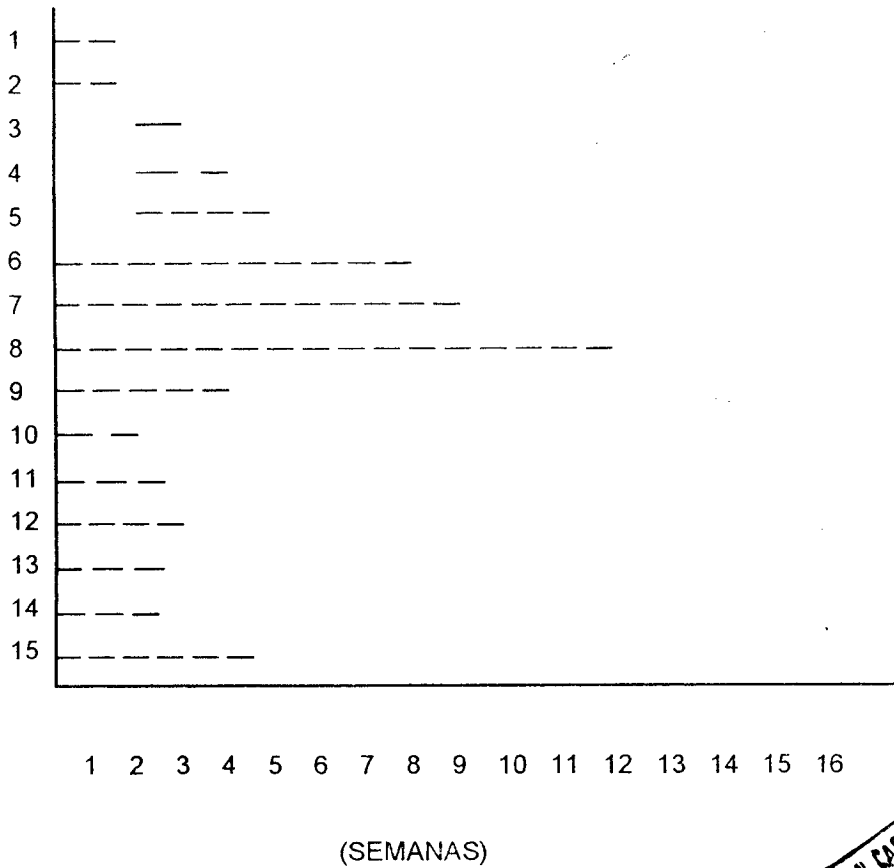
- 7) Dinámica de Estudio:
Se procedió a realizar la investigación de campo a través de una encuesta del Michigan Alcoholism Screening Test a los profesionales de la medicina que cumplan los requisitos ya descritos.

Cada pregunta tiene un punteo asignado dependiendo de la respuesta ya sea positiva o negativa. Y dependiendo de la suma total de puntos se catalogaba al médico como:

1. No alcohólicos . 0 Puntos.
2. Indicativo de alcoholismo 4 Puntos.
3. Alcohólico 5 ó más puntos

El test consta de 24 preguntas con determinado punteo a cada pregunta que en total suma 53 puntos.

GRAFICA DE GANTT:



(SEMANAS)

PRESENTACION DE
DATOS Y
RESULTADOS

**GRADO DE ALCOHOLISMO EN PROFESIONALES
DE LA MEDICINA U.S.A.C**

CUADRO No. 1

Médicos que NO consumen bebidas alcohólicas
Agosto-Marzo 1995-1996

E.C.	MASCULINO				FEMENINO			
	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 Y +	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 y +
So		9	8		1	10		
Un		2						
Ca		2	3	2		9	5	4
Se								
Di						2		
Vi								
	26				31			
	57							

E.C = Estado Civil

So = Soltero

Un= Unido

Ca= Casado

Se= Separado

Di= Divorciado

Vi= Viudo

FUENTE:

Encuesta sobre alcoholismo del
Michigan Alcoholism Screening Test

ANALISIS CUADRO No. 1

Del cuadro No.1 deducimos que del total de médicos encuestados 160 en total; 57 de ellos en base a la pregunta No. 1 niegan beber alcohol.

