

NUTRICION Y ALCOHOLISMO

“Estado nutricional
y factores que
inciden con los
hábitos nutricionales
en población de
alcohólicos en
recuperación”



Autora: Clarisa Maria Estévez
Tutora: Lic. Alina Rodríguez Monteverde
Departamento de Metodología de la Investigación



DE LA FRATERNIDAD DE AGRUPACIONES SANTO TOMAS DE AQUINO



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
UFASTA

ESTE DOCUMENTO HA SIDO DESCARGADO DE:

THIS DOCUMENT WAS DOWNLOADED FROM:

CE DOCUMENT A ÉTÉ TÉLÉCHARGÉ À PARTIR DE:



REPOSITORIO DIGITAL
UFASTA

ACCESO: <http://redi.ufasta.edu.ar>

CONTACTO: redi@ufasta.edu.ar

“Lo imposible es el fantasma de los tímidos y el refugio de los cobardes”

Napoleón Bonaparte
Militar y Estadista francés
1769-1821



Quiero dedicar mi riguroso trabajo de tesis a mi abuela Sara Catalina ya que estoy segura que ella estaría muy orgullosa de mí.



- A mi mamá por inculcarme el valor del estudio y por su compañía. A mi hermana por su apoyo y su preocupación constante durante mi trabajo de tesis. A mi hermano por brindarme sus conocimientos y presentarme a médicos importantes.
- A la Lic. Alina Rodriguez M., mi tutora, por brindarme tan amablemente su colaboración, sus conocimientos, ideas y aportes; imprescindibles para la realización de mi trabajo.
- Al departamento de Metodología de la Investigación por ayudarme a elaborar un riguroso y ordenado trabajo de investigación.
- Al Doctor Mario Arzeno por brindarme un lugar en la Unidad de Diagnostico y Tratamiento de Hepatología y Alcoholismo en el Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata, por apoyarme en la realización del trabajo de investigación y por contribuir en aumentar mis conocimientos.
- A todas las Doctoras de la Unidad por brindarme un lugar junto a ellas, ya que sin el mismo no hubiese sido posible la realización del trabajo de campo.
- A todas las personas que concurrieron a la Unidad y que han sido parte activa de este trabajo y que merecen el mayor de mis agradecimientos, ya que sin ellos no hubiese sido posible la realización de la tesis.
- A Javo por estar a mi lado en este último tramo de mi carrera y siempre brindarme y transmitirme tranquilidad y paciencia.
- A mis amigas y amigos por bancarme día a día y que de algún modo valoraron mi esfuerzo y me alentaron permanentemente a seguir avanzando en este camino.
- Un agradecimiento muy importante a mis compañeras de estudio con las cuales siempre soñamos este momento y acá llegó
- Agradezco finalmente a todas aquellas personas que no estén en la lista y que directamente o indirectamente han colaborado con esta investigación, me han brindado su apoyo y su aliento para la realización de este trabajo.

Se realizó un trabajo de investigación que según su análisis, alcance de los resultados y según el periodo de estudio es descriptivo, correlacional y de corte transversal. El mismo fue desarrollado en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Hepatología y Alcoholismo del Hospital Interzonal General de Agudos. El objetivo general fue evaluar el estado nutricional de los pacientes alcohólicos que se encuentran en el periodo de recuperación y evaluar los factores que inciden sobre la ingesta alimentaria.

Previo consentimiento informado se aplicó una encuesta con variables demográficas, anamnésticas y evolutivas, y se el trabajo se complementó con la toma de medidas antropométricas.

Se procesaron los datos y se constató que de los 77 pacientes entrevistados, el 78% fueron hombres, que la edad promedio fue de 47 años y que el 69% de la muestra corresponde a edades entre 36 a 55 años. El estado nutricional según IMC se distribuye entre desnutrición 3%, estado nutricional normal 43%, sobrepeso 42% y obesidad 13%. Se concluye que a medida que el paciente aumenta su tiempo de sobriedad también aumenta el estado nutricional, mostrando así un alto porcentaje de obesidad.

La pérdida de apetito en su carrera alcohólica represento el principal síntoma con un 58% y la inflamación hepática con un 26% fue la alteración de salud más trascendental.

Palabras claves: **alcoholismo, estado nutricional, alteraciones de la salud, tratamiento nutricional.**



<i>Índice</i>	<i>Página</i>
Frase	I
Dedicatoria	II
Abstract	IV
Introducción	2
Capítulo 1	7
Capítulo 2	19
Capítulo 3	33
Diseño Metodológico	43
Análisis de Datos	52
Conclusiones	73
Bibliografía	78
Anexo	83



BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD
FASTE

INTRODUCCION



El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de la salud pública en todo el mundo y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad. Se ha convertido en un verdadero problema médico social. En la actualidad, muchos países dedican cuantiosos recursos financieros a su investigación. En la lucha contra esta adicción las instituciones estatales de salud, entre otras, y la población en general, cumplen una importante función para prevenir y controlar esta enfermedad.

Existen muchas formas de definir, ya sea el alcoholismo como a la persona dependiente del alcohol, pero de todos es bien conocido que se considera que una persona es alcohólica cuando pierde la libertad de abstenerse a consumirlo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que es un trastorno conductual crónico manifestado por ingesta repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.¹

El consumo de alcohol se vincula a nivel mundial con el 50 % de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios, suicidios y arrestos policiales. Reduce en 12 a la expectativa de vida y determina el 30 % de las admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis.²

El etanol tiene un efecto tóxico directo sobre la célula. Sólo el 2 % absorbido es eliminado por los pulmones y riñones. El resto tiene que ser obligatoriamente metabolizado en el hígado, el cual contiene las enzimas involucradas en su oxidación. Ésta a nivel hepático carece de mecanismo de retroalimentación para su ajuste y además no puede ser almacenado en el organismo o metabolizado en otros tejidos periféricos. Cuando el etanol se encuentra presente se convierte en el combustible favorito y desplaza el 90 % de todos los otros sustratos normalmente utilizados con fines energéticos.³

Cada gramo de etanol aporta 7,1 kcal. Doce onzas de una bebida con 86 grados de alcohol contienen aproximadamente 1 200 Kcal., que representan aproximadamente la mitad de la ingesta diaria recomendada de energía alimentaria. Significa que es capaz de cubrir parcialmente las necesidades de energía del organismo desplazando a los restantes nutrientes de la dieta. Las bebidas alcohólicas no contienen generalmente

¹ Organización Mundial de la Salud. Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra, 1976.

² González P. La prevalencia del alcoholismo. *Rev.Hosp.Psiquiatr La Habana* 1985;26(1):31-40

³ Aetiology and patogénesis of alcohol liver disease. *Bailleres Clin gastroenterol* 1993; 3:581-608.

proteínas, vitaminas, minerales y otros nutrientes, por lo tanto, la ingestión de estos puede convertirse en francamente deficitaria en el caso del consumo regular de la sustancia.⁴

Ningún tejido se escapa de la toxicidad del alcohol, aún cuando los principales afectados son el hígado y el cerebro. Se destacan como efectos más relevantes y conocidos: las alteraciones musculares (miopatía y cardiomiopatía), alteraciones en la médula ósea (anemia sideroblástica, macrocitosis), modificaciones del sistema endocrino (de la hormona de crecimiento, de la función adrenal, de la gonadal), Osteoporosis y otras alteraciones del hueso. En un caso control estudiado en Mar de Plata en 1992-1993 con el propósito de investigar la incidencia y factores de riesgo asociado con la fractura de fémur proximal debido a la osteoporosis; el consumo de alcohol ha sido uno de los factores encontrados y de gran significancia que incrementa el riesgo de fractura de fémur proximal. También se destacan las alteraciones de la mucosa gastrointestinal (úlceras), pancreatitis, ceguera nocturna, inducción de la acumulación de grasa en el hígado.

Más allá de sus efectos tóxicos, la ingesta de etanol puede provocar un estado de malnutrición en el individuo. Está plenamente demostrado que los individuos alcohólicos presentan un cierto déficit de la masa muscular medida por la relación peso/altura, circunferencia del brazo.

La malnutrición producida por el consumo de la sustancia tóxica se origina de tres niveles diferentes. Por un lado la metabolización del etanol, a diferencia de otras drogas, produce un aporte calórico que puede comportar una disminución compensatoria de la ingesta normal de alimentos, malnutrición primaria. Un alcohólico llega a reemplazar hasta el 60% de su ingesta calórica por alcohol. En segundo lugar, el etanol altera la digestión y absorción de los alimentos, malnutrición secundaria. Se ha demostrado que el alcohol produce una disminución de la absorción de la glucosa, xilosa, agua, minerales como el calcio, zinc, sodio y de vitaminas como la A, B6, B12, tiamina, y ácido fólico. Por último el etanol afecta la metabolización de los compuestos absorbidos, de forma que puede modificar su aprovechamiento por la célula, malnutrición terciaria. Así, por ejemplo, se incrementa la biosíntesis de los ácidos grasos y la formación de triacilgliceroles, cosa que puede conducir a un acumulado de estos compuestos en el hígado, produciendo el llamado hígado graso, estado patológico en principio reversible pero que en caso de empeorar puede generar, de forma irreversible, en hepatitis y cirrosis hepática.

⁴ Lieber CS. Alcohol, liver injuries and protein metabolism. *Pharmacol Biochem Behavior* 1980; 13:17- -30.

La malnutrición, independientemente de su etiología, puede comprometer gravemente las funciones del hígado. El estado nutricional de los bebedores excesivos o los efectos nutrimentales de alcohol se han considerado un importante factor de riesgo en la génesis del daño hepático. El etilismo es capaz de producir desnutrición incluso antes que aparezcan las manifestaciones de insuficiencia hepática crónica.

Los daños estructurales y funcionales que ocasiona la cirrosis hepática, por ejemplo, llevan a un estado de insuficiencia del órgano, que propicia francas alteraciones en el metabolismo de macro y micronutrientes, vitales para mantener una homeostasis y equilibrio nutricional adecuados.⁵

Los pacientes con cirrosis alcohólica tienen alta prevalencia en desnutrirse, varía entre 70 y 100 %. Se ha observado 100% de desnutrición en pacientes cirróticos alcohólicos hospitalizados y 80% en ambulatorios. Los pacientes con esta enfermedad tienen mayor incidencia de infecciones respiratorias, del tracto urinario y peritonitis bacteriana espontánea, debido a alteraciones tanto en la inmunidad humoral como celular. La desnutrición juega un rol importante en el deterioro inmunológico de estos pacientes, parcialmente reversible con un adecuado soporte nutricional.⁶

La evaluación del estado nutricional de un paciente cirrótico o con abuso en el consumo de alcohol siempre debe ser realizada con el objetivo de identificar si existe desnutrición y encaminar las medidas terapéuticas a prevenir las complicaciones que derivan de ello.

El único tratamiento para la enfermedad hepática producida por el consumo de etanol consiste en abandonar totalmente la acción. La instauración precoz mejora notablemente el pronóstico de la enfermedad hepatocelular, incluso en aquellos pacientes en los que ya se ha instaurado una cirrosis, ya que existe una relación directa entre el grado de insuficiencia hepática y la magnitud de la desnutrición en pacientes con daño hepático alcohólico. Junto con las pautas a llevar a cabo en el tratamiento de la persona alcohólica es fundamental que ésta participe en un programa formal para dejar de beber, como por ejemplo Alcohólicos Anónimos.

⁵ Chaer Borges V, Linetzky W D, De Oliveira A, Carneiro LA, Camilo ME. Insuficiencia hepática aguda e crónica. En: Linetzky Waitzberg D. *Nutricao oral, enteral y parenteral na pratica clínica*. Sao Paulo. Ed Atheneu, 2001: 1209-26

⁶ Cabre E, Gassull M. *Nutrition in liver disease*. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2005; 8: 545-51. Hirsch S, de la Maza M, Gattás V, et al. Nutritional support in alcoholic cirrhotic patients improve host defenses. *J Am Coll Nutr* 1999; 18: 434-41

El problema que se plantea es: ¿Cómo se relaciona el estado nutricional con los factores que determinan la ingesta alimentaria en la población alcohólica en recuperación que concurre al consultorio de la Unidad de diagnóstico y tratamiento de Hepatología y Alcoholismo del Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.) de la ciudad de Mar del Plata dirigida por el Dr. Mario Arzeno?

El objetivo general planteado es:

Evaluar el estado nutricional y los factores que inciden sobre la ingesta alimentaria en las personas en tratamiento que concurren a la Unidad de diagnóstico y tratamiento de Hepatología y Alcoholismo del H.I.G.A. de la ciudad de Mar del Plata.

Los objetivos específicos son:

- Determinar el Estado Nutricional mediante parámetros antropométricos a través de peso, talla, Índice de Masa Corporal y circunferencia del brazo.
- Indagar la sintomatología que irrumpe con el hábito alimentario normal.
- Averiguar las patologías que predominan en dicho grupo de personas.
- Investigar la relación que existe entre el tiempo que el paciente lleva sin consumir alcohol y estado nutricional actual.
- Determinar si existe relación entre los años que el paciente estuvo en carrera y el déficit de la masa corporal total medida a través de la circunferencia del brazo.
- Analizar las diferencias existentes entre ambos sexos.
- Identificar la edad predominante que concurre al consultorio.

CAPITULO I



*“Con la primera copa, el hombre bebe vino.
Con la segunda copa, el vino bebe vino.
Con la tercera copa, el vino bebe al hombre.”
Proverbio chino.*

Desde tiempos muy remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial. Este estado varía en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida y de acuerdo a las motivaciones de su injerencia, es el estado de la intoxicación alcohólica.

Existen reportes escritos del uso de cerveza, vinos y otras bebidas que datan desde 3000 años antes de Cristo, pero el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta alrededor del año 800 después de Cristo. Este proceso ha permitido la preparación de licores altamente potentes que se consumen actualmente. La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad. Y se ha visto reflejada en las diferentes esferas de la historia de la misma desde tiempos muy antiguos.

El alcohol, del árabe alkuhi (esencia o espíritu) es la droga más consumida en el mundo. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que, desafortunadamente pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables.⁷

Las definiciones empleadas en la actualidad bajo el término alcoholismo, no se apartan de la que hizo *Magnus Huss* en 1849 que acuñó en Suecia el término con la connotación de enfermedad. Una de las aceptadas internacionalmente es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, con el término "síndrome de dependencia del alcohol (SDA)" descrito como un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingesta excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del

⁷ Adaptado de las siguientes fuentes: Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Alcoholismo y psicosis alcohólica. En: Morris E, Chafetz MD, eds. *Tratado de Psiquiatría. La Habana*: Editorial Científico-Técnica; 1992. P.148-97 (Edición Revolucionaria)
González Menéndez E. Como librarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos del café, tabaco y alcohol. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 1995 11(3):269-70

bebedor.⁸ Lo define como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre. En la actualidad se emplean criterios diagnósticos estandarizados en dos manuales, uno es el DSM-IV y el otro ICD-10. Tienen 6 y 7 criterios diagnósticos respectivamente para definir dependencia alcohólica y la persona para tener diagnóstico debe cumplir al menos tres.

Para poder entender un poco más la definición es importante conocer el significado de trago o drink. La mayoría de las publicaciones se refieren a la cantidad de alcohol ingerido en cantidad de "drinks" traducidos para el habla castellana en "tragos" o en investigación "unidad Standard".

Un trago corresponde a una lata de cerveza (350ml), un vaso de vino (150ml), o una medida de bebida destilada. Todas estas medidas tienen aproximadamente la misma cantidad de alcohol, la necesaria para lograr en la mayoría de los individuos un fenómeno de euforia, cambio en el estado de ánimo o a veces "liberación de las inhibiciones".

Si tenemos en cuenta que la cerveza tiene una concentración promedio de alcohol de 4,5 %, el vino 11 % y la bebidas destiladas 41,1 %; se debe aclarar que en el mercado hay cervezas, vinos y bebidas destiladas de mayor graduación al promedio mencionado, la cantidad de alcohol en gramos en "1 trago" de las diferentes bebidas es sacando un valor promedio de contenido de alcohol en las diferentes cervezas, diferentes tipos de vinos y bebidas destiladas:

Tabla N° 1. Contenido de alcohol en una Unidad estándar.

Cerveza (4,5 % alcohol)	1 lata (350 ml.)	15,5 g. alcohol.
Vino (11 % alcohol)	Un vaso (150 ml.)	16,5 g. alcohol.
Bebidas destiladas (40 % alcohol)	Un medida (40ml.)	16 g. alcohol

Fuente: Tabla de composición química de los alimentos. CENEXA. Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada (UNLP-CONICET). Segunda edición.

La dosis de alcohol que sirve como criterio de ingesta de riesgo es para un varón adulto sano hasta los 65 años, de hasta cuatro tragos por vez y no más de 14 tragos semanales. Para la mujer sana y hombre sano mayor de 65 años, no más de tres tragos por vez y no más de 7 tragos por semana.⁹ Se considera inocuo para las mujeres un trago y dos para los hombres menores de 65 años.

Dentro de las trastorno por uso de alcohol es importante diferenciar ciertos términos. Uno de ellos es en riesgo de trastornos por uso de alcohol, que el Instituto Nacional de

⁸ González Menéndez R. El cuestionario de indicadores diagnóstico (CID) en la detección de morbilidad alcohólica adulta. *Rev. Hosp. Psiquiatr.* 1992; 33(1):7-12

⁹ Dufour, Mary C.M.D., M.P.H What is Moderate Drinking? Defining "Drinks" and Drinking levels Alcohol Research & Health. Volume 23, Number 1, 1999.

Abuso de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos, define una categoría que no figura en los manuales diagnósticos y que agrupa a personas en “riesgo de desarrollar problemas y consecuencias adversas por el alcohol”. Este grupo debe ser identificado, ya que es proclive a cambiar su patrón de consumo con “intervenciones breves”.¹⁰

Son características de esta población: el consumo de más de 14 tragos por semana o más de 4 tragos por ocasión para los hombres mayores de edad y menores de 65 años y el consumo mayor de 7 tragos por semana o más de 3 por ocasión, para la mujer no embarazada. La población mas prevalente es la de los adolescentes y embarazadas que toman alcohol.

Estos criterios de cantidad en la semana o por ocasión, se sensibilizan ante la existencia de comorbilidades, en especial en poblaciones de adultos mayores en donde la mortalidad se incrementa.

Además se debe destacar la figura de “Incidente Alcohólico”, episodio en el cual una persona, con gran frecuencia adolescente o adulto joven, que no cumple criterios para trastornos por uso de alcohol, a causa de estar intoxicado, se lesiona o lesiona a otro, esto último debe encuadrarse no como accidente sino como conducta criminal. Esta situación es acto frecuente en nuestras rutas donde son muchas las personas que en accidentes automovilísticos sufren muerte biográfica, invalidez, o muerte total.

El trastorno por uso de alcohol son las alteraciones que su uso produce a nivel personal, familiar, laboral y social; a pesar de las cuales el paciente sigue o reincide en la ingesta de la sustancia, o sea que pese a las consecuencias funestas del beber es incapaz de decir NO a la primera copa.

Muchos factores determinan las posibilidades de que una persona desarrolle dependencia al alcohol. Se ha demostrado que el género, la constitución genética, la raza, la influencia de los padres, la crianza y la depresión están relacionados con la dependencia y el abuso del alcohol.¹¹

Se ha llagado a confirmar que 40 a 60% del riesgo de alcoholismo de una persona proviene de factores genéticos, aunque no se identifica el gen, o los genes.¹² Los hijos de alcohólicos tienen un riesgo cuatro veces mayor de tener alcoholismo, incluso cuando los adopta una familia sin antecedentes.

¹⁰ Helping Patients Who Drink Too Much. A Clinician’s Guide U.S. department of Health & Human Services. National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Updated 2005 Edition.

¹¹ Health risks and benefits af alcohol consumption: *Alcohol Research and Health* 24(1):5, 2000.

¹² Schuckit MA: Alcohol an alcoholism in Braunwald E and others (eds): *Harrison’s Principles of Internal Medicine*. 15th ed. New York: Mc Graw-Hill, 2001.

