



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE MÉDICO

**Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes alcohólicos en el
CENTSADIC de la ciudad de Loja durante el año 2011**

Trabajo de fin de titulación

AUTORA: Juana Catalina Vásquez Rodas

DIRECTOR: Dr. Nelson Inocencio Lanchi León

Loja – Ecuador

ÆFI Á

CERTIFICACION DE APROBACIÓN

Dr. Nelson Lanchi

CERTIFICA.

Que el presente trabajo de investigación, realizado por la estudiante Juana Catalina Vásquez Rodas, ha sido cuidadosamente revisado por la suscrita, con lo que se ha podido constatar que cumple con todos los requisitos de fondo y de forma establecidos por la Universidad Técnica Particular de Loja y por el Área Biológica, Departamento de Ciencias de la Salud y Titulación de Médico, por lo que autorizo su presentación.

Lo Certifico.-

Loja, 6 de Febrero del 2013

.....

Dr. DIRECTOR DE LA TESIS

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación de lo dedico a mi familia por su confianza y apoyo, gracias a ellos me fue posible culminar mi carrera, sobre todo a mis padres por hacer de mí una mejor persona, a través de sus consejos, enseñanzas, sacrificio y amor.

A mis hermanos, por estar siempre presentes y apoyarme para realizarme como profesional y como persona.

A mi querido Víctor, por su apoyo y consejos a lo largo de este tiempo.

Muchas gracias, de todo corazón.

Juana Vásquez Rodas

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer ante todo a Dios, que no me ha desamparado en todo este largo trayecto, las autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Médico, quienes me han dado la oportunidad de culminar mis estudios universitarios; agradezco a mi familia que ha sido pilar fundamental para mi realización personal y profesional ya que sin ellos no me encontraría culminando mis estudios, agradecer a los docentes que han participado en mi formación, por sus conocimientos y enseñanzas, a mi director de tesis, por su tiempo y esfuerzo en este trabajo, a la Comunidad Terapéutica Salvando al Adicto “CENTSADIC” que me abrió las puertas para la recolección de los datos de este trabajo.

A todos ellos,

Les estaré eternamente agradecida.

Juana Vásquez Rodas

ACTA DE DECLARACIÓN Y CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Juana Catalina Vásquez Rodas declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos de tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

Juana Vásquez Rodas

CI: 010440135-1

INDICE

CERTIFICACION DE APROBACIÓN.....	i
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ACTA DE DECLARACIÓN Y CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	v
INDICE	vi
RESUMEN.....	viii
1. INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. GENERAL:	12
2.2. ESPECÍFICOS:.....	12
3. MARCO INSTITUCIONAL	13
4.1. Capítulo I	14
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO	14
4.1.1. Procesos agudos:	16
4.1.2. Procesos Crónicos:.....	19
4.1.3. Trastornos Asociados Al Consumo:.....	21
4.2. Capítulo II	24
INTERVENCIÓN DEL PACIENTE ALCOHOLICO	24
4.3. Capítulo III	32
PROTOCOLO DE MANEJO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL ALCOHOLISMO.....	32
4.3.1. Exploración de patronos de consumo:	33
4.3.2. Determinación de dependencia al alcohol	34
4.3.2.1. Determinación de patología psiquiátrica concomitante	35
5. METODOLOGÍA.....	38
5.1. Tipo de estudio:	38
5.2. Área de estudio:	38
5.3. Universo y muestra:	39
5.4. Métodos e instrumentos de recolección de datos:	39
5.5. Procedimiento:	39
5.6. Plan de tabulación y análisis:	40
5.7. Operacionalización de variables:	40

6. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN	42
6.1. Resultado 1: PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO SEGÚN EDAD Y SEXO.	42
6.3. Resultado 3: PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA ENFOCADO AL MANEJO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL ALCOHOLISMO.....	55
8. CONCLUSIONES.....	59
10. BIBLIOGRAFÍA	62
11. ANEXOS.....	65

RESUMEN

Ecuador y Loja enfrentan un importante problema de salud pública como es el alcoholismo; este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre alteraciones psiquiátricas y el consumo de alcohol.

El primer nivel de atención se enfoca en rehabilitar a estos pacientes en tanto se desatiende en los trastornos psiquiátricos que pueden coexistir con el alcoholismo.

Para llevar a cabo la consecución de dicho objetivo, he trabajado con la Comunidad Terapéutica Salvando al Adicto “CENTSADIC”, encaminada a la rehabilitación de alcohólicos y adictos, se tomó los datos de pacientes que fueron atendidos en esta comunidad terapéutica durante el año 2011 (147 pacientes) y sus diagnósticos. Los resultados indican una relación entre alteraciones psiquiátricas y el consumo de alcohol en un 86% de pacientes, el rango etario de pacientes alcohólicos va desde los 14 hasta los 79 años, siendo el alcoholismo más común entre 15 a 19 años de edad; la depresión mayor (36% en mujeres) y la depresión endógena (28% varones) son las patologías psiquiátricas halladas en mayor porcentaje en tanto que los antidepresivos y coadyuvantes son los fármacos más utilizados.

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo que presentado a continuación es el resultado una investigación realizada sobre la relación existente entre el alcoholismo y enfermedades psiquiátricas asociadas; este es un problema presente en diversas edades, sexos, culturas y estratos sociales.

Alcoholismo es el estado en el cual un individuo pierde el control respecto a su consumo de alcohol, bien sea en el sentido de no poder parar de beber hasta alcanzar un estado total de embriaguez, o bien en el de no ser capaz de prescindir por completo de la bebida, éste estado conlleva consecuencias tanto somáticas como mentales, sociales y laborales. (Médico, 2012)

Alcohólico se denomina a un individuo quien bebe en exceso y cuya dependencia del alcohol hubiese alcanzado tal nivel que diera lugar a claros trastornos mentales y somáticos, además de conflictos en sus relaciones interpersonales, su desempeño social y laboral. (Médico, 2012)

En agosto del 2011, la OMS en uno de sus informes presentó un alarmante estudio, donde se determina que el Ecuador, es el segundo país consumidor de alcohol, con un promedio de 9.4 litros de alcohol por habitante por año, esta cifra es solo superada por Argentina, con 10 litros por habitante. (OMS, 2012)

A decir de la OMS, el consumo de alcohol en América (8,7 litros per cápita en promedio) es aproximadamente 40% mayor que la media global de 6,2 litros, siendo Brasil, Chile y México otros países latinoamericanos con alto consumo de alcohol. Pero en el caso de Ecuador además preocupa que el consumo de alcohol empieza a los 12 años de edad, de acuerdo con el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes. (CONSEP, 2012)

Según la Dirección Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud Pública (MSP), en el año 2005 el consumo de alcohol era del 21,4%; en el 2007 bajó levemente al 20,6%, pero en 2009 subió al 23,9% y en 2011 llegó al 23,5%. A nivel de regiones, la Amazonía representa el 36% de los casos, la Sierra el 33,5%, la Costa es el 13,7% y la región insular es cercana al 0%. Las provincias con mayor número de casos de alcoholismo son Pichincha, Manabí, Azuay, Guayas, Imbabura, Loja, Chimborazo, Cañar, El Oro y Morona. En cambio, las de menor incidencia son Tungurahua, Zamora Chinchipe, Los Ríos, Sucumbíos, Napo, Esmeralda, Cotopaxi, Carchi, Bolívar, Galápagos y Orellana. (MSPE, 2012).

Para muchas personas, la ingesta de alcohol es solo una forma placentera de relajarse. Sin embargo, las personas con trastornos por consumo de alcohol beben en exceso, poniendo en peligro sus vidas y las de los demás.

Física y metabólicamente, la dependencia al alcohol produce dolencias que se aprecian en el desarrollo de cambios conductuales como síndromes de abstinencia, trastornos de la conducta, entre otros.

Los problemas con el alcohol tienen múltiples causas, y los factores genéticos, fisiológicos, psicológicos y sociales desempeñan un papel importante; no en todas las personas se nota afectación de la misma manera; para algunas personas que abusan del alcohol, los rasgos psicológicos como impulsividad, baja autoestima y una necesidad de aprobación provocan que ingieran alcohol de manera inapropiada, incluso lo hacen para sobrellevar problemas emocionales.

Es menester determinar la relación del alcohol con trastornos psiquiátricos de los bebedores ya que la literatura sugiere que el alcoholismo en algunos casos es una causa de dichos trastornos y en otros casos se llega a un alcoholismo debido a que el paciente posee una patología psiquiátrica preexistente. (Gómes Restrepo, 2010)

Si bien algunas investigaciones sugieren que pequeñas cantidades de alcohol pueden tener efectos cardiovasculares beneficiosos, existe un consenso generalizado de que ingerir grandes cantidades de alcohol puede provocar

problemas de salud, de hecho, 100.000 personas en los Estados Unidos mueren por causas relacionadas con el alcohol cada año. Los efectos a corto plazo incluyen pérdida de memoria, resaca y amnesia alcohólica. Los problemas a largo plazo asociados con el consumo excesivo de alcohol incluyen trastornos estomacales, problemas cardíacos, cáncer, pérdida de memoria grave y cirrosis hepática, daños cerebrales entre los que destacan cambios conductuales, depresión, esquizofrenia, entre otros; estas patologías se han encontrado asociadas a pacientes alcohólicos como causa y consecuencia de su estado de alcoholismo. Los bebedores empedernidos también aumentan de forma notoria sus posibilidades de morir debido a accidentes automovilísticos, homicidios y suicidios. (Ey, 2011)

Es de vital importancia investigar a estos pacientes ya que se trata de un problema social importante y presente en todas las poblaciones mundiales, como se ha indicado, las cifras e incidencias de pacientes alcohólicos y de trastornos psiquiátricos está en aumento, en nuestro país y en nuestra ciudad; es menester atender a esta necesidad de atención primaria de salud para que se pueda derivar a las entidades competentes para la atención oportuna de los mismos.

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL:

- Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes alcohólicos atendidos en el la Comunidad Terapéutica “CENTSADIC”, mediante revisión de historias clínicas, para ofrecer un protocolo de atención a estos pacientes.

2.2. ESPECÍFICOS:

- Establecer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en el paciente alcohólico según edad y sexo.
- Establecer el tratamiento y manejo realizado en pacientes alcohólicos según trastornos psiquiátricos presentes.
- Plantear un protocolo de intervención psicosocial enfocado al manejo de los trastornos psiquiátricos asociados al alcoholismo.

3. MARCO INSTITUCIONAL

CENTSADIC, Centro Terapéutico Salvando al Adicto, Fue fundado en Noviembre del 2005 cuando un grupo de amigos, se encontraron en la Convención Nacional de Adictos Rehabilitados que tuvo lugar en la ciudad de Guayaquil, prestando atención a las conferencias, vivencias y necesidades de otras personas rehabilitadas, estos cuatro amigos notaron la necesidad de ayudar a los adictos de la ciudad de Loja a rehabilitarse y reinsertarse en la sociedad.

Juntos, Narcisa Tenesaca, Andrés Burneo, Alberto Sanmartín y Eduardo Carpio, actual director del CENTSADIC, unieron esfuerzos, ilusiones y arduo trabajo para lograr el sueño que lo bautizaron CENTSADIC; su primera localización tuvo lugar en el barrio Peñón del Oeste, fue aquí donde estas cuatro extraordinarias personas iniciaron su ayuda a la comunidad y a la Ciudad de Loja.

En enero del 2010 las normativas del ministerio de salud pública del Ecuador llevaron a los fundadores del CENTSADIC a afinar detalles convirtiéndose de Centro a Comunidad Terapéutica.

En la actualidad el CENTSADIC, Comunidad Terapéutica Salvando al Adicto, cuenta con una más cómoda instalación ubicada en la Avenida Occidental, en las calles Manuel Carrión Pinzano y Vicente Falconí, en el barrio conocido como “Celi Román”.

CENTSADIC consta con la colaboración de 17 personas las mismas que están distribuidas: en 1 médico psiquiatra, 2 médicos generales, 3 psicorehabilitadores, 1 trabajadora social, 3 terapistas vivenciales, 3 terapistas motivacionales, 1 ecónomo, 2 guardias de seguridad y 1 persona encargada de la elaboración de alimentos.

El CENTSADIC tiene una capacidad para 53 personas, 35 hombres y 18 mujeres.

El CENTSADIC ofrece los servicios de: Terapia vivencial, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, terapia familiar, terapia ocupacional, terapia educativa, charlas motivacionales, terapia ambulatoria; cuenta con herramientas y medios de ayuda al paciente como áreas audio-visuales.

4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

4.1. Capítulo I

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

La literatura actual insiste en la relación que existe entre el alcoholismo y los trastornos psiquiátricos asociados al alcoholismo, estos trastornos se pueden manifestar como trastornos causantes o bien ser factores exacerbantes de la gravedad del alcoholismo, se sugiere también que el alcoholismo y un trastorno psiquiátrico pueden coexistir simultáneamente o ser sucesivo uno de otro, y en otros casos pueden existir juntos como coincidencia; tanto el alcoholismo como los trastornos psiquiátricos pueden ser la consecuencia de una tercera condición que desencadene las patologías; que tanto el consumo excesivo como la abstinencia de alcohol pueden producir la aparición de síntomas muy parecidos a los de un trastorno psiquiátrico independiente, estos trastornos son considerados por la DSM-IV como trastornos inducidos por intoxicación o por abstinencia del alcohol. (CASAS & GUARDIA, 2009)

Diversos estudios clínicos realizados en pacientes alcohólicos sugieren que la mayoría de trastornos psiquiátricos asociados al alcoholismo aparecen como efecto colateral de la intoxicación alcohólica en sí y por lo tanto desaparecen al momento de la desintoxicación alcohólica siendo de esta manera poco necesario instaurar un tratamiento para la patología psiquiátrica como tal. ((APA), 2010)

El abuso del consumo de alcohol puede ser el causante de la aparición de nuevos síntomas psiquiátricos o producir mayor manifestación de síntomas psiquiátricos presentes en el paciente. Esto se ha observado en mayor relación con referencia a síntomas como ansiedad y depresión, que son producidos por el abuso de la ingesta alcohólica o por el síndrome de abstinencia al alcohol que se produce en el cese de dicha ingesta, cabe recalcar, que los síntomas antes mencionados remiten de igual manera cuando se ha llevado una abstinencia prolongada por lo que se

puede decir que los trastornos psiquiátricos no son independientes al consumo del alcohol. (WOODY, 2009) ((APA), 2010)

Existe diversas teorías en relación a los modelos explicativos del alcoholismo así, podemos hablar del modelo biopsicosocial, este modelo nos presenta un modelo o enfoque de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la persona como tal en el contexto de una enfermedad alcohólica, dependencia o desórdenes relacionado, así se puede decir que el alcoholismo y las patologías asociadas al mismo, son el resultado de alteraciones o la suma de factores tanto biológicos como psicológicos y sociales.