Lo que corresponde a un 35.62% que no consumen bebidas alcoholicas, distribuyendose según sexo de la siguiente forma un 45.61% de varones y como era de esperarse un porcentaje mayor de mujeres no beben alcohol siendo este porcentaje de 54.38%.

La relación entre ambos sexos que NO consumen bebidas alcoholicas es de 1.1:1, lo que nos indica una diferencia minima de ambos grupos.

La distribución según la edad y estado civil es la siguiente:

Sexo Masculino

De 20 a 24 años	= 0
De 25 a 29 años	= 13
	9 Solteros
	2 unidos
	2 casados
De 30 a 34 años	= 11
	8 solteros
	3 casados
De 35 y mas años	= 2
	2 casados

Lo que hace un total de 26 médicos no alcohólicos correspondiente al 35.62%

Sexo Femenino

De 20 a 24 años	= 1
	1 soltera

De 25 a 29 años	= 21
	10 solteras.
	9 casadas.
	2 divorciadas.
De 30 a 34 años	= 5.
	5 casadas.
De 35 y mas años	= 4.
	4 casadas.

Lo que hace un total de 31 médicos que no ingieren alcohol lo que corresponde a un 54.38%.

**GRADO DE ALCOHOLISMO EN PROFESIONALES
DE LA MEDICINA U.S.A.C**

CUADRO No. 2

Médicos consumidores de alcohol y estan en la Categoría de
NO alcohólicos (0 - 3 Pts.)

E.C.	MASCULINO				FEMENINO			
	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 Y +	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 y +
So		13				4	1	
Un			2			1	1	
Ca		8	14	12		4	6	8
Se				1			1	
Di		1						
Vi								
	51				26			
	77							

E.C. = Estado Civil

So = Soltero

Un= Unido

Ca= Casado

Se= Separado

Di= Divorciado

Vi= Viudo

FUENTE:

Encuesta sobre alcoholismo del
Michigan Alcoholism Screening Test

ANALISIS DEL CUADRO No. 2

En este cuadro quedan catalogados según la encuesta del MAST-TEST, los médicos que si admiten beber alcohol pero quedan catalogados según su punteo (de 0 a 3 puntos) como NO alcohólicos.

De los 103 médicos que admitían ingerir alcohol aún ocasionalmente 77 de ellos quedan catalogados como NO alcohólicos lo que constituye un 74.75% lo que constituye un porcentaje alto si tomamos en cuenta que un obstáculo sumamente importante en la aplicación y uso de este cuestionario es la falta de sinceridad al responderlo y en especial si se trata de profesionales de la salud como lo es el médico.

Al agrupar este 74.75% según sexo nos damos cuenta que un 66.23% lo constituye el sexo masculino y un 33.76% restante esta formado por el sexo femenino; que es razonable si tomamos en cuenta que por cuestiones sociales al varón se le permite ingerir alcohol sin ser mal visto por la sociedad; no así como la mujer que por razones éticas no le es permitido libremente.

Acá la relación entre el consumo de alcohol entre el sexo masculino y femenino es de 2:1.

Se puede catalogar a estos médicos como "bebedores Sociales"; pero no hay que olvidar que siempre corren un gran riesgo de evolucionar a bebedores sin control y llegar a ser dependientes del alcohol; ya que no hay que olvidar que la mayor parte de ellos por razones de tipo social (el ser médico) niega un gran porcentaje de las preguntas hechas en dicho cuestionario.

Lo anterior sumado a la presencia de uno o varios familiares alcohólicos influye de alguna manera como modelo de comportamiento social y refleja también la situación real de una sociedad que cada vez más tiende al alcoholismo.