En el DSM-IV ¹³ los trastornos inducidos por sustancias están clasificados en: trastornos por consumo de sustancias: dependencia y abuso, y trastornos inducidos por sustancias: intoxicación y abstinencia.

En la literatura, para realizar el diagnóstico de la enfermedad, se deben cumplir criterios de abuso y ó dependencia (son excluyentes). Igualmente calificar a un paciente como alcohólico no es fácil, figura dentro de los difíciles de la medicina. Los errores diagnósticos pueden ser por exceso o por defecto, si bien este último supera con creces al primero.¹⁴

Los criterios diagnósticos requeridos en la Dependencia son al menos tres de los siguientes y con una persistencia al menos durante el período de 12 meses:

Tabla Nº 2: Criterios diagnóstico de Dependencia.

DEPENDENCIA	Tolerancia:	-Necesidad de cantidades crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. -Disminución del efecto sobre el organismo, de la misma cantidad de alcohol, con el uso continuado.
	Síndrome de abstinencia:	-Síndrome de abstinencia definido para el alcohol. -Ingesta de una sustancia de similares características para aliviar la sintomatología.
	Consumido en cantidades mayores y por un tiempo más prolongado del que se pretende.	
	Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.	
	Gran parte del tiempo útil se utiliza en conseguir, consumir y recuperarse en los trastornos provocados por la ingesta.	
	Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.	
	Reiteración de la ingesta a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos, recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el alcohol.	

Fuente: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) 2002.

¹³ Adaptado de: *American Psychiatric Association*, 1994

¹⁴ Arzeno M. Diagnóstico de Alcoholismo. Proami. (Proyecto de actualización de Medicina Interna). Tercer ciclo. Fascículo Pág. 253-271. 1998

Para el diagnóstico por Abuso de sustancia psicoactiva se define por los criterios del DSM-IV-TR que se mencionan a continuación:

Un patrón problemático de consumo de alcohol, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por uno o más de los siguientes ítems durante un periodo de 12 meses:

Tabla N ° 3: Criterios diagnóstico de Abuso.

ABUSO	Consumo	Recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en la casa. (Por ejemplo: ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de alcohol, ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con alcohol, descuido de los niños o de las obligaciones del hogar).
		Reiterado de alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo: conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
		Continuado de alcohol, a pesar de tener problemas sociales, continuos o reiterados o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol, discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la ingesta o violencia física.
		Problemas legales reiterados relacionados con el alcohol (por ejemplo: arrestos por comportamiento escandaloso debido a ingesta).

Fuente: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) 2002.

Las siguientes especificaciones de remisión son aplicables solo tras un mes, sin que se cumplan ninguno de los criterios de abuso o dependencia y no son aplicables si el paciente se halla bajo terapéutica con agonistas o en un entorno controlado: por ejemplo en la remisión total temprana en donde no se observan ninguno de los criterios de dependencia o abuso entre 1 y 12 meses. También la descripción de remisión parcial temprana, la cual se usa si se ha observado entre 1 y 12 meses, uno o más criterios de dependencia o abuso, sin que se cumplan todos los criterios para dependencia. La Remisión total sostenida se caracteriza por no observarse ninguno de los criterios de dependencia o abuso en ningún momento durante un período de 12 meses o más, y la remisión parcial sostenida se entiende cuando se han observado uno o más criterios para abuso o dependencia, pero nunca “todos” en un periodo de 12 meses o más.

Muchos factores determinan las posibilidades de que una persona desarrolle dependencia al alcohol. El género, la constitución genética, la raza, la influencia de los padres, la crianza y la depresión están relacionados con la dependencia y el abuso de alcohol. Para muchas personas, el tóxico es adictivo y peligroso y conduce finalmente a abuso de alcohol. Esto es cierto en 10 a 15% de los varones y 5% de las mujeres de

países occidentales que consumen alcohol. El abuso de éste origina 100000 muertes anualmente en los Estados Unidos.¹⁵

Tabla N° 4: Abuso y Dependencia del consumo de bebidas alcohólicas según grupos de edad en Argentina 2004

Años	ABUSO				DEPENDENCIA
	Cerveza	Vino	Bebidas fuertes	Total Absoluto	
16-24	6.7 %	3.5 %	1.6 %	11.8%	7.5 %
25-34	3.8 %	5.2%	1.7%	10.7%	5.4%
35-49	1%	4.3%	0.5%	5.8%	2%
50-65	0.7%	0.7%	0.7%	2.1%	2.9%

Fuente: WHO Statistical Information System (WHOSIS)

No existe una única clasificación para el control semántico en el consumo de alcohol, pudiéndose tomar diversos criterios para hacerlo.

A continuación se describe una de las tantas formas, que incluye bebedor excepcional, bebedor social, bebedor abusivo sin dependencia, bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones, dependiente alcohólico complicado y dependiente alcohólico complicado en fase final. Es importante destacar que el abstinentes total es el que nunca bebe. La línea que separa la normalidad de la enfermedad se encuentra entre el bebedor social y abusivo sin dependencia, y después la cuantía y frecuencia de la ingestión, las deficiencias nutricionales acompañantes, que lo lleva a una desnutrición energético proteica conformaran las restantes posibilidades evolutivas.¹⁶

El bebedor excepcional se caracteriza porque bebe ocasionalmente en cantidad limitada, 1 ó 2 tragos, y en situaciones muy especiales, menos de 5 veces al año. El bebedor social es el sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales. No satisface los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante éste. Lo que destaca al bebedor moderado es que consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que ¼ de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta 12 estados de embriaguez ligera al año, lo que sería un bebedor con riesgo. Dentro de la clasificación también se encuentra al bebedor abusivo sin dependencia, que sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más del 20% de las calorías de la dieta en alcohol, lo que se llamaría un bebedor problema. El dependiente alcohólico sin complicaciones establece la dependencia física cuya manifestación clínica esta dada por la aparición en periodos de abstinencia de temblores severos,

¹⁵ Health risks and benefits of alcohol consumption: *Alcohol Research and Health* 24(1):5, 2000.

¹⁶ Gonzalez R. Variedades de alcoholismo. *Rev Psiquiatr la Habana* 1983; 24(4):523-9
Freedman A, Kaplan H, Sadock B. *Modern synopsis of comprehensive text book of Psychiatry*. 2 ed. Baltimore: Williams an Wilkins, 1977:p676.

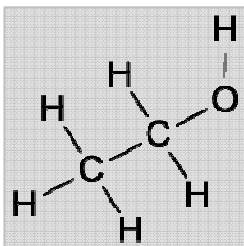
nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración. A diferencia del dependiente alcohólico complicado que además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas como el delirium tremens, alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o aparecen complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, gastritis. Por último de esta clasificación se encuentra el dependiente alcohólico complicado en fase final: es notable el deterioro físico y psíquico además de su comportamiento social. Los pacientes presentan severos cuadros de desnutrición, puede aparecer cáncer del subsistema digestivo entre otras.¹⁷

El alcohol es el responsable de producir sobre el organismo un efecto tóxico y directo, junto con un efecto sedante; además la ingestión excesiva de etanol durante periodos prolongados conduce a carencias nutritivas. La mayoría de las personas que tienen problemas con la bebida no puede tener voluntad propia para no beber. El ansia por hacerlo puede ser tan fuerte como la necesidad de comida y agua.

El etanol produce cambios simultáneos de muchos neurotransmisores y además aumenta la capacidad de intercambio de membranas en las mucosas y para enfrentar esto después de la exposición continuada el organismo humano acude a mecanismos de compensación en aras de tolerar las concentraciones crecientes: primero, después de 1-2 semanas de consumo diario el hígado puede aumentar en tasa metabólica para el etanol hasta en un 30% lo cual se denomina tolerancia farmacocinética lo cual desaparece también en una o dos semanas. Segundo: la tolerancia farmacodinámica o celular dada por cambios neuroquímicos de las membranas celulares que alteran el flujo de iones y podrían contribuir a la dependencia física. Por último ocurre la adaptación del comportamiento que permite un mejor funcionamiento aún bajo la influencia del alcohol y se conoce como tolerancia de comportamiento.

Cuando se producen estas adaptaciones las “neuronas requieren etanol” para funcionar a plenitud y aparece la dependencia “física o adicción” y el paciente tiene pérdida de su control.

Imagen Nº 1: Fórmula molecular del etanol.



Fuente: <http://es.wikipedia.org/>

El [compuesto químico](#) etanol, o alcohol etílico, es un [alcohol](#) que se presenta como un líquido incoloro e inflamable con un punto de ebullición de 78 °C. Al mezclarse con agua en cualquier proporción, da una mezcla azeotrópica.

Su fórmula molecular es C₂H₅OH, tienen sabor a quemado y un

olor agradable característico. Debido a su bajo punto de congelación, ha sido empleado como fluido en termómetros para medir temperaturas inferiores al punto de congelación del mercurio, -40°C, y como anticongelante en radiadores de automóviles.

¹⁷ <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/alcoholismo/dependencia.htm>

Normalmente el etanol se concentra por destilación de disoluciones diluidas. El de uso comercial contienen 95% en volumen de etanol y un 5% de agua. Ciertos agentes deshidratantes extraen el agua residual y producen etanol absoluto, cada gramo de éste aporta 7.1 kilocalorías.

Además de ser un tóxico, el alcohol es una droga, ya que, a partir de unos ciertos niveles, su ingesta crónica produce: tolerancia, es decir, progresivamente las mismas dosis de alcohol producen menores efectos lo cual se traduce en una tendencia a incrementar el consumo, y dependencia, el consumo de etanol produce la aparición de una serie de trastornos somáticos y/o psíquicos que conducen a la necesidad de volver a ingerirlo. Esta dependencia puede conducir al llamado "síndrome de abstinencia" que puede llegar a constituir una situación insostenible para un enfermo alcohólico.¹⁸

El alcohol es una sustancia depresiva que disminuye el funcionamiento del sistema nervioso. Éste comienza a afectar al cuerpo rápidamente. La sangre transporta el alcohol a todo el organismo. En el hígado el alcohol se convierte en agua, dióxido de carbono y energía a la razón de media onza de alcohol puro por hora. En el cerebro el proceso de razonamiento se disminuye conforme el alcohol afecta a las neuronas. Entre más alta sea la concentración, mayor será el número de neuronas afectadas.

Los efectos duran hasta que todo el alcohol ha sido procesado. Esto tarda aproximadamente una hora y media por 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino ó 1 cóctel en una persona de 75 kg. (1 onza = 30 milímetros). Dicho de otra manera un bebedor social que pesa 75 kg. y tiene una función hepática normal, metaboliza alrededor de 5 a 7 g de alcohol por hora.¹⁹ Ello corresponde casi a la mitad de una cerveza o una cuarta parte de una bebida de tamaño ordinario. Cuando el ritmo de consumo de alcohol excede a la capacidad metabólica del hígado, aumenta el alcohol en sangre y se presentan síntomas de intoxicación a medida que el alcohol empieza a llegar al cerebro.

Se pueden considerar principalmente dos tipos de intoxicación debido al consumo del tóxico. La aguda, que se caracteriza por la ingestión masiva y la absorción de la sustancia va a estar determinada por diversos factores como la graduación, la composición química de la bebida, el peso del sujeto, el sexo, etc. Luego suceden los efectos, que dependen de la cantidad ingerida. La fase prodrómica, en donde la concentración de alcohol en sangre varía de 0.25gr./l a 0.3gr./l. En ésta se presentan alteraciones que afectan la percepción de los sentidos y una disminución de los reflejos. La etapa de la excitación es en donde la concentración varía de 0.3gr. a 1.5gr./litro y se ocasiona pérdida de la inhibición y del autocontrol con parálisis progresiva de los

¹⁸ Miquel Llovera, Xavier Testar y d. López Tejero. *Nutrición y alcohol*. Bioquímica y nutrición.

¹⁹ Suter PM: Alcohol: Its role in health and nutrition in Bowman BA, RM Russell (eds.): *Present knowledge in Nutrition* Washington, DC:ILSI, 2001.

procesos mentales más complejos. La fase de incoordinación que se caracteriza por tener una concentración que va desde 1.5gr. /l a 3gr. /l. se destacan los siguientes síntomas: temblor, confusión mental, incoordinación motriz. Y por último el coma y muerte que se caracteriza por superar los 3 gramos por litro. La intoxicación crónica es provocada por intoxicaciones agudas repetidas o excesivas y continuado consumo de alcohol. La enfermedad dependerá del hábito de beber de cada individuo.

Se caracteriza por cuatro síntomas principales: el deseo insaciable, el cual se refiere a la necesidad fuerte y compulsiva de beber alcohol. El segundo ítem es la pérdida de control: se caracteriza por la inhabilidad frecuente de parar de beber alcohol una vez la persona ha comenzado. Dependencia física constituye el tercero, la ocurrencia de síntomas después de abstinencia tales como vómitos, sudor, temblores, y ansiedad cuando se deja de beber después de un período de consumo de alcohol en grandes cantidades. Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante. Y por último la tolerancia: la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse entonado o intoxicado.

Según el tipo de elaboración las bebidas alcohólicas se pueden distinguir en fermentadas y destiladas.

Las fermentadas se obtienen al transformarse en alcohol el azúcar que contienen algunas frutas como es el vino y la sidra, ó la raíz y el grano de algunas plantas en el caso de la cerveza. Por este procedimiento es difícil conseguir más de un 17 % de alcohol, ya que el propio alcohol mata a la levadura e inhibe la fermentación. Su contenido de alcohol oscila entre unos 3 a 5 grados, pueden llegar hasta los 15 grados.

Las bebidas destiladas se obtienen por destilación o maceración de las bebidas fermentadas, con lo que se consigue aumentar el porcentaje de alcohol. La destilación es un método físico utilizado para separar líquidos basándose en sus temperaturas de ebullición. Pueden contener también azúcares simples en diversas proporciones. Son los llamados licores que incluyen ginebra, whisky, vodka, ron, etc. Contienen una alta concentración de alcohol que puede llegar hasta los 45 grados.

Los grados Gay Lussac es la medida de alcohol contenida en volumen. Sirven para indicar el contenido en una sustancia en volumen, por ejemplo en un vino tinto que por lo general marca de 11 a 16% de alcohol, el porcentaje es igual a la cantidad de mililitros de alcohol etílico que contiene en total la botella.

La graduación alcohólica o grado alcohólico volumétrico de una bebida espirituosa es la expresión en grados del número de volúmenes de alcohol, etanol, contenidos en 100 volúmenes del producto, medidos a la temperatura de 20 °C. Se trata de una medida de concentración porcentual en volúmenes.

A cada unidad de porcentaje de alcohol en el volumen total le corresponde un grado de graduación alcohólica. Así, se habla de un vino con una graduación de 13,5° cuando tiene un 13,5% de alcohol, o sea 135 ml. de etanol por litro. En las etiquetas de las botellas, el grado alcohólico volumétrico se indica mediante el uso de la palabra alcohol, o la abreviatura alc., seguida del símbolo % Vol.

El aporte energético varía en función del grado alcohólico y del contenido en azúcares. Cuando se metaboliza produce 7 Kcal. por gramo de alcohol. Así, el vino aporta 60 - 70 kilocalorías por 100 gramos, la cerveza de 35 - 45 kilocalorías y el whisky y otras bebidas destiladas unas 200 Kcal. por 100 gramos.

Las kilocalorías se calculan transformando los mililitros de alcohol que tiene la bebida en gramos. Para ello se los debe multiplicar por la densidad de alcohol que es 0,8, lo que significa que 1 cm³ de alcohol pesa 0,8 gramos. Por ejemplo:

$$120 \text{ ml de vino} \times 0,8 = 96 \text{ g de alcohol}$$

$$96 \text{ g} \times 7 \text{ Kcal.} = 672 \text{ Kcal. en un litro}$$

Tabla Nº 5: Composición química y graduación de alcohol de ciertas bebidas alcohólicas.

	Alcohol %	Energía Kcal.	Proteínas Gr.	Hidratos C. Gr.
Whisky	42	293	0	0
Licor	22	285	0	33.8
Curacao	30	290	0	20
Champagne demi-sec	11.5	90	0	2.5
Sidra	5.5	51	0	5.1
Vinos dulces	16	157	0.2	13
Vinos de mesa	11	77	0.1	1.1
Vinos finos	16	124	0.1	3
Vermouth amargo	16	112	0	0
Cerveza	5	48	0.6	3.8

Fuente: Tabla de composición química de los alimentos. CENEXA. Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada (UNLP-CONICET). Segunda edición.

Según un estudio realizado por The Nielsen Company²⁰, a nivel global, Argentina es uno de los países que más creció en cuanto a consumo de alcohol. En el promedio

²⁰ Consultora global especialista en medios, branding y marketing. es la compañía líder mundial en servicios de investigación e información de mercados, donde cuentan con herramientas y sistemas para el análisis de la información, y con un profesional equipo de servicio y atención

mundial, el primer puesto lo saco América Latina, argentina se ubica con un 23% de crecimiento, si se compara el año 2006 con el 2007.

TNS Gallup²¹ realiza una encuesta a nivel nacional que indaga sobre los hábitos, opiniones y actitudes de los argentinos en relación al consumo de alcohol, entrevistándose a 1000 personas en todo el país en Mayo del 2007.

Este informe revela cifras interesantes que permiten conocer el consumo de la sustancia tóxica y marcando diferencias en cuanto al sexo y edad.

El consumo declarado de alcohol aumenta claramente en los hombre respecto de las mujeres, 64% contra 26%. También crece a menor edad, 50 % y más entre los individuos de 18 a 34 años contra 41 % de los mayores de 65 años; a mayor nivel educativo, 53 % entre los universitarios contra 41% los de educación primaria; y a mayor nivel socioeconómico, 68 % en los grupos mas altos contra 40% en los más bajos.

Otro dato importante según la consultora, 7 de cada 10 jóvenes mayores de 18 años que consumen alcohol en la Argentina confiesan haber bebido cinco o mas tragos en una sola ocasión al menos una vez durante el último año. De este dato se destaca que el porcentaje de hombres duplica al de las mujeres, 67% contra 33% respectivamente.

Como conclusión de esta investigación que se realizó en el país se destaca que los jóvenes encabezan ampliamente la lista en cuanto al consumo de alcohol. Esto pone en evidencia un fenómeno preocupante que afecta a todas las clases sociales y económicas.

Un informe realizado por la Subsecretaría de Atención a las Adicciones (SADA) bonaerense demuestra que el alcohol encabeza las adicciones en Mar del Plata y la región. El 34.1% de los pacientes que se atiende en alguno de los Centros de Atención a las Adicciones (CPA) de la región sanitaria VIII que integra General Pueyrredón sufre de adicciones con el alcohol. Cabe destacar que la muestra abarca a personas que realizaron consultas e iniciaron un tratamiento en alguno de los CPA del partido. ²²

²¹TNS Gallup Argentina coordina la encuesta Voice of the people© a nivel global. A través de esta investigación se le ofrece la posibilidad a distintos Organismos e Instituciones de realizar las preguntas que necesite a la población mundial. Este estudio, único en su tipo por su cobertura, entrevista todos los años a la población de más de 60 países de todas las regiones del mundo.

²² Diario La Capital, sección Actualidad. Mar del Plata, Lunes 11 de Mayo 2009.

CAPITULO 2



El estado nutricional de los bebedores excesivos o los efectos nutrimentales del alcohol se consideran un importante factor de riesgo en la génesis de daño hepático. Aproximadamente el 30% de ellos desarrollan un daño como consecuencia del etanol.²³ Cuando una persona consume una bebida alcohólica, aumenta con rapidez su concentración sanguínea de alcohol. Éste pasa con facilidad al torrente sanguíneo en diferentes segmentos del tubo gastrointestinal mediante difusión simple. La absorción del tóxico depende en parte del ritmo de vaciamiento del estómago. El alimento retrasa este último y estimula las secreciones, como el ácido gástrico que diluyen el alcohol y retardan su absorción en la sangre.