El modelo biopsicosocial contrasta con el modelo reduccionista tradicional, únicamente biológico que sugiere que cada proceso de la enfermedad puede ser explicado en términos de una desviación de la función normal subyacente, como un agente patógeno, genético o anomalía del desarrollo o lesión, desechando totalmente la parte social y psicológica del alcoholismo y las patologías psíquicas asociadas al mismo. (Santrock, 2007)

El modelo de diátesis-estrés ha sido formulado en los últimos 20 años bajo la forma de un modelo de estrés-vulnerabilidad-factores protectores, se trata la suma de varios factores como el genético que lleva a una predisposición para adquirir el alcoholismo, la vulnerabilidad de la persona para el apego del consumo y ciertos factores que retiran al individuo del medio peligroso, la suma de estos factores así mismo explicaría la tendencia de la persona a desarrollar enfermedades psiquiátricas en los pacientes alcohólicos, esta reformulación de la teoría ha sido estudiada en particular por el Dr. Robert P. Liberman y sus colegas del campo de la rehabilitación psiquiátrica.

La hipótesis de la automedicación sugiere que algunas personas consumirían alcohol para aliviar síntomas de ansiedad, tensión, depresión, insomnio, apatía y aislamiento social; asociados a trastornos mentales. De esta manera, personas con

trastornos mentales podrían persistir en el consumo de alcohol, a pesar de que empeore sus síntomas, tal vez por déficit de introspección o de aprendizaje por la experiencia. Este consumo por automedicación podría desembocar en un verdadero alcoholismo.

Sin embargo, un meta-análisis efectuado por Berglund y Öjenhagen de un total de 42 artículos publicados entre 1994 y 1996, concluye que los datos obtenidos dan poco apoyo a la validez de la hipótesis sobre automedicación y que el supuesto alivio de los síntomas psiquiátricos, tras el consumo de alcohol, podría ser mejor explicado por sus expectativas de efectos positivos del alcohol, más que por un verdadero efecto terapéutico del consumo de alcohol. Además, los pacientes con enfermedades psiquiátricas que abusan del alcohol tienden a presentar una peor evolución de su trastorno psiquiátrico, mientras que un consumo leve o moderado no tiene efectos positivos documentados sobre los trastornos psiquiátricos. (BERGLUND & ÖJEHAGEN, 1998)

Entre los procesos neuropsicológicos alterados ligados al consumo de alcohol, se pueden diferenciar dos clases, en relación al curso de la disfunción cerebral:

4.1.1. Procesos agudos:

De aparición brusca y reversible, relacionados con la intoxicación de alcohol o con situaciones de abstinencia: delirium tremens, alucinosis aguda, amnesias parciales, trastornos del sueño, alteraciones de la personalidad, disfunción sexual.

4.1.1.1 Intoxicación Alcohólica.

Es el resultado del consumo de una cantidad excesiva de alcohol, que dependerá de cada sujeto. Los efectos conductuales que ocurren a dosis bajas o en el inicio de la intoxicación se interpretan como desinhibición, según avanza el consumo aparece la sedación, pudiendo llegarse a la pérdida de conciencia. Con niveles de alcohol moderados en sangre la persona puede todavía funcionar, aunque de forma incoordinada. ((APA), 2010)

La duración de un episodio de intoxicación depende de la cantidad y tipo de bebida consumida, la rapidez de la ingesta y el desarrollo de tolerancia a corto plazo. Los signos fisiológicos de la intoxicación comprenden pronunciación y lenguaje incorrecto y balbuceante, incoordinación, marcha inestable, deterioro de la atención o memoria y finalmente estupor o coma.

4.1.1.2. Síndrome De Abstinencia No Complicado

Coincide con la interrupción o reducción de la ingesta de alcohol de un sujeto dependiente. Los síntomas se desarrollan cuando la concentración de alcohol en el organismo desciende a un nivel más bajo del umbral necesario para evitar la manifestación de estos síntomas, generalmente a las pocas horas de la última ingestión.

Los temblores son una característica muy temprana, al comienzo se notan en los dedos y en las manos, y puede ir acompañado de hormigueo. En los casos más agudos pueden temblar lengua, extremidades y tórax.

La hiperactividad autonómica (sudoración, taquicardia, etc.) es un síntoma típico del cuadro de abstinencia. Igualmente aparece ansiedad, irritabilidad e inquietud, y puede aparecer anorexia, náuseas y vómitos.

Es frecuente que haya insomnio y aparezcan alucinaciones visuales o auditivas antes de dormir o al despertar. Todos estos síntomas alcanzan su nivel máximo al tercer día de abstinencia, y luego empiezan a desaparecer, quedando sólo síntomas residuales al final de la primera semana. En algunos casos hay una progresión hacia crisis epilépticas o delirium tremens.

4.1.1.3. Delirium Tremens

Los síntomas comienzan entre el segundo y el cuarto día de abstinencia, y suele terminar con un episodio de sueño que se puede prolongar durante más de 16 horas.

Este síndrome comienza con ansiedad, insomnio, temblores, taquicardia y transpiración fuerte, luego comienza la fase de delirium con desorientación, fluctuación del nivel de consciencia, alucinaciones, miedo intenso y fuertes temblores. Durante esta fase continua la sudoración y la taquicardia, pudiendo producirse deshidratación; el temblor es grave, generalizado, en algunos casos pueden aparecer crisis convulsivas y progresar al estado epiléptico tipo gran mal.

Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas y táctiles. Cuando hay delirios son de naturaleza paranoide.

4.1.1.4. Alucinosis Alcohólica

Es un episodio con síntomas psicóticos que se produce tras una fuerte intoxicación alcohólica en la que el sujeto ha consumido grandes dosis de alcohol varios días. No hay desorientación ni pérdida de consciencia, pero aparecen alucinaciones auditivas de carácter amenazador y acusador. Normalmente la psicosis empieza a aliviarse cuando la persona suspende la ingestión alcohólica, excepto los bebedores excesivos con síntomas demenciales marcados.

4.1.1.5. Amnesias Parciales

Se manifiestan como una amnesia total o parcial para lo ocurrido cuando el individuo estaba ebrio, pudiendo durar horas o incluso días. Hay 3 formas de amnesia alcohólica transitoria:

4.1.1.5.1 Amnesia dependiente de estado

El individuo, estando ebrio esconde dinero y bebida que no puede encontrar estando sobrio. En el siguiente periodo de ingesta recuerda perfectamente el escondite.

4.1.1.5.2. Amnesia fragmentaria

No existe una demarcación clara del momento que aparece y finaliza la pérdida de memoria. Existen recuerdos preservados de los periodos que abarca la amnesia

4.1.1.5.3. Amnesia en bloque

Tiene un inicio y final bien definido. Cuando el individuo supera el periodo amnésico describe una sensación de tiempo perdido, sin recuerdos. En este estado el individuo puede perderse o vagabundear y posteriormente no recuerda nada.

4.1.1.6. Trastornos Del Sueño

Los efectos del alcohol sobre las fases del sueño son más prominentes en la primera mitad de la noche. El consumo repetido de grandes cantidades de alcohol reduce o casi suprime totalmente el sueño REM, y debería ser un indicador de dependencia física.

En individuos con síndrome de abstinencia es frecuente que haya insomnio. Cuando consiguen dormir, tienen sueños frecuentes y coloridos. En algunos casos puede haber alucinaciones auditivas y visuales antes de conciliar el sueño. (H kaplan, 2011)

4.1.2. Procesos Crónicos:

Cursan de forma lenta con tendencia a la irreversibilidad, que se manifiestan en forma de trastornos cognitivos, de la personalidad y afectivos: demencia alcohólica, encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, disfunciones sexuales.

4.1.2.1. Alteraciones Cognitivas

Entre un 50 y 70% de los alcohólicos presenta alteraciones cognitivas. En los primeros meses de abstinencia las alteraciones cognitivas aumentan para luego normalizarse. Solo en un 10% los trastornos cognitivos perseveran hacia un deterioro progresivo que evoluciona en forma de demencia.

Las alteraciones cognitivas más frecuentes son: trastornos intelectuales y de razonamiento complejo, trastornos de la memoria y de la atención. Sin embargo, una de las funciones cognitivas que se conserva intacta en los alcohólicos es la memoria a largo plazo, sin embargo, cuando se evalúa el aprendizaje y recuerdo verbal y visual se observa que los déficit de memoria se correlacionan con el tiempo de abstinencia. (H kaplan, 2011)

4.1.2.2. Encefalopatía De Wernicke

Se presenta en alcohólicos crónicos con una nutrición deficiente. En estos pacientes se observa que están desorientados y con falta de atención. Muchos de ellos presentan una disminución de los niveles de consciencia y en ausencia de tratamiento puede llegar al estupor, coma y muerte. Está causado por la falta de tiamina (vitamina B), algo típico en los consumidores crónicos de alcohol.

4.1.2.3. Síndrome Amnésico De Korsakoff

Se caracteriza por un fuerte deterioro de la memoria anterógrada y de la memoria retrógrada, apatía y preservación de las capacidades sensoriales e intelectuales.

4.1.2.4. Alteraciones De Personalidad

Los cambios más comunes que se van produciendo a medida que la persona va aumentando su dependencia del alcohol es la tendencia a la irritabilidad con pérdida de control y de inhibiciones.

Muchas personas que son diagnosticadas como sociópatas o psicópatas pueden también ser diagnosticadas como adictos al alcohol o al menos bebedores de abuso, y además muchos alcohólicos presentan conducta agresiva, antisocial y violenta.

4.1.2.5. Disfunción Sexual

El alcohol afecta a la conducta sexual, generando trastornos de la erección y a la capacidad de reproducción, con disminución de espermatogénesis en el hombre y menor fertilidad en la mujer.

En el hombre se produce una disminución progresiva de testosterona, que ligado a las deficiencias nutricionales comunes en el consumo crónico, contribuyen a un déficit en la producción de andrógenos. La feminización del hombre alcohólico se evidencia en el desarrollo de ginecomastia y redistribución femenina de los depósitos de grasa, aunque este efecto aparece tardíamente y sólo si se ha desarrollado un proceso de cirrosis hepática. (Ey, 2011)

4.1.3. Trastornos Asociados Al Consumo:

En la etiología de los trastornos cognoscitivos, asociados al alcoholismo, intervienen diversos factores causales, como son la desnutrición e hipovitaminosis, la neurotoxicidad del etanol y el acetaldehído, las alteraciones metabólicas de la intoxicación o la abstinencia y las alteraciones en la neurotransmisión por aminoácidos excitadores.

Según el tipo de comorbilidad asociada al alcoholismo, las características clínicas del trastorno global pueden ser diferentes.

4.1.3.1 Depresión

El consumo excesivo continuado de bebidas alcohólicas podría inducir estados depresivos graves pero transitorios, en cualquier persona que no tenga antecedentes de depresión. Los síntomas depresivos remiten rápidamente durante las 4-6 semanas posteriores a la desintoxicación (Rumpf, 2010). A las 3 semanas de abstinencia, el grupo de pacientes alcohólicos primarios que presentaba depresión secundaria mostraba una reducción del 49% de los síntomas depresivos; mientras que el grupo de pacientes que presentaba depresión primaria y alcoholismo secundario sólo tuvo una reducción del 14%.

Ningún estudio ha demostrado que los trastornos depresivos pueden ser la causa del alcoholismo. Sin embargo, el consumo excesivo continuado de alcohol puede inducir síntomas afectivos transitorios, incluso en personas que no tenían antecedentes de depresión (Rumpf, 2010). Por otro lado, la depresión puede formar parte del proceso de recuperación de cualquier conducta adictiva. El hecho de tener que renunciar al consumo de alcohol o la pérdida de relaciones interpersonales significativas puede resultar emocionalmente doloroso.

4.1.3.2. Trastornos de Personalidad

La prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes alcohólicos se ha situado entre un 15 y un 25% y la de alcoholismo en los trastornos de personalidad alcanza el 50% al 75%. (Henderson, 2009)

El alcoholismo induce trastornos de conducta, que pueden acompañarse de violencia verbal o física, no respetar los derechos de los demás, mentiras, falta de

honestidad, y otros rasgos de conducta antisocial. Pero, el trastorno de personalidad antisocial se inicia a los 15 años de edad y persiste incluso tras la abstinencia prolongada del alcohol.

El trastorno de personalidad antisocial se caracteriza por rasgos de conducta antisocial, búsqueda de lo novedoso, baja evitación de lo perjudicial, inicio precoz del abuso de alcohol y de los problemas asociados.

La presencia de conductas antisociales graves, en diversas áreas de funcionamiento, que se inician antes de los 15 años de edad y que persisten durante la vida adulta, es el requisito diagnóstico imprescindible para diferenciarlo de la conducta antisocial secundaria al alcoholismo, por este motivo es primordial notar la edad de inicio del alcoholismo ya que tendrá peor pronóstico mientras más joven sea el paciente. Se trata de personas impulsivas, violentas, que les gusta asumir riesgos e incapaces de aprender de sus errores o de beneficiarse del castigo.

Tan solo el 5% de mujeres y el 10-20% de los hombres solicitan tratamiento del alcoholismo.