**GRADO DE ALCOHOLISMO EN PROFESIONALES
DE LA MEDICINA U.S.A.C.**

CUADRO No. 3

Médicos en categoría de NO Alcohólicos
y su punteo en el MAST-TEST:

MASCULINO				FEMENINO			
0	1	2	3	0	1	2	3
34	3	7	8	20	2	3	
52				25			
77							

FUENTE:

Encuestas sobre alcoholismo del
Michigan Alcoholism Screening Test.

NOTA:

De 0 a 3 puntos el médico es calificado de NO alcohólico.

ANALISIS DEL CUADRO No. 3

En este cuadro quedan enmarcados los médicos que admitieron que si ingerían bebidas alcohólicas; pero al ser calificados en el MASTER-TEST quedarán catalogados como NO alcohólicos.

Para ser catalogados de NO alcohólicos su punteo fue de 0 a 3 puntos. De estos como se menciona forman un 74.75% del porcentaje de médicos que bebían alcohol y un 66.23% esta constituido por el sexo masculino y el restante 33.76% lo forma el sexo femenino. Al agruparlos en porcentaje según el punteo correspondió de la siguiente forma:

Sexo Masculino:

0 puntos	=	66.38%
1 punto	=	5.76%
2 puntos	=	13.46%
3 puntos	=	15.38%

Sexo Femenino:

0 puntos	=	80%
1 punto	=	8%
2 puntos	=	12%

**GRADO DE ALCOHOLISMO EN PROFESIONALES
DE LA MEDICINA U.S.A.C**

CUADRO No. 4

Médicos consumidores de alcohol y estan en la categoria de
Indicativo de alcoholismo (4 puntos)

E.C.	MASCULINO				FEMENINO			
	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 Y +	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 y +
So		3				1		
Un		2						
Ca			1	1				
Se								
Vi								
	7				1			
	8							

E.C = Estado Civil

So = Soltero

Un= Unido

Ca= Casado

Se= Separado

Vi= Viudo

FUENTE:

Encuestas sobre alcoholismo del
Michigan Screening Test.

ANALISIS DEL CUADRO No. 4

Según el cuestionario de Michigan Screening Test son catalogados como Indicativo de Alcoholismo, cuando la suma de los puntos en total es igual a 4 puntos.

En este cuadro podemos observar que de los médicos que admiten beber alcohol únicamente un 7.76% caen en el grupo de alto riesgo de llegar a ser dependientes del alcohol y 87.5% pertenece al sexo masculino y el resto al femenino. Aquí la relación entre el sexo femenino y masculino se incrementa a 1:7; lo que nos confirma la mayor propensión hacia el alcoholismo del sexo masculino.

A estos médicos se les puede catalogar de pre-alcohólicos y definitivamente son los más susceptibles de convertirse en enfermos alcohólicos y entre las causas que los induce a ingerir alcohol se puede mencionar varios factores incluyendo stress de trabajo, problemas familiares y sociales, además de trastornos propios de la personalidad que nos impulsa a un mayor consumo de bebidas alcohólicas.

El 90% de este grupo de médicos aceptó que no podían controlar su modo de beber después de ingerir una o dos copas y también la mayor parte tenía familiares que eran alcohólicos.

Los factores psicosociales desfavorables en el medio de trabajo (por ejemplo, aislamiento, monotonía, bajo salario, presiones para que aumente rendimiento y falta de oportunidades de progreso); pueden contribuir a que se establezca un estado de desánimo, tensión y alteraciones psicológicas; y a su vez esto puede estimular el consumo de alcohol y acarrear problemas cuando este no se encuentra al alcance de la persona.

**GRADO DE ALCOHOLISMO EN PROFESIONALES
DE LA MEDICINA U.S.A.C**

CUADRO No. 5

Médicos consumidores de alcohol y estan en la categoria de
ALCOHOLICOS: (5 puntos Y +)

E.C.	MASCULINO				FEMENINO			
	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 y +	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 y +
So		2						
Un				3				
Ca		8	3	1				
Se								
Vi								
	17				0			
	17							

E.C. = Estado Civil

So = Soltero

Un= Unido

Ca= Casado

Se= Separado

Vi= Viudo

FUENTE:

Encuesta sobre alcoholismo del
Michigan Alcoholism Screening Test.

