

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSUMO DE ALCOHOL Y EL USO SIMULTANEO DE
OTRAS DROGAS

Estudio observacional descriptivo con 150 pacientes hospitalizados
en el Patronato Antialcohólico durante
los meses de septiembre y octubre Guatemala 1998.

TESIS

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

POR

JOSE MARIA ACEITUNO RAMIREZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1998



05
T(7942)
c.4

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

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (la) BACHILLER : JOSE MARIA ACEITUNO RAMIREZ

Carnet Universitario No: 90-13417


Ha presentado para su Examen General Publico, previo a optar al título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:
CONSUMO DE ALCOHOL Y EL USO SIMULTANEO DE OTRAS DROGAS


trabajo asesorado por:
Doctor: JOSE MARZO MENCHU DE LEON

y revisado por:
Doctor: RAMIRO VALENCIA

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

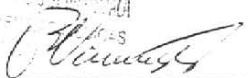
Guatemala, 26 de octubre de 1998.


Dr. Jose Maria Gramajo
COORDINADOR UNIDAD DE TESIS


DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
IMP R I M A S E :



DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ
DECANO

SECRETARIA DE TESIS
1



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 26 de octubre 1998

Doctor:
José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Se le informa que el (la) BACHILLER

JOSE MARIA ACEITUNO RAMIREZ

Nombres y apellidos completos

Carnet No. : 90-13417 ha presentado el Informe Final de su trabajo

de tesis titulado:

CONSUMO DE ALCOHOL Y EL USO SIMULTANEO DE OTRAS DROGAS

al cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del estudiante

JOSE M. MENCHU
Asesor
Nombre completo y sello

F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal 1490



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Universidad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

APROBACION INFORME FINAL

OF. NO: 241-98

Guatemala, 26 de octubre 1998.

BACHILLER:
JOSE MARIA ACEITUNO RAMIREZ
CARNET No: 90-13417

Facultad de Ciencias Medicas
USAC

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
titulado:

CONSUMO DE ALCOHOL Y EL USO SIMULTANEO DE OTRAS DROGAS

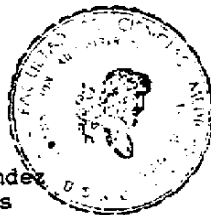
ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con
los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por
lo que es autorizado para completar los trámites previos a su
graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis



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

INDICE

Introducción	01
Definición del problema	02
Justificación	04
Objetivos	06
Revisión Bibliográfica	07
Metodología y Materiales	40
Variables	41
Resultados	49
Análisis y discusión de resultados	61
Conclusiones	63
Recomendaciones	64
Resumen	65
Referencias Bibliográficas	67
Anexos	70

INTRODUCCION

En la actualidad en todo el mundo, el alcoholismo es un problema extenso e inquietante, los rapidos cambios en la estructura de la sociedad, y en particular las influencias de la urbanización, provocan que se perdieran los antiguos controles sociales o religiosos sobre la bebida.

En los ultimos años, se han originado nuevas tendencias en el consumo de drogas capaces de adicción. Desde las ya conocidas, como el alcohol, Cannabis y otros, han traspasado sus límites, sin que los sectores juvenes de cada comunidad, la empleen con una difusión creciente, otros farmacos de origen natural o sintético.

Según la experiencia clínica se ha señalado que los pacientes alcohólicos sean adictos potenciales a cualquier substancia tóxica que induzca dependencia.

Por lo que se pretendía relacionar si los pacientes que consumían alcohol, usaban drogas anexas e identificar el estado social y grupo-etario más afectado.

Se encontro a 150 pacientes alcohólicos hospitalizados en el Patronato Antialcohólico durante los meses de septiembre y octubre de 1998, los resultados serán expuesto en el trabajo al igual que las conclusiones.

DEFINICION DEL PROBLEMA

El alcoholismo no es un fenómeno que aparece de forma espontánea. Las causas están en el individuo y su ambiente social, que incluye su esfera de trabajo y su interactuar con los demás, incluyendo la familia. El alcoholismo es un trastorno, en el cual el consumo del alcohol va en detrimento de la salud y en el funcionamiento social de la persona por un período de tiempo, determinado por la cantidad de la ingesta.

La ingesta de alcohol es una actividad del ser humano, comúnmente social relacionada con el uso del alcohol étlico como bebida, la cual conlleva a una pérdida definitiva en acto o en potencia de la libertad del ser humano, controlando su conducta, una vez que el alcohol ha penetrado en su organismo. También puede ser considerado como uno de los desafíos terapéuticos más importantes para el médico por las múltiples entidades envueltas en su patogenia.

Para la O.M.S., el alcoholismo es un desequilibrio en el cual el consumo de alcohol se acompaña de deterioro de la salud o de la función social del individuo por un período de tiempo. Se divide esta definición en: conducta de exceso alcohólico habitual y adicción (dependencia), según la cantidad de alcohol ingerido y la frecuencia de la ingesta. En esta última, se agregan otros elementos y se caracteriza por una dependencia física y emocional, de consumo regular y periódico fuerte y sin dominio. El alcohol debe ser considerado una droga cuya acción farmacológica es intermedia en clase y grado, entre las drogas que producen adicción y las que forman hábito. Así que el deseo vehemente-compulsivo y la dependencia pueden desarrollarse en esos

individuos cuyo carácter los conduce a buscar y hallar un escape en el alcohol.

Cuál es la relación que existe entre el consumo de alcohol y la utilización de drogas?

El alcoholismo es causa de mal desempeño en la actividad laboral y social y debido al consumo excesivo ocasiona actos violentos, se calcula que en el 80% de los actos criminales está presente, como estimulante. De acuerdo a experiencia clínica, existe la posibilidad de que los pacientes alcohólicos sean adictos a cualquier otra sustancia tóxica que induzca a dependencia, tanto por prescripción médica, como por automedicación, con el propósito de atenuar la sintomatología (ansiedad, temor, náusea, diaforesis y otros) o potencializarla. Lo anterior suele conducir al empleo de diversos agentes psicoactivos en particular durante el síndrome de abstinencia lo que puede llevar a un estado de dependencia adicional de: barbitúricos, anfetaminas, opiáceos, cocaína, tabaco, narcóticos, alucinógenos y otras drogas.

Por lo cual se abordarán todos los pacientes hospitalizados para conocer sus características, determinando tipo de droga que utilizan y si hay combinaciones entre ellas.

Este estudio se realizará en el Patronato Antialcohólico con el objetivo de describir la relación que existe entre el consumo de alcohol y la utilización de otras drogas.

JUSTIFICACION

El alcoholismo no suele presentarse como un problema aislado. Además, se encuentra asociado a la interacción de otros problemas relevantes a nivel individual, familiar y social, de los cuales, con toda seguridad, podemos señalar al alcoholismo como origen. Por ejemplo: accidentes, fracaso laboral, transmisión sexual e incluso la muerte del enfermo o de terceras personas.

Guatemala, se concibe como una sociedad alcohólica, en donde la gran mayoría de ciudadanos actúan irresponsablemente frente a este flagelo social; los políticos y autoridades, líderes del sistema, lo ven con leve preocupación o con indiferencia; y los periodistas, sacerdotes, educadores y profesionales en general lo ven como algo inherente o propio al comportamiento humano.

El alcoholismo es un problema serio, sin resolución alcanzable para un solo sector, país o dependencia, por ser un problema mundial por lo que como tal debería resolverse. En los últimos años, se han originado tendencias al consumo de drogas asociadas al alcohol capaces de inducir adicción. Desde las ya muy conocidas, como cannabis, opio y la cocaína hasta las de reciente ingreso al mercado (crack, inhalantes, otros) traspasando fronteras y sectores, jóvenes y adultos de cada comunidad.

El consumo de drogas en forma sucesiva o simultánea, plantea un problema vinculado con la interacción de éstas y sus consecuencias farmacológicas, bioquímicas psicopatológicas y sociales; lo que complica más el ya variado y multifacético problema de la fármaco dependencia. Por lo

anterior resulta comprensible el interés del tema para reforzar o ahondar más al respecto, principalmente en lo propio de nuestro país, con el propósito de tener una mejor preparación para el trato con los enfermos alcohólicos.

Por lo tanto, se cuenta con la autorización del Patronato Antialcohólico de realizar el estudio; por lo que es viable y factible el llevarlo a cabo.

OBJETIVOS

General:

Describir la relación que existe entre el consumo de alcohol y la utilización de otras drogas.

Específicos:

1. Describir las características de edad, sexo, procedencia, profesión u oficio y escolaridad de los pacientes en estudio.
2. Determinar el porcentaje de pacientes que combinan el uso de alcohol con otras drogas.
3. Determinar el tipo de droga más frecuentemente utilizada.
4. Describir las circunstancias relacionadas con el uso de drogas.
5. Analizar el porqué pacientes alcohólicos inician el consumo de drogas (disminuir síntomas o potencializar efectos).
6. Determinar que droga utilizó primero.