4.1.3.3. Alcoholismo y otras drogodependencias

Cada vez con mayor frecuencia, el alcoholismo aparece asociado al abuso o dependencia de otras drogas.

En la población general de Estados Unidos, las personas con dependencia del alcohol tienen 5 veces más probabilidades de tener alguna otra drogodependencia asociada (18% frente al 3,5%)(Prybeck, 2009). Los abusadores de diversas sustancias suelen ser más jóvenes y presentar más problemas relacionados con el alcohol o las drogas.

Los pacientes alcohólicos presentan un mayor riesgo de dependencia de cocaína, hipnosedativos, opiáceos, alucinógenos, estimulantes y cannabis, siendo la prevalencia de dependencia de nicotina y de benzodiacepinas, claramente superior a la de la población general.

4.1.3.4. Enfermedades Mentales Severas

Las personas sin hogar, presentan elevadas tasas de trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias, entre ellas el alcohol. Las mujeres sin techo presentan una

elevada prevalencia de esquizofrenia y trastorno bipolar, asociado a drogodependencias. Las madres acogidas en residencias presentan trastorno por estrés postraumático y depresión mayor, asociados a drogodependencias. El alcoholismo es el trastorno mental comórbido más frecuente en personas con enfermedad mental grave, como esquizofrenia o trastorno bipolar. La esquizofrenia tiene una mayor prevalencia de vida entre los alcohólicos (3,8%) que en la población general (1,5%). Por otro lado, entre los pacientes esquizofrénicos, la prevalencia de alcoholismo (33,7%) es también más elevada que en la población general (13,5%), según el estudio E.C.A. (Prybeck, 2009)

Según el estudio ECA, el 33,7% de esquizofrénicos y el 42,6% de bipolares reunían criterios de alcoholismo (abuso o dependencia de alcohol), comparado al 16,7% de la población general.

Según el estudio NCS el 9,7% de personas con manía cumplían criterios de dependencia del alcohol, a lo largo de su vida, siendo particularmente frecuentes en jóvenes, pacientes hospitalizados, servicios de urgencias y albergues para personas sin hogar.

4.2. Capítulo II

INTERVENCIÓN DEL PACIENTE ALCOHOLICO

Se ha reportado que los trastornos mentales constituyen uno de los mayores problemas de salud en todo el mundo. En los últimos años los trastornos mentales han constituido entre el 8 y 11.5% de la morbilidad mundial, en el continente americano se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos, lo que equivale al 28% del total de las discapacidades. (Organización Panamericana De La Salud, 2010)

La frecuencia y los tipos de trastornos mentales encontrados en alcohólicos pueden variar de un país a otro, así como en los distintos grupos de edad. Es difícil hacer comparaciones de las prevalencias de estos padecimientos por los diferentes instrumentos de evaluación; sin embargo, algunos sistemas de clasificación diagnósticos como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV), e instrumentos como la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (CIDI), han hecho posible congregar estimaciones de la prevalencia nacional en diferentes países. (Henderson, 2009)

Los pacientes alcohólicos que presentan patologías psiquiátricas o multiadiciones presentes se conocen como pacientes duales, ya que en ellos no existe solo un trastorno sino la suma de varios que lo llevan a la falla o abandono temprano del tratamiento.

Los objetivos del tratamiento de los trastornos duales son básicamente conseguir la retirada del alcohol y las demás sustancias, junto con la estabilización de los demás trastornos médicos y psiquiátricos.

Se pueden producir situaciones de riesgo elevado que requieren tratamiento inmediato y conviene discriminar si la urgencia es prioritariamente médica, psiquiátrica o de ambas patologías a la vez. Las situaciones de riesgo elevado

psiquiátrico son aquellas en que la persona puede poner en peligro su propia vida o la de los demás, debido a su conducta violenta e impulsiva, que puede convertirse en extremadamente peligrosa cuando el paciente se encuentra intoxicado.

El objetivo inicial es el de estabilizar la crisis aguda, lo cual puede requerir la hospitalización psiquiátrica involuntaria. Por otro lado, las emergencias sociales como quedarse sin hogar, victimización o no poder atender las necesidades básicas, requieren una intervención social urgente. Las necesidades biopsico-sociales deberían ser abordadas de manera global.

El programa de tratamiento debería estar fundamentado en una buena relación terapéutica. La intervención psicoterapéutica inicial se orienta hacia persuadir y motivar al paciente para que se implique y comprometa con el programa. El terapeuta tendrá que explorar y averiguar lo que el paciente desea y necesita. (Gómez Restrepo, 2010)

Resulta imprescindible un programa integrado en el que un único equipo especializado, tanto en drogodependencias como en salud mental, atienda simultáneamente toda la patología mental del paciente, tanto desde el punto de vista farmacoterapéutico, como psicoterapéutico, como su integración familiar y socio-ocupacional. (Services, 2009)

Tanto los abordajes breves e intensivos, como los abordajes disociados en dos redes de atención especializada, están condenados al fracaso terapéutico. El paciente dual requiere un proceso terapéutico que va a durar varios meses, antes de que consiga estabilizarse y puede ser perjudicado por la disparidad entre los enfoques diagnósticos y terapéuticos de los profesionales que le atienden en un centro de salud mental y las que le atienden en el centro de drogodependencias.

Un único equipo de profesionales bien entrenados, tanto en conductas adictivas como en salud mental, cuya intervención sea integrada, no de tipo secuencial ni tampoco en paralelo; que sea sensible a las particularidades culturales, étnicas, de

nacionalidad, religión y espiritualidad de cada paciente, son las cualidades que pueden ofrecer un mayor rendimiento terapéutico.

Además de una intensa formación, el equipo requiere supervisión continuada, como algo habitual, no solamente en los momentos de crisis del equipo, sino precisamente con la finalidad de prevenir dichas crisis. Por otro lado, dicho equipo tendrá que desarrollar su propia filosofía, teniendo en cuenta unos valores y objetivos que mejoren su cohesión interna.

La recuperación es un proceso lento, que cursa con etapas de remisión, que se alternan con múltiples episodios de crisis o recaídas. El paciente requiere reevaluación periódica y cambios en el plan terapéutico, a medida que se van descifrando, con su ayuda, las claves de su compleja problemática. El proceso de recuperación se podría comparar con el de atravesar un laberinto. El profesional ya lo ha recorrido con otros pacientes pero cada vez es un poco diferente. Sabemos a dónde queremos llegar pero no por dónde tendremos que pasar esta vez. (Morse, 2010)

Son las decisiones que el paciente va a tomar, de manera consecutiva, las que nos van a llevar por nuevos y desconocidos itinerarios. Sólo la intuición del profesional, que ya ha conseguido encontrar la salida al laberinto, en anteriores ocasiones, permitirá superar las situaciones decisivas. De lo contrario podemos entrar en una situación de atasco o desorientación, como si fuéramos dando vueltas en círculo, en un sector limitado, repitiendo de manera estereotipada decisiones erróneas, que suelen llevar al paciente a la recaída o a la reagudización de su psicopatología.

Resulta necesario disponer de una unidad de intervención en crisis, que atienda al paciente y sus familiares afectados, a cualquier hora del día o de la noche y que pueda ofrecer hospitalización inmediata al paciente, incluso en contra de su voluntad y con autorización judicial, cuando el paciente presente una descompensación psicótica, suicida o se encuentre gravemente intoxicado y corra el riesgo de accidente, victimización o abuso de las personas más cercanas. ((APA), 2010)

El paciente con patología dual requiere un abordaje conductual y psicoeducativo, pero no psicodinámico.

El abordaje psicoterapéutico confrontativo va a aumentar la defensividad del paciente y los intentos de facilitar su introspección van a producirle un intenso malestar emocional que puede disparar un estado de beber o tomar otras drogas o medicación tranquilizante.

Los objetivos de la prevención de recaídas son:

- La detección de los signos de recaída
- La identificación de las causas de la recaída
- El desarrollo de estrategias de intervención específica

Esto con el fin de evitar el proceso de recaída, las experiencias estresantes habituales, que no suelen alterar el funcionamiento de una persona saludable, pueden tener un intenso impacto en el paciente con diagnóstico dual y pueden llevarle a la recaída.

Las determinaciones de sustancias en la orina, el test de alcohol en el aire espirado y los marcadores biológicos de consumo excesivo de alcohol permiten monitorizar el posible consumo de sustancias del paciente. La determinación de niveles plasmáticos de fármacos permite conocer su cumplimiento terapéutico y si los niveles del fármaco son los más apropiados.

El aprendizaje de técnicas de relajación, meditación, biofeedback, prevención de recaídas y ejercicio físico moderado, permiten una reducción progresiva de la medicación.

El paciente y sus familiares necesitan información e intercambiar experiencias con otros pacientes y familiares, acerca del tratamiento, la necesidad de tomar medicación, resultados terapéuticos que se pueden esperar, los posibles efectos adversos, el tiempo aproximado que tendrá que tomar cada fármaco, las decisiones de instaurar o retirar el medicamento, los fármacos con mayor o menor potencial adictivo, los efectos del consumo de alcohol o drogas, asociado a determinados medicamentos como son el riesgo de sobredosis, accidentes, lesiones, entre otros.

El consentimiento informado conviene utilizarlo antes de la prescripción de un fármaco potencialmente peligroso, como el disulfiram lo que garantiza que tanto el paciente como sus familiares han comprendido con detalle las características del fármaco. La dosificación ideal, para obtener un buen cumplimiento, es de una vez al día y es más recomendable utilizar medicamentos de acción prolongada.

La desintoxicación de sustancias, en régimen de hospitalización, parcial o completa, permite una más exhaustiva exploración diagnóstica, una mejor supervisión y cumplimiento de la medicación, que puede ser monitorizada además con mayor precisión, y una intervención más intensiva, para conseguir la toma de conciencia y la motivación del paciente, conseguir su compromiso y retención en el programa terapéutico y educarle sobre la relación entre el consumo de alcohol y los síntomas psiquiátricos.

Dado que el riesgo de suicidio y el de hepatotoxicidad puede ser especialmente elevado en los pacientes alcohólicos con patología dual, conviene supervisar y monitorizar intensivamente la medicación que toman.

El tratamiento ambulatorio convencional suele ser insuficiente para el tratamiento de la patología dual. Se requiere la hospitalización completa inicial para efectuar una completa evaluación diagnóstica, el tratamiento de desintoxicación de alcohol y otras drogas y el inicio de tratamiento y estabilización de la patología psiquiátrica. (Ey, 2011)

Posteriormente a la hospitalización completa conviene que el paciente pase por una hospitalización parcial o por un medio residencial, tipo comunidad terapéutica, para conseguir la estabilización completa de la psicopatología y la reducción o abandono estables del consumo de alcohol y otras drogas. A continuación se podría pasar a un seguimiento intensivo individual, grupal y familiar, junto con determinaciones frecuentes de drogas en orina, cobertura psicofarmacológica (no adictiva), técnicas cognitivo-conductuales, grupos de prevención de recaídas y grupos con los familiares.

Se trata de un abordaje a largo plazo y por etapas, que debe durar años, más que semanas o meses y conviene utilizar intervenciones motivacionales previamente a las intervenciones orientadas hacia la abstinencia. Se han propuesto cuatro etapas que tienen una cierta superposición:

- Compromiso: desarrollar relaciones de confianza o una alianza de trabajo.
- Persuasión: ayudar al paciente a percibir y reconocer las consecuencias adversas del consumo de sustancias y desarrollar su motivación hacia la recuperación.

- Tratamiento activo: ayudarle a conseguirla remisión estable, bien sea mediante consumo controlado o bien mediante abstinencia continuada, que sería la mejor opción.
- Prevención de recaídas: ayudarle a mantenerse en remisión estable.

Es preferible trabajar con el paciente en su ambiente natural y es recomendable recurrir al ingreso breve cuando sea necesario, en unidades de desintoxicación, lo cual va a facilitar el diagnóstico, el desarrollo de una relación terapéutica y el inicio de la tarea de motivación del paciente; para pasar después a la hospitalización parcial, que contribuya a consolidar tanto el compromiso del paciente como su persuasión y toma de conciencia del problema.

El número de pacientes en remisión estable va aumentando con el paso de los años de tratamiento y aproximadamente el 50% consiguen la abstinencia continuada cuando llevan aproximadamente 3 años de tratamiento. ((APA), 2010)

En cuanto a aproximaciones farmacológicas existentes como coadyuvantes en el tratamiento de estos se hallan varias posibilidades farmacológicas y entre estas destacan:

4.2.1. Fármacos anti-craving

Se utilizan terapéuticamente en la profilaxis de las recaídas del paciente alcohólico. Hay principalmente dos tipos de fármacos:

4.2.1.1. Acamprosato

Es un fármaco cuyo mecanismo de acción principal es la inhibición de la excitabilidad de las neuronas, por antagonismo de la actividad de los aminoácidos excitadores, especialmente del glutamato, y también por una reducción del flujo del calcio mediante bloqueo de los canales de transporte de los mismos. De esta forma se consigue suprimir el deseo imperioso de consumo alcohólico inducido por la abstinencia.

Es un fármaco seguro y bastante bien tolerado, siendo sus efectos secundarios más frecuentes de tipo gastrointestinal o dermatológico, pero de duración transitoria. No

presenta riesgo de abuso y carece de efectos ansiolíticos, hipnóticos o relajantes musculares. El periodo aproximado de tratamiento es de un año. (Serecigni, 2011)

4.2.1.2. Naltrexona

Esta sustancia es un antagonista no selectivo de los receptores opiáceos que presenta acción prolongada.

Se sabe actualmente que los opioides endógenos se relacionan con los procesos de extinción de impulsos, mediante la aparición de fenómenos gratificantes; pero en las personas alcohólicas o de alto riesgo adictivo, todos los procesos de control están alterados, provocando la continuación de la ingesta. Produciendo un corte en la actividad del sistema opioide mediante esta sustancia, conseguiremos que aparezcan los mecanismos de control. El bloqueo de dichos receptores evitaría la presencia de los efectos eufóricos o gratificantes del alcohol.