El alcohol se metaboliza casi exclusivamente en el hígado mediante dos vías enzimáticas: Alcohol deshidrogenasa (ADH), que se efectúa en el citosol celular, y el Sistema microsómico de oxidación del alcohol (SMOA), que se produce en los microsomas del retículo endoplasmático. Se ha demostrado que ambas vías tienen múltiples e importantes consecuencias nutricionales y metabólicas en los pacientes que ingieren cantidades abusivas de alcohol. Con un consumo bajo a moderado de alcohol se utiliza la vía ADH, con un consumo más alto también se utiliza el sistema microsómico de oxidación del alcohol, éste utiliza energía en lugar de producirla.

La vía ADH convierte el alcohol en acetaldehído, una sustancia potencialmente tóxica. La rapidez de este paso metabólico depende en parte de los factores nutricionales; por ejemplo, la dieta baja en proteínas reduce los niveles hepáticos de ADH y, consecuentemente, disminuye la metabolización del alcohol.²⁴ Por tanto, se asume que en un paciente alcohólico con malnutrición se ralentiza la degradación del alcohol y, secundariamente, sus niveles en sangre se mantienen elevados durante más tiempo; esta alcoholemia proporciona una mayor oportunidad de lesiones crónicas en el hígado y otros órganos. El metabolismo de alcohol por la vía de la ADH genera acetaldehído y átomos de hidrógeno. Estos átomos reaccionan con la nicotinamida adenina dinucleotico (NAD) y la convierten en un producto reducido (NADH). Si la degradación enzimática del alcohol generara mucha NADH, el desequilibrio NAD/NADH puede causar graves errores metabólicos²⁵, como una síntesis anormal de ácido láctico y la consecuente reducción de la capacidad excretora de ácido úrico por el riñón por tanto, la ingestión excesiva de alcohol puede causar gota.

Por otra parte, el aumento de NADH promueve la síntesis de ácidos grasos y reduce su degradación metabólica en el hígado, por lo que contribuye causalmente a la formación

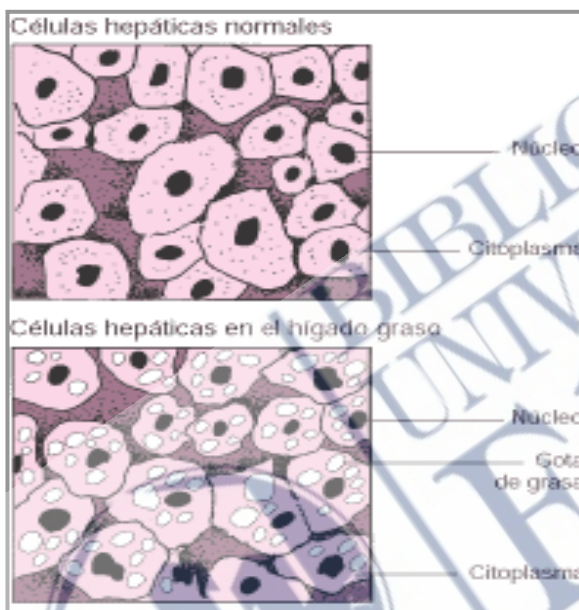
²³ Daniel Bunout; Alcohol, nutrición y daño hepático alcohólico; Alcohol y Nutrición. www.biblioteca.org.ar/LIBROS/88595.pdf

²⁴ Bode JL, Cuchwald B, Coebell H: Inhibition of ethanol breakdown due to protein deficiency in man. *German Medical Monthly* 1971; 1:149-151.

²⁵ Lieber CS. Medical and Nutritional complications of alcoholism: Mechanisms and Management. New York: *Plenum Press*, 1992.

de un hígado graso, también denominado esteatosis. Otros factores cooperativos son: excreción disminuida por el hígado de grasas con contenido proteico; liberación de grasa en otros órganos y transporte al hígado, y captación aumentada por el hígado de las grasas circulantes en la sangre. El resultado de todos estos procesos es el hígado graso, que constituye la primera forma de lesión hepática causada por el alcohol²⁶, pudiendo provocar tres tipos de daños hepáticos: la acumulación de grasa, hígado graso, la inflamación, denominada clínicamente hepatitis alcohólica, y la aparición de cicatrices, que es la cirrosis.

Imagen Nº 2: Aspecto microscópico de células hepáticas.



Fuente: Wyngaarden Jb, Smith LH²⁷

En fases avanzadas de la lesión hepatocelular, la NADH induce la síntesis de colágeno y la subsiguiente transformación fibrosa del hígado a través del estímulo de la proliferación, maduración y diferenciación de las células estrelladas hepáticas.

Desde una perspectiva estructural, el alcohol con su grupo hidroxilo (-OH) se parece a un carbohidrato. Sin embargo, puesto que es convertido directamente en acetil-CoA, los carbonos del alcohol no pueden mantener la producción de glucosa. Por consiguiente, el alcohol se metaboliza más como un ácido graso que como un carbohidrato y en términos metabólicos se lo considera como una grasa.

Cuando una persona consume cantidades moderadas a excesivas de alcohol la enzima deshidrogenada alcohólica no puede seguir el ritmo de la demanda de metabolizar la

²⁶ Lieber CS, Schimid R. The effect of ethanol on fatty acid metabolism: Stimulation of hepatic fatty acid synthesis in vitro. *J Clin Inves* 1961; 40:394-399.

²⁷ Wyngaarden Jb, Smith LH: *Cecil Textbook Of Medicine*, Philadelphia, 1998.

totalidad de la sustancia en acetaldehído, por ésta y otras razones, existe otro sistema para realizarlo denominado sistema microsómico de oxidación del alcohol (SMOA).

El hígado, y también otras células del cuerpo, utilizan este sistema para metabolizar fármacos y otras sustancias extrañas. Cuando el hígado está abrumado con cantidades excesivas de alcohol, trata el exceso como una sustancia extraña y activa el sistema SMOA. Éste utiliza oxígeno, otra coenzima de niacina (NADP⁺), y produce agua y acetaldehído. Una vez que el sistema se activa aumenta la tolerancia al alcohol porque se incrementa el ritmo de metabolismo del mismo.²⁸

Existen dos aspectos interesantes de la dependencia del cuerpo en el sistema macrosómico de oxidación del alcohol. Primero, en lugar de formar la coenzima que contiene niacina, NADH + H⁺, como en el caso de la deshidrogenada alcohólica, el SMOA utiliza la coenzima que contienen niacina NADPH + H⁺, un compuesto análogo al NADH + H⁺. En vez de producir moléculas potenciales de ATP a partir del primer paso en el metabolismo del alcohol, el SMOA utiliza la energía potencial del ATP en forma de NADPH + H⁺. Este último se convierte en NADP⁺. Ello explica en parte por qué los alcohólicos no aumentan mucho de peso como cabría esperar por la cantidad de energía derivada del alcohol que consumen.

El hígado utiliza de manera ineficiente las cantidades excesivas de alcohol porque requiere energía para el paso metabólico inicial del metabolismo. Una persona con alcoholismo gasta algo de energía para inducir esta vía metabólica alterna. El daño del hígado por el alcohol, tal que se obstaculizan otras vías metabólicas, también está implicado en la producción reducida de energía relacionada con el consumo alto del tóxico. Además éste aumenta el índice metabólico del cuerpo.²⁹

El componente del sistema SMOA decisivo para el metabolismo del alcohol es el citocromo P4502E1, cuyos niveles intrahepáticos aumentan sustancialmente tras la ingestión del etanol. Ésto contribuye al desarrollo de hepatopatía crónica, la cual se manifiesta inicialmente en forma de esteatohepatitis, depósito de grasa más inflamación.

²⁸ Suter PM: Its role in health and nutrition in Browman BA, RM Russell (eds): *Present Knowledge in nutrition*. Washington DC: ILSI Press, 2001.

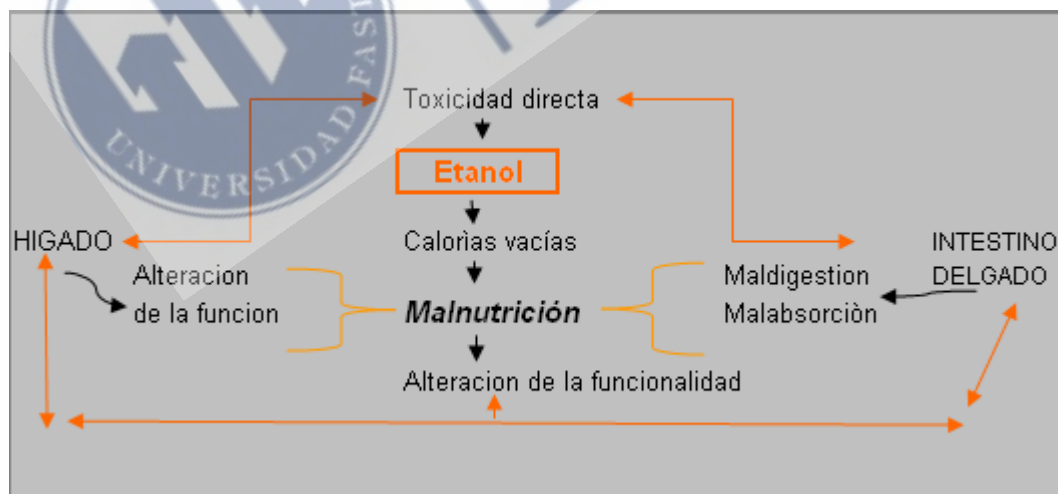
²⁹ Schutz Y: Role of substance utilization and termogénesis on body-weight control with particular referente to school. *Proceedings of Nutrition Society* 59:511,2000.

La desnutrición es común en individuos con daño hepático avanzado. El deterioro del estado nutritivo se asocia a una mayor morbi-mortalidad disminuyendo así la esperanza de vida. Cuando se consume en exceso, el alcohol puede interferir gravemente con el estado nutricional del bebedor, ya sea alterando la ingestión del alimento, su absorción o la utilización de los nutrientes por el organismo. Además, el alcohol puede ejercer ciertos efectos nocivos en el hígado directamente o través de los compuestos intermedios resultantes de su metabolismo.

Está plenamente demostrado que los individuos alcohólicos presentan un cierto déficit de la masa muscular medida por la relación peso/altura, circunferencia del brazo. De hecho se considera que la enfermedad es la causa de malnutrición mas frecuente en el mundo Occidental. La evaluación del estado nutricional de un paciente alcohólico siempre debe ser realizada con el objetivo de identificar si existe desnutrición y encaminar las medidas terapéuticas a prevenir las complicaciones que derivan de ello.³⁰

La malnutrición producida por la ingesta de etanol se origina a tres niveles diferentes. Por un lado la metabolización del etanol produce un aporte calórico que puede comportar una disminución compensatoria de la ingesta normal de alimentos, lo que se denomina malnutrición primaria. En segundo lugar, el etanol altera la digestión y la absorción de los alimentos, se dice que es la malnutrición secundaria. Por último, el etanol afecta a la metabolización de los compuestos absorbidos, de forma que se puede modificar su aprovechamiento por la célula, se designa malnutrición terciaria.

Diagrama N° 1: Ingesta de etanol y malnutrición



Fuente: C.S. Lieber, 1983

³⁰ Chaer Borges V, Linetzky W D, De Oliveira A, Carneiro LA, Camilo ME. Insuficiencia hepática aguda e crónica. En: Linetzky Waitzberg D. Nutricao oral, enteral y parenteral na pratica clínica. Sao Paulo. Ed Atheneu, 2001: 1209-26

Las moléculas de los carbonos, que surgen como resultado de la metabolización del etanol, no son utilizados de manera cuantitativamente importante por el organismo como elementos plásticos para su anabolismo. Las calorías aportadas por el etanol reciben el nombre de calorías vacías, ya que no son acompañadas por vitaminas, minerales, ácidos grasos esenciales, etc. junto con el sentido de que no son útiles para producir o mantener masa corporal.³¹ En la medida en que el aporte calórico de etanol haga disminuir, por sustitución, el consumo de alimentos ingeridos y ó de oligoelementos absorbidos, se trata de una malnutrición primaria. Un alcohólico llega a reemplazar hasta el 60% de ingesta calórica por alcohol.¹

Después de una ingesta de etanol, los niveles de este compuesto alcanzados en el intestino delgado, duodeno, son unas 20 veces los plasmáticos. Sus propiedades fisicoquímicas, hacen que el tóxico actúe sobre las membranas celulares afectando a su composición y llegando a comprometer su fluidez y funcionalidad.

Como parte del proceso de la malnutrición secundaria a nivel del esófago, el etanol produce una alteración de su actividad peristáltica, también puede ocasionar inflamación y producir esofagitis. Produce un efecto abrasivo en las capas protectoras. En el estómago altera la secreción de jugo gástrico, posiblemente a través de la inducción de la secreción de gastrina y ó histamina, afectando las glándulas secretoras o bien afectando directamente la mucosa gástrica. Otra consecuencia del consumo excesivo del alcohol es que es capaz de aumentar la velocidad de vaciamiento del estomago, producir erosiones hemorrágicas de su mucosa. Los síntomas mas frecuentes son acidez, indigestión, vómitos y náuseas constantes.

En el intestino el etanol provoca un incremento de la motilidad, que repercute en un aumento de la velocidad de tránsito de los alimentos ingeridos, lo cual disminuye la probabilidad de absorción. También provoca una reducción del número de células epiteliales, alterando su morfología y funcionalidad, y genera una recesión de la longitud de las microvellosidades disminuyendo así la superficie de absorción del intestino.³²

Por otra parte, el etanol también produce una disminución de la secreción pancreática y biliar, intensificada por la malnutrición primaria. Todo esto hace que se reduzca la cantidad global de diversas enzimas digestivas, tanto de hidratos de carbono como la amilasa, lactasa maltasa, sacarasa etc., además de enzimas lipídicas, en las que se incluyen la lipasa, fosfolipasas entre otras, y de proteínas como la tripsina, quimiotripsina. La menor actividad de todas estas enzimas repercutirá en una menor

³¹ Lieber CS. Perspectives: do alcohol calories count? *Am J Clin Nutr* 1991; 54:976-982.

³² Morgan S., Weinsier L.R. *Nutrición clínica*. Segunda edición. Pág. 72-73

capacidad de digestión de los alimentos ingeridos y, por tanto, en un menor aprovechamiento de los nutrientes.³³

La sustancia tóxica también afecta a la absorción intestinal de los alimentos una vez ingeridos. Se produce por cotransporte, es decir, un transporte simultáneo en la misma dirección con el sodio (Na). Los niveles bajos de Na, con respecto al del exterior de la célula, se consiguen gracias a la acción de un transportador de membrana que utiliza la energía (ATP) para extraer Na e introducir K. Este transportador se ve afectado por el etanol, de forma que la disminución de su actividad produce un aumento de los niveles intracelulares de Na y por tanto una disminución del gradiente de concentración del mineral entre el exterior y el interior de la célula, lo cual provoca una menor tendencia del Na a entrar desde la luz intestinal. Este hecho conlleva una disminución global de la glucosa y otros monosacáridos a través de la pared intestinal. A menudo, la malabsorción de azúcares da lugar a diarreas y vómitos que empeoran aún más el desaprovechamiento de los alimentos ingeridos.

Como consecuencia de este conjunto de alteraciones, la absorción intestinal de monosacáridos, aminoácidos, lípidos, vitaminas y minerales se ve alterada en mayor o menor grado, dando así lugar, a una malnutrición secundaria.

Además de los efectos anteriores del etanol sobre el estado nutricional del individuo, directa o indirectamente, afecta también a la metabolización y al aprovechamiento por los diferentes tejidos de los nutrientes una vez absorbidos, lo cual, a su vez, es causa de malnutrición llamada terciaria.

Debido a esta malnutrición se produce un déficit importante de nutrientes, incluidas las proteínas, aminoácidos esenciales, que pueden comprometer gravemente la síntesis de proteínas celulares; teniendo consecuencias graves en el metabolismo intermediario de toda la célula.

El alcohol, junto con los diferentes niveles de malnutrición que genera, distorsiona el metabolismo de todos los macronutrientes, vitaminas y minerales, y las consecuencias de estas alteraciones pueden tener importancia en la génesis del daño hepático.³⁴

Con lo que respecta a los hidratos de carbono durante muchos años, la única alteración del metabolismo que se consideraba importante era la inhibición de la neoglucogénesis que podía conducir a hipoglucemias catastróficas. Sin embargo el fenómeno que más preocupa es la intolerancia a estos macronutrientes que los pacientes alcohólicos desarrollan. El hallazgo más relevante causado por el etanol es la inhibición de la

³³ Hernández Triana M. Alteraciones metabólicas en el alcoholismo. *Revista Cubana Aliment Nutr* 1996;10(1)

³⁴ Lieber C.S. Interactions of alcohol and Nutrition; Alcoholism: *Clinical and Experimental research*, 7:2-4, 1983.

secreción de insulina estimulada por la glucosa, simultáneamente el tóxico disminuye la producción hepática de la glucosa.

Cuando se produce una insuficiencia hepatocelular secundaria de alcoholismo crónico, son evidentes las alteraciones de la síntesis hepática de proteínas, sobre todo albúmina y factores de la coagulación, y de urea, así como un metabolismo defectuoso de los aminoácidos aromáticos. Las consecuencias clínicas, potencialmente graves, son las siguientes: Hipoalbuminemia, con alteraciones del transporte de ciertos minerales y posible acumulación de líquido, es decir retención hidrosalina; Hipoprotrombinemia y déficit de síntesis de otros factores de la coagulación, con riesgo de hemorragias digestivas o de otros órganos; reducción de la síntesis de urea, con aumento de la concentración sanguínea de amoníaco y riesgo de desarrollar encefalopatía hepática, y alteración del balance de aminoácidos, con incremento de los niveles de los aromáticos y riesgo de encefalopatía hepática.³⁵

El efecto global del consumo crónico de alcohol es provocar una pérdida de proteínas. La absorción es inhibida a nivel intestinal y la excreción urinaria de nitrógeno aumenta así también los requerimientos dietarios.

Sumado a las alteraciones metabólicas, el actor más importante y reversible en la génesis de la desnutrición en estos individuos es una inadecuada ingesta calórica proteica. Especialmente aquellos con síndrome ascítico, la anorexia, náuseas, saciedad temprana, malabsorción, encefalopatía, intolerancia relativa al agua y restricción dietaria juegan un rol preponderante. Se puede confirmar que estos enfermos tienen balance de nitrógeno negativo, explicado en parte, por una baja ingesta proteica y por un incremento del catabolismo proteico.

En cuanto al metabolismo de los lípidos el alcohol inhibe la lipólisis reduciendo en forma marcada los niveles de ácidos grasos libres circulantes. Junto a este fenómeno aumenta los niveles circulantes de cuerpos cetónicos, que puede deberse a la conversión del acetato generado durante la metabolización del alcohol. La cetosis alcohólica puede ser una causa de acidosis metabólica en alcohólicos en abstinencia reciente.

El consumo del tóxico también afecta los niveles de lípidos séricos, observándose aumento de niveles de triglicéridos que vuelven a lo normal en la abstinencia. Es importante destacar que el consumo moderado de alcohol aumenta los niveles de colesterol total.

El estado nutricional refleja con cierta aproximación el total de calorías que se ingieren diariamente en forma de alcohol. Si la ingestión de alcohol supera al 30% del aporte calórico total, es habitual que se reduzca significativamente la ingestión de hidratos de

³⁵ R. Moreno Otero y J.R. Cortes. Nutr. Hosp. V.23 supl. 2. Madrid mayo 2008.

carbono, proteínas y grasas. Los problemas nutricionales son muy comunes en los alcohólicos, son factibles carencias de varios nutrientes, en particular de vitaminas y minerales.

Tabla N° 6: Carencia de Minerales.