REVISION BIBLIOGRAFICA

DEFINICION DE ALCOHOL:

El ingrediente activo en todas las bebidas alcohólicas es el alcohol etílico (etanol), el cual es producido por la fermentación de la levadura en los carbohidratos de las frutas y granos. El alcohol es la droga psicoactiva más vieja que conoce el hombre, cuya acción principal se da a nivel cerebral, actuando como depresor del sistema nervioso central, funciona muy parecido al éter, actúa como un anestésico que adormece el cerebro.(13)

El tabaco y el alcohol se encuentran entre las drogas legales de uso más frecuente. Ambos pueden causar adicción, ya que en muchos individuos su consumo se vuelve ya una necesidad; sin embargo, estas drogas son aceptadas socialmente e incluso las grandes compañías que las producen gastan millones de quetzales en publicidad para iniciar a más personas a consumirlas, con una pequeña indicación de lo nocivas que son para la salud. El alcohol es una droga que se encuentra en vinos, cerveza, aguardiente y en algunos medicamentos para la tos. El alcoholismo es una enfermedad, caracterizada por una preocupación por el alcohol, y una pérdida de control en su consumo, de tal modo que el sujeto alcanza la intoxicación etílica cada vez que bebe y que además es progresiva, crónica y con tendencia a reincidir.(7,13)

Se ha llegado a la conclusión de que tanto factores genéticos como del desarrollo, pueden contribuir a la génesis de enfermedades relacionadas con el alcohol:

1. El índice de concordancia de alcoholismo entre gemelos univitelinos es del 55%, bibitelinos del mismo sexo es del 28%.
2. Descendencia de padres alcohólicos que es 4 ó 5 veces más alta que en la descendencia de padres no alcohólicos.
3. Las partículas "ol" se agregan directamente a los genes del padre progenitor para transmitirlo por medio de los espermatozoides, por lo tanto se puede transmitir directamente al hijo, por lo cual el riesgo de que el niño sea un alcohólico es potencialmente grande. (7)

HISTORIA:

El estudio del alcoholismo inicia verdaderamente a mediados del siglo XIX. Magnus Huss (1852), fué el primero en denunciar el alcohol como factor de degeneración. Luego, trabajos de una escuela francesa en 1874 (Magnan), Laségue (1881), Legrain (1889), Garnier (1890), Mignot (1905) y otros, nos han dado descripciones y una clasificación de todas las formas mentales agudas, sub-agudas y crónicas del alcoholismo. En los países de lengua alemana, a comienzos de siglo, Heilbronner, Bronhoeffler, Bleuler y otros, posiguieron el mismo trabajo de clasificación clínica y de estudio sociológico. Sin embargo, ésta misma época (fin de siglo) vió aparecer toda una literatura pseudocientífica que obscureció los problemas etiológicos y patogénicos por consideraciones moralizantes y apasionadas, ligadas estrechamente a la teoría reinante sobre la degeneración; el alcoholismo es un vicio, atributo de degenerados, que conduce a la locura. (4,20)

En el periodo contemporáneo, el interés de las investigaciones se ha orientado hacia investigaciones psicológicas sistemáticas de la personalidad profunda del enfermo, de su cónyuge, de su familia y de su medio social. Estos estudios psicopatológicos y sociopatológicos se han beneficiado esencialmente de los progresos realizados por los métodos psicoanalíticos, sociológicos y también de la antropología cultural.(20)

FACTORES PREDISPONENTES:

Goodwin y colaboradores compararon dos grupos de personas adoptadas, uno cuyos padres biológicos fueron alcohólicos y otro cuyos padres biológicos no ingerían bebidas alcohólicas. Todos los niños adoptados se separaron de sus padres biológicos antes de tener seis semanas de edad y se les colocó, hasta donde fué posible, con padres adoptivos, no alcohólicos. Cuando alcanzaron la edad adulta, la incidencia de alcoholismo en los hijos de padres biológicos alcohólicos fue cuatro veces mayor, que la del grupo testigo, sin embargo se encontró el mismo número de bebedores empedernidos en ambos grupos. Estos hallazgos sugieren que el acto de beber en exceso puede representar un patrón socialmente determinado.(7)

Las influencias sociales pueden ser dominantes para determinar la cantidad de lo que se bebe. Entre dichos factores se encuentran el sexo, la raza, religión, nacionalidad, estado socioeconómico, grado de cultura, patrones familiares y presiones del medio. La ecuación psicosocial indica que el nivel de psicopatología que tiene la persona que abusa de la droga suele ser inversamente proporcional a la capacidad de aceptar tal forma de abuso en su consumo. En resumen, los

factores biológicos pueden predisponer al desarrollo de dependencia física, los factores psicológicos a la aparición de dependencia psicológica y los factores sociales a aumento de la ingestión de alcohol.(7)

FARMACOLOGIA:

La palabra alcohol es de origen arábigo, significa "lo sutil", y se aplicaba a un polvo sumamente fino de antimonio con que se pintaban ojerías las mujeres orientales. Como el alcohol es muy fácilmente vaporizable se le llamó espíritu ligero. La biblia lo menciona como zumo de uvas fermentado, al hablar de la embriaguez de Noé. En el siglo XIII, el español Arnaldo de Vilanova (1235 - 1313), al destilar el vino, lo obtuvo casi puro y lo llamó espíritu de vino. Los derivados cuyas moléculas contienen uno o más grupos hidroxilos (-OH) en lugar de átomos de hidrógeno se llaman alcoholes.(10,12)

Se conocen cientos de alcoholes, derivados de los alcanos, alquenos, alquinos y otros hidrocarburos. Los alcoholes más sencillos se derivan de los alcanos y contienen únicamente un grupo hidroxilo por molécula. Tienen la fórmula general R-OH, en que la R es un radical alquílico de composición:

- C(n)H(2n+1) Los primeros miembros son:
- C H (3) OH Metanol (alcohol metílico).
 - C (2) H (7) OH Etanol (alcohol etílico).
 - C (3) H (7) OH Propanoles.
 - C (4) H (9) OH Butanoles.

El alcohol etílico o etanol es un alcohol alifático (de cadena abierta) cuyo mecanismo de acción es similar al de los anestésicos generales, los hipnóticos y los sedantes.(10)

EFFECTOS SISTEMICOS DE LA INTOXICACION POR ALCOHOL.

Metabolismo del alcohol:

El hepatocito posee 3 compartimientos para el metabolismo del alcohol: el citosol mediante la alcohol deshidrogenasa (ADH), el peroxisoma mediante la catalasa y el retículo endoplásmico mediante el sistema de oxidación microsómica del etanol.

El alcohol entre sus propiedades por su gran liposolubilidad, llega a tener una distribución similar al agua corporal; su transformación metabólica principal se logra a través de la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH), a acetaldehído; esta enzima también es importante en el metabolismo de los neurotransmisores. El acetaldehído es una de las sustancias intermedias a la que se le atribuye buena parte de los efectos a corto y largo plazo, por sus capacidades neurotóxicas.(3)

Las acciones sobre el sistema nervioso central han sido explicadas con base en las siguientes teorías:

La formación del acetaldehído es una fuente obligada de energía, más costosa que la gluconeogénesis hepática, acumulándose ácidos grasos y produciendo acidosis. El consumo exagerado del Nicotín Adenosín Dinucleótido (NAD) inhibe la vía oxidativa de los nucleótidos. El

consumo crónico de alcohol produce cambios en la membrana neuronal con endurecimiento por los depósitos de colesterol, alterándose su permeabilidad, la predisposición a la neurotoxicidad en algunas áreas cerebrales, como el núcleo acumbens, el estriato, el tálamo, y el hipocampo y el cerebelo. La conjugación del acetaldehído con los neurotransmisores, produce nuevas sustancias como las tetrahidroisoquinolonas, que tienen propiedades como falsos neurotransmisores.(7)

En contraste con los hidrocarburos parafínicos, los alcoholes son químicamente bastante activos, entrando en diversas reacciones con intervención del grupo hidroxilo. El grupo hidroxilo es pues, el grupo funcional característico de los alcoholes. Aquí se mencionarán solamente dos propiedades características.(11)

- a) La deshidratación para formar éteres e hidrocarburos no saturados.
- b) La oxidación parcial para formar aldehídos, cetonas y ácidos.

Por estas propiedades los alcoholes constituyen el material de partida en la síntesis de muchas sustancias útiles.(7,11)

ADH

La enzima ADH, está presente en el organismo ya que es la encargada de metabolizar el alcohol "endógeno" que se

produce en pequeñas cantidades por la fermentación intestinal de carbohidratos, además constituye la principal vía del metabolismo del etanol, catalizando la conversión de éste en acetaldehído con la participación del cofactor Nicotinamida Adenina Dinucleótido que pasa de su forma oxidada (NAD) a la reducida (NADH), generando como resultado neto un exceso de equivalentes reducidos en el citosol, que son transferidos a la mitocondria alternado el ciclo de Krebs, porque el exceso de hidrógenos promueve la conversión del piruvato en lactado llevando a hiperlactacidemia. El aumento en los niveles de lactato decremente la excreción urinaria de ácido úrico con la consiguiente hiperuricemia y acumulación de ácido láctico a nivel muscular. Esto explica porqué en el sujeto normal el "guayabo" puede acompañarse de mialgias similares a las experimentadas después de un esfuerzo físico extenuante, y porque en los sujetos gotosos se puede precipitar un ataque de gota. (12)

ABSORCION Y METABOLISMO:

El etanol es un líquido incoloro que usualmente se ingiere en concentraciones del 5% (cerveza), 12% (vino), 2% (vinos fuertes), o 43% (whisky). Los principales efectos de la bebida se deben al contenido del etanol propiamente dicho.

El etanol es un agente muy difusible que se absorbe con rapidéz del estómago e intestinos de ahí sus rápidos efectos farmacológicos. Su presencia puede ser demostrada en la sangre 5 minutos después de su ingestión y la máxima concentración se alcanza en 30 a 90 minutos. La ingestión de leche y alimentos grasos impide la absorción del alcohol por el intestino. El agua en cambio la facilita. Se metaboliza en

poco tiempo, hecho que las dosis moderadas de alcohol desaparecen de la sangre en más o menos una hora. La rapidez de su absorción y su inactivación metabólica hacen que el alcohol sea una droga de acción rápida, pero de duración corta.

El alcohol se difunde con rapidez en todos los compartimientos líquidos del cuerpo (extra e intracelular), de modo que sus concentraciones sanguíneas reflejan directamente las de todo el cuerpo. (10,12)

Concentraciones sanguíneas y alcohol y síntomas.

Concentración	Bebedores Esporádicos	Bebedores crónicos
50 mg/dl	Euforia congénita.	Sin efecto observable.
75 mg/dl	Conducta gregaria o locuaz.	Frecuentemente ningún efecto.
100 mg/dl	Incoordinación, legalmente ebriedad.	Síntomas mínimos.
125 a 150 mg/dl	Conducta sin restricciones. Descontrol episódico.	Euforia agradable o comienzo de incoordinación.

200 a 250 mg/dl	Pérdida de la viveza - letargia.	Se necesita esfuerzo para conservar el control emocional y motor.
300 a 350 mg/dl	Estupor hasta coma.	Lentitud y Somnolencia.
500 mg/dl	Algunos mueren.	Coma.