En varios estudios se comprueba que la administración de naltrexona acompañada de psicoterapia, es muy válida en la reducción del consumo alcohólico, además de que permite la reducción de otro tipo de medicación que tome el paciente, como ansiolíticos o antihipertensivos. (M Balcells, 2012)

Se utiliza con un periodo mínimo de tratamiento de 3 meses acompañado de terapia psiquiátrica o psicológica.

4.2.1.3. Topiramato

Es un medicamento anticonvulsivo, de uso tanto pediátrico como en adultos, está aprobado por la FDA y es prescrito para la migraña, trastorno bipolar, tratamiento de la obesidad y tratamiento del alcoholismo.

Se han encontrado ensayos clínicos que sugieren su uso en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático; en mayo del 2006 la NIH de los Estados Unidos publicó una lista de varios estudios que proponen atender el uso del topiramato en la migraña, cefalea en racimos, bulimia, trastorno obsesivo-compulsivo, el tratamiento del alcoholismo y el tabaquismo como fármaco para prevenir recaídas.

El topiramato ha demostrado efectos en diferentes sistemas de neurotransmisores que se han implicado en la etiopatogenia de la dependencia del alcohol y las repercusiones de ésta, como el síndrome de abstinencia. En este sentido, los

estudios realizados indican que el topiramato antagoniza los receptores excitadores de glutamato, inhibe la recaptación de dopamina e incrementa la función inhibitoria del ácido gama-aminobutírico.

En estudios controlados se han utilizado dosis de topiramato hasta de 300mg por día en el tratamiento de la dependencia al alcohol, en los que se detectó una disminución del consumo y del craving y una mejoría de la calidad de vida, por otro lado este fármaco posee una ventaja frente a otros fármacos utilizados en la deshabitación alcohólica ya que no requiere de abstinencia absoluta de bebidas alcohólicas previamente al inicio del tratamiento, este hecho permite instaurar un tratamiento temprano y así facilitar la desintoxicación del paciente.

La dosis inicial que se aconseja es de 25-50mg por día con incrementos semanales de 50mg por día separados en dos tomas hasta un máximo de 300mg por día.

4.2.1.4. Fármacos serotoninérgicos

Sus resultados en el tratamiento del alcoholismo sin patología psiquiátrica concomitante son modestos, sin grandes estudios que los avalen. Se utilizan en el tratamiento de patologías concomitantes como los síntomas depresivos.

4.2.1.5. Fármacos interdictores o aversionales

Son sustancias cuya finalidad es prevenir y sobre todo disuadir del consumo, cubrir los primeros periodos de abstinencia y reforzar la decisión de dejar de beber.

Hay que asumir que estos fármacos no suprimen el deseo de la ingestión etílica, sino que son una ayuda, y si encontramos el indicado, posiblemente tendrá que seguir tomándolo durante todo el proceso de deshabitación.

Destacan dos sustancias fundamentalmente que son: Disulfiram y Cianamida Cálcica. Ellas producen un cuadro alérgico típico que se produce por la intoxicación por acetaldehído cuando se ingiere alcohol. El paciente presenta vasodilatación generalizada con enrojecimiento facial, cefalea, taquicardia, hipotensión ortostática, vómitos, disnea, vértigo y visión borrosa; síntomas que son más manifiestos con el disulfiram que con la cianamida cálcica. (M Balcells, 2012)

4.3. Capítulo III

PROTOCOLO DE MANEJO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL ALCOHOLISMO

Los trastornos derivados de los diferentes patrones de consumo de alcohol incluyen la intoxicación aguda por alcohol, consumo perjudicial de alcohol, síndrome de dependencia de alcohol y el estado de abstinencia de alcohol. La intoxicación aguda es un trastorno transitorio que sigue a la ingesta de alcohol y que causa alteraciones de la conciencia, del funcionamiento cognitivo, la percepción, el afecto o la conducta. El uso perjudicial de alcohol es un patrón de consumo que deteriora la salud. El daño puede ser físico (por ejemplo, enfermedad hepática) o mental (por ejemplo, episodios de trastorno depresivo). A menudo está asociado con consecuencias sociales, por ejemplo, problemas familiares o problemas en el trabajo.(OMS, 2012)

La dependencia de alcohol es un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los cuales el consumo de alcohol asume una prioridad mucho más alta para un determinado individuo en comparación con otras conductas que alguna vez tuvieron un valor mayor. El estado de abstinencia de alcohol se refiere a un grupo de síntomas que se pueden presentar cuando se suspende el uso de alcohol después de un consumo diario y prolongado.(OMS, 2012)

En algunos países de Europa y América se han planteado diversos protocolos de manejo para los pacientes alcohólicos y las diversas entidades psiquiátricas que pueden estar acompañando la adicción alcohólica. (Organización Panamericana De La Salud, 2010)

En general los protocolos revisados, constan de 3 etapas en las que se distinguen: exploración de patrones de consumo, determinación de dependencia al alcohol y determinación de patología psiquiátrica concomitante.

4.3.1. Exploración de patrones de consumo:

En primer lugar se debe explorar la presencia de un patrón de consumo de alcohol y daño relacionado con el alcohol, se debe interrogar al paciente si consume alcohol: si el paciente responde afirmativamente, se debe interrogar si la persona consume alcohol de forma tal que la pone en riesgo de daño, se debe notar la cantidad y frecuencia de consumo notando:

- Consume 5 o más bebidas estándares lo que equivale a 60 g de alcohol en alguna ocasión en los últimos 12 meses.
- Consume en promedio más de dos bebidas por día
- Consume todos los días de la semana

Si el paciente responde afirmativamente a alguna de las aseveraciones antes mencionadas, se debe obtener una historia más detallada para detectar si hay consumo o dependencia perjudicial del alcohol, si no hay dependencia de alcohol el cuadro clínico se trata de un consumo de riesgo de alcohol o consumo perjudicial de alcohol.(CONSEP, 2012)

En este caso se debe indicar al paciente claramente los resultados de la evaluación sobre el consumo de alcohol y los vínculos entre este nivel de consumo de alcohol, los problemas de salud de la persona y los riesgos a corto y largo plazo de continuar consumiendo alcohol al nivel actual; se debe interrogar acerca de otros consumos de sustancias, se recomienda sostener una breve conversación sobre las razones por las cuales la persona consume alcohol e indicar claramente la recomendación para reducir el consumo a niveles más seguros o para suspender por completo el consumo de alcohol y su buena disposición para ayudar a la persona a lograrlo.

Si la persona está dispuesta a tratar de reducir o suspender el consumo de alcohol, entonces es imperioso analizar las formas de lograr este objetivo, de lo contrario, se recomienda comunicar al paciente que se puede suspender o reducir el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y se debe motivar a la persona a regresar si desea analizar el asunto en más detalle, es muy importante ofrecer seguimiento en la

próxima oportunidad y se debe referir al especialista todos los pacientes que no han respondido a las intervenciones breves.

Para determinar si el consumo de alcohol en los pacientes es dañino se puede hacer de manera informal en la consulta de atención primaria por medio del interrogatorio o mediante el uso de un cuestionario, como el cuestionario OMS-AUDIT o el cuestionario OMS-ASSIST, TWEAK. (OMS, 2012)

4.3.2. Determinación de dependencia al alcohol

En esta etapa se trata de determinar si existe una dependencia sea química o psicológica al alcohol, para esto, se debe obtener una historia detallada sobre el consumo de alcohol previo y explorar la presencia de:

Un intenso deseo o urgencia por consumir alcohol

Dificultad para controlar el consumo de alcohol en términos de su inicio, terminación o niveles de consumo.

Estado fisiológico de abstinencia cuando ha cesado o se ha reducido el consumo de alcohol, según se demuestra a través del típico síndrome de abstinencia de alcohol; o el consumo de la misma sustancia o de una sustancia estrechamente relacionada con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Evidencia de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis más altas de alcohol para lograr los efectos originalmente producidos por dosis más bajas.

Desinterés progresivo por los placeres o intereses alternativos debido al consumo de alcohol, aumento en la cantidad de tiempo necesario para obtener o consumir alcohol o para recuperarse de sus efectos.

Persiste el consumo de alcohol a pesar de una clara evidencia de consecuencias perjudiciales obvias, tales como daño hepático, estados de ánimo depresivos o deficiencia del funcionamiento cognitivo.

Si en el paciente encontramos tres o más de las características anteriores estamos frente a un paciente dependiente del alcohol, en este caso se debe realizar una intervención profesional al paciente la misma fue mencionada en el capítulo anterior,

tomando en cuenta el estado del paciente, la severidad de la patología y las patologías concomitantes con el alcoholismo. ((CCICT))

Para la determinación de la dependencia del alcohol existen cuestionarios con puntuación específica para este diagnóstico, entre estos encontramos test de autoevaluación, test CAGE para detección del alcoholismo, RAPS4 utilizado en emergencias. (Clinic, 2012)

4.3.2.1. Determinación de patología psiquiátrica concomitante

En esta sección se debe determinar características de intoxicación, abstinencia, patología cerebral o psiquiátrica.

Para evaluar la intoxicación se debe buscar aliento a alcohol, notar lenguaje mal articulado, conducta desinhibida; se debe evaluar tanto el nivel de conciencia como el conocimiento y percepción, si se halla alteraciones del nivel de conciencia, de la función cognitiva, la percepción, el afecto o la conducta después de un consumo reciente de alcohol, la intoxicación es muy probable, es importante dar asistencia de vía aérea, prevenir la aspiración de contenido gástrico y es imperioso determinar si existe envenenamiento por etanol, ya que en este caso el tratamiento debe ser inmediato. (Serecigni, 2011)

La abstinencia del alcohol se presenta después de suspender el consumo excesivo del mismo, típicamente entre 6 horas y 6 días después del último consumo.

Esta se caracteriza por:

- Temblor de las manos
- Sudoración
- Vómitos
- Aumento del pulso y de la presión arterial
- Agitación

Se debe interrogar por:

- Dolor de cabeza

- Náuseas
- Ansiedad

En casos graves se pueden presentar convulsiones y confusión, en estos casos hay que interrogar a los familiares sobre el consumo concomitante de sustancias o por el tiempo de ingesta repetida que puede llevar a este estado. ((APA), 2010)

Cuando es probable que la abstinencia sea grave se debe buscar: episodios previos de síntomas graves por abstinencia de alcohol incluyendo delirio y convulsiones, otros problemas médicos o psiquiátricos o dependencia de benzodiacepina.

Los síntomas graves de abstinencia ya están presentes solo unas horas después de suspender el consumo de alcohol, se recomienda la administración de diazepam para retirar los síntomas y para evitar convulsiones.

Si tiene la persona confusión aguda u obnubilación de la conciencia con una historia reciente de consumo excesivo de alcohol, hay que pensar en la posibilidad de que se trate de una encefalopatía de Wernicke, lesión cerebral o delirio por abstinencia de alcohol; para realizar este diagnóstico hay que examinar al paciente buscando la presencia de nistagmos y ataxia presente en la encefalopatía de Wernicke, en casos graves se puede presentar oftalmoplejía. ((APA), 2010)

Se debe examinar si hay lesiones en la cabeza, tales como laceraciones o sangrado alrededor de la cabeza u oídos.

Es necesario reevaluar la existencia de delirio por abstinencia alcohólica.

Se debe excluir otras causas comunes de confusión, tales como infecciones, hipoxia, hipoglicemia, encefalopatía hepática y enfermedad vascular cerebral. ((AAFP), 2012)

En atención primaria de salud se pueden realizar intervenciones breves para reducir el consumo perjudicial de alcohol:

Ejemplos de formas en que se puede reducir el consumo perjudicial o peligroso de alcohol:

- No tener bebidas alcohólicas en casa.
- No ir a bares u otros lugares donde las personas consumen alcohol.
- Pedir apoyo a la familia o amigos.
- Pedir a la persona que regrese con la familia o amigos y que analicen juntos en el centro de salud cuál es el camino a seguir. (Gómes Restrepo, 2010)

Analizar con la persona acerca de las razones por las cuales consume alcohol

Involucrar a la persona en una discusión sobre su consumo de alcohol permitiéndole que hable sobre los beneficios percibidos por el consumo de alcohol y sobre el daño real o potencial por el uso de alcohol, teniendo en consideración las cosas que son más importantes en la vida de esa persona.

Se debe dirigir la discusión hacia una evaluación equilibrada de los efectos positivos y negativos del consumo de alcohol, cuestionando la sobrestimación de los beneficios y traiga a colación los aspectos negativos que tal vez estén siendo subestimados. (Serecigni, 2011)

El AUDIT, un test para determinar la presencia de problemas médicos relacionados con el consumo de alcohol, es una herramienta útil en esta etapa. (D Fiellin, 2009)

Se debe en la medida de lo posible evitar entrar en conflicto con la persona y, si se encuentra resistencia, debe tratar de expresarse en una forma diferente, tratando de llegar, en la medida de lo posible, a un entendimiento sobre el impacto real del consumo de alcohol en la vida de la persona.

Es útil motivar a la persona a decidir por sí misma si desea cambiar su patrón de consumo de alcohol, especialmente después de haber hecho un análisis equilibrado de los pros y los contras del patrón actual de consumo.

Si la persona todavía no está lista para suspender o reducir el consumo de alcohol, entonces pídale que regrese para analizarlo en más detalle. (Gómes Restrepo, 2010)

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo debido a que comprende la descripción, registro e interpretación de la realidad actual del alcoholismo en este grupo de pacientes.

Tiene un diseño cuantitativo debido a que se enfoca objetivamente hacia la realidad del alcoholismo, presenta una perspectiva externa, está orientado hacia la verificación de las patologías psiquiátricas presentes en estos pacientes y posee condiciones de observación para dar estos resultados.

Posee un enfoque transversal ya que el tiempo en que se tomaron los datos no ha influido en el estudio, y es retrospectivo ya que se realizó el estudio de acuerdo a datos que han estado establecidos y están archivados en la institución.