MINERALES		
Carencia	Causa	Consecuencias
Magnesio	El abuso de alcohol genera un aumento de la excreción urinaria del mineral.	Las concentraciones bajas de magnesio en sangre originan tetania. Caracterizada por calambres, sacudidas musculares convulsiones- La carencia origina alucinaciones
Cinc	Aumenta la excreción urinaria y disminución en la absorción.	Cambios en el gusto y el olfato, pérdida del apetito, problemas con la cicatrización de heridas.
Hierro	El consumo excesivo de alcohol daña el tubo gastrointestinal y causa hemorragias en éste. Las cuales a la larga generan carencia de hierro. También incrementa la captación y el almacenamiento del mineral en el hígado, esto acelera el desarrollo de cirrosis.	

Fuente: Charles H. Halsted³⁶, MD., La opinión de un experto, La producción de energía, nutrientes y alcohol.

Se realiza un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de osteopenia y osteoporosis en cirróticos alcohólicos entre 45 y 65 años de edad. Además comprobar si el estado nutricional está implicado en la pérdida de masa ósea de la enfermedad hepática. La población fue constituida por 52 varones cirróticos alcohólicos, con función renal normal, no sedentarios y sin ningún tratamiento que pudiera alterar el estudio. El estado nutricional se evalúa por medio de parámetros antropométricos clásicos, peso, altura, perímetro braquial y pliegues cutáneos, y densitometría corporal total. Dentro de los resultados la prevalencia de enfermedad ósea fue del 58%. Los porcentajes de grasa obtenidos por medidas antropométricas y densitométricas fueron superiores en los pacientes no osteopénicos.³⁷

³⁶ El Dr. Halsted es profesor de medicina interna y nutrición en la División de Endocrinología, nutrición clínica y metabolismo vascular de la Escuela de medicina de la University del American Journal of Clinical Nutrition y cuenta con numerosas publicaciones sobre los efectos del alcohol en la salud nutricional.

³⁷ M. Escalante, R. Vicario, M.L: Gabancho, Nutrición, enfermedad ósea y cirrosis alcohólica. *An Med Interna* (Madrid), Vol 19 N°10, pp 503-505, 2002

Tabla N° 7: Carencia de Vitaminas Liposolubles.

VITAMINAS LIPOSOLUBLES		
Carencia	Causa	Consecuencias
Vitamina A Retinol	Dieta insuficiente, aumento del metabolismo y la excreción biliar, o incapacidad del hígado para producir la proteína de unión (retinol). El consumo crónico de alcohol induce sistemas metabólicos en el hígado que aceleran la degradación de la vitamina. El páncreas dañado libera menor cantidad de enzimas para digerir grasa, provocando disminución de secreción biliar, como consecuencia final da una disminución de la capacidad para solubilizar vitaminas liposolubles y una absorción reducida de la A.	Muchos alcohólicos tienen problemas para ver por la noche, Ceguera nocturna, debido a la carencia de vitamina A inducida por el alcohol.
Vitamina D Colecalciferol	Resulta del consumo dietético inadecuado, falta de exposición a la luz solar, o de ambos. Un hígado dañado por el alcohol tienen alterada su capacidad para convertir la vitamina en la forma de la hormona paratifoidea.	Desarrollo de osteoporosis.
Vitamina E Tocoferol	El páncreas dañado por el alcohol es menos capaz de producir enzimas digestivas necesarias y ello origina un deterioro de la digestión y la absorción de grasas y alimentos liposolubles.	La carencia puede contribuir a desarrollar neuropatía periférica y visión en túnel.
Vitamina K Naftoquinona	La carencia ocurre por la misma causa que todas las vitaminas liposolubles, debido al páncreas dañado que contribuye a la malabsorción de grasas y vitaminas.	Las enfermos alcohólicos tienen menos capacidad de sintetizar los factores de coagulación que dependen de la vitamina K.

Fuente: Charles H. Halsted, MD., La opinión de un experto, La producción de energía, nutrientes y alcohol.

El trastorno asociado con déficit nutricional más destacado dentro de la población de alcohólicos es la Encefalopatía de Wernicke. Esta asociado directamente al déficit de tiamina, sus síntomas se desarrollan de forma aguda, y puede estar relacionado su debut, con la ingesta de carbohidratos. Clínicamente lo que caracteriza a este trastorno es la triada de encefalopatía, incluye confusión, desorientación y alteraciones de la percepción; ataxia, que afecta la postura y la marcha, y oftalmoplejía que es la parálisis o paresia de los rectos externos.³⁸

³⁸ Belkis Sotomayor Álavarez Ciego de Avila, policlinico docente, *Alcohol y enfermedades*, Artículo de revisión. http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/revisiones/

Tabla Nº 8: Carencia de Vitaminas Hidrosolubles.

VITAMINAS HIDROSOLUBLES		
Carencia	Causa	Consecuencias
B1 Tiamina	Disminución del consumo o absorción.	Incluyen polineuropatía y problemas del sistema nervioso.
	Los pacientes con carencia extrema se hospitalizan y es necesario inyectarles tiamina, en caso contrario puede provocar: neuropatía con pérdida de la sensación en las extremidades inferiores, pérdida del equilibrio con marcha normal y pérdida de la memoria.	
B3 Niacina	El metabolismo del alcohol requiere grandes cantidades de niacina como NAD y NADP, limitando así cantidades disponibles para otras actividades metabólicas. Si los alcohólicos consumen una dieta baja en niacina y proteínas seguramente sufran los síntomas.	Pelagra.
B6 Piridoxina	El acetaldehído interfiere en el metabolismo de la vitamina. Éste desplaza a la vitamina B6 de su proteína de unión y genera un aumento de la excreción urinaria de la B6.	Riesgo de presentar anemia sideroblástica y neuropatía periférica en el caso que su dieta sea deficiente en esta vitamina.
B12 Cianocobalamina	El consumo de alcohol deteriora la absorción de la vitamina, como resultado de una disminución de la producción de la enzima digestiva tripsina por el páncreas. Ésta es necesaria para liberar la vitamina de la proteína R, y así poder ser absorbida	Puede conducir a daños irreversibles con gran variedad de signos y síntomas neurológicos incluyendo parestesia de manos y pies, falta de equilibrio, menores reflejos y en etapas posteriores pérdida de memoria, confusión, depresión y hasta pérdida de la visión central.
B9 Ácido Fólico	Consumo insuficiente o deteriora en la absorción.	La carencia puede originar una disminución del número de células de absorción en el Intestino que a continuación origina disminución de absorción de otros nutrientes. Anemia megaloblástica.
Vitamina C Ácido ascórbico	Cuando más del 30% del ingreso energético total proviene del alcohol El consumo de la vitamina suele ser menor al recomendado.	Escorbuto.

Fuente: Charles H. Halsted, MD., La opinión de un experto, La producción de energía, nutrientes y alcohol.

El estado de mal nutrición más grave, asociado a una significativa reducción de la masa muscular, se encuentra en los pacientes que ingresan en un hospital debido a que presentan complicaciones clínicas de su alcoholismo como, por ejemplo, hepatopatía crónica o pancreatitis. La persistencia en la ingestión de etanol comporta una pérdida adicional de peso, mientras que la abstinencia se asocia a una mejoría del estado nutricional y ganancia de masa muscular; este patrón es común a todos los pacientes alcohólicos, independientemente de que exista o no una lesión hepática crónica. Hay que destacar la existencia de pacientes que ingieren cantidades exageradas de alcohol y que, al mismo tiempo, hacen una dieta con alto contenido en grasas y además llevan una vida sedentaria; al contrario que malnutrición, tienden a presentar una obesidad central y es más común que este patrón se observe en mujeres³⁹.

Ellas absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente a los varones. Una mujer no puede metabolizar mucho el tóxico en las células que recubren el estómago por la actividad baja de deshidrogenasa de alcohol (DHA). Asimismo, tienen menos agua corporal en la cual diluir la sustancia comparadas con los varones. En consecuencia, cuando un varón y una mujer jóvenes de talla similar consumen cantidades iguales, llega al torrente sanguíneo de la mujer y permanece en éste una proporción mayor de alcohol. El sexo masculino metaboliza alrededor del 30% en esta forma, pero el sexo femenino sólo metaboliza el 10%, en conjunto, las mujeres desarrollan afecciones relacionadas con el alcohol, como cirrosis del hígado, con mayor rapidez que los hombres con los mismos hábitos de consumo de alcohol.

Otra gran e importante diferencia entre los sexos es que dentro de la población de bebedores en exceso, enfermos alcohólicos, predomina el masculino sobre el femenino. Así lo demuestran varios estudios, como por ejemplo uno observacional, descriptivo, de corte transversal, sobre las características epidemiológicas y sociales del alcoholismo en el área de salud de la Policlínica Manuel Fajardo Rivero perteneciente al municipio Tunas, provincia Las Tunas en el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2003. Según el sexo se demostró el predominio masculino con una prevalencia de 9,1%, existiendo alrededor de 10 hombres por cada mujer alcohólica. Aún así no resultó despreciable el riesgo alcanzado por las mujeres, cuya prevalencia demuestra que en el área por cada 100 mujeres aproximadamente 3 padecen de alcoholismo.⁴⁰

También lo demuestra un estudio descriptivo y retrospectivo con 173 pacientes consumidores de bebidas alcohólicas, a quienes se les realiza un interrogatorio para conocer las variables de sexo, edad, estado civil y edad de comienzo de la ingestión del

³⁹ Feinman L, Lieber CS. Nutrition and diet in alcoholism. En: Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC, eds. *Modern Nutrition in Health and Disease 9th ed* Baltimore: Williams & Wilkins, 1998. pp. 1523-1542.

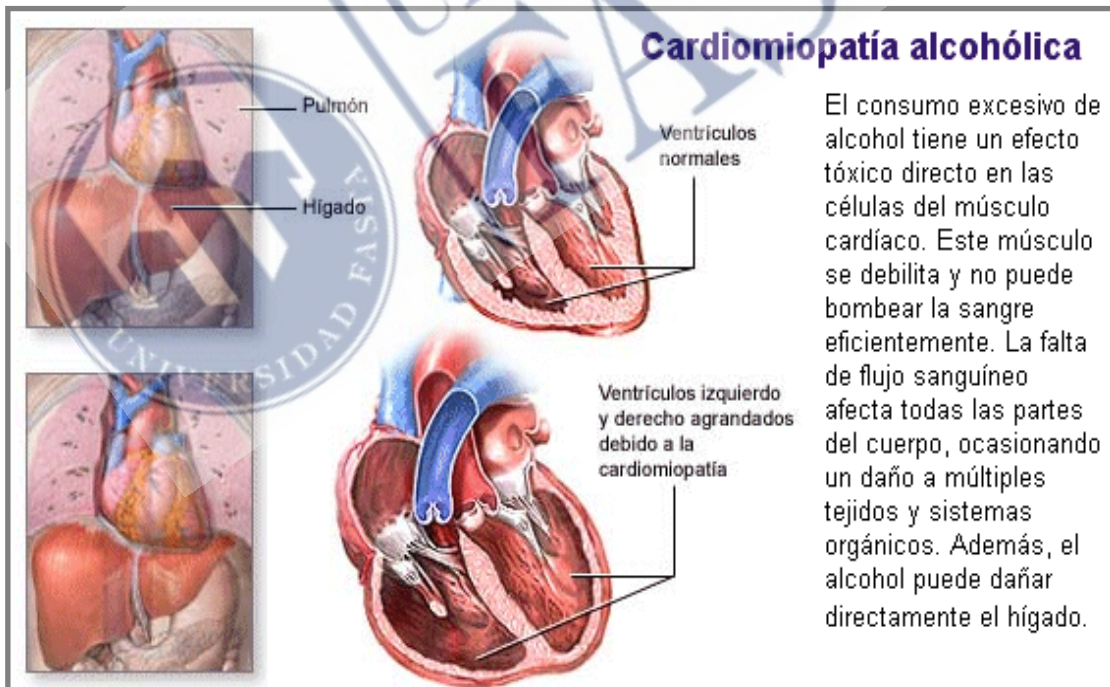
⁴⁰ www.ilustrados.com

tóxico. Los datos obtenidos en cuanto al sexo fueron 109 para el masculino y 64 para las mujeres, representando un 36%.⁴¹

Es importante destacar, además de las deficiencias nutricionales y sus respectivas consecuencias sobre el organismo, los efectos o resultados que se obtienen por el consumo de alcohol sostenido en el tiempo sobre ciertos órganos como por ejemplo el corazón, cerebro y los posibles cánceres que puede ocasionar además de los daños neurológicos.

El alcohol que circula alrededor de los vasos sanguíneos genera un daño sobre ellos. El resultado final se conoce como Cardiomiopatía Alcohólica. El corazón aumenta de tamaño y presenta un tono muscular flácido, por ello, tiene que hacer más esfuerzo para poder funcionar bien. El pulso y la presión sanguínea aumentan, hasta en personas sin una historia de cardiopatía. Un estimado 11% de todos los casos de hipertensión son causados por una ingesta alcohólica excesiva.⁴² Ocasionalmente, la bomba cardíaca se deteriora y “explota”, a causa del exceso de trabajo, produciendo un fallo congestivo cardíaco. Se producen también, graves dificultades respiratorias, arritmias cardíacas, y edemas, caracterizados por bultos en los pies, piernas, etc., por retención de líquidos, que pueden limitar y poner en peligro la propia vida.

Imagen N° 3: Influencia del alcohol sobre el corazón.



Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Efectos_del_alcohol_en_el_cuerpo

⁴¹ M. L. Lopez, A. J. Quirantes Moreno y J.A. Perez Mendez. Pesquisa de alcoholismo en un area de salud. *Revista Cubana Med. Gen. Integr* 2006;22 (2)

⁴² www.psicologia-online.com/autoayuda/alcoholism/dependencia.htm

Los daños que produce el alcohol sobre los tejidos nerviosos se deben a la acción combinada del alcohol como sustancia tóxica, y a la falta de vitaminas, concretamente Los problemas más comunes del sistema nervioso son: Neuropatía periférica: en donde las fibras nerviosas de las piernas y brazos están dañadas. Sensación de debilidad muscular, dolor o calambres después de beber. La neuropatía es reversible y la recuperación se produce cuando se deja de beber, se toman vitaminas y se sigue una dieta adecuada. La Enfermedad de Wernicke es reversible, afecta a las células del cerebro relacionadas con el pensamiento, sentimientos y la memoria. Cuando se padece produce excitabilidad, desorientación, pérdida de memoria y problemas visuales. De nuevo, la abstinencia, las vitaminas y una dieta correcta podrán corregir este problema. Otro problema es el Síndrome de Korsakoff que se procede como progresión de la enfermedad de Wernicke y es irreversible. Al producirse, la persona parece estar mentalmente alerta, pero si se observa con más atención, se notará que existen problemas intelectuales. No puede aprender cosas nuevas ni memorizar nada que se le diga. El pensamiento es rígido, no puede cambiar de tema de conversación o sus pensamientos. Sustituye los hechos olvidados por otros que no son tal, confabulación, también se destaca la Degeneración Cerebelar. El cerebelo es la parte del cerebro que coordina los movimientos y el controla equilibrio. Cuando se ve afectada, la persona puede sentir dificultades para andar, la recuperación no siempre es completa. El alcohol también puede causar problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y cefalea, dolores de cabeza.

El alcohol no es el responsable de la causa del cáncer, pero puede realzar los efectos carcinogénicos de otras sustancias, como por ejemplo el humo de cigarrillos. Cerca de 75% de cánceres del esófago y 50% de cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo.⁴³ El alcoholismo también se asocia con un mayor riesgo para los cánceres colorrectales. El riesgo para el cáncer hepático aumenta en los alcohólicos y hasta el beber moderadamente, tres a nueve bebidas a la semana, puede aumentar las perspectivas del desarrollo del cáncer de mama en las mujeres.

Como se puede observar ningún, tejido, órgano, sistema del organismo se queda exento de los efectos del alcohol, así como también tiene efectos perjudiciales a nivel social, familiar y laboral.

⁴³ Goldbohm RA, Van den Brandt Pa, Van't Veer P, Dorant E, Strumans F, Hermus RJ. Prospective study alcohol consumption and the risk ok cancero f the colon and other organs in the Netherland. *Cancer causes Control* 1994;5:95-104

CAPITULO 3



Los beneficios del uso de alcohol se relacionan con consumos específicos de alrededor de una bebida al día en varones y ligeramente menos en mujeres.⁴⁴ El beneficio se inicia con los muchos aspectos agradables y sociales de su uso. Las personas disfrutan encontrarse con amigos ante una cerveza o tomar un vaso de vino con la cena. Estas conductas no se consideran excesivas en tanto las lleven a cabo personas mayores de edad para consumirlas, mantengan el control y no causen daño obvio.

El desarrollo de una enfermedad cardiovascular y en especial la muerte relacionada con estas últimas, por ejemplo por una cardiopatía coronaria, son más bajos en adultos de edad media y mayores con riesgo de la enfermedad que consumen cantidades moderadas de alcohol. El riesgo de accidente cerebrovascular también disminuye en quienes beben cantidades ligeras o moderadas en comparación de quienes se abstienen de consumir bebidas alcohólicas.⁴⁵

Una teoría y quizás la más prevalente, involucra el efecto del alcohol para aumentar los niveles de colesterol HDL, la forma de colesterol que protege contra el desarrollo de enfermedad coronaria. Se han demostrado por ciertos estudios que la forma de colesterol que aumenta es el HDL2, el cual es el responsable del efecto protector. Según Hines y otros investigadores informan que los individuos con una predisposición genética específica pueden beneficiarse más de la ingesta de alcohol debido a que pueden producir una forma de alcohol deshidrogenada que lo metaboliza más lentamente, lo cual produce mayores incrementos de colesterol HDL.⁴⁶

Imagen N° 4: Copa de vino tinto y uvas



De todas las fuentes de alcohol, el vino tinto se selecciona con frecuencia como la mejor elección por la ventaja añadida de los múltiples fotoquímicos (por ejemplo: polifenoles) que contiene. Estos se deslavan de la cáscara de las uvas durante la fermentación del vino tinto. También se demuestra que la cerveza contiene fotoquímicos similares, pero en menor cantidad.

Fuente: www.vitonica.com/prevencion/un-poco-de-vino-t

⁴⁴ Health risks and benefits of alcohol consumption. *Alcohol research and Health* 24(1):5,2000.

⁴⁵ Mukamal KJ and others: Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *The New England Journal of Medicine* 348:109,2003.

⁴⁶ Williams Melvin H., *Nutrición para la salud, condición física y deporte*, séptima edición., pag150-152

Las investigaciones indican que los polifenoles pueden tener capacidad antioxidante con potenciales beneficios para la salud. Podrían reducir el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares y cáncer.⁴⁷

Tabla Nº 9: Resumen de los beneficios y riesgos del uso de alcohol.

CONSUMO DE ALCOHOL	
Uso moderado	Abuso del alcohol
Cardiopatía coronaria (CC)	
Disminución del riesgo de muerte en quienes tienen un riesgo alto relacionada con CC, por incremento del colesterol HDL, disminución de la coagulación sanguínea y relajación de vasos sanguíneos.	Alteración del ritmo cardiaco, daño del músculo cardiaco, aumento de triglicéridos y homocisteína sanguíneos.
Hipertensión y accidente cerebrovascular	
Disminución leve de la tensión arterial, menos ACV isquémicos en personas con presión arterial normal	Aumento de la presión arterial, Hipertensión; mas ACV hemorrágicos.
Vasculopatía periférica	
Menos riesgo por disminución de la coagulación sanguínea	Sin beneficio
Regulación de la glucosa sanguíneas y DBT 2	
Cierto incremento en la sensibilidad a la insulina y disminución del riesgo de muerte por enfermedad cardíaca.	Hipoglucemia, sensibilidad a la insulina reducida y daño del páncreas.
Salud ósea y articular	
Cierto incremento del contenido mineral óseo en mujeres, relacionado con un aumento de la producción de estrógenos.	Perdida de células activas que forman hueso y osteoporosis final; aumento del riesgo de gota
Función cerebral	
Mejoría de la función y disminución del riesgo de demencia por incremento de la circulación sanguínea cerebral.	Daño del tejido y disminución de la memoria.
Cáncer	
Sin beneficio.	Aumento del riesgo de cáncer bucal, esofágico, gástrico, hepático, pulmonar, colorrectal, mamario.
Alteraciones del sueño	
Cierta relajación	Patrones de sueño fragmentado; empeora la apnea del sueño.
Impotencia y disminución de la libido	
Sin beneficio	Contribuye al problema, tanto en varones como en mujeres

Fuente: adaptado de Abramson JL and others. *Journal of the American Medical Association*.