El metabolismo del alcohol se lleva a cabo principalmente en el hígado, donde varios sistemas enzimáticos pueden oxidar alcohol a acetaldehído independientemente. El más importante es el sistema del alcohol deshidrogenasa (ADIF) que se encuentra en el citoplasma del hepatocito y que utiliza como cofactor nicotinamida y adenina (NAD). La segunda vía para la oxidación del alcohol utiliza catalasa, que se encuentra en los peroxisomas y las mitocondrias, y una tercera utiliza el sistema oxidativo microsomal del etanol (SOME), localizado en los microsomas del retículo endoplásmico. El acetaldehído se convierte en acetyl coenzima A y acetato por acción de la acetaldehído deshidrogenasa, que se encuentra en la mitocondria del hepatocito (esta reacción también requiere NAD como cofactor), y estos últimos son metabolizados por vías bien establecidas hasta obtener dióxido de carbono y agua.(7)

El acetaldehído tiene un gran número de efectos bioquímicos únicos, y esto ha permitido pensar que podría ser el responsable de las manifestaciones de la intoxicación alcohólica. Sin embargo, su velocidad de oxidación es muy alta, y sobrepasa mucho la velocidad de oxidación del etanol a acetaldehído (excepto en presencia de disulfiram y sustancias de acción similar, como sulfonilureas, metronidazole, furazolidina).

Por otra parte, el grado de oxidación del acetaldehído depende de su concentración en los tejidos. Este hecho es importante en relación con el empleo del disulfiram (antabuse) fármaco que aumenta la concentración tisular necesaria para metabolizar una cierta cantidad de acetaldehído por unidad de tiempo. El paciente que está recibiendo disulfiram e ingiere alcohol, acumulará una cantidad excesiva de acetaldehído, por lo cual sufrirá náuseas, vomitos e hipotensión, en ocasiones intensos.(7)

INTOXICACION ALCOHOLICA AGUDA:

La intoxicación aguda se produce rara vez en bebedores sociales; con mayor frecuencia en grandes bebedores, y sobre todo en bebedores problema y en alcohólicos. El tipo de reacción anormal está en función de la concentración de alcohol en sangre (BAL) y de la tolerancia preexistente. Los alcohólicos tienen un alto nivel de tolerancia fisiológica y de la conducta para el etanol, de manera que pueden necesitar concentraciones sanguíneas de alcohol casi 100 mg/dl,

mayores que los bebedores sociales para manifestar trastornos comparables. Algunos alcohólicos funcionan muy bien con una concentración de sangre de 250 mg/dl, cuando los bebedores sociales ya se hallan en estado estuporoso.(12)

La intoxicación alcohólica aguda se presenta en dos etapas. En individuos no tolerantes, una concentración sanguínea de 100 a 200 mg/dl originará pérdidas de inhibiciones; con una concentración mayor de 250 mg/dl, suelen presentarse estupor y coma de 200 a 250 mg/dl. Aunque estos dos síndromes forman un verdadero continuo, hay un cambio suficiente de los síntomas a la concentración aproximada de 200 a 250 mg/dl (que depende de la tolerancia individual) para justificar su descripción por separado.(13)

Etapas de Excitación:

El uso social de las bebidas alcohólicas suele producir concentración en sangre de alrededor de 50 mg/dl, con sensación de relajación y bienestar. Con concentraciones de 75 mg/dl, la mayoría de los individuos tienden a sentirse más relajados y sociables; unos pocos se vuelven hostiles. A la concentración aproximada de 100 mg/dl empiezan los signos de ataxia. Pueden estar perturbados, la coordinación y el juicio al mismo tiempo, también aumenta la seguridad en uno mismo. A este nivel, el guiar automóvil puede ser peligroso; la mayor parte de leyes estatales define el "conducir estando intoxicado", con una concentración de 100 mg/dl o mayor.

Con una concentración en sangre de alrededor de 125 a 150 mg/dl, se presentan cambios de conducta que suelen reflejar la personalidad subyacente. Algunos individuos siguen siendo

más simpáticos, sociables y desinhibidos. Otros se vuelven hostiles y agresivos; algunos se ponen silenciosos y deprimidos. Al ir aumentando la concentración en sangre suelen manifestarse crecientes reacciones específicas de la personalidad, hasta que aparecen los efectos más narcóticos del etanol en concentraciones de unos 200 a 250 mg/dl.

En personas susceptibles, el alcohol puede desencadenar gran agitación y actos de violencia. Para tratar esta situación, hay que dar por vía intramuscular benzodiazepinas con precaución, aumentando las dosis para evitar narcosis acumulativa con la acción del alcohol. Los individuos que manifiestan reacciones depresivas cuando están influidos por alcohol han de recibir apoyo verbal hasta que tales efectos van desapareciendo.(7)

Etapa de depresión:

Cuando la concentración sanguínea sube arriba de 200 a 250 mg/dl en individuos no tolerantes, y a más de 300 a 350 mg por decilitro en bebedores problema, el individuo empieza un síndrome de depresión. Este trastorno requiere cuidado inmediato. Hay que determinar la concentración en sangre; un solo valor de 300 mg/dl no debe interpretarse como definitivo para impedir el tratamiento, ya que puede haber un reservorio de alcohol no absorbido en estómago e intestino delgado. Hay que emprender el lavado de estómago para disminuir este reservorio y evitar el vómito y la aspiración pulmonar. Procede conservar los sistemas vitales administrando oxígeno, líquidos intravenosos y en raros casos, ayuda ventilatoria y circulatoria. Los antidotos son ineficaces.

El etanol es muy tóxico para cerebro y estómago, y sus congéneres de alcohol y aldehído lo son más todavía, lo cual explica la elevada incidencia de malestar después de una borrachera, con cefalea, trastornos de la marcha, temblor y náuseas. Estos síntomas suelen curarse de manera espontánea y responden con rapidez a los antiácidos y a la aspirina.(7)

ALCOHOLISMO:

El alcoholismo es un síndrome de dependencia resultante del uso excesivo y prolongado de etanol. Se caracteriza por: 1. un individuo de "alto riesgo", 2. el desarrollo de mecanismos que se autoperpetúan para producir adicción, 3. un curso clínico más o menos típico, y 4. complicaciones y secuelas específicas. El curso clínico progresivo está marcado por episodios repetidos de intoxicación, seguidos por lo general de los característicos síntomas de supresión.(20)

Factores predisponentes:

Los que contribuyen a la susceptibilidad para el alcoholismo pueden ser de tipo biológico, psicológico o social.

La psicopatología es más frecuente en los alcohólicos como grupo que en individuos no alcohólicos, aunque no es seguro cuál sea la causa y cuál el efecto. La aparición comprobada de lesión importante del cerebro como consecuencia del alcoholismo prolongado hace que algunos autores sean partidarios de este último argumento. De todas maneras algunos alcohólicos muestran falta de madurez psicológica característica, y la incidencia señalada de 8 a 10% de psicosis mayores en alcohólicos es más elevada que el valor de uno o dos por ciento en la población general. Los

esquisofrénicos agitados y maniacodepresivos no es raro que usen alcohol como automedicación. Por otra parte, muchos alcohólicos no muestran señal alguna de trastorno psicológico antes de iniciar su alcoholismo.(7)

Influencias sociales:

Pueden ser denominantes para establecer el nivel de bebida.

Estos factores influyen sexo, tipo étnico, religión, nacionalidad, estado socioeconómico, subcultura profesional, tipo de familia, y presión de compañeros. En general, el nivel de psicopatología en individuos que abusan de drogas suelen ser inversamente proporcional a la aceptación de la forma de abuso de drogas en la subcultura del individuo. Así las mujeres alcohólicas tienden a mostrar más psicopatología que los varones, los judíos alcohólicos más que los irlandeses, y los adictos de la clase media a la Heroína más que los adictos a los ghettos.(11)

CICLO ADICTIVO:

El alcoholismo es el resultado final de una serie de procesos interactuantes que inician y luego perpetúan la costumbre de beber con intensidad. La ingestión de alcohol proporciona bienestar temporal cuando hay necesidad de euforia o alivio pasajero, de alguna tensión psicológica o física; sin embargo el consumo crónico de etanol provoca trastornos psicológicos y fisiológicos que aumentan el deseo de consumir más alcohol. La sustancia que satisface la necesidad en forma paradójica aumenta dicha necesidad.

La secuencia en la elaboración del ciclo adictivo en alcoholismo es: 1). dependencia, en primer lugar psicológica, 2). Tolerancia, 3). dependencia física y 4). dependencia psicológica secundaria.

Dependencia Psicológica:

El primer mecanismo de auto perpetuación es la dependencia psicológica primaria. Esto refleja condicionamiento de la conducta: una acción y una experiencia premiadas por el bienestar o por el alivio del dolor y la molestia, sufren refuerzo con cada acción similar y experiencias sucesivas. La dependencia psicológica primaria es la base esencial del síndrome de dependencia para las tres clases de drogas psicoactivas: depresores, estimulantes y alucinógenos. Se desarrolla dependencia psicológica secundaria con el comienzo de la dependencia física, que se caracteriza por la necesidad de beber para evitar los síntomas de supresión.

La combinación de estos dos tipos de dependencia psicológica se traduce clínicamente en los síntomas subjetivos de deseo vehemente, preocupación continua pensando en la bebida, con un deseo abrumador de alcohol. Esta necesidad es en particular intensa cuando se refuerza por estímulos externos, como es una botella de licor. Con abstinencia prolongada hay disminución de las manifestaciones de ambos tipos de dependencia psicológica de manera que el deseo vehemente va disminuyendo hasta un nivel más bajo al cabo de seis meses de abstinencia y desaparece más o menos después de unos dos años.(12)

Tolerancia:

Con la ingestión continuada de grandes dosis de alcohol se producen cambios metabólicos que aumentan la tolerancia para el mismo. Esto se manifiesta clínicamente como menor reacción a una dosis determinada de alcohol o como la necesidad de ingerir una dosis mayor para obtener el efecto deseado. La tolerancia tiene lugar a tres niveles fisiológicos.(7)

1. La tolerancia metabólica depende de la eficacia aumentada de las enzimas hepáticas que desintegran el etanol con sus productos terminales.
2. A la tolerancia fisiológica o intracelular le corresponde el mayor aumento de tolerancia para el etanol que se refleja en la resistencia fisiológica y de la conducta a grandes dosis del mismo.

Así, los individuos tolerantes a el alcohol muestran tolerancia cruzada para barbitúricos, y viceversa. También los síntomas supresión para una de las drogas puede aliviarse administrando la otra.

3. La tolerancia de la conducta se considera que es una reacción global aprendida que permite a la persona conservar una conducta adecuada aunque esté bajo la influencia del etanol.(7)

Dependencia física:

Los mismos cambios celulares que producen tolerancia fisiológica tal vez sean causa de la dependencia física. Las

neuronas desarrollan aumento de excitabilidad para compensar los depresores del ingreso crónico del alcohol. Si las concentraciones de etanol caen con brusquedad, se produce un aumento de la irritabilidad del sistema nervioso central. La presencia de dependencia física del etanol se expresa por los fenómenos de supresión.