5.2. Área de estudio:

El estudio para este proyecto de tesis se lo realizó en la Comunidad Terapéutica "CENTSADIC" el cual fue fundado por: Narcisa Tenesaca, Andrés Burneo, Alberto Sanmartín y Eduardo Carpio en Noviembre del 2005.

En la actualidad el CENTSADIC, Comunidad Terapéutica Salvando al Adicto, cuenta con una más cómoda instalación ubicada en la Avenida Occidental, en las calles Manuel Carrión Pinzano y Vicente Falconí, en el barrio conocido como "La Celi-Román".

CENTSADIC consta con la colaboración de 17 personas las mismas que están distribuidas: en 1 médico psiquiatra, 2 médicos generales, 3 psicorehabilitadores, 1 trabajadora social, 3 terapistas vivenciales, 3 terapistas motivacionales, 1 ecónomo, 2 guardias de seguridad y 1 cocinera.

El CENTSADIC ofrece los servicios de: Terapia vivencial, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, terapia familiar, terapia ocupacional, terapia educativa, charlas

motivacionales, terapia ambulatoria; cuenta con herramientas y medios de ayuda al paciente como áreas audio-visuales.

5.3. Universo y muestra:

Está conformado por el total de pacientes alcohólicos atendidos en la Comunidad Terapéutica Salvando al Adicto CENTSADIC, durante el año 2011.

5.4. Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Se estableció el uso de la observación como método de recolección de datos, para establecer los pacientes que presentan alcoholismo y patologías psiquiátricas, así como el manejo realizado a los mismos.

El instrumento que se utilizó para este fin fue una ficha de recolección de datos.

5.5. Procedimiento:

En este trabajo la técnica empleada fue el muestreo no probabilístico por cuotas. Los pacientes fueron seleccionados tomando en cuenta la totalidad de los pacientes que reúnen las siguientes características: que hayan sido atendidos en el tiempo determinado (2011), sean atendidos en el CENTSADIC, sean alcohólicos, sin distinguir edad, sexo, ocupación, ni estado social.

Una vez determinados estos pacientes se procedió a elegir los primeros pacientes de los cuales se recolectara la información hasta completar la totalidad de los mismos.

Para el cumplimiento de los objetivos planteados se utilizó la observación, con una hoja de recolección de datos, cuyo fin fue determinar la presencia de patologías psiquiátricas asociadas a problemas de alcoholismo, esta hoja consta de datos referentes a: número de historia, edad, sexo, estado civil, ocupación, trastorno psiquiátrico (si se hallaba presente), fármacos que recibió el paciente, terapia que recibieron, tiempo de tratamiento y tiempo de alcoholismo. (Anexo 1)

La determinación de las patologías psiquiátricas en estos pacientes fue dada por el médico Psiquiatra tratante de esta casa de salud, se tomara los diagnósticos que constan en las historias clínicas de cada paciente para recolectar dicha información.

Previa autorización de los directores de la institución, (Anexo2) se realizó la recolección de los datos de los pacientes que fueron atendidos en la Comunidad Terapéutica Salvando al Adicto “CENTSADIC” desde el primero de enero al 31 de diciembre del 2011, con diagnóstico de alcoholismo; y luego se procedió a la evaluación de los resultados.

5.6. Plan de tabulación y análisis:

Para el análisis de los datos recolectados se utilizó para tabulación, el programa Microsoft Excel año 2010 y los resultados fueron representados en tablas y gráficos realizados en el mismo programa, se utilizó medidas de tendencia central y dispersión como la media, mediana, desviación estándar, porcentaje y probabilidad estableciéndose los puntos de corte de cada indicador, lo cual determino la incidencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes alcohólicos atendidos en el la Comunidad Terapéutica Salvando al Adicto “CENTSADIC” en el año 2011.

5.7. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION	MEDICION	INDICADOR
Edad	Tiempo de existencia en años de una persona, desde su nacimiento hasta la actualidad (Salamanca, 2010)	Menor de 14 años 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años 50-54 años 55-59 años 60-64 años 65-69 años 70-74 años 75-79 años	Frecuencia y porcentaje por grupos de edad

		Mayores de 80 años	
Sexo	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra y les asigna una función específica en la generación (Salamanca, 2010)	Femenino Masculino	Frecuencia y porcentaje por genero
Trastornos psiquiátricos	Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, la manera de proceder que tienen las personas, en relación con su entorno o mundo de estímulos, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. (Salamanca, 2010)	Trastorno de la conducta de tipo esquizoide Depresión mayor Depresión endógena Maniaco-depresión Trastorno de la conducta de tipo paranoide Alteración de la sexualidad y personalidad Psicosis orgánica Ninguna alteración (Morse, 2010)	Frecuencia y porcentaje de trastornos psiquiátricos
Manejo y tratamiento del alcoholismo	Medidas terapéuticas para el tratamiento del alcoholismo (Salamanca, 2010)	Terapia psicológica Tratamiento farmacológico Otras medidas terapéuticas	Frecuencia y porcentaje de terapias utilizadas en los pacientes.
Manejo y tratamiento de trastornos psiquiátricos	Medidas terapéuticas para tratamiento de los trastornos psiquiátricos (Salamanca, 2010)	Ansiolíticos Antidepresivos Antipsicóticos	Frecuencia y Porcentaje de utilización de fármacos

6. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

6.1. Resultado 1: PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO SEGÚN EDAD Y SEXO.

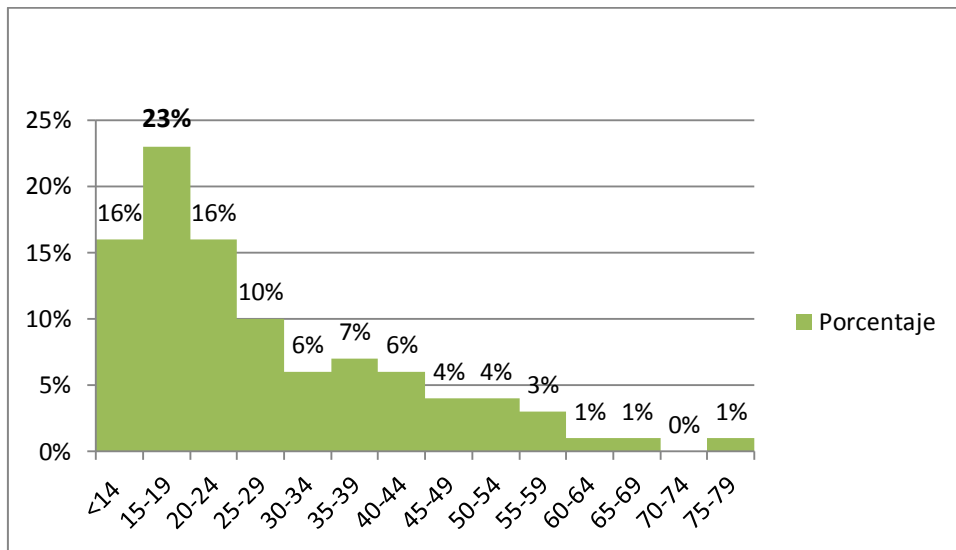
RESALTAR LOS MAS ALTOS

Tabla N° 1

Distribución por edad de los pacientes atendidos en el CENTSADIC

Edad	No. de pacientes	Porcentaje
<14	23	16%
15-19	34	23%
20-24	24	16%
25-29	15	10%
30-34	9	6%
35-39	11	7%
40-44	9	6%
45-49	6	4%
50-54	6	4%
55-59	4	3%
60-64	2	1%
65-69	2	1%
70-74	0	0%
75-79	2	1%
Total	147	100%
Fuente: Ficha de recolección de datos		
Elaboración: El Autor		

Grafico N° 1
Distribución por edad de los pacientes atendidos en el CENTSADIC



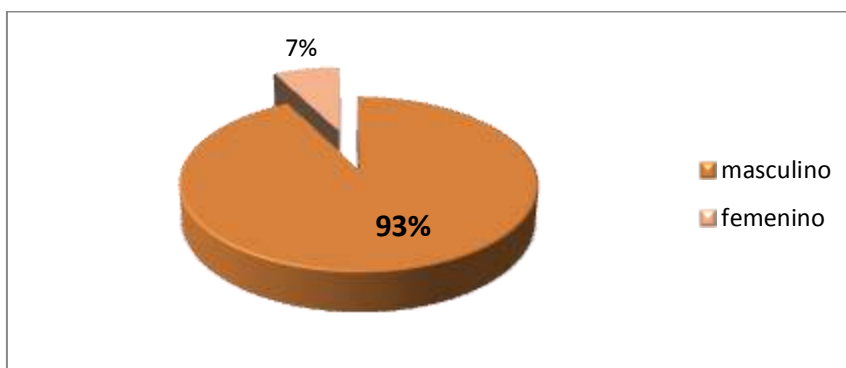
Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: El autor

Se puede observar que de los pacientes ingresados en el año 2011 en el CENTSADIC, el mayor porcentaje se encuentra entre las edades de 15 a 19 años, este resultado tiene relación con los resultados obtenidos en el estudio realizado (Clinic, Mayo Clinic News, 2012) por La Clínica Mayo en EEUU en el cual hallaron que hay mayor afluencia de pacientes atendidos por este problema con una media de 18 años de edad.

Tabla N° 2**Distribución por sexo de los pacientes tendidos en el CENTSADIC**

Sexo	No. De pacientes	Porcentaje
Masculino	136	93%
Femenino	11	7%
Total	147	100%
Fuente: Ficha de recolección de datos		
Elaboración: El Autor		

Gráfico N° 2**Distribución por sexo de los pacientes tendidos en el CENTSADIC**

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: El autor

Se puede observar que en el CENTSADIC, el porcentaje de pacientes masculinos ingresados el año 2011 es del 93% y el porcentaje de las pacientes femeninas ingresadas en el mismo año es del 7%, este resultado tiene concordancia con

diversos estudios realizados (Serecigni, 2011) donde se muestra una relación de 5:1 (hombre-mujer) en alcoholismo.

De los datos obtenidos en las fichas de recolección de datos, se observa que la totalidad de las pacientes femeninas atendidas acuden a la Comunidad Terapéutica Salvando al Adicto “CENTSADIC” por voluntad propia mientras que casi la totalidad de pacientes masculinos acuden en contra de su voluntad.

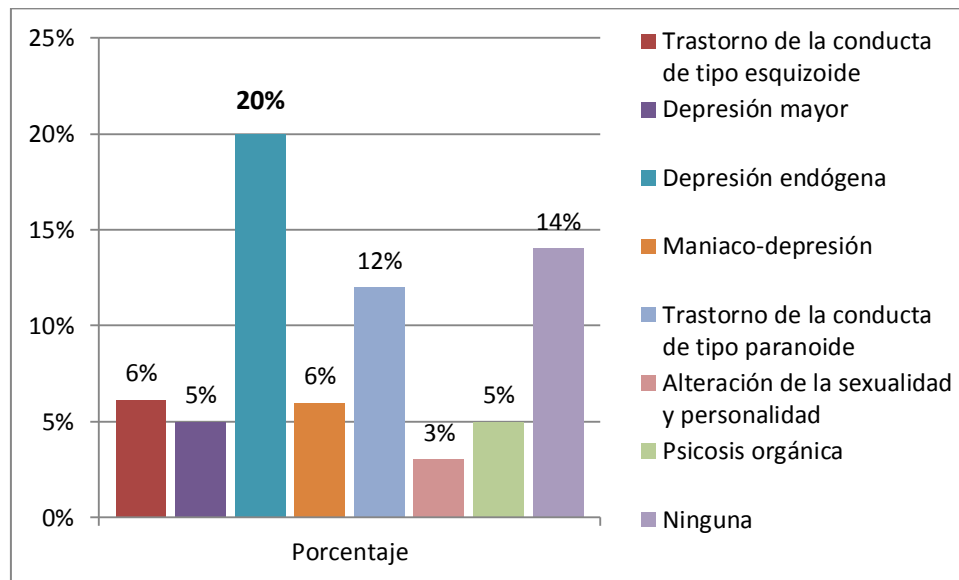
Tabla N° 3

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes alcohólicos

Trastorno psiquiátrico	Pacientes	Porcentaje
Trastorno de la conducta de tipo esquizoide	9	6%
Depresión mayor	7	5%
Depresión endógena	30	20%
Maniaco-depresión	9	6%
Trastorno de la conducta de tipo paranoide	17	12%
Alteración de la sexualidad y personalidad	5	3%
Psicosis orgánica	7	5%
Ninguna	20	14%
Total	147	100%
Fuente: Ficha de recolección de datos		
Elaboración: El Autor		

Grafico N° 3

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes alcohólicos



Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: El autor

Se puede observar que en el CENTSADIC, el 20% de los pacientes presentan depresión endógena, el 12% de los pacientes presenta trastorno de la conducta de tipo paranoide, presentan otros trastornos como maniaco-depresión y trastorno de la conducta de tipo esquizoide con un 6%, entre otros, cabe recalcar que tan sólo el 14% de pacientes alcohólicos no presentan una patología psiquiátrica como comorbilidad, este resultado tiene correlación con los encontrados en el estudio realizado en pacientes hospitalizados en centros especializados de Bogotá con diagnóstico de trastorno por dependencia al alcohol, donde encontraron que hay mayor prevalencia de pacientes con trastornos de depresión en un 75%. (Colombia, 2009)

De los datos obtenidos en las fichas de recolección de datos, relacionando los datos de edad del paciente y diagnóstico psiquiátrico y utilizando medidas de desviación estándar, se obtiene que la edad media de pacientes alcohólicos con trastornos

depresivos es de 21 años; la edad media de pacientes con multiadicción es de 19 años, la edad media de trastornos de la conducta es de 28 años, la edad media de psicosis orgánica es de 19 años, la edad media de síndrome de dependencia al alcohol es de 30 años y la edad media de trastornos de la sexualidad y personalidad es de 17 años .