ANALISIS CUADRO No. 5

En este cuadro enmarcamos a los médicos que según el cuestionario del MAST-TEST; quedan catalogados como Alcohólicos en todo el sentido de la palabra; obteniendo un puntaje de 5 y + en el cuestionario.

De los 103 médicos que aceptaron ingerir bebidas alcohólicas 17 de ellos fueron catalogados como alcohólicos.

Correspondiendo a un 16.50% de este total y todos pertenecientes al sexo masculino. Como llegan los médicos a presentar estas dificultades con el alcoholismo? en una serie de casos se examinarán varios caminos hacia el abuso de drogas.

Las dificultades de personalidad explicaban un 52.8% de los casos y la ansiedad y la depresión el 31.9%. En muchos de los individuos el abuso de drogas aparece a una edad media de la vida.

En una reciente encuesta a los médicos generales británicos el 9% indicaron que consumían más de 2 unidades de alcohol a la semana, un 13% tenían una depresión preocupante y un 31% refirieron una ansiedad excesiva en los 12 meses anteriores (5).

Para empeorar más las cosas los médicos se tratan con frecuencia así mismo. A manera de ejemplo de los médicos encuestados la autoprescripción suponían el 83% de la medicación tomada e incluía hipnóticos, tranquilizantes y antidepresivos. Un factor muy importante que hay que tomar en cuenta es que la vergüenza y la negación son barreras para que un médico consulte como paciente; la formación médica desempeña un papel muy importante. Otro factor a tomar en cuenta hacia la evolución a el alcoholismo es el aspecto hereditario hay una teoría que se basa en el hecho de que un hijo de un padre alcohólico tiene 4 veces más probabilidades de llegar a ser alcohólico.

CONCLUSIONES Y RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo; se efectuó con el fin de investigar la prevalencia de alcoholismo en profesionales de la medicina ya que por ser un gremio relacionado directamente con el área de salud y que por razones sociales tienden a negar que sufren problemas de alcoholismo. El estudio se efectuó en los Hospitales Nacionales de Antigua Guatemala, San Juan de Dios y Roosevelt entre médicos ya graduados y activos en el ejercicio de la medicina.

Se obtuvo la información de 160 profesionales médicos por medio de una boleta de recolección de datos; que incluía datos generales así como la prueba de detección de alcoholismo del Michigan Alcoholism Screening Test; el cual consta de 24 preguntas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas.

Del total de la población estudiada se concluyó que el 64.37% de los médicos encuestados ingerían bebidas alcohólicas y de este un 47.5% correspondían al sexo masculino y el 16.25% al sexo femenino en una relación aproximada de 3:1.

De este total que beben alcohol; de los 160 encuestados 103 admitían que bebían; pero que según el Test no fueron catalogados de alcohólicos 77 de ellos a sea un 75.49% pero como ya se explicó previamente la mayoría de estos no lo acepta o responde negativamente a la mayoría de las preguntas efectuadas, más que todo por razones de tipo social ya que la sociedad no vería bien a un profesional de la medicina como un individuo alcohólico lo que dificulta aún más su recuperación ya que la mayoría por este motivo se niega a buscar ayuda.

De los 103 encuestados que ingieren bebidas alcohólicas un 7.8% cae en la categoría de indicativo de alcoholismo y la mayoría aceptó que les es difícil dejar de beber después de 1 o 2 copas y que ya han asistido a reuniones de Alcohólicos Anónimos; lo que nos indica que ya tienen problemas con la bebida que los induce ha buscar ayuda para resolver sus problemas.