Cuando en alcohólicos se desarrolla nivel elevado de dependencia física, los síntomas de supresión resultan persistentes por la elevación y caída constante de las concentraciones de alcohol en sangre. El alcohólico sólo se libera de alcohol; una concentración en disminución sanguínea de alcohol; una concentración en disminución sanguínea de alcohol; una concentración en disminución se acompaña de molestos síntomas de supresión. Como se logra un alivio rápido y eficaz ingiriendo alcohol, los síntomas de supresión son factores importantes para conservar la conducta en cuanto a bebida. Durante episodios de consumo intenso de bebida, se producen graves síntomas de supresión, siempre que el alcohólico con dependencia física intenta interrumpir la bebida; esta secuencia origina un tipo compulsivo de bebida conocido clínicamente como pérdida de control o incapacidad para la abstinencia.(7)

CURSO CLINICO:

El bebedor problema y el alcohólico son síndromes progresivos caracterizados casi siempre por episodios repetidos de intoxicación. Con el desarrollo de dependencia física, la frecuencia con la que se bebe tiende a acelerarse y hay señales crecientes de trastornos físicos, fisiológicos y sociales. Aparte de los múltiples trastornos físicos que desarrollan, los individuos afectados tienden a no prestar atención a su aspecto físico, ser indiferentes a las

responsabilidades familiares y sociales, y trabajar inadecuadamente. La adición de estas situaciones de estrés a los recursos fisiológicos y psicológicos ya abrumados tienden a aumentar la conducta alcohólica.(12)

Una señal temprana de desarrollo de alcoholismo son las ausencias. Estos son episodios de amnesia temporal que se presentan durante periodos de consumo intenso de alcohol. La amnesia suele presentarse en periodos de horas, o un día o más, de manera que al prolongarse la bebida puede durar hasta una semana. El síndrome es un efecto anestésico característico del alcohol sobre el cerebro; es precursor de las formas más crónicas de lesión cerebral como consecuencia de abuso alcohólico.

El síndrome agudo de supresión de alcohol se presenta episódicamente después de periodos prolongados (dos a tres semanas), de gran consumo de bebida (3/4 de litro de licor fuerte al día, o su equivalente). Lo desencadena la supresión del beber o una rápida disminución del ingreso. Muchos individuos inician al tratamiento del alcoholismo después de haber sido hospitalizados por síndrome agudo de supresión alcohólica. Después de casi una semana, gran cantidad sigue mostrando un síndrome de supresión menos intensa, caracterizado por temblores, agitación e insomnio. Esta constelación denominada síndrome de abstinencia prolongada puede persistir en mayor o menor grado hasta por seis meses.(11)

Durante este tiempo el individuo es muy susceptible para los efectos del alcohol, ya que todo el ciclo de adicción se reactiva con facilidad. Por tanto, es importante en pacientes hospitalizados durante el síndrome de supresión aguda de

alcohol tener la seguridad de que están en verdad desintoxicados antes de darlo de alta.

SINDROMES DE SUPRESION AGUDA DE ALCOHOL:

Los alcohólicos con dependencia física que han pasado un episodio duradero de beber intenso durante una o más semanas, al disminuir o interrumpir el ingreso de alcohol desarrollan síndrome agudo de supresión alcohólica caracterizado por hiperexcitabilidad cortical (de conducta) y betaadrenérgica (autónoma). Puede predominar cualquiera de los tipos.(7)

Delirium tremens:

Representa el tipo más grave de supresión aguda de alcohol, con síntomas intensos de hiperexcitabilidad cortical y de tallo cerebral.

Los pacientes en delirium tremens representan una urgencia médica aguda, pues sin tratamiento la mortalidad es de cerca del 15%, sobre todo por complicaciones como neumonía o hepatitis aguda. Los pacientes afectados, en forma característica están desorientados, agitados, con alucinaciones, temblorosos y sudorosos. El pulso y respiración son rápidos, la presión puede ser alta o baja y la temperatura corporal suele estar elevada. Puede haber intensos calambres musculares por una miopatía aguda asociada, o parestesias generalizadas por una polineuropatía difusa. Náuseas y vómitos suelen señalar gastritis aguda, que provoca la disminución del ingreso de alcohol y desencadena el episodio agudo.(7)

La evolución del delirium tremens desarrollado en su fase final suele presentarse con la supresión del alcohol o al disminuirlo en plazo de unos tres o cinco días, con frecuencia después de un período previo de aumento de la inquietud, temblor y conducta agitada. Algunos individuos presentan convulsiones de supresión. En casos sin tratamiento, o tratados en forma inadecuada, la confusión y la desorientación pueden durar varias semanas. Con tratamiento adecuada, la mayor parte de síntomas graves desaparecen en plazo de 10 días; los menos intensos pueden durar hasta seis meses.

El tratamiento específico del delirium tremens incluye sustituir una droga de acción prolongada que presenta tolerancia cruzada con el alcohol. Las benzodiacepinas son los productos de selección para lograr la acción sedante. En tratamiento de casos no muy graves consiste en diacepam, 25 y 50 mg por la boca cuatro veces al día durante los primeros días, disminuyendo de manera gradual esta dosis después. En pacientes con cuadros más graves, sobre todo en los que tienen convulsiones, hay que utilizar el diacepam en dosis de 5 a 10 mg por vía intravenosa, cada hora o cada dos horas, hasta que la situación se estabilice. Por vía parenteral hay que administrar líquidos, electrolitos y tiamina 100 mg. Hay que buscar con sumo cuidado para descubrir y tratar cualquier infección existente. Es esencial un buen cuidado de enfermería para proporcionar la ayuda psicológica y física necesaria.(12)

CONVULSIONES DE SUPRESION:

En las convulsiones de supresión ("crisis de ron"), se presentan convulsiones generalizadas, las cuales son aisladas, y en ocasiones por periodos breves e incluso como estado

epiléptico, después de disminuir la concentración sanguínea de alcohol. Las convulsiones suelen aparecer en plazo de 12 a 48 horas después de dejar de beber. Se han sugerido varios mecanismos causales para explicar las convulsiones de supresión, incluyendo hipocapnia o hipomagnesemia crónica, pero ninguno de ellos a sido comprobado. Las crisis suelen presentarse sin características focales; cuando hay signos focales continuos, requieren investigación más prolongada. Por lo demás, las investigaciones de tomografía computarizada (CT) del cerebro son negativas, al igual que los registros encefalográficos entre las crisis. El tratamiento consiste en interrumpir las convulsiones agudas con diacepam intravenoso, y dar una dosis única de fenitoína (Dilantina) para prevenir las crisis recurrentes inmediatas. Después de las crisis, cerca de la tercera parte de los casos aparecen signos de amenaza de delirium tremens. Las "crisis de ron", sólo se presentan cuando se suprime el alcohol; el tratamiento profiláctico crónico con anticonvulsivos carece de utilidad.(7)

INMINENCIA DE DELIRIM TREMENS:

Esta es la manifestación más común del síndrome agudo de supresión alcohólica. Son evidentes síntomas ligeros a moderados de supresión, sobre todo los relacionados con descargas beta adrenérgicas del tallo cerebral. La agitación moderada los cambios vasomotores, temblores e insomnio, a veces responden a la droga alfadrenérgica clonidina, un antagonista activo de la descarga beta adrenérgica. Sin embargo, el tratamiento con benzodiazepinas de tolerancia cruzada es más específico y eficaz. Un caso ligero puede controlarse con 10 a 20 mg. de diacepam por vía oral cuatro veces al día durante varios días. Los casos moderados necesitarán hasta 20 o 30 mg. del mismo producto cuatro

veces al día durante varios días, con disminución gradual de la dosis en 7 a 10 días.(7)

ALUCINOSIS ALCOHOLICAS AGUDAS:

En el estado alucinatorio alcohólico agudo, las alucinaciones auditivas dominan el cuadro clínico, en contraste con las visuales más frecuentes que se presentan en el delirium tremens. Además, hay como característica menos agitación y temblor. En consecuencia, el cuadro clínico, se parece más al de un episodio esquizofrénico agudo que al de la supresión alcohólica y el diagnóstico diferencial puede resultar difícil. Sin embargo, se aclara con una historia de consumo intenso y prolongado de alcohol, seguido por disminución o supresión brusca. El tratamiento es el mismo que para delirium tremens. La recuperación puede necesitar semanas, hasta un mes o más.(7)

SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL:

Después de más de seis horas de supresión total del alcohol los alcohólicos crónicos pueden presentar el síndrome de abstinencia de alcohol; se caracteriza por manifestaciones de tipo psiquiátrico, por lo que la intervención del especialista será vital para su restablecimiento. En estos individuos es corriente vómitos, insomnio, agitación, pérdida del sentido de alerta, irritabilidad no específica, desorientación tiempo-lugar- persona (orden progresivo), confabulaciones, alucinaciones auditivas (familiares, amigos, radio telepáticas: con fondo de tipo conciliatorias amables o amenazantes. Deberán ser tratados en centros especializados, para evitar graves complicaciones psiquiátricas como orgánicas.(7)

TRATAMIENTO DE ABUSO ALCOHOLICO:

El fin principal es ayudar al paciente a lograr y conservar una abstinencia completa. La sugerencia según la cual los bebedores problema tratados a veces pueden incorporarse sin peligro al beber social no ha resultado cierta, y debe evitarse. El logro de la abstinencia es lo suficiente difícil sin que ocurra la interferencia producida por los efectos de esfuerzo de cantidades incluso pequeñas de alcohol. La habilitación requiere la reconstrucción del ajuste físico, psicológico y social, para ayudar a superar la dependencia prolongada del alcohol. Tampoco se trata de un problema de breve duración. Los mecanismos que perpetúan el ciclo que adicción persisten activos durante los primeros seis meses de abstinencia, y con moderación durante los primeros dos o tres años de sobrellevarla. El individuo tratado debe alentarse para que siga el tratamiento durante un periodo de por lo menos dos años, tiempo en el cual pueden producirse los necesarios ajustes físicos, psicológicos y sociales. (10,23)

Inmediatamente después de la evaluación inicial, las acciones médicas están orientadas a determinar la situación metabólica, y a descartar otras etiologías y prevenir consecuencias desencadenadas por la urgencia:

- Dextrometer (pues son frecuentes las hipoglicemias). Líquidos intravenos según dextrometer.
- Ionograma (principalmente por las alteraciones de los iones sodio, potasio y magnesio).