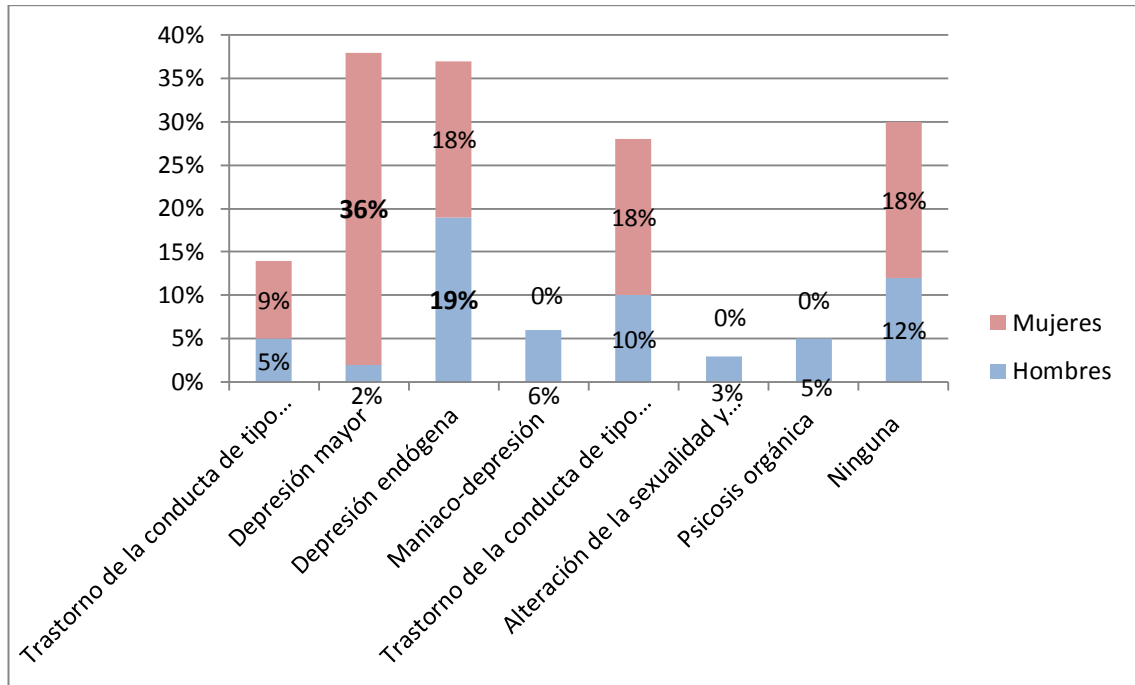
Tabla N° 4

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes alcohólicos según sexo

Trastorno psiquiátrico	Pacientes			
	Hombres		Mujeres	
Trastorno de la conducta de tipo esquizoide	8	5%	1	9%
Depresión mayor	3	2%	4	36%
Depresión endógena	28	19%	2	18%
Maniaco-depresión	9	6%	0	0%
Trastorno de la conducta de tipo paranoide	15	10%	2	18%
Alteración de la sexualidad y personalidad	5	3%	0	0%
Psicosis orgánica	7	5%	0	0%
Ninguna	18	12%	2	18%
Total	147	100%	11	100%
Fuente: Ficha de recolección de datos				
Elaboración: El Autor				

Grafico N° 4

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes alcohólicos según sexo



Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: El autor

En el cuadro anterior se puede observar que al relacionar sexo y frecuencia de trastornos psiquiátricos de los pacientes tratados en el CENSADIC, existe una mayor incidencia de depresión mayor en mujeres con un 36% comparado a los hombres que la presentan en un 2%, por el contrario la depresión endógena y el trastorno maniaco depresivo son más frecuentes en hombres. La depresión endógena y los trastornos de conducta no tienen diferencias significativas entre los dos grupos.

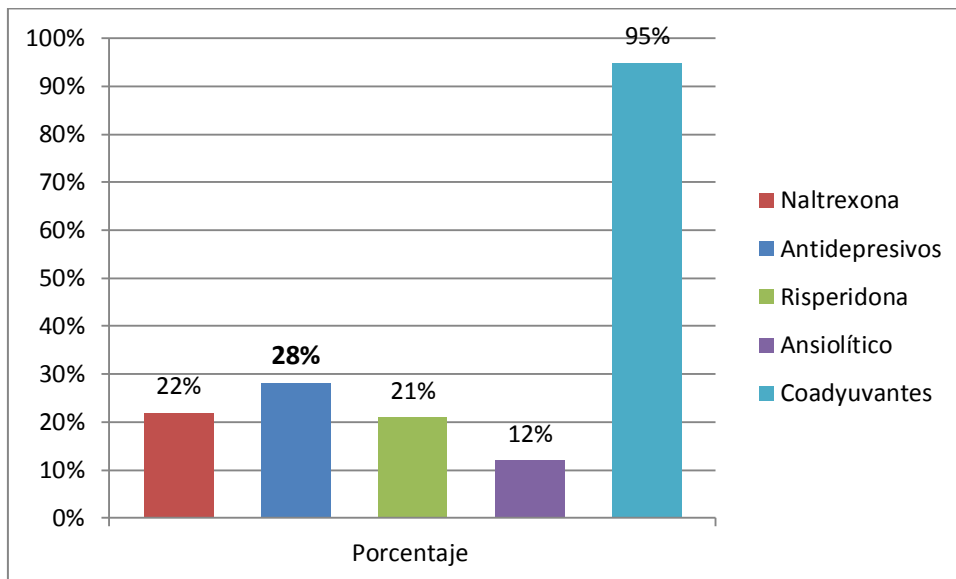
Este resultado tiene cierta discrepancia con los encontrados en el estudio realizado en pacientes hospitalizados en centros especializados de Bogotá con diagnóstico de trastorno por dependencia al alcohol, en el que se encontró que los trastornos depresivos son de mayor incidencia entre los pacientes alcohólicos tanto masculinos como femeninos, en este estudio se ha hallado una diferencia entre patologías presentes en hombres y las presentes en mujeres. (Colombia, 2009)

6.2. Resultado 2: TRATAMIENTO Y MANEJO REALIZADO EN LOS PACIENTES

Tabla N° 5 Tratamiento farmacológico

Fármacos	No. de pacientes	Porcentaje
Naltrexona	32	22%
Antidepresivos	41	28%
Risperidona	31	21%
Ansiolítico	18	12%
Coadyuvantes	139	95%
total:	147	
Fuente: Ficha de recolección de datos		
Elaboración: El Autor		

Gráfico N° 5 Tratamiento farmacológico



Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: El autor

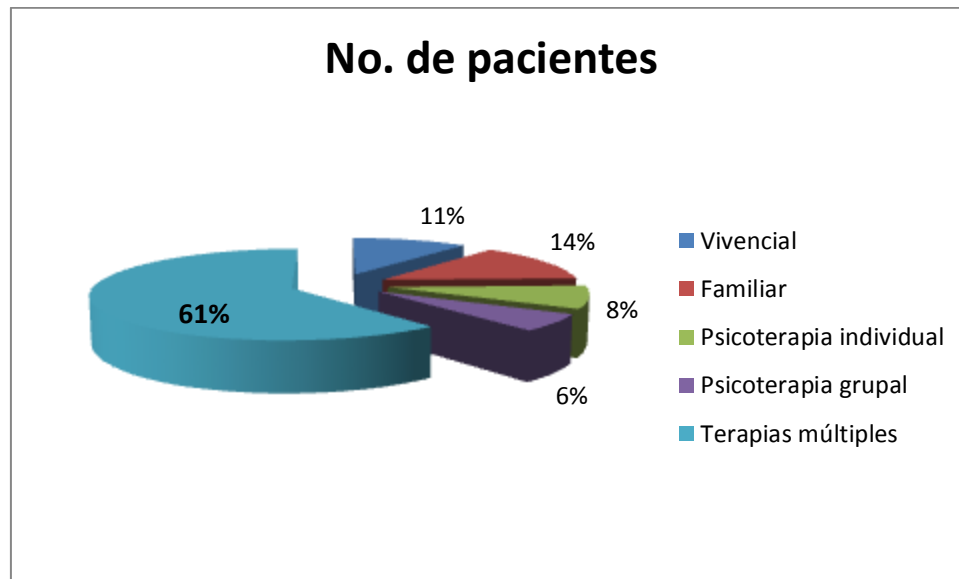
Se puede observar que en el CENTSADIC, se administran fármacos a los pacientes en relación a las necesidades y patologías que presentan, así se puede observar que los fármacos más usados pertenecen al grupo de los antidepresivos (28%), así también se observa un alto porcentaje de utilización de fármacos anti-craving como la naltrexona (21%), estos fármacos disminuyen la hiperactividad glutamatérgica y no adrenérgica ayudando de esta manera a la mejoría clínica de los pacientes; este resultado tiene relación con diversos estudios y guías clínicas para la atención de pacientes alcohólicos que presentan trastornos psiquiátricos (Serecigni, 2011), donde se muestra con nivel de evidencia A, que dado que una de las principales causas de la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia al alcohol y el desarrollo de patologías asociadas al alcoholismo es la hiperactividad glutamatérgica y noradrenérgica los fármacos más útiles son aquellos que compensen esa hiperactividad.

Tabla N° 6

Tratamiento psiquiátrico: tipos de terapias

Tratamiento psiquiátrico con terapia	No. de pacientes	Porcentaje
Vivencial	16	11%
Familiar	20	14%
Psicoterapia individual	12	8%
Psicoterapia grupal	9	6%
Terapias múltiples	90	61%
Total:	147	100%
Fuente: Ficha de recolección de datos		
Elaboración: El Autor		

Grafico N° 6
Tratamiento psiquiátrico: tipos de terapias



Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: El autor

Se puede observar que en el CENTSADIC, se aplican varios tipos de terapia a los pacientes, siendo la más utilizada la mezcla de dos o todas las terapias, acoplándose a cada paciente y según las necesidades que se tenga de su rehabilitación o reinserción social, este resultado tiene relación con un estudio realizado (Miquel Monras, 2008) donde se muestra una disminución del 30% de abandonos del tratamiento y recaídas con múltiples terapias, así mismo muestra una mejor respuesta y reinserción de los pacientes a la sociedad con terapias múltiples, frente a una sola terapia.

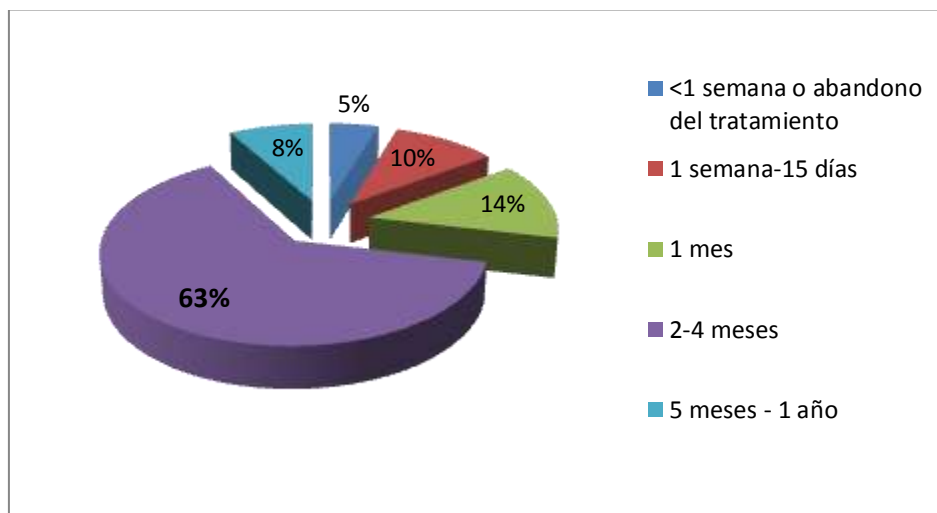
Tabla N° 7

Tiempo de tratamiento recibido por los pacientes

Tiempo de tratamiento	No. de pacientes	Porcentaje
<1 semana o abandono del tratamiento	7	5%
1 semana-15 días	15	10%
1 mes	20	14%
2-4 meses	93	63%
5 meses - 1 año	12	8%
Total:	147	100%
Fuente: Ficha de recolección de datos		
Elaboración: El Autor		

Grafico N° 7

Tiempo de tratamiento recibido por los pacientes



Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: El autor

Se puede observar que en el CENTSADIC, un mayor porcentaje de pacientes, un 63% recibe un tratamiento de 2-4 meses dando por concluido su tratamiento, se

observa un bajo porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento (5%) y así mismo se observa un 8% de pacientes que realiza un tratamiento largo (5 meses a 1 año), este resultado tiene relación con los encontrados en un estudio (Miquel Monras, 2008) donde se mostró que el porcentaje de recaídas y abandonos de la terapia disminuye al aumentar el tiempo de tratamiento de los pacientes, y se demuestra una mejoría substancial cuando dicho tratamiento llega a su término, al realizar un seguimiento a 2 años del alta de los pacientes se demuestra así mismo que los pacientes que han concluido el tratamiento presentan un 28% menos de recaídas que los pacientes que no han completado su tratamiento, donde se halla un porcentaje de 41,90% de deterioro de la evolución del paciente.