⁴⁷ Arts, I.C. and P.C. Hollman, Polyphenols and disease risk in epidemiologic studies. *American Journal Clinical Nutrition*, 2005. 81(1 Suppl): p. 317S-325S.

A pesar de que el alcoholismo es una enfermedad tratable, todavía no existe una cura, esto significa que un alcohólico que ha estado sobrio, sin beber alcohol, por un período largo de tiempo y que ha recuperado su salud, todavía es susceptible a sufrir una recaída y tiene que continuar evitando todo tipo de bebida alcohólica. "Disminuir" la cantidad de alcohol que se consume no funciona; se necesita eliminar por completo el alcohol para lograr una recuperación exitosa.

La enfermedad suele considerarse como un problema de dos fases. Al inicio, comienza como un problema con la bebida, que incluye el uso repetido de alcohol, a menudo para aliviar la ansiedad o solucionar otros problemas emocionales. La adicción al alcohol, la segunda fase, se define como una verdadera adicción consecutiva al uso repetido de la sustancia tóxica.

En el momento actual no existen pruebas específicas para el diagnóstico del alcoholismo, de modo que una correcta anamnesis y la exploración clínica adecuada constituyen el pilar básico del mismo, ya que existen bloqueos por parte del enfermo como de los profesionales. La enfermedad está asociada a la negación, que tiene una extraordinaria fuerza, hacen creer que ellos no necesitan tratamiento. La mayoría de los alcohólicos acceden bajo presión de otros y la resistencia a la consulta es un rasgo propio de esta población. Con frecuencia presentan serias alteraciones amnésicas y cognitivas por múltiples motivos, que alteran la comunicación, tergiversan datos y exasperan al no advertido. Otro bloqueo es la tolerancia que confunde al médico, ya que el paciente se comporta de manera coherente y correcta, aún con un tenor sanguíneo elevado de alcohol⁴⁸.

No obstante, los cuestionarios, escalas, etc. son herramientas de gran ayuda en la detección de consumo de riesgo, consumo perjudicial o alcoholismo. Existen, también, una serie de cuestionarios que abordan otros aspectos relevantes de esta patología, tales como gravedad de la dependencia, valoración del síndrome de abstinencia o valoración del deseo por la bebida y pérdida de control que pueden resultar de gran ayuda, al clínico, a la hora de establecer estrategias terapéuticas.⁴⁹

Son importantes y complementarias las pruebas de laboratorio, aunque no hay ningún examen que sea altamente sensible y específico para el diagnóstico del alcoholismo, sin embargo, existen algunas anormalidades que cuando están presentes, pueden ayudar a establecer el diagnóstico, como la relación SGOT/SGPT. En la enfermedad hepática alcohólica habitualmente hay una elevación desproporcionada de SGOT en relación a la SGPT, con una relación habitualmente mayor a 2. Los valores absolutos

⁴⁸ <http://medlineplus.gov/spanish/>

⁴⁹ Sáiz, P.A.; G-Portilla, M^a P.; Paredes, M. ^a B.; Bascarán, M^a. T.; Bobes, J. Area de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Instrumentos de evaluación. <http://www.adicciones.es/files/bobes.26.pdf>

de transaminasas habitualmente son menores de 300 U/L. Con respecto a la GGT frecuentemente hay elevaciones de la gamaglutamil transpeptidasa (GGT) en las personas que beben alcohol en exceso. Sin embargo, este hallazgo no es específico, ya que otras enfermedades hepáticas pueden producir elevaciones de la misma, en particular las enfermedades colestásicas, al igual que el consumo de muchos medicamentos. La macrocitosis, expresada como aumento del volumen corpuscular medio (VCM) de los eritrocitos es otro marcador de ingesta excesiva de alcohol, sin embargo su sensibilidad es baja (40%). Los triglicéridos frecuentemente se elevan en personas que han ingerido alcohol en exceso durante los días previos. La transferrina deficiente en carbohidratos se ha usado como un marcador de consumo de alcohol, sin embargo su rendimiento no es muy superior a la medición de niveles de [GGT](#). Su disponibilidad en laboratorios es limitada.⁵⁰

Herramientas como un buen interrogatorio, la cara del familiar cuando se indaga sobre el tema, la fascie, la hipertrofia parotídea, la mano caliente y sudorosa, son de gran sensibilidad y especificidad para realizar un completo diagnóstico. La mano del alcohólico en carrera es sudorosa y caliente, cuando deja de tomar en un 80% se enfría, por lo tanto, salvo que el paciente tenga fiebre, esté hipertiroideo, esté en el síndrome de la abstinencia retardado; cuando la mano que se enfrió se calienta y transpira, es señal que el paciente está en recaída.

Una vez que se establece el diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol es necesario buscar la guía de un médico a fin de determinar el tratamiento y la orientación más apropiados para la persona y la familia. Debe quedar muy claro de qué tipo de paciente aborda a la consulta, bebedor en riesgo, dependiente, con comorbilidad previa o no, con trastornos de personalidad o de ansiedad, etc., si bebe en soledad, si ha cometido delitos, si consume otras sustancias.⁵¹

Un tratamiento correcto debe involucrar en el mismo a un equipo multidisciplinario, con un rol específico para cada miembro y para cada momento evolutivo en la recuperación del paciente. El equipo debe estar constituido desde un terapeuta, médico clínico, psiquiatra, psicólogo, nutricionista a un servidor social.

La naturaleza del tratamiento depende de la gravedad del problema de alcoholismo de la persona y de los recursos que estén disponibles en su comunidad. Dejar de beber es el primer paso a realizar por la persona adicta y conlleva la inmediata y total supresión del alcohol, la cual lleva implícito la aparición de un síndrome de abstinencia que hay que prevenir o tratar. El tratamiento debe incluir una fase de desintoxicación, el proceso de eliminar alcohol del cuerpo sin peligro, puede durar de 5 a 7 días. Durante

⁵⁰ <http://www.hepatitis.cl/oh.htm>

⁵¹ Arzeno M. Diagnóstico de alcoholismo. Proami. Tercer ciclo, fascículo Pág. 253-271. 1998

la misma es necesario el examen médico de otros inconvenientes ya que son frecuentes las complicaciones del hígado y otros problemas en la sangre. Pueden aparecer complicaciones asociadas a los síntomas físicos agudos, como depresión y otros problemas que deben ser tratados.

Otros pilares del tratamiento son tomar medicamentos recetados para ayudar a prevenir el volver a beber alcohol una vez que se ha dejado, también para paliar las secuelas que ha dejado la enfermedad; y ya que los alcohólicos normalmente no suelen llevar una dieta equilibrada, es importante contar con un nutricionista para mejorar hábitos, restaurar las carencias de vitaminas y minerales, y adecuar la alimentación de acuerdo a la severidad de cada individuo.⁵²

Tabla Nº 10: Fuente alimentaria de Vitaminas Hidrosolubles.

Vitaminas Hidrosolubles	
<i>Vitamina</i>	<i>Fuentes alimentarias</i>
B1-Tiamina	Jamón, cerdo, legumbres. Todas las verduras y frutas. Leche, nueces, cereales enriquecidos.
B3-Niacina	Carne magras, hígado, aves. Legumbres, maní, cereales enriquecidos.
B6-Piridoxina	Carnes, ave, pescado. Cereales de grano entero, semillas. Verduras.
B9-Acido Fólico	Carne, hígado, huevo. Vegetales de hoja verde. Leche, legumbres.
B12-Cobalamina	Alimentos de origen animal solamente: carne, pescado, aves, leche, huevos.
Vitamina C Acido Ascórbico	Frutas cítricas, melón, brócoli, ají verde, coliflor, zapallitos de Brusela.

Fuente: elaboración propia

El alcohol tiene la condición de antialimento, disminuye el apetito, produce calorías vacías, afecta la mucosa del sistema digestivo e impide la absorción adecuada de los alimentos que se ingieren, y aumenta notablemente las necesidades de vitaminas del organismo.⁵³

⁵² R. Moreno Otero y J. R. Cortés. Nutrición y alcoholismo crónico. *Nutr. Hosp.* v.23 supl.2 Madrid mayo 2008

⁵³ Dra.M.B. Astoviza y Socarràs Suárez. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Trabajo de revisión. *Rev Cubana Invest Biomed* 2003; 22(1).

Hasta la década del 60 las secuelas metabólicas del alcoholismo se atribuían únicamente a deficiencia dietaria.⁵⁴ Sin embargo, la mejoría del suministro de nutrientes no se acompaña en una disminución de las complicaciones hepáticas y neurológicas. Deficiencias nutricionales particulares pueden desempeñar una función contribuyente adicional. Desde hace mucho tiempo se reconoce que la deficiencia dietaria de metionina puede potenciar, y su suplementación dietaria puede aliviar la transformación grasa del hígado inducida por el alcohol.⁵⁵ Inicialmente se pensaba que la causa radicaba en el efecto preservador de la metionina sobre la colina, pero un mecanismo más apropiado parece ser el agotamiento de los niveles de glutatión. De forma similar la corrección de la deficiencia dietaria de vitamina A puede incrementar la potenciación del daño hepático alcohólico que favorece la deficiencia simultánea de esa vitamina.⁵⁶

Tabla Nº 11: Fuente Alimentaria de Vitaminas Liposolubles.

Vitaminas Liposolubles	
<i>Vitamina</i>	<i>Fuente alimentaria</i>
Vitamina A	Hígado, yema de huevo. Leche, manteca. Verduras anaranjadas y verdes (espinaca)
Vitamina D	Hígado, atún, salmón. Leche y margarina fortificada.
Vitamina E	Legumbres, nueces, semillas. Aceites. Verduras de hoja verde.
Vitamina K	Cerdo, hígado, carnes. Verdura de hoja verde, coliflor, espinaca.

Fuente: elaboración propia.

El consumo crónico de alcohol produce alteraciones de la respuesta inmune que se manifiesta por una susceptibilidad incrementada a las infecciones. La inmunosupresión de los alcohólicos, corregibles con vitamina E, se debe a la influencia directa del alcohol sobre las células del sistema inmunológico, a diferencias nutricionales secundarias⁵⁷, al estrés oxidativo o a la disfunción de los neutrófilos.

Los antioxidantes, sustancias que ayudan a evitar el cáncer, también podrían proteger el cerebro contra los daños crónicos provocados por el alcohol.

⁵⁴ The influence of alcohol on nutritional status. *Nutr Rev* 1988; 46:241-54

⁵⁵ Lieber Cs. Alcohol, liver injuries and proteína metabolismo. *Pharmacol Biochem Behavior* 1980; 13:17-30

⁵⁶ Aetiology and pathogenesis of alcohol liver disease. *Baillers Clin gastroenterol* 1993:581-608

⁵⁷ Tirad Annual Meeting of the Alcohol Abuse Immunology Symposium, Vail, Colorado. Alcohol effects on the inmune system,Alcoho 1993;10:335-42

El alcoholismo crónico daña partes del cerebro utilizadas en el aprendizaje y la memoria, pero unas ratas a las que se les proporcionó un antioxidante fueron protegidas del daño, según investigadores de Estados Unidos y España. Los hallazgos son reportados en la edición de la revista *Proceedings* de la Academia Nacional de Ciencias. Los antioxidantes son sustancias químicas que inhiben la oxidación de una sustancia a la que están vinculadas. Éstas pueden producir tensión en las células o dañarlas. El equipo, encabezado por el doctor Daniel G. Herrera de la Facultad Médica Weill en la Universidad de Cornell, alimentó ratas durante seis semanas con una dieta líquida que contenía alcohol. Posteriormente encontraron que el número de células nuevas en partes cruciales del cerebro había disminuido en 66%, y la muerte celular se incrementó en más del 227%. Pero en las ratas que también recibieron inyecciones del antioxidante ebselen, no ocurrió el daño a las células en desarrollo, afirmaron los investigadores. Esas ratas tenían las mismas características cerebrales que las del grupo que no recibió alcohol. El antioxidante seleccionado se sabe que tiene efectos protectores en el hígado y el tracto digestivo y tiene pocos efectos secundarios en los seres humanos. El doctor Antonio Noronha, director de la rama de neurociencias y comportamiento del Instituto Nacional contra el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo, dijo que este es el primer estudio que muestra el efecto de los antioxidantes sobre el daño crónico producido por el alcohol.⁵⁸

Tabla N° 12: Fuente Alimentaria de Minerales

Minerales	
<i>Mineral</i>	<i>Fuente alimentaria</i>
Magnesio	Leche y yogur. Frutas, verduras de hoja verde. Nueces y productos de grano entero.
Cinc	Junto con proteínas animales como la carne, leche, mariscos.
Hierro	Higado, carne, pescado y aves. Vegetales de hojas verdes. Espinaca, brócoli. Legumbres.

Fuente: elaboración propia.

Después de la desintoxicación, los programas de recuperación o de rehabilitación del alcoholismo pueden ayudar a las personas a permanecer lejos de la bebida. Estos programas generalmente ofrecen asesoría, apoyo psicológico, asistencia y cuidados médicos. La terapia involucra educación acerca del alcoholismo y sus efectos.

⁵⁸ <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/33956.antioxidantes-protecten-contra-danos-del-alcoh.html>

Muchos de los miembros del personal en los centros de rehabilitación son alcohólicos en proceso de recuperación y sirven como modelos. Los programas pueden darse como paciente hospitalizado, donde los pacientes viven en los centros durante el tratamiento, o como paciente ambulatorio, donde los pacientes asisten al programa pero viven en sus casas.

Alcohólicos Anónimos es un grupo de hombres y mujeres, que comparten su experiencia, fuerza y esperanza, para solucionar un problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para unirse a estos grupos es el deseo de dejar de beber. No se paga nada para ser miembro, se mantienen con sus propias

Imagen N° 5: Consejero de grupo de apoyo

contribuciones. AA no se asocia con ninguna secta, denominación, política, organización ni institución; no entran en controversias, no apoya y no se opone a ninguna causa. El propósito primario es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a lograr y mantenerse en sobriedad.

Alcohólicos Anónimos tuvo su comienzo en Akron, en Estados Unidos, en 1935, cuando un hombre de negocios de Nueva York, que había conseguido permanecer sin beber por primera vez tras haberlo intentado en varias ocasiones durante varios años, buscó a otro alcohólico para compartir con él sus experiencias en un esfuerzo por superar un mal momento que estaba atravesando y que temía que lo llevase a una recaída.

Durante los escasos meses de su recién adquirida sobriedad, este alcohólico de Nueva York había observado que sus deseos de beber disminuían cuando trataba de ayudar a otros "borrachos" a permanecer sobrios. En Akron le dieron la dirección de un médico de esta localidad que tenía problemas con la bebida. Trabajando juntos, el hombre de negocios y el médico descubrieron que su capacidad para permanecer sobrios estaba muy relacionada con la ayuda y estímulo que ellos pudieran dar a otros alcohólicos. Así como el compartir entre ellos su experiencia.

Durante los primeros años la Comunidad se fue desarrollando lentamente. Carecía de nombre, de organización y de material impreso que la describiera. Se formaron reuniones de alcohólicos en Nueva York, Akron, Cleveland y en otros lugares.

En 1939, con la publicación del libro «Alcohólicos Anónimos», del que la Comunidad tomó su nombre, y con la ayuda de amigos no alcohólicos, A.A. empezó a llamar la atención de la gente, tanto en Estados Unidos como en el extranjero.



ADAM.

Imagen N° 6

Fuente: www.aa.org.ar

Con el tiempo se estableció una oficina de servicio en Nueva York desde donde se contestaban los miles de cartas que llegaban cada año solicitando información y literatura.⁵⁹

Hoy en día AA, la Comunidad, funciona a través de más de 100.000 grupos locales en unos 150 países, por ejemplo en España existen actualmente 519 Grupos, celebrándose más de 1900 reuniones semanales, en las que se recuperan aproximadamente unos 10.300 miembros. En AA establecen una serie de 12 pasos que el enfermo ha de seguir para ser capaz de superar la adicción, la enfermedad. Sin embargo, es de hacer notar que al menos seis de los "Doce Pasos" originales, mencionan manifiestamente a Dios o a un Poder Superior al cual el recién llegado recibe la sugerencia de tratar de concebir a su manera muy personal sin que tenga que seguir ningún dogma, ni apegarse a una religión en particular por lo que este programa de recuperación es innegablemente espiritual. Su programa ha sido tomado por otras asociaciones de autoayuda como es el caso de Al-Anon, grupos de familiares de alcohólicos, que nace casi al mismo tiempo que Alcohólicos Anónimos y es fundada por las esposas y otros familiares de los primeros miembros de AA y que al día de hoy forma una numerosa comunidad que edita su propia literatura. Su base de funcionamiento son las terapias de grupo y además recomiendan utilizar la psicoterapia ocupacional, ya que son ellos mismos los que programan y llevan a cabo distintos eventos para informar al público en general.

La recaída alcohólica es un gran problema en el tratamiento del abuso del alcohol y del alcoholismo. El estrés, los factores genéticos y ambientales influyen significativamente en el alcoholismo en general y en la recaída alcohólica. En su mecanismo se ha invocado una disfunción de la neurotransmisión dopaminérgica central en que estímulos neutrales previos se pueden convertir en señales condicionales que activan la liberación de dopamina, con deseos gratificantes de beber. La lucha contra el alcoholismo requiere que las instituciones públicas y privadas en sus diversos niveles, aporten una respuesta en varios frentes que abarca la atención a alcohólicos y drogodependientes.

⁵⁹ www.alcoholicos-anonimos.org/descarga/DOSSIER_AA.pdf / es.wikipedia.org/wiki/Alcohólicos_Anónimos -

Diseño Metodológico



Este trabajo de investigación según análisis, alcance de los resultados y según el periodo de estudio, es: descriptivo, correlacional y corte transversal:

Es descriptivo ya que el propósito es describir, o desde el punto de vista científico es medir situaciones o fenómenos de manera más bien independiente de las variables a las que se refiere el estudio. Por medio de la investigación se logra describir el estado nutricional de los pacientes alcohólicos en recuperación y medir los factores que irrumpen con la alimentación de cada uno de ellos, incluyendo síntomas, patologías y medicamentos. Y es correlacional, ya que se tiene como intención medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables, en el mismo contexto. Es decir en la investigación se mide, por ejemplo, el estado nutricional y el tiempo, en años o meses, que el paciente ha dejado de tomar alcohol, luego se busca la relación entre ambas variables y se analiza la correlación. El propósito principal es saber cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otra variable relacionada.

Según el período y secuencia del estudio es de corte transversal, se estudian las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

La toma de la muestra es probabilística. Está constituida por el conjunto de personas de ambos sexos, sin limitaciones de edad, que concurren a al Unidad de Diagnostico y Tratamiento de Hepatología y Alcoholismo del Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata, dirigida por el Dr. Mario Arzeno, que es realizada los días miércoles de las 8 de la mañana hasta las 11.

Las variables incluidas en el estudio son:

Edad:

- Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento al momento del estudio⁶⁰.
- Definición operacional: tiempo que ha vivido una persona adulta alcohólica que concurre a la Unidad de Diagnostico y Tratamiento de Hepatología y Alcoholismo del HIGA. Los datos se obtienen a partir de una encuesta cara a cara.

⁶⁰ <http://es.thefreedictionary.com/edad>

- Sexo:
 - a) Femenino
 - b) Masculino

Nivel de Instrucción:

- Definición conceptual: nivel de estudios alcanzados por el sujeto.
- Definición operacional: nivel de estudios alcanzados por el paciente alcohólico que concurre a la Unidad del Hospital Interzonal de Mar del Plata. Por lo tanto se procederá a interrogar sobre el nivel de instrucción mediante el cuestionario perteneciente al instrumento. Las categorías utilizadas en el estudio son: primario completo e incompleto, secundario completo e incompleto, terciario completo e incompleto y universitario completo e incompleto.