- Prueba de funcionamiento hepático. Tiempo de Protombina, bilirrubina total y directa, transaminasas.
- E.K.G. (descartar la cardiomiopatía de cualquier origen).
- Descartar la presencia de otras sustancias concomitantes (para descartarlas a nivel de laboratorio se requieren muestras de orina -50cc- y sangre -con y sin anticoagulante 10 cc- y si es posible muestra del jugo gástrico).
- Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.
- Descartar otros trastornos asociados.
- Siempre que el nivel de conciencia del paciente lo permita, deberá practicarse un lavado gástrico para retirar el contenido de alcohol aún no absorbido.
- Tiamina 100 mg-iv previo al uso de Dextrosa. Pasar posteriormente al uso IM u oral.
- Hidratación. Sol. de Destrosa al 10% -500 c.c. si hay hipoglicemia y reemplazar pérdidas de acuerdo al estado hidroelectrolítico.
- Sedación e inmovilización. Preferiblemente habrá que evitar las benzodiazepinas, por el poder potencializador de la depresión respiratoria. Usar Haloperidol o Clozapina. También como alternativa está la levomepromazina, clorpromazina.
- La Naloxona parece revertir el cuadro del coma alcohólico en un porcentaje importante de pacientes. Su uso no es generalizado, y sobre él hay reportes contradictorios. Pero cada día hay mayor aceptación.(7)

MANEJO DEL SINDROME DE ABSTINENCIA:

Es fundamental la prevención sobre pacientes con factores de riesgo identificados: Alcohólico en abstinencia voluntaria o involuntaria, y pacientes con el cuadro clínico antes descrito de Síndrome Confusional Agudo con otros motivos de consulta de Urgencias.

El inicio ocurre generalmente a las 12 horas de la disminución o suspensión del consumo, y su apex de sintomatología ocurre entre las 36 y las 72 horas, con una duración aproximada entre 10 y 14 días.(7)

La siguiente es una aproximación clínica:

LEVE	MODERADO	SEVERO
- Temblor. - Insomnio. - Agitación. -Hipertensión Arterial.	- Diaforesis. - Hipertermia. - Nistagmus. - Arterixis.	- Desorientación. - Alucinaciones. -Conducta alucinaria. - Confusión. - Delirium.

El tratamiento sugerido es:

- Tiamina (igual esquema que en la intoxicación aguda y también previa al uso de soluciones glucosadas).
- Hidratación según dextrometer, evitar la sobrecarga (lo que puede obtenerse intercambiando Dextrosa y solución salina en las primeras horas).

- Bloquear la descarga noradrenérgica del Locus Cereus:
- Betabloqueadores.
- Clonidina (6mcgr/kg de peso/dosis, según respuesta, y cada 8 horas). *
- Manejar las otras condiciones específicas del paciente, como pueden ser la hemorragia el tracto digestivo superior, la cardiomiopatía y la encefalopatía hepática o la hepatopatía.
- Reparar las situaciones de déficit, principalmente los componentes del complejo B, el ácido fólico, la vitamina K, potasio, magnesio.
- Si se presentan **Convulsiones**, es necesario aclarar la etiología, pues el manejo a largo plazo dependerá de ello. Las convulsiones causadas por los síndromes de privación se presentan generalmente dentro de los dos primeros días del cuadro, son de tipo tónico clónico generalizado y están relacionadas con un déficit de magnesio, en la mayoría de los casos.

El manejo es el siguiente:

- Usar las benzodiazepinas parenterales para el tratamiento de la crisis. (Lorazepam 4mg. IM cada 8-12 horas).
- Cubrir el déficit de magnesio, con una solución de sulfato de magnesio por vía parenteral siguiendo las normas conocidas para el uso de esta sustancia. (Sulfato de magnesio al 20% 2-4 cc IV lento c/6 horas/. vigilar respiración y estado de conciencia).
- No se requiere manejo profiláctico a largo plazo.

Es necesario descartar otras posibles causas de convulsiones como el trauma craneoencefálico, la epilepsia y otros trastornos hidroelectrolíticos y metabólicos, en pacientes que presentan un patrón diferente al descrito. (Existen en los últimos años estudios en los cuales se ha utilizado la Carbamacepina a dosis de 400mg/d. por 7 a 10 d, con buenos resultados. Se ha asociado con Buspirona 30mg/d. (10)

ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS:

El abuso de drogas suele ser un problema importante para todos los niveles de nuestra sociedad. Probalmente el méidco promedio observará varios pacientes que muestran complicaciones médicas o de conducta dependientes de drogas licitas o ilícitas, pero las relaciones entre los síntomas y drogas muchas veces pasan inadvertidas. En época temprana, el diagnóstico, que tiene valor crítico para un tratamiento eficaz, resulta difícil, porque entonces los pacientes rara vez presentan el estereotipo del individuo.(1)

Naturalmente, no todos los consumidores de drogas son drogodependientes. Y, precisamente, este hecho queda muy bien subrayado con la nueva terminología.(6)

La dependencia se establece a raíz de que el sujeto se haya administrado algunas veces una droga. Con las sustancias morfínicas, puede aparecer incluso después de una sólo administracion. El sujeto con dependencia para una droga no puede renunciar a seguir administrándosela. Ello le resulta imposible, precisamente, porque la drogodependencia consiste en una pérdida de libertad para romper con la droga. El impulso de seguir consumiendo la droga escapa, por tanto, de las libres disponibilidades del sujeto, aunque éste a menudo no tenga una clara conciencia de ello. En este campo, como en otros, es frecuente el divorcio entre la auténtica libertad interior y la vivencia de la libertad.(17)

DEPENDENCIA BIOLÓGICA:

Tiene una base metabólica y/o neuroquímica. Es la dependencia del organismo. Son las células y los neurotransmisores la sede de esta dependencia. Ambos sistemas no pueden seguir funcionando adecuadamente si les falta el contacto con la droga. A consecuencia de la protesta celular o del desequilibrio funcional introducido en los neurotransmisores, la supresión brusca de las drogas que producen dependencia biológica, ocasiona una serie de síntomas dramáticos que integran el llamado síndrome de abstinencia. Por este motivo, en las drogodependencias que tienen una base biológica muy firme no puede suspenderse bruscamente la administración de la droga, sino gradualmente, aunque con rapidez.

En ocasiones, ciertamente muy raras, el sujeto experimenta la dependencia biológica no como un impulso propio, sino como una compulsión, es decir, una tendencia que surge fuera de los límites del yo, un fenómeno extraño al yo que acosa y asedia a éste.(7,10)

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA:

La dependencia psicológica de la personalidad, consiste en el impulso (psíquico), de administrarse la droga en forma intermitente o continua para obtener cierto placer, disipar un estado de malestar o evadirse de una situación.(12)

Las drogas que producen dependencia sólo psicológica pueden ser retiradas bruscamente sin ocasionar manifestaciones de abstinencia.

De manera que resulta lógico que la dependencia biológica, que suele ser biológica y psicológica a la vez, sea mucho más esclavizante y coactiva que la dependencia puramente psicológica. Aún hay otra importante diferencia entre ambas clases de dependencia. Se trata de que por lo general la dependencia biológica se acompaña de un fenómeno también biológico que llamamos resistencia o tolerancia.(12)

TOLERANCIA Y NOCIVIDAD:

El término tolerancia en el contexto de un tema de alcohol y drogas, tiene dos significados: La tolerancia inicial o espontánea, referida a la dosis de droga necesaria para producir cierto efecto, y la tolerancia progresivamente adquirida con resultado de efectuar repetidas administraciones de una droga.(18)

La tolerancia funcional y metabólica; que puede consistir en cambios producidos en la absorción, la distribución, la excreción y/o la metabolización de la droga, de modo que el contacto entre ésta y el sector del organismo, principalmente afectado por ella, donde la droga ejerce su acción más característica, se ha reducido en intensidad y/o duración. Ello ocurre muy raramente.(19)

DROGAS DE ABUSO:

Narcóticos	Ace
Depresivos	Cannabis
Estimulantes	Mariguana
Cocaina	Alcohol
Crack	Esteroides
Inhalantes	Alucinógenos (11)

Narcóticos:

Opio
Morfina
Codeína
Heroína
Meperidina
Otros

Los narcóticos son drogas utilizadas como medicamentos para socorrer el dolor. Producen inicialmente una sensación de euforia que muy amenudo va seguida de modorra, náusea y vómito. Los usuarios pueden padecer también contracción de las pupilas, ojos llorosos y comezón. Las sobredosis llegan a provocar una respiración lenta y profunda, la piel se vuelve pegajosa y se presentan convulsiones, estado de coma y a veces la muerte. La tolerancia a los narcóticos, se desarrolla con rapidez y es probable que se produzca dependencia. En las embarazadas la adicción puede provocar nacimientos prematuros, mortinatos o recién nacidos que ya son adictos a la droga y que sufren graves síntomas de supresión.(11,12)

Estimulantes:

Los estimulantes pueden acelerar el ritmo cardíaco y respiratorio, elevan la presión sanguínea, dilatan las pupilas y reducen el apetito. Además, quienes los consumen pueden presentar sudoración, dolor de cabeza, visión borrosa, mareos, somnolencia y ansiedad. Las dosis extremadamente altas pueden acelerar y volver irregular el ritmo cardíaco, provocando temblor muscular, pérdida de coordinación e incluso un colapso.