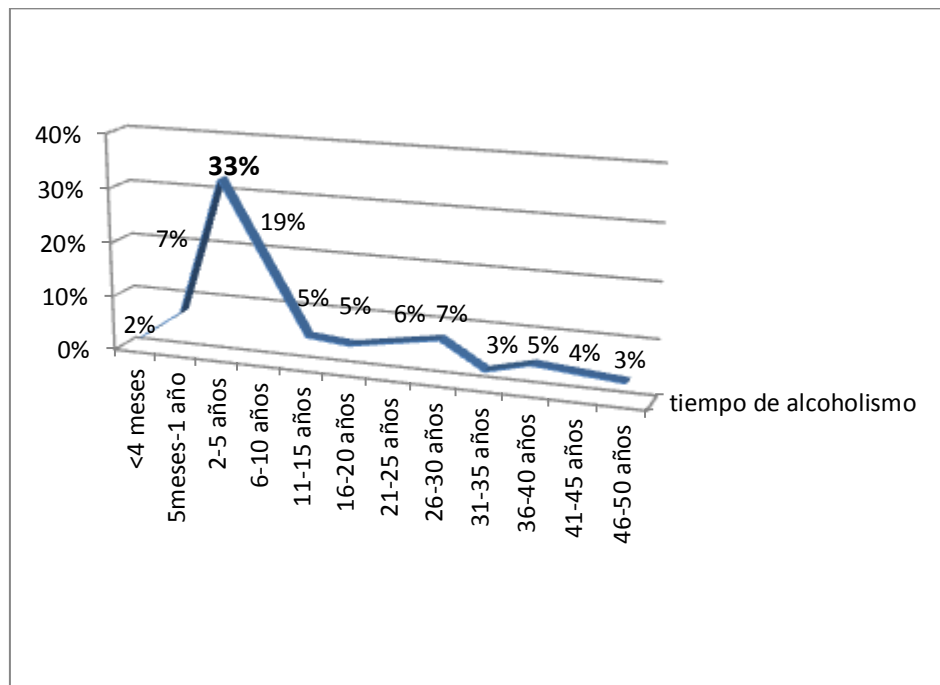
Tabla Nº 8

Tiempo de alcoholismo de los pacientes

Tiempo	No. de pacientes	Porcentaje
<4 meses	3	2%
5meses-1 año	11	7%
2-5 años	48	33%
6-10 años	28	19%
11-15 años	8	5%
16-20 años	7	5%
21-25 años	9	6%
26-30 años	11	7%
31-35 años	4	3%
36-40 años	7	5%
41-45 años	6	4%
46-50 años	5	3%
Total:	147	100%
Fuente: Ficha de recolección de datos		
Elaboración: El Autor		

Gráfico N° 8

Tiempo de alcoholismo de los pacientes



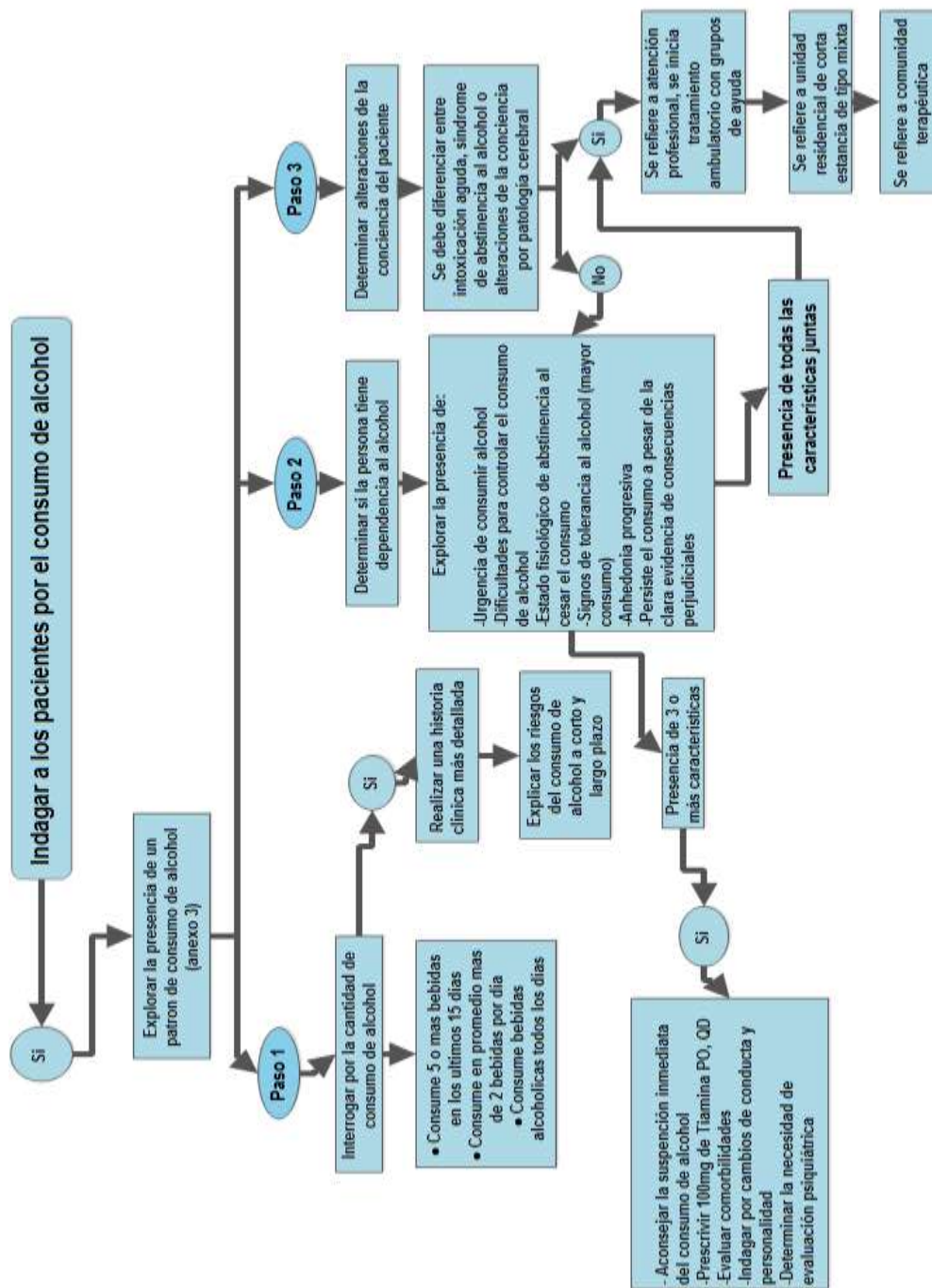
Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: El autor

Se puede observar que en el CENTSADIC, un mayor porcentaje de pacientes tiene entre 2-5 años de alcoholismo (33%), y entre 6 a 10 años de enfermedad el 19%.

De lo obtenido en las fichas de recolección de datos, se observa que los pacientes con más años de alcoholismo tienen más reingresos en el mismo año, que los que tienen menos tiempo de alcoholismo; esto tiene relación con estudios realizados que concluyen que el tiempo de alcoholismo está relacionado con recaídas, faltas de apego al tratamiento y comorbilidades, mientras más años de alcoholismo existan.

6.3. Resultado 3: PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA ENFOCADO AL MANEJO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL ALCOHOLISMO.



En el presente trabajo de investigación se plantea un protocolo de intervención para los pacientes que abarca tres pasos a seguir importantes para el primer nivel de atención donde se determina la presencia de patrones de consumo de alcohol:

En el primer paso planteado se determina la cantidad de consumo de alcohol y de esta manera se determina una conducta a seguir, ya sea profundizar la indagación o extender al paciente información sobre los riesgos del consumo de alcohol.

En el segundo paso del algoritmo se indaga sobre la existencia de dependencia al alcohol en donde se determina una conducta a seguir siendo esta la de llevar a un tratamiento farmacológico anti-craving o determinar la necesidad de derivar al paciente.

En el tercer paso planteado se determina la presencia de alteraciones de la conciencia del paciente, en este paso se determina la necesidad de derivar al paciente a una atención ya sea ambulatoria, unidad residencial de corta estancia o comunidad terapéutica según sea el caso de cada paciente.

7. DISCUSIÓN

Uno de los principales problemas encontrados durante la recopilación y análisis de los datos fue la variedad terminológica con que se manejan las hipótesis diagnósticas en las fichas de los pacientes.

La explicación más plausible para esto es la variedad de médicos y personal que atiende en la Comunidad Terapéutica Salvando al Adicto “CENTSADIC”, durante el período de un año, y que no necesariamente utilizan la nomenclatura del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) o CIÉ-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) para consignar sus diagnósticos.

Algunas fichas de las revisadas no contaban con una hipótesis diagnóstica estipulada, por lo que para realizar la clasificación fue necesario guiarse con la ayuda del médico psiquiatra que atiende en la comunidad terapéutica al momento, tomando en cuenta el diagnóstico sindrómico, o antecedentes del paciente y las alteraciones de la conducta.

El alcoholismo es un tipo de adicción tóxica con perturbaciones de órdenes somáticas, psíquicas y sociales que se presentan tanto como casual como también el resultado de la intoxicación por alcohol etílico.

En este trabajo hemos evaluado la prevalencia de enfermedades psiquiátricas asociadas a el alcoholismo en pacientes atendidos en una comunidad terapéutica especializada en rehabilitación de adictos, en estos pacientes se observó que tan solo el 14% de los pacientes no presentaron ningún trastorno psiquiátrico.

Es relevante el predominio del sexo masculino, el rango de edad más común de atención fue de 19-23 años.

Se observa cómo se han mantenido en importancia, proporcionalmente, los trastornos depresivos a lo largo de los años, en diversos estudios revisados al

respecto se nota la asociación de estos trastornos y la dependencia alcohólica o multi-drogodependencia y es probable que estas coincidencias en la prevalencia de los diagnósticos, afecte la distribución de las diversas consultas clínicas sobretodo en atención primaria, y sean pasadas por alto.

Estos datos concuerdan con los estudios que muestran un aumento relativo en la prevalencia de los trastornos afectivos y el consumo de alcohol y drogas en hospitales generales. (C Cruz, 2008)(J Rabassó, 2003)

Sin embargo, cabe decir que he encontrado pocos estudios actualizados referidos a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes alcohólicos, de data reciente y confiable.

Mencionare el de González-Juárez en España (González-Juárez C, 2009) que observó frecuencias de psicosis, trastornos afectivos y neuróticos a diferencia de los datos presentados con anterioridad.

En el proceso de recolección de datos se halló que el nivel de escolaridad más común entre estos pacientes es secundaria incompleta en un 35%, en cuanto a la ocupación, el 25% fueron estudiantes y 20% de choferes; en relación al estado civil de los pacientes, el 49% fueron solteros (anexos 4, 5, 6).

8. CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes alcohólicos que presentan patologías psiquiátricas es de un 86% y tan solo un 14% de pacientes se hallaron sin patología psiquiátrica coexistente.

Los pacientes alcohólicos se hallan en mayor porcentaje (23%) en el grupo etario de entre 15 a 19 años de edad.

Al comparar las patologías existentes en hombres y mujeres, en los pacientes estudiados se determina que las mujeres tienen mayor incidencia de depresión mayor (36%) y los hombres tienen una mayor incidencia de depresión endógena (19%), en cuanto a la depresión endógena y los trastornos de la conducta las diferencias de porcentajes entre hombres y mujeres no es muy significativa.

En el CENTSADIC, la terapéutica farmacológica está encaminada a las necesidades individuales de los pacientes y siendo la depresión la patología más común entre estos pacientes son los antidepresivos los fármacos más usados en un 28%, el 95% de los pacientes recibe fármacos coadyuvantes como son sueros de hidratación oral, hidratación intravenosa, complejo B, vitaminas, antiparasitarios entre otros, abarcando todas las fases de esta entidad.

La administración de terapia farmacológica tiene muy poco valor si nos olvidamos de las dimensiones sociales y familiares de esta enfermedad debido a esto, el manejo que reciben los pacientes atendidos en el CENTSADIC, consta de varias actividades de rehabilitación como terapias familiares, importante herramienta para la reinserción de los pacientes a su familia; terapias vivenciales, importante para el desarrollo de una conciencia y mejor entendimiento de su enfermedad, se utiliza la combinación de varias terapias según las necesidades de cada paciente contribuyendo de esta manera a un mejor pronóstico del paciente.

En el presente trabajo de investigación se plantea un protocolo de intervención para estos pacientes que abarca tres pasos a seguir donde se determina la presencia de patrones de consumo de alcohol, siendo los pasos los siguientes:

- Determinación la cantidad de consumo de alcohol
- Indagación sobre la existencia de dependencia al alcohol
- Determinación de la presencia de alteraciones de la conciencia del paciente

Estos pasos se han planteado en forma de algoritmo para su mejor utilidad y entendimiento con la finalidad de ser utilizado como una guía para el mejor manejo en atención primaria.

9. RECOMENDACIONES

La terapia integral del paciente alcohólico, como cualquier otra entidad clínica, debe ser necesariamente un manejo multidisciplinario, que incluya desde el principio un seguimiento médico estricto, el manejo farmacológico y psiquiátrico, la terapia familiar y de reinserción social, que deben ser mantenidas a largo plazo, permitiéndonos de esta forma, disminuir drásticamente la proporción de pacientes que sufren recaídas en el alcoholismo.

Es necesaria la completa colaboración del ámbito familiar, que permita identificar desde su ingreso, todas las afectaciones psicológicas del paciente alcohólico, que lo predispongan a posteriori, al fracaso terapéutico, el abandono del tratamiento, o la posterior recaída.

La implementación de un protocolo de manejo en las unidades de atención dedicadas a los pacientes adictos – alcohólicos, además de la necesidad que existe de que el Ministerio de Salud Pública tenga un protocolo normatizado para estas instituciones ya que el mismo como ente rector de las Normas de la Salud debe contribuir para de esta manera dar el mejoramiento de la atención en las comunidades terapéuticas, esto no solo permitirá un manejo bajo estándares establecidos con niveles de evidencia aceptables, sino que, a un futuro, permitirá evaluar el resultado de las terapias administradas, facilitando de este modo, la realización de nuevos estudios sobre este tema.