Tipo de ocupación:

- Definición conceptual: conjunto de operaciones o tareas propias de una persona, de realización diaria a cambio de dinero, empleo.⁶¹
- Definición operacional: conjunto de operaciones o tareas propias de una persona alcohólica en tratamiento que concurre a la Unidad del H.I.G.A. Por lo tanto se procederá a interrogar sobre el tipo de ocupación mediante el cuestionario perteneciente al instrumento. Categorías utilizadas en el estudio: beneficiario de plan, patrón o empleador, trabajador por cuenta propia: a) en comercio o pequeña empresa, b) profesional o gran empresa, obrero o empleado sector privado, obrero o empleado sector publico, servicio domestico, trabajador sin salario, trabajador temporario, ns/nc.

⁶¹ <http://es.thefreedictionary.com/ocupaci%C3%B3n>

Tiempo de exposición al consumo de alcohol en forma problemática:

- Definición conceptual: cantidad de semanas, meses o años el individuo ha ingerido alcohol incluyendo consecuencias debido al abuso o dependencia del mismo.⁶²
- Definición operacional: cuánto tiempo el paciente alcohólico que concurre al Hospital Interzonal de Mar del Plata estuvo en carrera, es decir estuvo tomando alcohol en forma continua sin parar.
 - a) Menor a 3 años
 - b) Entre 3 y 5 años
 - c) Entre 5 años y 8 años
 - d) Entre 8 a 10 años
 - e) Más de 10 años

Por lo tanto se procederá a interrogar cuanto tiempo, en años, ha tomado alcohol en forma problemática, luego se registrará en la encuesta.

Tiempo que comenzó con el tratamiento para dejar de beber:

- Definición conceptual: toda persona que tenga problemas con el consumo de alcohol y que necesita asistencia médica e interdisciplinaria para la recuperación de la enfermedad.⁶³
- Definición operacional: todo paciente alcohólico que concurre a la Unidad de Diagnostico y Tratamiento de Hepatología y Alcoholismo del H.I.G.A. buscando ayuda y asistencia médica para dejar de beber. Por lo tanto en la encuesta se interrogará por el tiempo, en años, el individuo ha comenzado con el tratamiento. Subgrupos utilizados en el estudio: hace menos de un año, entre 1 y 3 años ó mayor a tres años.

Tiempo en estado de sobriedad o abstinencia:

- Definición conceptual: cantidad de semanas, meses o años que el individuo ha tenido interrupción del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- Definición operacional: en la jerga de los alcohólicos se expresa cuando una persona está fuera de carrera, haber parado de tomar o aquellas personas que tienen un despertar espiritual, estar en abstinencia.

⁶² Elaboración propia.

⁶³ Elaboración propia.

- a) Menos de 1 año
- b) Entre 1 año y 3 años
- c) Más de 3 años

En el instrumento se procederá a señalar en que grupo pertenece el individuo de acuerdo a su tiempo de sobriedad.

Recaídas:

- Definición conceptual: Empeoramiento que experimenta una persona en una enfermedad de la que se estaba recuperando o de la que ya se había curado.⁶⁴
- Definición operacional: situación que sufre el enfermo alcohólico cuando vuelve a beber durante su momento de abstinencia y rehabilitación. Por lo tanto se procederá a interrogar si el paciente en recuperación ha sufrido de recaídas, en el caso afirmativo cuántas han ocurrido.

Estado Nutricional:

- Definición conceptual: es la condición de la persona que resulta de la relación entre necesidades nutricionales individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos⁶⁵.
- Definición operacional: condición física que presenta una persona alcohólica que concurre a la Unidad de Diagnostico y Tratamiento de Hepatología y Alcoholismo del H.I.G.A. Para definirlo se analiza el Peso y la Talla, las cuales serán luego utilizadas para la determinación de del IMC, también se medirá la circunferencia del brazo.

Peso:

- Definición conceptual: medida volumétrica-tridimensional determinada por el total de los componentes del organismo, incluyendo fluidos.⁶⁶
- Definición operacional: se determina el peso actual de los pacientes alcohólicos que concurren al HIGA, por medio de una balanza de precisión, marca Cam. Serán pesados descalzos y con la menor cantidad de prendas posibles, luego se registrará en el cuestionario.

⁶⁴ <http://es.thefreedictionary.com/reca%C3%ADdas>

⁶⁵ www.fao.org

⁶⁶ Girolami, D. *Instrumentos de Valoración Nutricional*, Bs.As., Arg. Ed. El Ateneo, Marzo 2003, p 258.

Talla:

- Definición conceptual: medida de crecimiento longitudinal.⁶⁷
- Definición operacional: para la misma el paciente alcohólico se ubicará de pie delante al altímetro que se encuentra junto con la balanza.

IMC:

- Definición conceptual: es una medida de asociaciones entre el peso y la talla de un individuo, también llamado Índice de Quetelet o BMI en inglés. Se calcula según la expresión matemática P/T^2 . El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo. También depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud.⁶⁸
- Definición operacional: luego de realizar la fórmula matemática, se verifica el resultado en la siguiente tabla, la cual describe los puntos de corte para este indicador propuesto por la OMS, y será registrado en el cuestionario.

El IMC permite una rápida interpretación del estado proteínico-energético crónico con base en la talla y el peso del individuo alcohólico en recuperación.

Tabla Nº 13: Estado Nutricional

Clasificación	IMC (Kg/m ²)
Desnutrido	< 18,5
Delgadez severa	< 16
Delgadez moderada	16 – 16,99
Delgadez aceptable	17 – 18,49
Normal	18,5 – 24,99
Sobrepeso	> 25
Obeso	>30
Obeso tipo 1	30 – 34,99
Obeso tipo 2	35 – 39,99
Obeso tipo 3	>40

Fuente: Organización Mundial de la Salud

⁶⁷ Girolami, D. Ob cit p259.

⁶⁸ http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_masa_corporal

Circunferencia del brazo:

- Definición conceptual: medida antropométrica para determinar la masa muscular total.⁶⁹
- Definición operacional: Refleja en su magnitud la cuantía de la masa corporal total. Se mide en la parte media del brazo derecho del paciente alcohólico en recuperación, a la mitad de la distancia que va del acromion al olécranon. Se utiliza con una cinta métrica metálica. Los datos obtenidos se comparan con tablas de valores estándar. Se procederá a tomar la medida correspondiente y luego será registrada en el cuestionario. (ver anexo)

Factores que inciden sobre la ingesta alimentaria:

- Definición conceptual: cada uno de los elementos, circunstancias o influencias que contribuyen a producir un resultado; concausa.
- Definición operacional: Se refiere a todo aquel factor que no permite que el individuo tenga una alimentación completa y equilibrada, incluye síntomas, patologías y medicamentos como factores que irrumpen la ingesta alimentaria. En el interrogatorio se procederá a preguntar cuales son los síntomas, patologías y medicamentos causantes de no permitir una alimentación completa; las respuestas serán registradas en el instrumento.

Sintomatología:

- Definición conceptual: conjunto de síntomas que tiene un enfermo o que son característicos de una enfermedad determinada.
- Definición operacional: conjunto de factores que, debido a la enfermedad, han sido originados e irrumpen con la alimentación de los pacientes alcohólicos; por ejemplo: nauseas, vómitos, diarreas, acidez. Por lo tanto se procederá a interrogar cuáles son o fueron los síntomas que predominaron durante su carrera alcohólica, durante el tratamiento o durante el sme. de abstinencia, y los datos serán registrados en el interrogatorio.

⁶⁹Elaboración propia.

Patologías:

- Definición conceptual: enfermedad, dolencia o rama de la medicina que estudia las enfermedades.
- Definición operacional: toda alteración de la salud debido al consumo excesivo de alcohol o cualquier enfermedad que se asocia al alcoholismo. Debido a estudios de investigación y revisión de la literatura correspondiente se destacan: cirrosis hepática, pancreatitis, varices esofágicas, gastritis, úlcera, hipertensión arterial.

Consumo de medicamentos:

- Definición conceptual: ingesta de fármacos por parte del sujeto, según indicación médica por diversas causas patológicas⁷⁰.
- Definición operacional: ingesta de fármacos de un individuo alcohólico en tratamiento según indicación médica por diversas causas patológicas derivadas del consumo excesivo de alcohol. Por tanto se procederá a interrogar si toma medicamentos y en caso afirmativo, cuáles son administrados por la persona.

Los datos necesarios para realizar la investigación serán recavados a través de una encuesta escrita de elaboración propia. La misma será autoadministrada y deberá ser firmada por cada paciente, de esta manera quedará a disposición de cada uno participar de la misma o no.

⁷⁰ Elaboración propia.

Consentimiento informado:

Mi nombre es Clarisa M. Estévez, estudiante de la carrera de Licenciatura en Nutrición en la Universidad FASTA de la localidad de Mar del Plata y con el motivo de culminar mi carrera, en la realización de mi tesis investigo: *El Estado Nutricional del paciente alcohólico y los factores que determinan la alimentación de los mismos*. Por esta razón quiero invitarlo a ser participe mediante una encuesta de corta duración en donde queda totalmente resguardada toda la información. Se garantiza el secreto estadístico y confidencial de la información brindada por los participantes exigidos por la ley.

Su colaboración será de mucha utilidad en la realización de la investigación.

Clarisa María Estévez
4º año Lic. en Nutrición
Universidad FASTA

Mar del Plata.....de..... del 2009

Ha sido invitado a participar en la encuesta que forma parte de la Tesis de Lic. en Nutrición que está siendo llevada a cabo por la Srita. Clarisa Estévez cuyo fin es tan solo académico. He aceptado en participar en dicha investigación:

Firma:.....

Número de encuesta:	
Fecha actual:	/ /

- Sexo: F M
- Edad:
- Nivel de Instrucción:

	Completo	Incompleto
Primario		
Secundario		
Terciario		
Universitario		

- Ocupación:

Beneficiario de plan		Empleado sector privado	
Patrón/Empleador		Empleado sector público	
Trabajador cuenta propia:		Servicio doméstico	
a) Comercio o peq. Empresa		Trabajador sin salario fijo (changas, ambulante)	
b) Mediana empresa		Trabajador temporario	
c) Profesional o gran empresa		Jubilado	
Desocupado			
Otro			

- ¿Consume alcohol actualmente?

Si No

- ¿Con qué frecuencia toma o tomaba? _____

- ¿Qué bebida consume o consumía?

Vino	Cerveza	Whisky
Bebidas blancas	Licores	otras

- ¿Hace cuánto que no toma alcohol? _____

9. ¿Durante ese tiempo ha tenido recaídas? Si No
 10. ¿Recuerda cuántas?

11. ¿Cuánto tiempo estuvo en carrera?

Tiempo	X (años)
Menor a 3 años	
Entre 3 a 5 años	
Entre 5 y 8 años	
Entre 8 a 10 años	
Mayor a 10 años	

10. ¿Ha suplantado alguna comida por la bebida cuando estuvo en carrera? Si No
 11. ¿Cuál era la comida más frecuente?
 12. ¿Durante el tratamiento para dejar de beber empezó a comer más? Si No
 13. ¿Desde que ha dejado de beber su peso: aumentó, se mantuvo o bajo de peso?
 14. ¿Que representa el consumo de alcohol en la vida?

Antropometría

P actual:
Talla:
IMC:
Circunferencia del brazo:

- ¿Alguna vez se vio alterada su ingesta alimentaria por presentar los siguientes síntomas?

SINTOMAS	En carrera	En tratamiento (actualmente)
Diarrea		
Nauseas		
Vómitos		
Dolor abdominal		
Hinchazón abdominal		
Perdida de apetito		
Intolerancia a la comida		
Acidez		
Otros		

- ¿Tienen o tuvo alguna de las siguientes patologías?

PATOLOGIA	Si	No
Pancreatitis		
Varices esofágicas		
Cirrosis hepática		
Gastritis		
Úlcera		
Hipertensión arterial		
Otras		

- ¿Toma algún medicamento? Si No

¿Cuáles? _____

Análisis de datos



Esta investigación se conforma por una muestra de 77 personas. A cada una de ellas se le realiza una encuesta y se le efectúan las mediciones antropométricas requeridas para este estudio que incluyen: peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC) y circunferencia del brazo.

La toma de datos se realiza en la Unidad de Diagnostico y Tratamiento de Hepatología y Alcoholismo, localizada en el Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.) de la ciudad de Mar del Plata donde acuden semanalmente gran número de personas que quieren dejar de beber y que son tratadas clínicamente las consecuencias producidas por el consumo excesivo de alcohol.

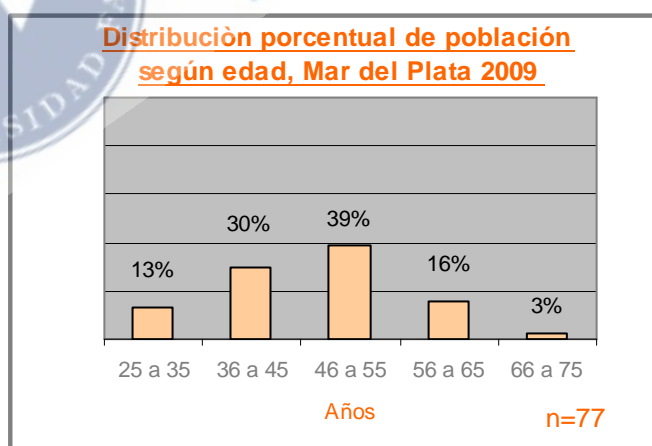
Al analizar los datos se observa que el mayor grupo etáreo reflejado es el comprendido entre 36 a 55 años, 69%, y el de menor porcentaje es el de mayor de 66 años, 3%. El grupo comprendido entre 25 a 35 años representa el 13%.

Tabla Nº 1

Distribución porcentual de la población según edad, Mar del Plata 2009		
Rango de edad (Años)	Cantidad	%
25-35	10	13
36-45	23	30
46-55	30	39
56-65	12	16
66-75	2	3
Total	77	100

Fuente: Elaboración propia

Grafico Nº 1



Fuente: Elaboración propia

Lo cual coincide, básicamente, con lo obtenido en otros estudios. Como por ejemplo aquel sobre características de personalidad en pacientes alcohólicos mediante el cuestionario Temperament and Carácter Inventory (TCI), realizado por un Fundación de

Investigaciones sociales de España.⁷¹ También coincide con autores como Cuevas, Gisbert y Betancourt 1996, Cortes, Pascual y Torres 1994.

De forma decreciente le sigue el rango de edad de 56 a 65 años en un 16%, no existiendo gran porcentaje de adultos jóvenes que quieran recuperarse de su adicción, solamente 10 pacientes.

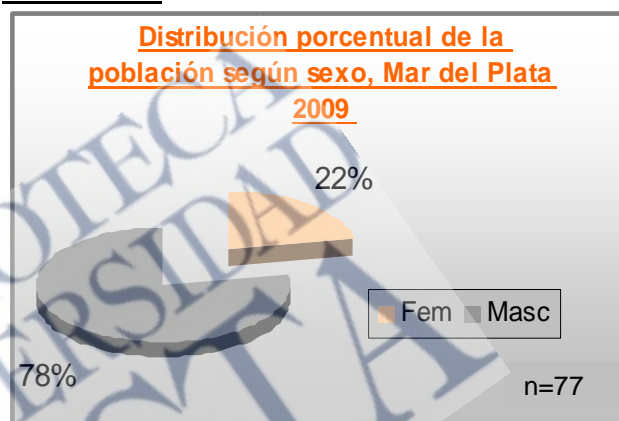
En la tabla N° 2 se detalla la proporción de pacientes por sexo obtenido del análisis de los datos recabados en la encuesta.

Tabla N° 2

Distribución de la población por sexo		
Sexo	Cantidad	%
Femenino	17	22
Masculino	60	78
Total	77	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 2



Fuente: Elaboración propia

La distribución de la muestra por sexo en el consumo de bebidas alcohólicas, muestra predominio del sexo masculino, 78% en comparación con el 22% en el sexo femenino. La prevalencia del alcoholismo es, por tanto, mayor en los hombres que acuden al tratamiento en la Unidad del Hospital Interzonal de Agudos de la ciudad de Mar del Plata; dato que coincide con estudio sobre pesquizaje de alcoholismo en un área de salud.⁷² Los resultados coinciden con la mayoría de los autores que plantean que los hombres tienen mayor tendencia que las mujeres al consumo de bebidas alcohólicas.⁷³ Según cálculos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el alcoholismo en América Latina afecta a unos 38 millones de personas, lo que representa casi el 10% de la población adulta, en una proporción de 10,4 hombres por cada mujer.

⁷¹ www.alcoholinformate.org.mx/investigaciones.cfm?investigacion=249

⁷² Mirtha López Ramírez,1 Alberto J. Quirantes Moreno2 y José Antonio Pérez Méndez3 *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006;22(2)

⁷³ Briceño C. Alcoholismo en Venezuela. *El Universal*. 200; (6Feb):4; Torres J., Iglesias M. Consumo de alcohol y riesgo de alcoholismo. *Rev Cubana Med Milit* 2000;29(2):103-8

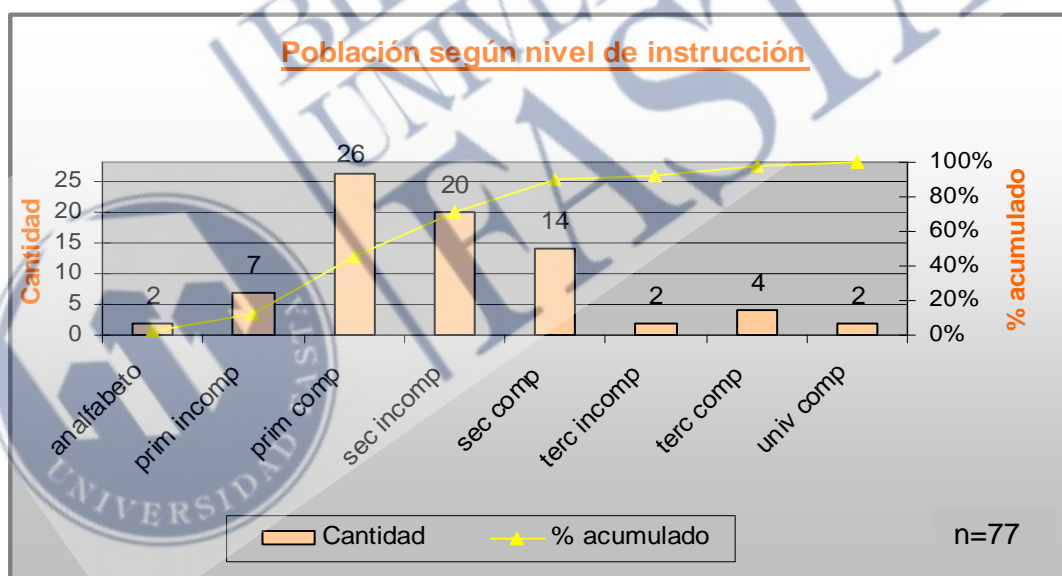
En la Tabla N° 3 se detalla el nivel de instrucción del total de la muestra, los datos fueron obtenidos de la encuesta realizada.

Tabla N°3

Distribución de la población según Nivel de Instrucción			
Nivel de Instrucción	Cantidad	%	% Acumulado
Analfabeto	2	3	3
Primario Incompleto	7	9	12
Primario completo	26	34	45
Secundario incompleto	20	26	71
Secundario completo	14	18	90
Terciario incompleto	2	3	92
Terciario completo	4	5	97
Universitario completo	2	3	100
Total	77	100	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 3



Fuente: Elaboración propia

El nivel de instrucción de la mayoría es principalmente bajo, como se puede observar en la Tabla y gráfico N° 3, con un predominio de pacientes con estudios primario completo, lo que representa el 34% de la muestra. Es importante destacar que el 70% de la población no tienen el secundario completo, solamente el 3% tienen estudio universitario. La incidencia del alcoholismo en la Unidad del Hospital Interzonal es mayor en aquellas personas con niveles de instrucción bajo.