Además de los efectos físicos, los consumidores sienten inquietud, ansiedad y mal humor. Las grandes dosis intensifican dichos efectos. Las personas que consumen muchas anfetaminas por períodos prolongados pueden contraer una sicosis anfetamínica que produce alucinaciones, delirios y paranoia, estos síntomas desaparecen generalmente cuando se suspende el uso de la droga.(12)

Cocaína:

Estimula el sistema nervioso central. Entre sus efectos inmediatos incluye; la dilatación de las pupilas y la elevación de la presión sanguínea, la aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, y el aumento de la temperatura corporal. Su uso ocasional puede provocar obstrucción de la mucosidad nasal, mientras que su consumo consuetudinario llega a ulcerar la membrana de la mucosa de la nariz.(12)

Crack:

O polvo en base libre, provoca una adicción extrema y los efectos se empiezan a sentir antes de 10 segundos. Entre sus efectos físicos figuran los siguientes: dilatación de las pupilas, aceleración del pulso, elevación de la presión sanguínea, insomnio, pérdida del apetito, alucinaciones táctiles, paranoia y ataques de apoplejía.(12)

Alucinogenos:

PCP (Feniciclidina)
LSD (Acido Lisergico)
Mescalina
Peyote
Silocibina
otros

Los consumidores habituales de la PCP, informan que tienen anomalías persistentes de la memoria y dificultades al hablar. Algunos de esos efectos pueden durar entre seis meses y un año despues del consumo diario prolongado.

El ácido lisérgico (LSD), la mescalina y la silocibina provocan fantasías y alucinaciones. Los efectos fisiológicos pueden incluir dilatación de las pupilas, alta temperatura, incremento del ritmo cardíaco y de la presión arterial, pérdida de apetito, somnolencia y temblor. Las sensaciones de los sentimientos pueden cambiar con rapidéz.

Estudios realizados demuestran que la población joven inicia el uso de drogas de todo tipo por curiosidad, inducido por los amigos, puede ser la entrada a las drogas. Al joven no se le dice la verdad: unos pñocos momentos de placer le pueden costar una vida llena de sufrimientos y amargura. La droga al inicio raramente se consume sin compañía. La insistencia y la presión de grupo o de los amigos es el factor más peligroso para que un joven pueda iniciarse en el uso de las drogas, ya que tiene miedo al rechazo, si no cede a esa presión. El deseo de venganza contra las normas establecidas por la sociedad, pueden ser motivo, en algunos casos, para iniciarse en la drogadicción. (11,12)

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

a) Tipo de Estudio.

Observacional - descriptivo.

b) Sujeto de Estudio.

Pacientes que ingresen al Patronato Antialcohólico con diagnóstico de intoxicación alcohólica, durante los meses de septiembre y octubre.

c) Población a estudiar.

Todos los hospitalizados durante el período de estudio; se calcula que serán aproximadamente 150 pacientes.

d) Criterios de Inclusión.

Se incluirá en el estudio a todo paciente, de cualquier edad, sexo, que ingrese al Patronato Antialcohólico para desintoxicación alcohólica, que voluntariamente responda la encuesta y tenga la capacidad para responder a la misma.

e) Criterios de Exclusión.

Se excluirá del estudio pacientes que acudan a la emergencia del Patronato Antialcohólico y no ingrese al sanatorio para tratamiento. Pacientes con intoxicación bajo el efecto de cualquier droga sin el uso de alcohol.

f) Variables.

Independientes y Dependientes

*** Edad:**

Definición Conceptual:

Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.

Definición Operacional:

Según lo respondido en la historia clínica por el propio paciente o el familiar.

Escala de Medición:

Nominal.

Unidad de Medida:

Caserío, aldea, municipio, departamento o ciudad.

* **Sexo:**

Definición Conceptual:

Condición organica que distingue al hombre de la mujer.

Definición Operacional:

Por lo observado al realizar el examen fisico.

Escala de Medición:

Nominal.

Unidad de Medida:

Masculino y Femenino.

* **Procedencia:**

Definición Conceptual:

Origen, principio de donde nace o se deriva una cosa.

Definición Operacional:

Según lo respondido en la historia clinica por el familiar o el propio paciente.

Escala de Medición:

Nominal.

Unidad de Medida:

Casero, aldea, municipio, departamento o ciudad.

*** Profesión:****Definición Conceptual:**

Empleo, Facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente. Profesional.

Definición Operacional:

Según lo respondido en la historia por el propio paciente o el familiar.

Escala de Medición:

Nominal.

Unidad de Medida:

Campesino, obrero, comerciante, profesional y empresario.

*** Oficio:****Definición Conceptual:**

Ocupación habitual. Cargo, ministerio. Profesión de algún artemecánico. Función propia de alguna cosa. Acción o

escrita referente a los asuntos del servicio público gestión en beneficio o en daño de alguno. Comunicación en las dependencias del estado.

Definición Operacional:

Según lo respondido en la historia por el propio paciente o el familiar.

Escala de Medición:

Nominal.

Unidad de Medida:

Campesino, obrero, comerciante, empresario o profesional.

*** Escolaridad:**

Definición Conceptual:

Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Definición Operacional:

Según lo referido en la historia clínica por el propio paciente el familiar.

Escala de Medición:

Numerica.

Unidad de Medida:

Ninguna, Primaria, secundaria, Universidad.

* **Causa para beber:**

Definición Conceptual:

Razón por la que un individuo ingiere licor.

Definición Operacional:

Por lo referido por el paciente.

Escala de Medición:

Nominal.

Unidad de medida:

Por placer, por costumbre, por olvidar problemas familiares, por olvidar problemas en el trabajo o falta de él.

* **Causa de usar una o más drogas:**

Definición Conceptual:

Motivo que lleva a un individuo al uso de una droga sustancia o farmaco.

Definición Operacional:

Por lo referido por el paciente.

Escala de Medición:

Nominal.

Unidad de Medida:

Por placer, por olvidar problemas, por necesidad, por aumentar efectos del alcohol.

*** Cuadro Clínico:****Definición Conceptual:**

Molestias referidas por el paciente o el familiar y hallazgos encontrados por el MD.

Definición Operacional:

Por lo obtenido de la revisión por el sistema y el examen físico.

Escala de Medición:

Nominal.

Unidad de Medida:

I.C.: Etilismo Agudo.

I.C.: Etilismo Agudo + Intoxicación por otra droga.

*** Métodos Diagnósticos Utilizados:****Definición Conceptual:**

Procedimiento con el que se estableció la entidad.

Definición Operacional:

Por lo obtenido del examen físico y/o algún examen de laboratorio.

Escala de Medición:

Nominal.

g) Recursos:

Humanos: Médico Asesor.

Médico Revisor.

Estudiante de Medicina (Investigador).

Personal Médico y paramédico del Patronato

Antialcohólico

Físicos: Boleta de Recolección de Datos

Bibliotecas;

* Facultad de Medicina, USAC.

* Hospital Roosevelt.

- * APROFAM.
- * U.F.M.
- * INCAP.
- * Roemmers. Medline.
- * Secretaría Ejecutiva de la Vicepresidencia
contra el Alcohol y Tráfico Ilícito de
Drogas (S.E.C.C.A.T.I.D.)

Institucionales:

Patronato Antialcoholico.

Secretaría Ejecutiva de la Vicepresidencia
contra el Alcohol y Tráfico Ilícito de Drogas
(S.E.C.C.A.T.I.D.)

h) Análisis Estadístico:

Se utilizará la estadística descriptiva.

i) Plan para la recolección de datos:

Se entrevistará a los pacientes hospitalizados en el Patronato Antialcoholico, con plena capacidad y voluntad de colaborar con el estudio.

Se recolectará la información por medio de una boleta, donde se incluye datos personales de los pacientes (sin nombre, para garantizar confidencialidad y veracidad), edad, sexo, fecha de nacimiento y otros. Para mejor información ver boleta de Recolección de Datos.

RESULTADOS

RESULTADO

CUADRO No. 1

Sexo y edad de 150 pacientes alcohólicos hospitalizados
en el Patronato Antialcohólico (Septiembre a Octubre de 1998)

SEXO EDAD - AÑO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 19	1	0.67	1	0.66	2	1.33
20 - 29	11	7.33	2	1.33	13	8.66
30 - 39	28	18.67	0	0	28	18.67
40 - 49	48	32	2	1.33	50	33.33
50 - 59	31	20.67	3	2	34	22.67
60 - 69	16	10.67	3	2	19	12.67
< 70	4	2.67	0	0	4	2.67
TOTAL	139	92.68	11	7.32	150	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 2

Pacientes que consume drogas, y los que no la consumen;
clasificados por sexo y edad (Patronato Antialcohólico)

USAN DROGA	SI						NO.						TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		S.T.		MASCULINO		FEMENINO		S.T.			
SEXO	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
EDAD	No.	%	No.	%	S.T.	%	No.	%	No.	%	S.T.	%	TOTAL	%
< 19	1	0.67	0	-	1	0.66	0	-	1	0.67	1	0.66	2	1.33
20 - 29	6	4.00	1	0.67	7	4.67	5	3.33	1	0.67	6	4.00	13	8.66
30 - 39	14	9.33	0	-	14	9.33	14	9.33	0	-	14	9.33	28	18.66
40 - 49	21	14.00	1	0.66	22	14.67	27	18.00	1	0.67	28	18.67	50	33.33
50 - 59	13	8.67	2	1.33	15	10.00	18	12.00	1	0.66	19	12.67	34	22.70
60 - 69	4	2.67	1	0.67	5	3.34	12	8.00	2	1.33	14	9.33	19	12.66
> 70	0	-	0	-	0	-	4	2.67	0	-	4	2.67	4	2.66
TOTAL	59	39.34	5	3.33	64	42.67	80	53.33	6	4.00	86	57.33	150	100.00

Fuente : boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 3

**Grupo etario y escolaridad en pacientes hospitalizados
(Patronato Antialcohólico de septiembre a octubre de 1998).**

Escolaridad Edad	Escolaridad												TOTAL	%		
	Ninguno	Primaria				Secundaria				Universidad						
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.			%	
< 19		-	-	1	0.67	-	-	1	0.67	-	-	-	-	2	1.34	
20 - 29		1	0.67	1	0.67	2.00	1.33	7	4.66	1	0.67	1	0.67	13	8.67	
30 - 39	1	0.7	1	0.67	3	2.00	11.00	7.32	6	4.00	1	0.67	5	3.33	28	18.66
40 - 49			6	4.00	10	6.66	9.00	6.00	8	5.33	8	5.33	8	5.33	49	32.65
50 - 59			1	0.67	15	10.00	-	-	9	6.00	6	4.00	4	2.67	35	23.34
60 - 69	2	1.3	3	2.00	3	2.00	2.00	1.33	4	2.67	4	2.67	1	0.67	19	12.67
> 70			1	0.67	2	1.33	-	-	-	-	0	-	1	0.67	4	2.67
TOTAL	3	2	13.00	8.66	35	23.33	24.00	15.98	35	23.33	20.00	13.34	20.00	13.34	150	100.00

Fuente: boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 4

Diferenciación en grupo etario y escolaridad en pacientes que consumen drogas
y los que no las consumen(Patronato Antialcohólico de septiembre a octubre de 1998).