Y un 16.50% de los que ingieren alcohol ya quedan en la categoría de alcohólicos con problemas personales, familiares y sociales. Muchos de ellos se dedican ha ingerir bebidas alcohólicas ya sea por trastornos de la personalidad o por ansiedad.

lo que si es de observar es que la frecuencia del consumo de alcohol disminuye según el nivel educacional de la persona.

Entre los factores sociales que influye al médico ha ingerir alcohol se encuentran los amigos y segundo lugar sentirse comprometido a ingerir alcohol al estar en una reunión social. Entre los factores psicológicos el que toma mayor importancia es la depresión o los problemas familiares; así como de la tensión que ya de por si misma implica el ser médico.

RECOMENDACIONES:

1. Insentivar programas sobre el Alcoholismo a nivel profesional.
2. Dar a conocer a través de la información necesaria y de las formas posibles; la gravedad del problema al gremio médico.
3. Que se conformen grupos de apoyo especial para los Médicos con problema de Alcoholismo.

- 10) Ha tenido problemas con su esposo (a) padres u otros familiares cercanos por la ingestión de alcohol?
 SI (2) NO
- 11) En alguna ocasión ha buscado ayuda para su problema con el alcohol su esposo (a), padres o familiares cercanos?
 SI (2) NO
- 12) Ha perdido alguna amistad por su manera de beber?
 SI (2) NO
- 13) A tenido problemas en su trabajo por su manera de beber?
 SI (2) NO
- 14) Alguna vez a perdido su empleo por la ingestión de alcohol?
 SI (2) NO
- 15) Bebe con frecuencia antes del medio día?
 SI (2) NO
- 16) Ha ignorado sus obligaciones familiares o laborales durante dos o más días por estar ingiriendo alcohol?
 SI (1) NO
- 17) Alguna vez le han dicho que tiene problemas en el hígado, cirrosis?
 SI (2) NO
- 18) Después de beber: a sufrido de Deliriums Tremens, temblores intensos, ha escuchado voces o visto imágenes que no son reales?
 SI (2) NO
- 19) Ha ido a visitar a alguien para pedirle ayuda porque Ud. bebe?
 SI (5) NO
- 20) Ha estado alguna vez hospitalizado por beber alcohol?
 Si (5) NO
- 21) Alguna vez ha sido hospitalizado en el servicio de psiquiatría en parte por su ingestión de bebidas alcohólicas?
 SI (2) NO
- 22) Alguna vez ha sido arrestado por conducir en estado de ebriedad, intoxicado o bajo influencia de alcohol?
 SI (2) NO
- 23) En alguna ocasión a acudido a una clínica psiquiátrica o de salud mental, médico, trabajador social o sacerdote para que lo ayude con algún problema emocional en que la ingestión de alcohol era parte del problema?
 SI (2) NO
- 24) En alguna ocasión ha sido arrestado incluso durante algunas horas por su conducta en estado de ebriedad?
 SI (2) NO

SISTEMA DE CALIFICACION:

EL MAST consta de 24 preguntas de SI -NO, correspondiendo a cada una un punteo específico. Una de las ventajas es su completa gama de factores y conductas inherentes al desarrollo del proceso de la enfermedad, tomadas en sus preguntas. No hace preguntas de cantidad de alchoho por ser esto muy subjetivo.

El sistema de calificación es:

1. Tres o menos puntos significa que el individuo no es alcohólico.
2. Cuatro puntos son un indicativo de alcoholismo.
3. Cinco puntos o más colocan al individuo en la categoría de alcohólico.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Alcoholicos Anonimos. Buscando Ayuda. Oficina de Servicios Generales de A.A. de Guatemala. Página 7.
- 2) Alcoholismo; Boletín Informativo No. 42 del Patronato Antialcohólico de Guatemala. Marzo-Abril, 1993.
- 3) Allan R. Magie; Alcoholismo el Enemigo No. 1. Suplemento de Viva Mejor. Publicaciones Interamericana de la Pácifico Press. California. 1984 30 páginas.
- 4) Bogani M. Emilio. El Alcohólisto Enfermedad Social. Barcelona España 1985. 157 páginas.
- 5) Brooke D. Edwards; Addiction as an occupational Hazard: 144 doctors with drugs and alcohol problems. Br. J. Addiction 1991: 86: 1.011-1, 116.
- 6) CREA: Revista Informativa del Centro de Recuperación del Enfermo Alcohólico. Patronato Antialcohólico. Mayo-Junio 1991. No. 5 30 páginas.
- 7) Castro E. Se considera Alcohólico? Asociación pro-bienestar de la familia de Guatemala. APROFAM. Junio 1989.
- 8) Dominguez V. German y Rodríguez. Síndrome Alcohólico. Tribuna Médica. Junio 1985. 37 (11),
- 9) Gómez M. Tito. Alcoholismo. Tesis Médico y Cirujano. USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1987. 75 páginas.
- 10) Goodman y Gilman. Bases Farmacológicas de la Terapéutica 7ma. edición, Mexico Interamericana, 1986.
- 11) Harper G. Breaking Taboos and Steadying the self in Medical School. Lancet 1993; 342: 913-915.
- 12) Jay H. Stein; Medicina Interna. Editorial Barcelona. Salvat, 2da. Edición en Español.
- 13) Kolb L. Psiquiatría Clínica Moderna. México 1985. Prensa Médica Mexicana. Editorial Interamericana 850 páginas.
- 14) Kissin B. Abuso del Alcohol y Enfermedades Relacionadas. Tratado de Medicina Interna; Cecil-Loeb. México 1985. 16ta. Edición, páginas 2109-2115.
- 15) Maribel Godoy Morales; Determinación de la Prevalencia de Alcoholismo por Medio del Mast-Test. Tesis USAC; Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1993. 54 páginas.

- 16) Peterdorf, Robert G. Principios de Medicina Interna de Harrison. Libros Mc. Grant Hill. S.A. 13va. Edición. México 1988. Páginas 1788-1802.
- 17) R. Marin; Edgar Abel. Efectos del alcohol sobre el Cerebro. Revista Informativa del Centro de Recuperación del Enfermo Alcohólico. 1991. Enero-Febrero. Vol. No. 2
- 18) Ronald Girwood; James Petrie. Terapéutica Médica; el Manual Moderno. 15va. Edición 1992. 672 páginas.
- 19) Robbins, R. Cotran. Patología Estructural y Funcional. Patología Ambiental, 3ra. Edición. 1987.
- 20) Richard Fitzgerald; Alcohólicismo y la Mujer. Revista Mundo Médico. Volumen No. 3, Número 10. Abril 1987. Páginas 73-77.
- 21) Selzer M. The Michigan Alcoholism Screening Test. Am. J. Psiquiatry. 1971: June 27 (12).
- 22) Steven A. Shoerder. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. México Manual Moderno. 2da. Edición 1992. 1,280 páginas.
- 23) Sánchez Ocaña, Ramón; Una Droga llamada Alcohol. Más vale prevenir el alcoholismo, Barcelona, ediciones Cronos. S.A. Fascículo No. 2. Páginas 33-36.
- 24) Soderman Jr. Williams A. Fisiopatología Clínica. Agentes Químicos y Enfermedad. 6ta. Edición. México, Editorial Interamericana. 1988; páginas 1176-1179.
- 25) Sosa Sagastume, Edwin R. Factores que influyen en el inicio de la Bebida Alcohólica. Tesis Médico y Cirujano. Hospital Nac. Antigua Guatemala, 69 páginas. 1991.
- 26) USAC: Facultad de Ciencias Médicas. Unidad de Medicina del Trabajo. Alcohólicismo y Trastornos de la Personalidad. Guatemala 1983
- 27) USAC: Facultad de Ciencias Médicas. Unidad de Deporte. Bajo el influjo del alcohol. Guatemala, 1984. 7 páginas.