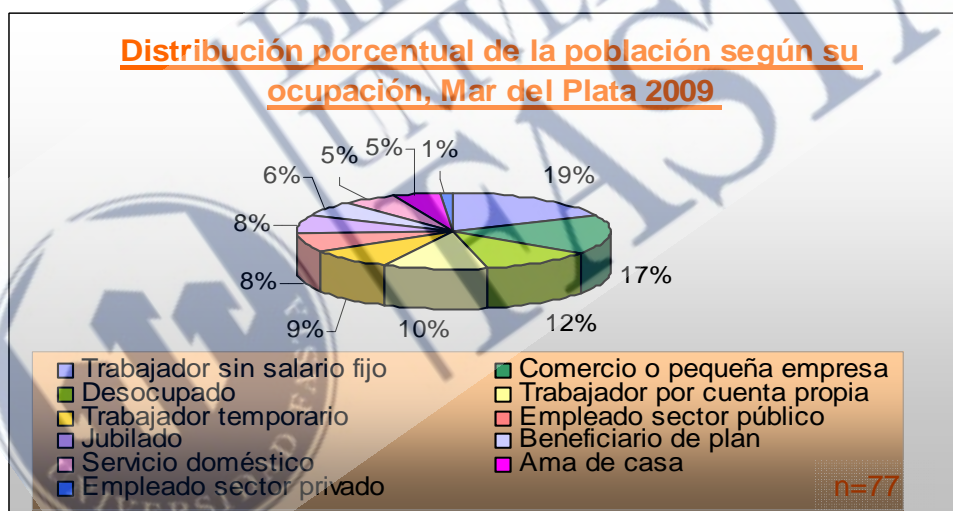
En la Tabla N° 4 podemos diferenciar a la muestra según su nivel de ocupación.

Tabla N° 4

Distribución de la población según nivel de ocupación		
Tipo	Cantidad	%
Trabajador sin salario fijo	14	18
Comercio o pequeña empresa	13	17
Desocupado	9	12
Trabajador por cuenta propia	8	10
Trabajador temporario	7	9
Empleado sector público	6	8
Jubilado	6	8
Beneficiario de plan	5	6
Servicio doméstico	4	5
Ama de casa	4	5
Empleado sector privado	1	1
Total	77	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 4



Fuente: Elaboración propia

A través del análisis de datos sobre el nivel de ocupación se destaca que la mayor concentración de la muestra tiene niveles salariales bajos o nulos ingresos económicos, representando un 12% los individuos desocupados y un 18% aquellos que tienen un trabajo sin salario fijo.

Existe una relación destacable entre el nivel de instrucción y ocupación dentro de la muestra, una relación en cuanto al tipo de trabajo y estudios cursados. Si bien existe un 17% de la muestra que tienen un comercio o pequeña empresa, donde lo que más se destaca son comercios de ropa, de chorizan, pizzería.

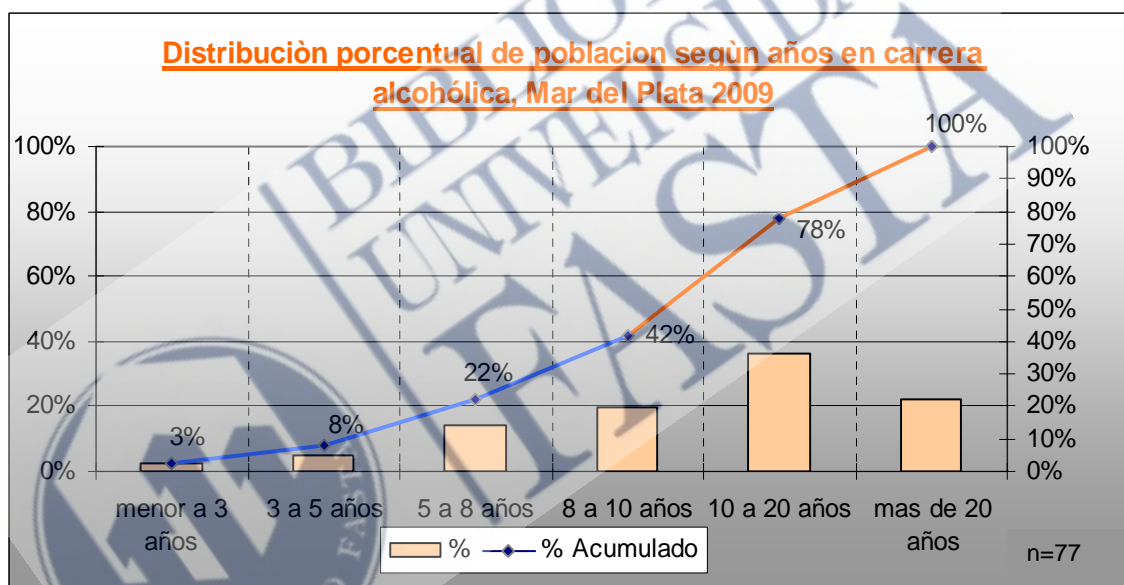
La Tabla N° 5, detalla el tiempo, por rango de años, que los 77 entrevistados estuvieron bebiendo alcohol en forma problemática.

Tabla N° 5

Distribución de la población según tiempo que estuvo en carrera		
Tiempo (años)	Cantidad	%
Menor a 3 años	2	3
Entre 3 a 5 años	4	5
Entre 5 a 8 años	11	14
Entre 8 a 10 años	15	19
Entre 10 a 20 años	28	36
Mayor a 20 años	17	22
Total	77	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 5



Se procesaron los datos en cuanto al tiempo que los individuos estuvieron en carrera y se constató que más de la mitad, o sea el 58% de la muestra hace mas de 10 años que bebe alcohol y solamente un 3% (2 pacientes), bebió alcohol menos de 3 años.

Por lo que se refiere al comienzo del alcoholismo, se trata, en su mayor parte, de pacientes que comenzaron el consumo de alcohol ya en la adolescencia, lo que influye en un deterioro más rápido del desarrollo biológico, psicológico y social del individuo. Resultado que coinciden con estudio realizado por Gonzalez R.⁷⁴ y colaboradores y también por Mirtha López Ramírez y colaboradores.

⁷⁴ Gonzalez R. El Alcoholismo y su atención específica. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 1992

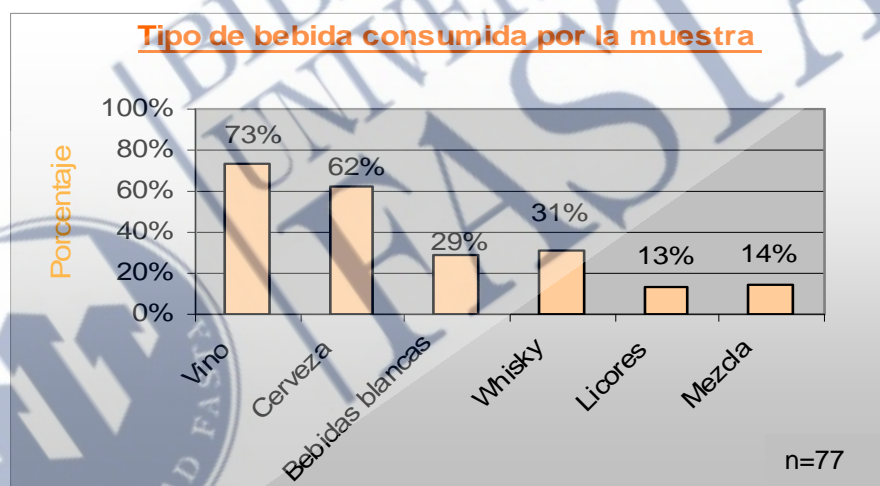
En la siguiente tabla podemos observar el tipo de bebida que consumieron durante su carrera alcohólica:

Tabla N° 6

Tipo de bebida consumida		
	Cantidad	%
Vino	56	73
Cerveza	48	62
Whisky	24	31
Bebidas blancas	22	29
Mezcla	11	14
Licores	10	13
Total	171	122

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 6



Fuente: Elaboración propia

El análisis de prevalencia según el tipo de bebida ingerida destaca el 73% de individuos que consumían vino, incluye tinto y blanco. De forma decreciente le siguió la cerveza con un 62% y lo que menos consumió la muestra durante su carrera alcohólica fueron licores. Existe un 14% del total que además de beber en exceso también consumió droga o fármacos, lo que llevó a los pacientes a internación.⁷⁵

El vino y la cerveza en el mercado hoy tiene un costo menor a \$3, antes de comprarse alimentos preferían gastarlo en algo para beber por su alto grado de adicción. Por eso también la diferencia con respecto al consumo de whisky o licores, que tienen un precio más alto y su situación económica a la mayoría nos los ayudaba para acceder a esas bebidas.

⁷⁵ Relato de los pacientes durante la entrevista.

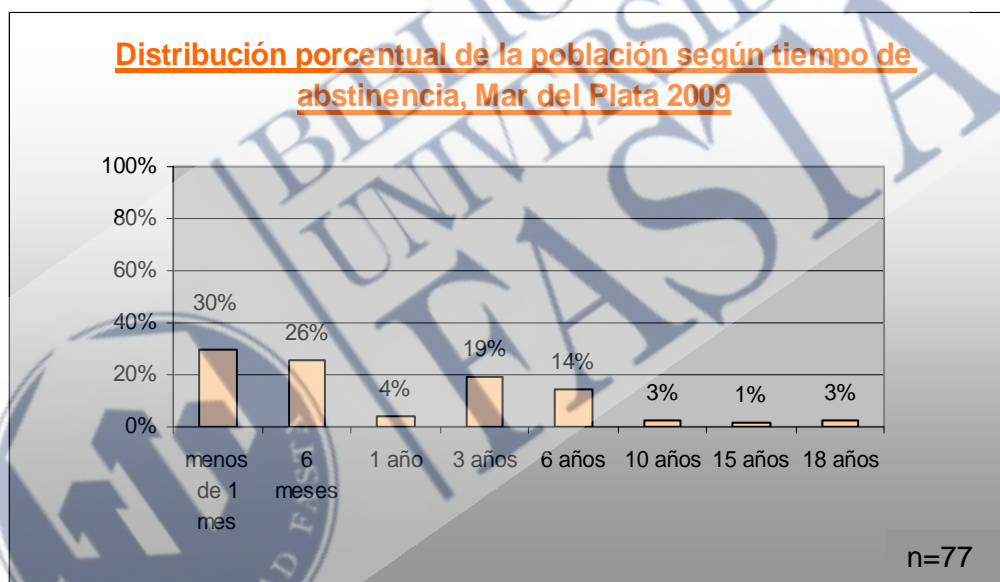
En la Tabla N° 7 se detalla por rango de meses la abstinencia de los pacientes, obtenida del análisis de los datos recabados de la encuesta.

Tabla N° 7

Distribución de la población según tiempo de abstinencia	
Rango de tiempo	Cantidad
Menos de 1 mes	23
Hasta 6 meses	20
Hasta 1 año	3
Hasta 3 años	15
Hasta 6 años	11
Hasta 10 años	2
Hasta 15 años	1
Hasta 18 años	2

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 7



Fuente: Elaboración propia

A través del análisis de datos la Tabla y Gráfico N° 7 detalla la distribución de la población según el tiempo de abstinencia, los meses o años que el paciente lleva sin tomar alcohol. Se destaca que más de la mitad de la muestra con el 56% hace menos de 6 meses que está sin consumir bebidas alcohólicas. El resto de los encuestados tiene una abstinencia variable, con el 19% hace menos de 3 años y con el 3% hace 18 años que no consumen. Estudio realizado en un grupo de autoayuda encontró resultados diferentes, abstinencia menor de 6 meses una cuarta parte de la muestra y mayor a 6 meses un 66% del total.⁷⁶

⁷⁶Leon Mármol Soñora, ana Ocaña Leal, Rehabilitación del alcohólico en un grupo de autoayuda mutua, bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol7_02_01/articulos/a8_v7_0201.htm

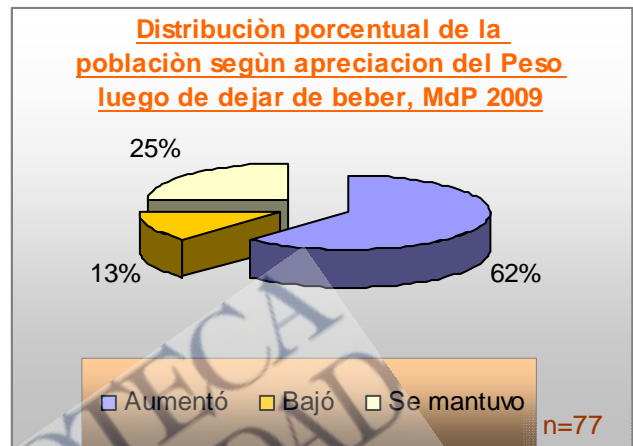
En la Tabla N° 8 se puede observar si el paciente ha aumentado, bajado o mantenido el peso luego de dejar de beber, los datos son obtenidos del relato del entrevistado.

Tabla N° 8

Distribución de la población según su peso luego de dejar de beber		
Peso	Cantidad	%
Aumentó	48	62
Mantuvo	19	25
Bajó	10	13
Total	77	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 8



Fuente: Datos obtenidos del análisis del instrumento

A través de la tabla N° 8 podemos clasificar a la población según la apreciación del peso de los pacientes luego de dejar de beber: 62% aumentó su peso, el 25 % mantuvo su peso mientras que el 13 % bajó de peso luego de consumir alcohol en exceso. Esto puede significar que la adicción por el consumo de alcohol ha sido remplazada por la alimentación, demostrado por el alto % de aumento de peso que se observa y además por los relatos propios de los pacientes durante la entrevista realizada en la Unidad del Hospital Interzonal General de agudos, que explican que durante el tratamiento para dejar de beber han empezando a comer más con respecto a cuando consumían alcohol en exceso. Esto se da en la mayoría de la muestra.

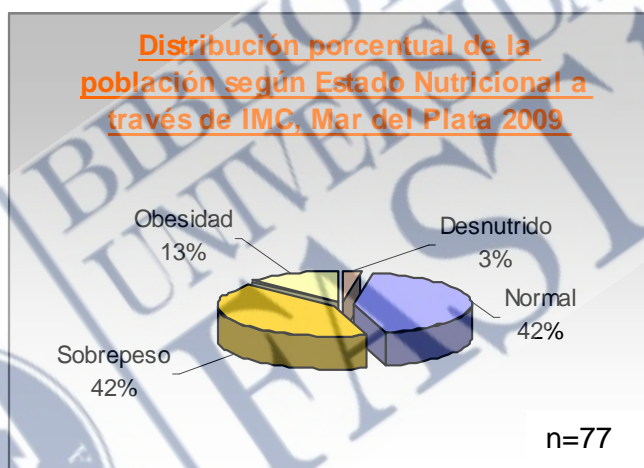
En la Tabla Nº 9 se detalla la clasificación de Estado Nutricional según el IMC.

Tabla Nº 9

Distribución de la población según su Estado Nutricional		
Estado Nutricional	Cantidad	%
Desnutrición	2	3
Normal	33	43
Sobrepeso	32	42
Obesidad	10	13
Total	77	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico Nº 9



Fuente: Elaboración propia

En la Tabla y el Gráfico Nº 9 podemos observar la clasificación del Estado Nutricional según el IMC. Existen 2 personas desnutridas equivalente al 3% del total de la muestra, el 43% esta constituido por 33 individuos en estado nutricional normal mientras que el 42 % tienen sobrepeso y el 13% tienen obesidad.

La persistencia de la ingestión de etanol comporta una pérdida adicional de peso, mientras que la abstinencia se asocia a una mejoría del estado nutricional y ganancia de masa muscular; este patrón es común a todos los pacientes alcohólicos, independientemente de que exista o no una lesión hepática crónica.⁷⁷

Es importante destacar que los pacientes ya no están consumiendo alcohol, sino que están en el tratamiento para luchar contra la adicción.

⁷⁷ R. Moreno Otero y J.R. Cortes. Nutrición y alcoholismo crónico. *Nutr. Hosp.* v.23 Madrid mayo 2008

El estado nutricional a través del IMC se obtiene de la relación del peso y la talla al cuadrado. Del análisis de datos se obtiene que el peso menor de la muestra es de 48.200 kg. y el peso mayor es de 102 kg.

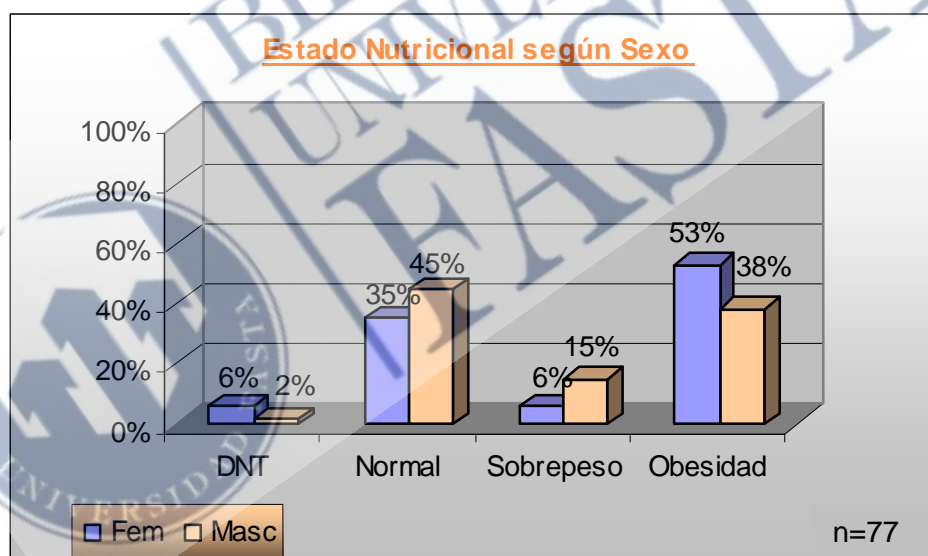
En la siguiente Tabla se detallan las diferencias del estado Nutricional entre los sexos Femenino y Masculino.

Tabla N° 10

Estado Nutricional de la muestra según Sexo		
	Femenino	Masculino
Desnutrido	6%	2%
Normal	35%	45%
Sobrepeso	6%	15%
Obesidad	53%	38%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 10

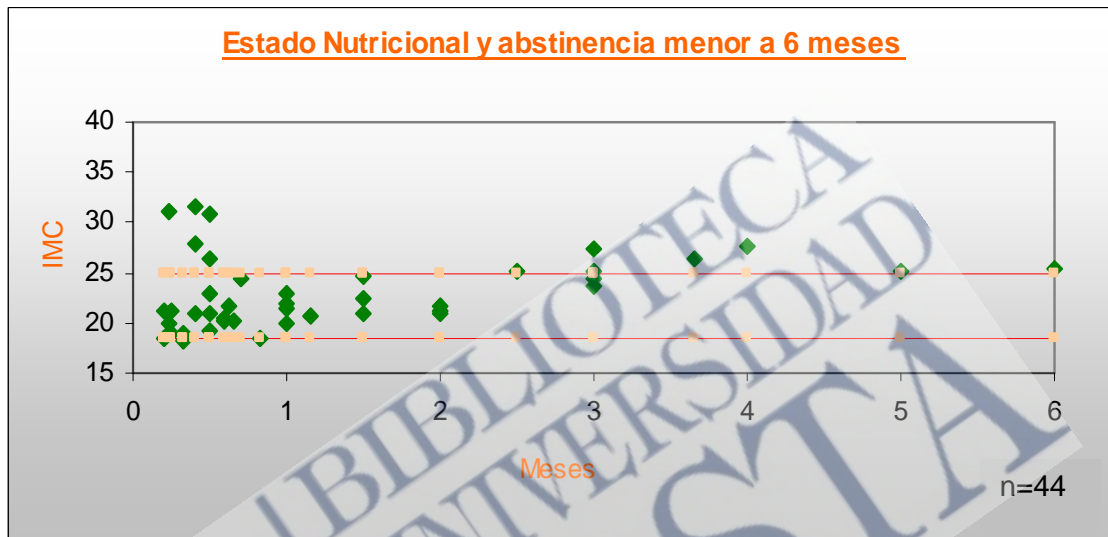


Fuente: Elaboración propia

El gráfico N° 10 refleja la diferencia del Estado Nutricional entre ambos sexos. En cuanto a desnutrición solamente existe un 3% del total de la muestra, el sexo femenino tiene un porcentaje mayor a comparación con el sexo opuesto mientras que el estado nutricional normal existe un porcentaje mayor en el sexo masculino. Con obesidad prevalece el sexo femenino mientras que con sobrepeso el masculino tiene 9 por ciento más de la muestra.