		CONSUMEN DROGAS											
Escolaridad	Edad	Primaria				Secundaria				Universidad			
		C		I		C		I		C		I	
	Ninguno	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 19		0	0.67	0	-	0	-	1	0.67	0	0.67	0	0
20 - 29		1	-	1	0.67	1	0.67	2	1.33	1	0.67	1	0.67
30 - 39	1 0.7	0	2.66	0	-	8	5.33	2	1.33	1	3.33	2	1.33
40 - 49		4	-	1	0.67	5	3.33	1	0.67	5	1.33	4	2.66
50 - 59		0	-	0	-	0	-	4	2.66	2	2	2	1.33
60 - 69	2 1.3	0	-	7	4.66	0	-	1	0.67	3	0	0	0
> 70		0	-	0	-	0	-	0	-	0	0	0	0
TOTAL	3 2	5	3.33	9	6.00	14	9.33	11	7.33	12	8	9	5.99

Fuente: boletas de recolección de datos.

		NO CONSUMEN DROGAS													
Escolaridad	Edad	Primaria				Secundaria				Universidad				No.	%
		C		I		C		I		C		I			
	Ninguno	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 19		0	-	1	0.67	0	-	0	-	0	0	0	0	2	1.34
20 - 29		0	-	0	-	1	0.67	5	3.33	0	0	0	0	13	8.68
30 - 39	1 0.7	1	0.67	3	2.00	3	2.00	4	2.66	0	0	3	2	28	18.66
40 - 49		2	1.33	9	6.05	4	2.66	7	4.66	3	2	4	2.66	49	32.68
50 - 59		1	0.67	8	5.33	0	-	5	3.33	4	2.66	2	1.33	28	18.64
60 - 69	2 1.3	3	2.00	3	2.00	2	1.33	3	2.00	1	0.67	1	0.67	26	17.33
> 70		1	0.67	2	1.33	0	-	0	-	0	0	1	0.67	4	2.67
TOTAL	3 2	8	5.34	26	17.38	10	6.66	24	15.98	8	5.33	11	7.33	150	100

Fuente: boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 5

Grupo etario e Ingresos Percápita en pacientes que utilizan drogas y los que no las utilizan (Patronato Antialcohólico de septiembre a octubre de 1998)

USAN DROGAS

INGRESOS	NO												TOTAL	%		
	A		B		C		D		E		F				G	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			No.	%
0.00 - 1500.00	2	1.33	1	0.67	4	2.67	4	2.62	5	3.33	4	2.67	3	2	23	15.34
1,501 - 3,000	0	0	1	0.67	6	4	9	6	4	2.67	4	2.66	0	0	24	16
3,001 - 4,500	0	0	2	1.33	0	0	3	2	3	2	0	0	1	0.67	9	6
4,501 - 6,000	0	0	0	0	1	0.67	4	2.67	2	1.33	2	1.33	0	0	9	6
6,001 - 7,500	0	0	1	0.67	1	0.66	0	0	1	0.67	0	0	0	0	3	2
7,501 - 9,000	0	0	0	0	0	0	4	2.67	2	1.33	0	0	0	0	6	4
9,001 - 10,500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Q.10,501 <	0	0	0	0	1	0.66	4	2.66	4	2.67	3	2	0	0	12	7.99
TOTAL	2	1.33	5	3.34	13	8.66	28	18.6	21	14	13	8.66	4	2.67	86	57.33

INGRESOS	SI												TOTAL	%		
	A		B		C		D		E		F				G	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			No.	%
0.00 - 1500.00	2	1.33	0	0	1	0.67	2	1.33	2	1.33	0	0	0	0	7	4.66
1,501 - 3,000	0	0	3	2	3	2	9	6	4	2.67	0	0	0	0	19	12.67
3,001 - 4,500	0	0	1	0.67	1	0.67	1	0.67	2	1.33	0	0	0	0	5	3.34
4,501 - 6,000	0	0	1	0.67	1	0.67	5	3.33	3	2	2	1.33	0	0	12	8
6,001 - 7,500	0	0	0	0	2	1.33	1	0.66	1	0.67	0	0	0	0	4	2.66
7,501 - 9,000	0	0	1	0.67	1	0.67	1	0.67	0	0	0	0	0	0	3	2.01
9,001 - 10,500	0	0	0	0	3	2	0	0	2	1.33	0	0	0	0	5	3.33
Q.10,501 <	1	0.67	1	0.67	2	1.33	3	2	0	0	2	1.33	0	0	9	6
TOTAL	3	2	7	4.68	14	9.34	22	14.7	14	9.33	4	2.66	0	0	64	42.67

CUADRO No. 6

**Número de personas que dependen de pacientes que consumen
o no drogas (Hospitalizados en el Patronato Antialcohólico
de septiembre a octubre de 1998).**

No. De Personas	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%		
Cero	6	4.03	7	4.63	13	8.66
Una	10	6.64	13	8.69	23	15.33
Dos	17	11.33	12	8.00	29	19.33
Tres	19	12.65	13	8.69	32	21.34
Cuatro	10	6.68	22	14.66	32	21.34
Cinco o más	1	0.67	20	13.33	21	14.00
Total	63	42.00	87	58.00	150	100.00

Fuente: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 7

Clasificación por edad y tipo de droga utilizados por
pacientes alcohólicos (Internados en el Patronato Antialcohólico
de septiembre a octubre de 1998).

Edad	< 19		20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		70 o más		No.	%	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
Medicamentos																	
Tranquilizantes	1	1.05	3	3.16	11	11.58	18	18.95	11	11.58	4	4.21	0		48	50.53	
Mariguana	1	1.05	3	3.16	7	7.37	8	8.42	2	2.11	1	1.05	0		22	23.16	
Cocaína	1	1.05	4	4.21	6	6.31	2	2.11	4	4.21	0	-	0		17	17.89	
Crack-Polvo inyectado	1	1.05	0	-	2	2.11	0	-	0	-	0	-	0		3	3.16	
Pastillas p/no dormir	0	-	0	-	0	-	1	1.05	2	2.11	0	-	0		3	3.16	
Pegamento, tiner u otro	0	-	0	-	1	1.05	0	-	1	1.05	0	-	0		2	2.10	
TOTAL	4	4.20	10	10.53	27	28.42	29	30.53	20	21.06	5	5.26	0		95	100.00	

Fuente: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 8

Clasificación por sexo y número de drogas utilizadas por pacientes internados (Patronato Antialcohólico de septiembre a octubre de 1998).

No. De Personas	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Cero	82	54.67	5	3.33	87	58.00
Una	35	23.33	5	3.33	40	26.66
Dos	15	10.00	1	0.67	16	10.67
Tres	4	2.67	0	-	4	2.67
Cuatro	3	2.00	0	-	3	2.00
Cinco o más	0	-	0	-	0	-
Total	139	92.67	11	7.33	150	100.00

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 9

**Clasificación de los motivos más frecuentes por los que
pacientes alcohólicos se iniciaron en el uso de las
drogas asociadas al alcohol.**

Razón	No.	%
Para disminuir sintomatología de abstinencias.	19	30.16
Por sociabilizar con amistades.	27	42.86
Por problemas en el hogar o en el trabajo.	14	22.22
Por placer.	3	4.76
TOTAL	63	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 10

**Clasificación de los pacientes con las personas que proporcionan las sustancias por primera vez
(Patronato Antialcohólico de septiembre a octubre de 1998)**

Clasificación	No.	%
Familiares	5	7.94
Amigos	28	44.44
Compañeros	5	7.94
Distribuidores	12	19.04
Otros	13	20.64
TOTAL	63	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 11

**Clasificación de los lugares más frecuentes en que los
pacientes obtienen las sustancias asociadas al alcohol
(Patronato Antialcohólico de
septiembre a octubre de 1998)**

Clasificación	No.	%
Casa	5	7.94
Farmacia	19	30.12
Fiesta	1	1.60
Calle	21	33.33
Trabajo	15	23.81
Otros	2	3.20
TOTAL	63	100.00

Fuente: Boletas de recolección de datos.

Análisis y Discusión de Resultados

El alcoholismo es un problema que continúa afectando a la población en general sin hacer distinción de raza, edad, estado socio-económico o nivel cultural en nuestro país y en el mundo entero; es por ello que la organización de la salud lo ha considerado como un trastorno del cual se derivan deferentes conductas, tales como:

Exeso Alcohólico habitual y adicción o dependencia según la cantidad y la frecuencia; en la dependencia es donde encaja la búsqueda de más sustancias, las cuales aunam más en sí, cayendo en farmaco dependencia.

Por lo que podemos observar en los resultados obtenidos que el sexo masculino, es el más afectado y aún más en la etapa adulta entre los cuarenta y los cuarenta y nueve años; seguramente por ser la edad en la cual existen más problemas sociales, laborales y familiares; se puede agregar que el problema es favorecido por las relaciones laborales, festivas y otras.

La población a estudio consume alcohol y de ellos casi el 50 % ha utilizado drogas asociadas al alcohol en más de una ocasión, siendo más afectadas por esta situación las mujeres, quienes en el 50% de los casos ha estudio han utilizado drogas asociadas al consumo de alcohol, lo cual confirma la susceptibilidad del sexo femenino para la farmaco dependencia; así mismo, se

observó que el nivel de escolaridad y el nivel socio económico de los pacientes esta directamente relacionado con el consumo de drogas, ello debido a que a mayor grado de escolaridad, mayores ingresos; y a mayores ingresos más accesibilidad para la adquisición de drogas, lo cual es representativo y nos sugiere que el ambito socio-económico y cultural aumenta el riesgo de poder adquirir cualquier tipo de droga o sustancia; también se observa que son las benzodicepinas las drogas más utilizadas como anexo al alcohol; la causa principal es para disminuir los efectos que produce el alcohol luego de ingerirlo haciendo notar la facilidad de acceso a dependencias legales como farmacias, sanatorios u otros, expendiendolos sin la debida receta médica.

Las causas para utilizar alcohol son diversas pero bien conocidas (apetencia, placer, problemas familiares, hogareños, o de trabajo), y de este mismo uso los lleva a utilizar otras sustancias, como la cocaína y crack, mismas que al emplearlas ocasionan efectos no deseados y para poder ebitarlos deben usar otras drogas, como la mariguana para disminuir síntomas volviendose una cadena sin fin.