Por último, es necesario recomendar, a todos los médicos y personal de salud en relación con el paciente alcohólico, la utilización de diagnósticos precisos dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV), optimizando con ello el manejo estadístico de las instituciones dedicadas a este tipo de afecciones para de ésta manera reportar ante la Autoridad Sanitaria.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Association, A. P. (2010). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Association, A. P. (2011). *Neurobiología de la drogadicción. Trastornos por abuso de sustancias*. Arlington.
- C Cruz, J. L. (2008). Demanda espontánea de urgencias psiquiátricas al Hospital Asistencia Pública. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45: 108-13.
- Clinic, M. (2012). *Guía de Autocuidados y Salud Familiar*. Recuperado el 4 de noviembre de 2012, de <http://www.mayoclinic.com/health>
- Clinic, M. (15 de Febrero de 2012). *Mayo Clinic News*. Recuperado el 12 de noviembre de 2012, de <http://www.mayoclinic.org/news2012-sp/6712.html>
- Colombia, U. N. (2009). *ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ALCOHÓLICOS EN DESINTOXICACIÓN*. Bogotá: Scielo.
- CONSEP. (2012). *Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas*. Recuperado el 25 de octubre de 2012, de CONSEP: <http://www.consep.gob.ec/index>
- D Fiellin, M. C. (2009). Screening for alcohol problems in primary care, a systematic review.
- Ey, H. (2011). *Tratado de Psiquiatría*. Toray Masson.
- Gómez Restrepo, H. B. (2010). *Psiquiatría Clínica Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Panamericana.
- González-Juárez C, P.-P. E. (2009). Factores asociados con la resolución de las urgencias psiquiátricas. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría 2008*: 28: 27-41, 28: 27-41. .
- H Kaplan, B. S. (2011). *overview of substance related disorders*. Philadelphia: Lipincott, Williams and Wilkins.
- Henderson, S. (2009). *Epidemiology of Mental Disorders*. The Current Agenda; 22:24-28.
- J Rabassó, G. P. (2003). Complejidad y adecuación de las urgencias psiquiátricas en un hospital general. *Medicina Clínica (Bare)*, 121: 650-52.

- M Balcells, A. G.-A. (2012). *Adicciones*. Recuperado el 2 de noviembre de 2012, de adicciones.es: www.adicciones.es
- Médico, D. (2012). *Diccionario Médico*. Recuperado el 25 de octubre de 2012, de www.diccionariomedico.net/ - España
- Miquel Monras, F. N. (2008). Eficacia de la terapia para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. *Medicina Clinica*, 115: 126-31.
- Morse, J. (2010). Psiquiatría del Alcoholismo. *Psiquiatría de la Universidad de California en San Diego* , 38-40.
- MSPE. (2012). *Dirección Nacional de Salud Mental*. Recuperado el 25 de octubre de 2012, de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <http://www.salud.gob.ec/salud-mental/>
- OMS. (20 de Agosto de 2012). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 22 de Octubre de 2012, de <http://search.who.int/search?q=alcoholismo>
- Organización Panamericana De La Salud, O. M. (2010). *128a Sesión del Comité Ejecutivo*. Washington, D. C.
- Physicians, A. A. (2012). *Uptodate*. Recuperado el 10 de noviembre de 2012, de <http://www.uptodate.com>
- Prybeck, H. y. (2009). *Alcohol today*. Florida.
- Rumpf, H. (2010). *Psychometric performance of alcoholic patients*. World Health Organization.
- Salamanca, U. d. (5 de febrero de 2010). *Diccionario Medico*. Recuperado el 07 de marzo de 2011, de [dicciomed.eusal.es](http://www.dicciomed.eusal.es): <http://www.dicciomed.eusal.es/palabra/trastorno>
- SCHUCKIT, M. (2009). Alcohol, anxiety, and depressive disorders. En *Alcohol Health & Research* (págs. 20: 81-86).
- Serecigni, J. G. (2011). *Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL*. Valencia : Impresiones Martin.
- Services, D. o. (2009). *SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH*. Masachusets.
- Tecnología, C. C. (s.f.). Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.cl>

- WOODY, G. (2009). The challenge of dual diagnosis. Alcohol Health & Research World.

11. ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL ESTUDIO DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN
PACIENTES ALCOHÓLICOS EN EL CENTSADIC DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL AÑO 2011**

N° HC	EDAD	SEXO	E. CIVIL	INSTRUCCION	OCUPACION	TRASTORNO PSIQUIATRICO	TRATAMIENTO			TIEMPO DE ALCOHOLISMO
							FARMACOS NOMBRE Y #	TIPO DE TERAPIA	TIEMPO DE TRATAMIENTO	

ANEXO 2

Solicitud de permiso para elaboración de información.

Loja, 24 de Octubre del 2012

Sr. Eduardo Carpio
DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACION DE PACIENTES "CENTSADIC"

Presente

Yo, Juana Vásquez Rodas, con CI: 0104401351 me dirijo a usted para solicitarle se de autorización a quien sea pertinente para proceder a la recolección de datos necesarios para la realización de mi tesis de grado de Medicina en la Universidad Técnica Particular de Loja, la misma que tiene como tema: "PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES ALCOHÓLICOS EN EL CENTRO CENTSADIC DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL AÑO 2011" el mismo que ha sido aprobado por la dirección de la escuela de medicina, contando con el apoyo de el Doctor Nelson Lanchi como mi director de tesis; los datos a recolectar corresponden a la revisión de historias o fichas clínicas de los pacientes internados en el Centro Terapéutico CENTSADIC durante el año 2011, los datos que se tomaran serán: Numero de Historia Clínica o ficha clínica, edad, sexo, estado civil, instrucción, ocupación, trastorno psiquiátrico (en el caso de que hubiere diagnostico), tratamiento o terapia recibida y tiempo de alcoholismo de cada paciente. Le ruego se me autorice la toma de estos datos ya que la realización de la tesis es parte indispensable de la culminación de mis estudios.

Agradeciéndole de antemano la atención prestada a la presente y esperando la favorable respuesta a la misma me suscribo.

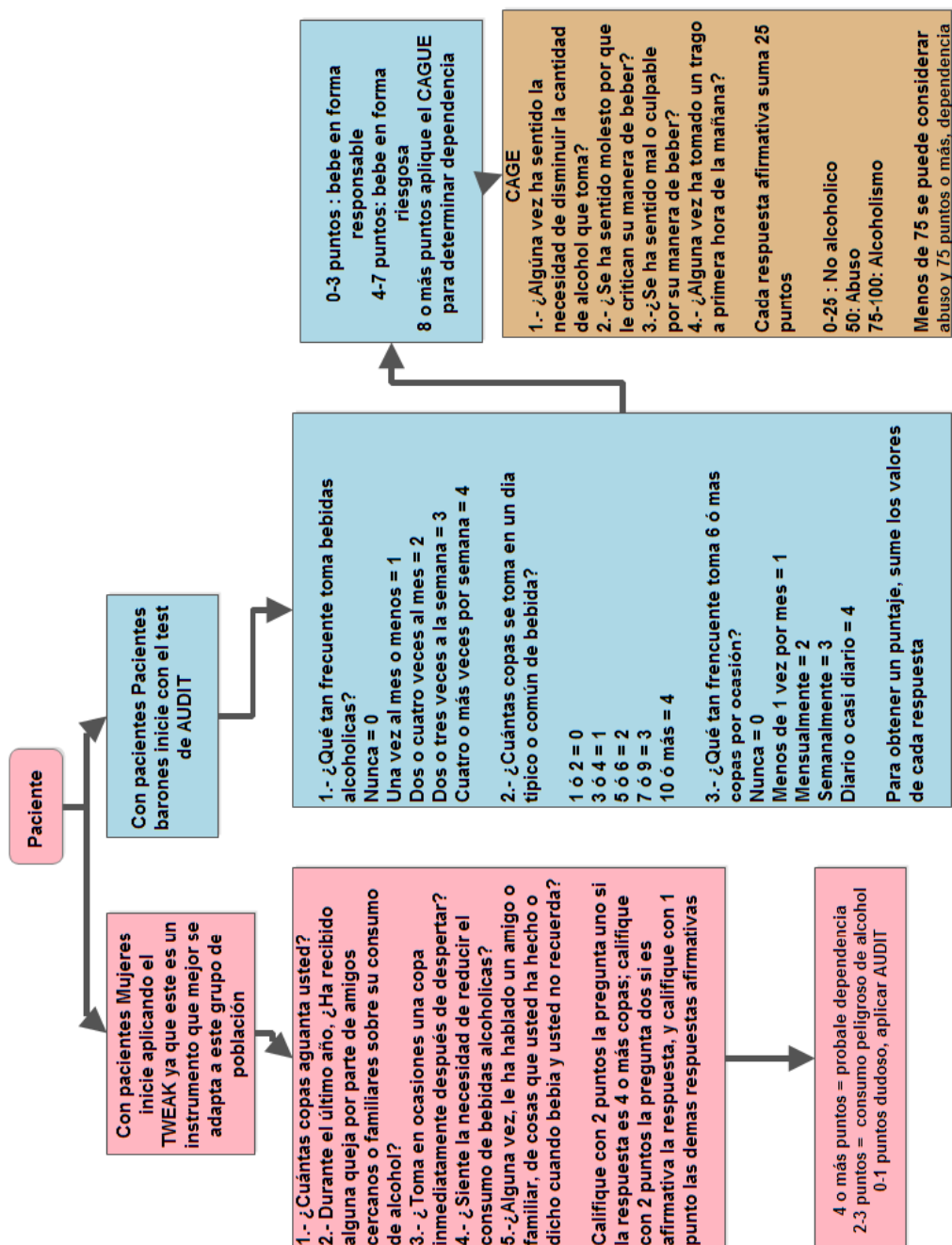

Juana Vásquez Rodas
TESISTA


Dr. Nelson Lanchi
DIRECTOR DE TESIS



ANEXO 3

ALGORITMO DE EXPLORACIÓN DE PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

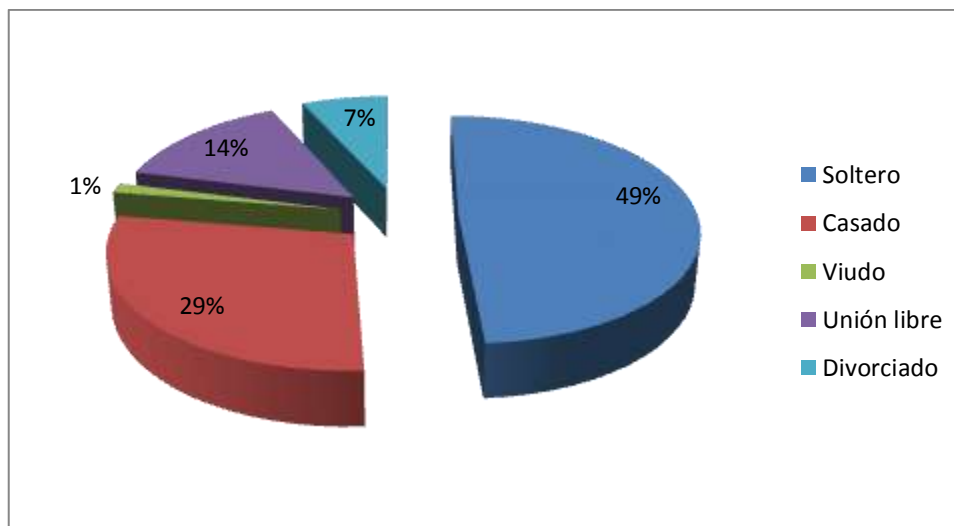


ANEXO 4

Tabla N° 9
Distribución de los pacientes por estado civil

Estado civil	No. de pacientes	Porcentaje
Soltero	72	49%
Casado	42	29%
Viudo	2	1%
Unión libre	21	14%
Divorciado	10	7%
Total	147	100%
Fuente: Ficha de recolección de datos		
Elaboración: El Autor		

Gráfico N° 9
Distribución de los pacientes por estado civil



ANEXO 5

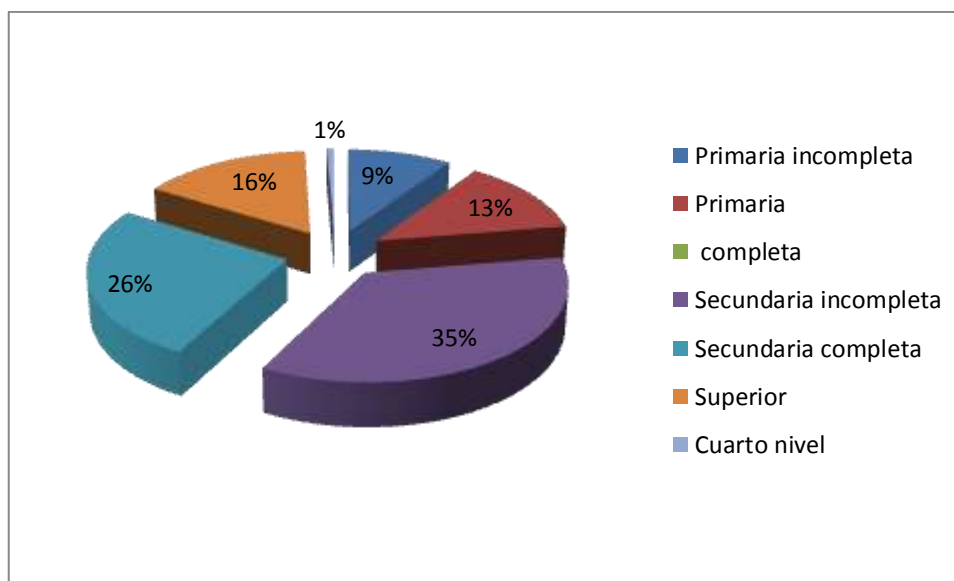
Tabla N° 10

Distribución de los pacientes por instrucción

INSTRUCCIÓN	No. de pacientes	Porcentaje
Primaria incompleta	14	10%
Primaria completa	19	13%
Secundaria incompleta	52	35%
Secundaria completa	38	26%
Superior	23	16%
Cuarto nivel	1	1%
Total:	147	100%
Fuente: Ficha de recolección de datos		
Elaboración: El Autor		

Gráfico N° 10

Distribución de los pacientes por instrucción



ANEXO 6

Tabla N° 11

Distribución de los pacientes por ocupación

OCUPACIÓN	No. de pacientes	Porcentaje
Estudiante	37	25%
Mecánico	12	8%
Chofer	30	20%
Agricultura	10	7%
Empleado publico	11	7%
Comerciante	10	7%
Construcción	13	9%
Ninguna	16	11%
Otros	8	5%
Total	147	100%
Fuente: Ficha de recolección de datos		
Elaboración: El Autor		

Gráfico N° 11

Distribución de los pacientes por ocupación