Muchos pacientes llegan a tal dependencia que no les basta usar una droga anexa al alcohol, por lo que los conduce a una politoxicomanía, de a cuerdo con todo esto y con las experiencias clínicas se apoyan el señalamiento de la posibilidad que pacientes alcohólicos sean adictos potenciales a cualquier sustancia tóxica que induzca a dependencia.

CONCLUSIONES

1. El alcoholismo es la disminución de los síntomas de la abstinencia del alcohol y preventivo o tratamiento del delirium tremens. es una condición que afecta a cualquier estrato social, económico o cultural y el sexo masculino es el más afectado. El alcohólico es una persona que con facilidad se convierte en dependiente psicológico de cualquier sustancia, farmaco o droga; por lo cual progresa a polipoxicomanía. Se hace notar que la mujer es más susceptible a la farmaco dependencia. El alcohólico mientras mayor es su grado académico más facil le es volverse farmaco dependiente.

2. El ambiente o circulo social en el que se desenvuelve el alcohólico farmacodependiente juega un papel importantísimo en el desarrollo de la misma, sumado a este la libre adquisición de las mismas, por un mal control de las mismas.

3. La libre publicidad del alcohol y de algunas sustancias o farmacos vienen a ser peldaños de peso para subir a la farmaco dependencia.

4. El ingreso socio-económico influye en la droga a la que el paciente puede llegar a ser dependiente, la mayor causa de utilización de las drogas

RECOMENDACIONES

1. A todas las instituciones antialcohólicas, que unifiquen criterios y fuerzas con el fin de transformar sus programas de desintoxicación y re-integración del paciente a la sociedad, en los más efectivos métodos de recuperación y seguimiento de pacientes, en el campo médico y psicológico, con el fin de orientar, apoyar y concientizar, la importancia que tiene el paciente como engranaje del desenvolvimiento y desarrollo de su país, así como, proporcionar los conocimientos necesarios a familiares del paciente sobre la gravedad del problema y los métodos por los cuales pueden ayudar.
2. Las autoridades de salud, deben sugerir promover y apoyar a nivel nacional, programas que den información y orientación sobre el alcoholismo, farmacodependencia y drogadicción.
3. El legislativo de la república podría obligar a entidades responsables de la publicidad, reparto y consumo de bebidas legales (Alcohol, cerveza, otros), a colaborar con instituciones como el Patronato Antialcohólicos a mantener sus instalaciones en condiciones óptimas y así poder brindar una recuperación íntegra del paciente afectado por este tipo de sustancias y bebidas.
4. A usted, si tiene problemas con el alcohol, drogas o farmacodependencia, busque ayuda profesional pronto, mientras su problema aun tiene solución.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio observacional-descriptivo, cuyo tema es: Relación entre el consumo del alcohol y el uso de drogas; se realizó en 150 pacientes hospitalizados en el Patronato Antialcohólicos en los meses de septiembre y octubre de 1998.

Se procedió a determinar una investigación de 150 pacientes que ingresaron al Patronato Antialcohólico en los meses de septiembre y octubre, se utilizó como instrumento una encuesta conteniendo las variables a utilizar; misma que fue pasada a cada uno de los pacientes previa explicación y de manera voluntaria.

Se obtuvo resultados que indicaron el 43% de los pacientes usaban drogas anexas al alcohol y un 57% no las usaban. Se observó que del total de pacientes femeninas encuestadas el 45 % consumían drogas y del total de varones internos, el 39 % consumen drogas.

La causa principal del uso de las drogas era la disminución de los síntomas de la abstinencia alcohólica y como segundo lugar la sociabilidad de los pacientes, concluyendo con esto que el ambiente social sigue siendo un factor de peso para el desarrollo de la farmaco-dependencia.

Las Benzodiacepinas fueron las drogas más utilizadas, no prescritas por facultativo, el ambiente social, y el ingreso económico, eran 2 factores de peso para la mayor famacodependencia, al igual que el grado académico, por todo esto se realizaron recomendaciones al respecto a las instituciones, autoridades, publicistas; con el fin de que no hicieran caso omiso a estos resultados y planteamientos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Aguilar Z. Enrique. Prevalencia del uso indevido del alcohol, tabaco y drogas en la población ecuatoriana. Boletín O.P.S. Abuso de Drogas, Washington D.C. Octubre, 1990. Pg. 48-52.
- 2) Almeida, M. Uso y abuso de alcohol y drogas. Algunos aspectos de sus interacciones en la clínica. Bol. Of. San. Pan. 88 enero 1990. Pg. 45-54.
- 3) Alumnas de sexto año. Seminario sobre "la Drogadicción". Agosto 1995. Pg. 4-10.
- 4) Boletín of San. Pan. Bioética. Número especial, 108 (5-6) 1990.
- 5) Boletín de oficina sanitaria Panamericana, Uso de drogas Entre estudiantes de Cali, Colombia. Vol. 106, No. 1 Enero 1989. Pg. 22-30.
- 6) Cecil. Tratado de Medicina Interna. Edit. Interamericana, México,D.F. 18ª. Edición 1993. Pg. 754-859; 892-912; 2061-2081.
- 7) Diccionario Terminológico de Ciencias Medicas. Salvat Editores , S.A. Duodécima edición, 1993.
- 8) Estuardo de la Roca. Criterios para orientar el proceso de la Investigación científica. Octubre 1989. Pg. 6-3

- 9) Goodman y Gilman. Las Bases Farmacológicas de la terapéutica. Edit. Panamericana, 8ª. Edición: agosto 1994. Pg. 381- 384; 534-571.
- 10) <http://www.health.org/nadarm/introbxxn.htm> Will be observed as national alcohol and drug addition. June 1998.
Pg. 1-2
- 11) <http://www.health.org/pubs/catalog/rpos.htm> The national clearing for alcohol and drug information.
Pg. 1-14
- 12) <http://www.ncadd.org/defaalc.html>. Document Definition of alcoholism. Pg. 1-2
- 13) Manerique Alejandro; Condes, Carmen y Valera, Carlos, Principales motivos de ingreso a un hospital de Urgencias mientras los pacientes se encontraban bajo los efectos de bebidas alcoholicas. Salud mental. VI.12, No.3 Sept. 1989. Pg. 44-49.
- 14) Mejia Montoya. Gabriel Antonio Alcoholismo y Drogadicción. Flact @ epm.net.co.-Medellin Colombia. Julio 1998. Pg. 5-15.
- 15) Mendizabal Prem, Francisco; instructivo: Determinación de tamaño de muestra de un estudio descriptivo. CICS, 1990. Pg.7
- 16) Mínguez, Hugo A. Información epidemiológica sobre el Uso indevido de sustancias psicoactivas. O.P.S. Abuso de drogas, Washington D.C. 1990. Pg. 87-109.

- 17) O.P.S. Abuso de drogas. Washington, D.C. 1990.
Pg.217.
- 18) Pan American Health Organization. Iniciativa de Caracas en salud mental, alcoholismo y farmacodependencia. Bol. Of. Sanit. Pan. Julio 1989. Pg. 74-77
- 19) Personal del equipo técnico interdisciplinario de prevención de S.E.C.C.A.T.I.D. Que es el alcoholismo? Marzo 1998. Pg. 1-23.
- 20) Programa de las Naciones Unidas para la fiscalía internacional de drogas oficina regional para México y Centro América. Unidos por una sociedad libre de drogas. Junio 1998. Pg. 1-11.
- 21) Washigton University School of Medicine. Manual de Terapéutica Médica. Salvat editores, S.A. 6ª. Edición; 1994. Pg. 287-288; 311;475-477;504.
- 22) Williams, Hibbard E. Alcoholic Hipoglycemia and Ketoacidosis. In the Medical Clinics of North America 68: 1994. Pg. 33-38.

Universidad de San Carlos de Guatemala.
Facultad de Ciencias Medicas.
Carrera de Medicina.
Unidad de Tesis.

CONSUMO DE ALCOHOL Y EL USO SIMULTANEO DE OTRAS DROGAS

Instrucciones: En la presente hoja se le preguntan datos personales, mismos que seran confidenciales, responda llenado el espacio en blanco, con respuestas breves y concisas; y en los cuadros utilice una X, si asi fuera necesario.

Datos Generales.

Edad : _____ Sexo : _____

No. de Registro: _____

Fecha de nacimiento: _____

Originario de: _____

Residente en (ultimo año): _____
municipio. depto. pais.

Escolaridad:

ninguna : primaria : completa
incompleta

secundaria: completa
incompleta

universitaria: completa
incompleta

Titulo logrado : _____

Profesión ó oficio : _____

Ingreso personal mensual (aproximado): _____

Ingreso familiar mensual (aproximado): _____

No. de personas que dependen de usted: _____

1. Ha utilizado usted alguna vez algún farmaco, droga o sustancia extra al alcohol?

si no

2. Si las ha utilizado, diga de que tipo?

Tranquilizantes (valium, diazepam, pastillas para dormir) : si no

Marijuana : si no

Cocaína : si no

Crack, polvo o inyectada: si no

Pastillas para no dormir: si no

Oler pegamento, thinner u otro: si no

Otro (especificar cual) : _____ si no

3. Cual fué el motivo que lo(a) llevo a utilizarla(s): _____

II. PARTE.

Si usted a consumido alguna sustancia continúe.

1. Quien le proporcionó el fármaco, droga o sustancia que ha utilizado?

Familiar :
Amigo :
Compañero (de trabajo o estudio):
Distribuidor :
Otro (especifique) : _____

2. En que situación o lugar consiguió usted el fármaco, droga o sustancia que ha utilizado, por primera vez?

La casa :
Casa de Familiar : Fiesta:
Casa de Amigo : Discoteca:
Colegio o Trabajo: Bar :
Farmacia : Calle :
Otro (especifique): _____

3. Cuanto tiempo tiene de consumir:

Alcohol : _____
Drogas : _____
Juntas : _____

4. Qué empezó a usar primero: _____

5. Qué efecto le da usar alcohol y drogas juntos? _____

6. Porque motivo inició a utilizar el alcohol y las drogas en combinación? _____

Observaciones: _____

Nombre de quien recolecto la información: _____

Cargo: _____

Fecha: _____ Hora: _____