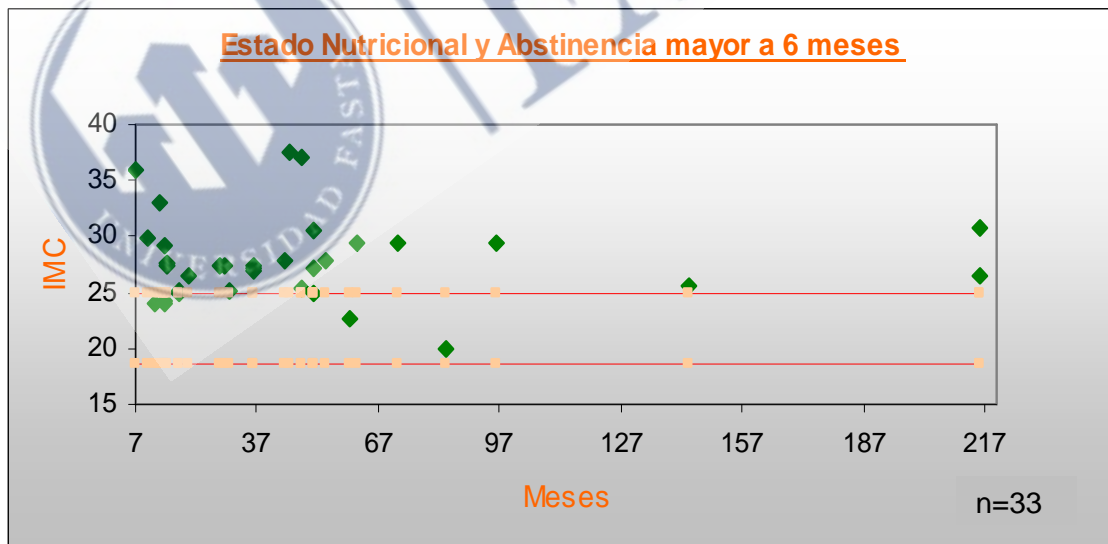
Se procesaron los datos por separado sobre la abstinencia y Estado Nutricional de los 77 encuestados, a continuación se puede observar la relación entre ambos. Se divide a la muestra según el tiempo de abstinencia para poder tener una mejor visión de lo ocurrido en cuanto al tiempo que el paciente está sin beber alcohol y el estado nutricional.

Gráfico N° 11



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 12:

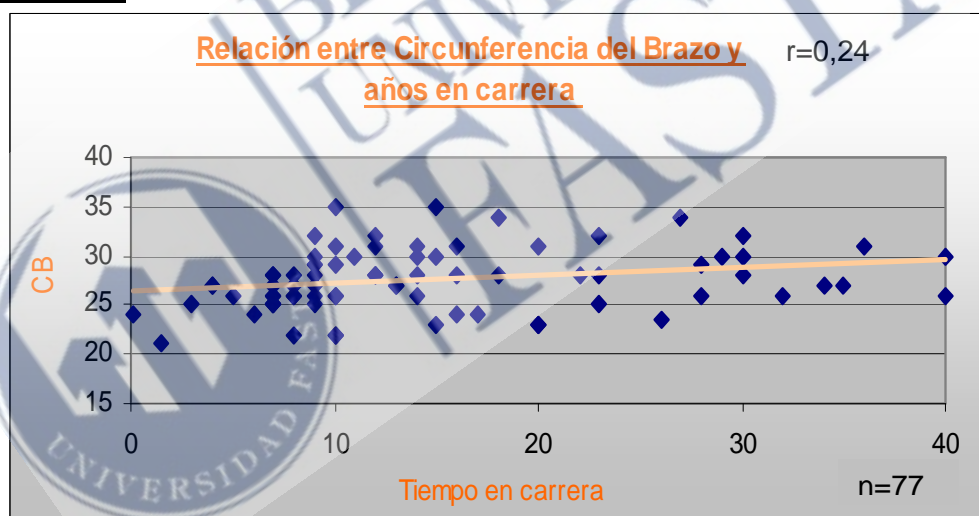


Fuente: Elaboración propia

A través del gráfico N° 11 y 12 podemos observar que a medida que el paciente aumenta su tiempo de abstinencia el IMC también lo hace. Prácticamente dentro de los primeros 2 meses la muestra se distribuye dentro de rangos de normalidad del IMC, existiendo un mínimo porcentaje de desnutridos. Durante el primer mes, se puede destacar a un pequeño grupo con IMC mayor a los rangos normales, o sea pacientes con sobrepeso u obesidad; esto tiene su explicación debido a que el consumo de alcohol reduce el uso de grasas, la oxidación, por las células del cuerpo y promueve un equilibrio positivo, contribuyendo así al riesgo de obesidad.⁷⁸

A partir del tercer mes se incrementa el IMC de los pacientes, y desde el séptimo mes, o sea el Gráfico N° 12, se puede observar que la mayoría de los pacientes con una abstinencia mayor a 6 meses tiene sobrepeso y obesidad. Además de los datos presentados en el gráfico, los relatos de los pacientes alcohólicos durante la encuesta hacen hincapié en haber aumentado su ingesta alimentaria luego de dejar el alcohol. A través de un análisis de regresión entre años en que el paciente tomó alcohol en exceso y la circunferencia del brazo se puede observar lo siguiente:

Gráfico N° 13



Fuente: Elaboración propia.⁷⁹

El objetivo fue investigar si existe una relación estadística entre la “Circunferencia del brazo” (variable dependiente) con “el tiempo en carrera” (variable independiente). El gráfico nos muestra que no existe relación entre las variables, dado que el coeficiente de correlación es muy cercano a 0 ($r=0,24$). En cuanto al modelo de regresión encontrado, nos señala que cada 10 años de carrera alcohólica se estima un incremento de 0,7 cm en la Circunferencia del brazo. Por su parte el coeficiente de determinación ($R^2=0,0588$) indica que menos del 6% de la variación en la circunferencia puede ser explicado por el tiempo que ha estado en carrera alcohólica.

⁷⁸ Schutz Y. Role of substrate utilization and thermogenesis on body-weight control with particular reference to alcohol. *Proceedings of the Nutrition Society* 59:5511,2000.

⁷⁹ Los datos fueron obtenidos de la siguiente ecuación: $y=0,0795x + 26,371$, $R^2=0,0588$.

Debido a que el consumo excesivo de alcohol produce algún tipo de hepatopatía y ésta se vincula con retención de líquidos, es de necesidad de intervención nutricional la circunferencia media del brazo.⁸⁰

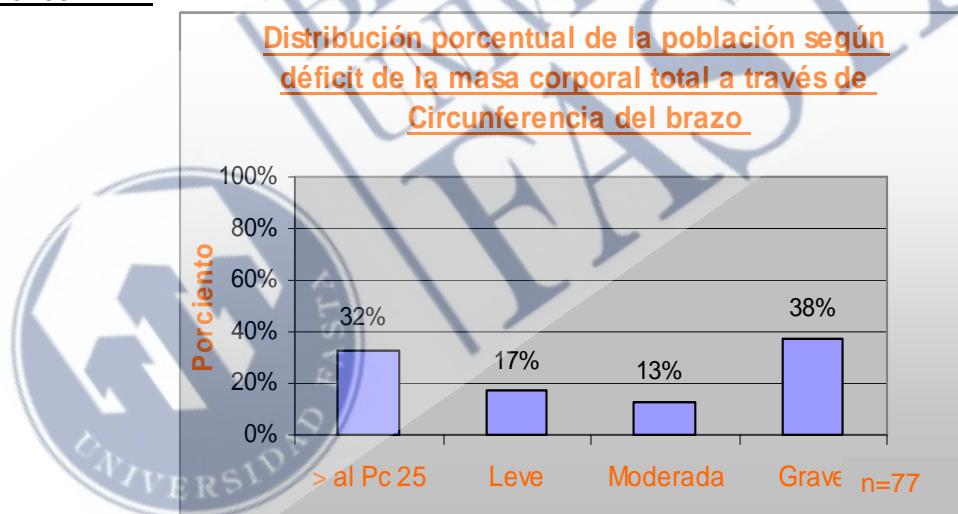
La Tabla Nº 11 y el Gráfico Nº 14 reflejan el análisis de datos sobre la distribución de la población según el déficit de la masa corporal total a través de la circunferencia del brazo.

Tabla Nº 11

Distribución de la población según su déficit de la circunferencia del brazo.		
	Cantidad	%
Mayor al Pc 25	25	32
Déficit Leve	13	17
Déficit Moderada	10	13
Déficit Grave	29	38

Fuente: Elaboración propia

Gráfico Nº 14



Fuente: Elaboración propia

Está plenamente demostrado que los individuos alcohólicos presentan un cierto déficit de la masa muscular medida por la relación peso/talla y circunferencia del brazo.⁸¹

A través de los datos procesados podemos confirmar que a pesar de que los 77 pacientes esté en tratamiento para dejar de beber, su déficit de la masa corporal total permanece, a pesar que su consumo de alimentos aumentó a comparación de cuando estuvieron en carrera. Más de la mitad de la muestra, el 68% precisamente posee algún grado de déficit, ya sea leve, moderado o grave.

⁸⁰ Apoyo Nutricional para niños y adultos. *Manual para la práctica Hospitalaria*, pag.154. Tim Bowling 2003

⁸¹ Miquel Llovera, Xavier Testar y d. López Tejero. Nutrición y alcohol. *Bioquímica y nutrición*. <http://www.bq.ub.es/estres/lpl/personal/miquel/pdf/ML052.pdf>

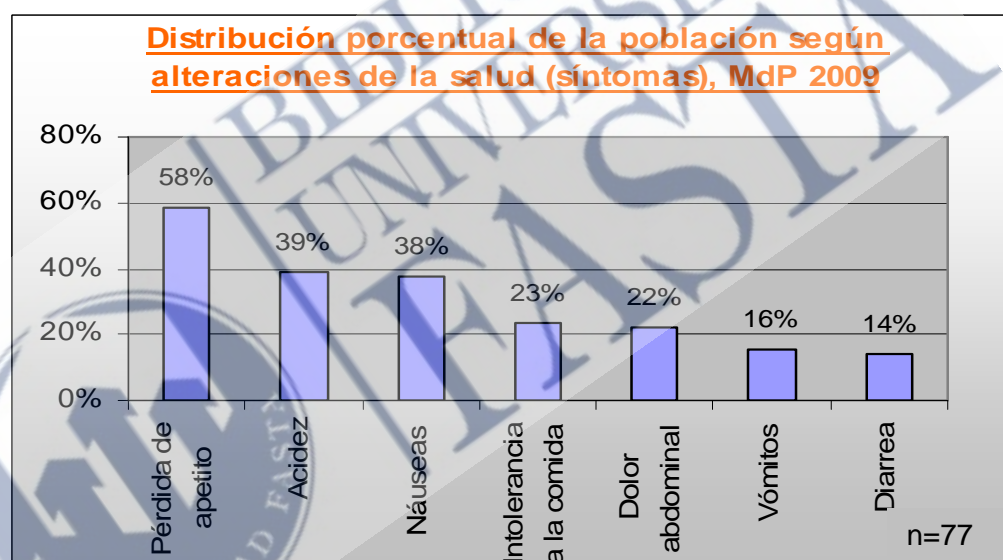
En la Tabla N° 12 podemos observar que síntomas fueron los más prevalentes durante la carrera alcohólica de los pacientes encuestados.

Tabla N° 12

Distribución de la población según los síntomas presentados en su carrera alcohólica		
Síntoma	Cantidad	%
Pérdida de apetito	45	58
Acidez	30	39
Vómitos	29	38
Diarrea	28	36
Intolerancia a la comida	18	23
Hinchazón abdominal	17	22
Dolor abdominal	12	16
Nauseas	11	14
Hemorroides	8	10

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 15



Fuente: Elaboración propia

A través de la Tabla N° 12 podemos destacar los síntomas que los pacientes en su carrera alcohólica padecieron y debido a ellos su ingesta alimentaria fue alterada, además del propio estado de anorexia que genera el consumo de alcohol en exceso.

El trastorno de salud que resultó más significativo fue la pérdida de apetito con un 58% del total de la muestra, lo que ayuda a explicar el estado de desnutrición que padecen cuando están en carrera. De forma decreciente continuó la acidez y los vómitos con un 39 y 38% respectivamente.

Es importante destacar el dolor muscular que sufrían los pacientes durante su carrera alcohólica.⁸² La acción del alcohol sobre los músculos es debilitadora y presentan poli neuropatía alcohólica con disminución de la fuerza muscular por déficit de vitaminas.⁸³

⁸² Dato obtenido del relato de los pacientes alcohólicos en recuperación encuestados.

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos en la investigación surge como resultado la clasificación de las patologías que los individuos padecen o padecieron durante la carrera alcohólica.

Tabla N° 13

Distribución de la población según patologías padecidas		
Patología	Cantidad	%
Inflamación hepática	20	26
Colesterol	15	19
Hipertensión	14	18
Úlcera	13	17
Gastritis	11	14
Hígado graso	10	13
Cirrosis	6	8
Pancreatitis	4	5
Varices	4	5
Total	105	136

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 16



Fuente: Elaboración propia

A través del análisis de datos predominó la inflamación hepática como la principal alteración de salud en el 26% de la muestra. Aproximadamente el 30% de los alcohólicos desarrollan un daño hepático como consecuencia de la ingesta del alcohol⁸⁴. De forma decreciente le sigue el colesterol y la hipertensión con el 19 y 18% respectivamente. La prevalencia de hígado graso es del 13% del total de la muestra. El metabolismo del alcohol tiende a reducir el metabolismo de los ácidos grasos en el hígado; es una razón por la cual el abuso de alcohol conduce a la formación adiposa en el hígado (esteatosis). Estudio de pacientes en fase de rehabilitación muestra que todos los pacientes habían representado repercusión en la salud física o mental debido al

⁸³ Dra. M.Bolet Astoviza y Dra. MM Socarras Suarez. Trabajo de revisión. Hospital Universitario General Calixto García. *Rev Cubana Invest Biomed* 2003; 22(1).

⁸⁴ Alcohol, nutrición y daño hepático alcohólico, Daniel Bunout. <http://www.biblioteca.org.ar/LIBROS/88595.pdf>

abuso del alcohol.⁶ También los hallazgos encontrados en cuanto alteraciones de la salud asociadas con el consumo de alcohol coinciden con los resultados de autores como Leyra R. y Cuevas J.⁸⁵

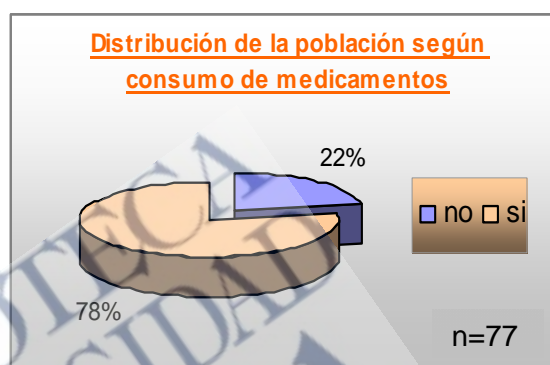
Según la tabla N° 13 podemos observar que cantidad de pacientes toma medicamentos y cuantos no consumen.

Tabla N° 14

Distribución de la población según ingesta de medicamento		
	Cantidad	%
Si	60	78
No	17	22
Total	77	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 17



Fuente: Elaboración propia

Del total de la muestra, 77 personas, el 78% toma medicamentos recetados por el medico mientras que el 22% no consumen. Como parte del tratamiento existe un pilar farmacológico, el que incluye la toma de medicamentos para paliar contra la ansiedad y la depresión que es muy común luego de dejar de beber.

Frente a las preguntas abiertas se analizan las mismas de una manera cualitativa.⁸⁶



⁸⁵Leyva R. Manifestaciones psicopatológicas y somáticas en alcohólicos primarios, secundarios y bebedor social. *Rev Hosp Psiquiatr La Habana* 1994;35(2):25-30.

Cuevas J, Hernández T, Rubio J. Estudios descriptivos de los pacientes alcohólicos ingresados en la Unidad de desintoxicación hospitalaria. *Rev Esp Drogodep* 1994; 19(4):325-45.

⁸⁶Taylor y Bogdan(1990) los llaman descriptivos, y los definen con toda claridad: son los registros narrativos de las observaciones de los investigadores o las transcripciones de las propias palabras de los sujetos investigados. En su importante libro, Miles y Huberman(1994)consideran datos cualitativos a aquellos que se expresan en palabras.(Echevarría 2005b)

¿Qué representa el consumo de alcohol en la vida? ⁸⁷	
Representación de pensamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente 3: “Es la muerte en vida, es tu amo”. ▪ Paciente 9: “Es un infierno que no se puede salir, me hacia mal a mi misma”. ▪ Paciente 11: “Un infierno”. ▪ Paciente 15: “La muerte”. ▪ Paciente 17: “Perdida de la vida”. ▪ Paciente 18: “Algo fatal, incontrolable”. ▪ Paciente 19: “Es lo peor, la muerte, algo que te domina”. ▪ Paciente 22: “Lo peor que te puede pasar”. ▪ Paciente 26: “La muerte, lo peor que conocí”. ▪ Paciente 34: “El peor de los infiernos”. ▪ Paciente 49: “Te sentís poca cosa, me quise matar”. ▪ Paciente 47: “Un fuego que quema”.

Categoría: Representación de pensamientos Negativos: muerte, infierno, lo peor...son lugares comunes al cual arriban quienes sufren el flagelo del alcoholismo. Sin embargo la palabra muerte en sus bocas sabe distinto, sabe a derrota, muerte es lo mejor que puede pasarle a quien está dentro de este tsunami, muerte es la única manera en la que su dolor pueda desaparecer de buenas a primeras.

Representación de pérdida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente 5: “Arruinó y me cago la vida, y perdí casi a mis hijos”. ▪ Paciente 6: “Arruinó la vida y la familia”. ▪ Paciente 7: “Destrucción, cuando uno se da cuenta se esta destruyendo”. ▪ Paciente 24: “Malo, perdida de todo”. ▪ Paciente 29: “Perdida de todo, no te queda nada”. ▪ Paciente 30: “Perdida sin darte cuenta”. ▪ Paciente 32: “Perdida de la realidad”. ▪ Paciente 37: “Una mierda que le arruina la vida y nunca mas”. ▪ Paciente 38: “Arruina, es lo peor”. ▪ Paciente 44: “Arruina mucho, a mi me encantaba”.
---------------------------	---

Categoría: Representación de pérdida: Todos, absolutamente todos los alcohólicos censados coinciden en enumerar una larga lista de cosas perdidas durante su carrera: tiempo, navidades, familia, parejas, trabajos, dignidad, su vida, y así más y más. Saben que con tiempo y alcohol nada ni nadie puede sobrevivir, “*este huracán mal nacido en sus entrañas arrasa todo a su paso*”.⁸⁸

⁸⁷ Pregunta realizada en la entrevista a cada paciente en recuperación alcohólica. Son palabras textuales.

⁸⁸ Frase explícita por un paciente recuperado.

Representación de evasión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente 10: “Evasión, evadir la vida hermosa”. ▪ Paciente 13: “Tapar lo que no quería ver, vida muy pesada”. ▪ Paciente 16: “Escape, no enfrentar realidades”. ▪ Paciente 23: “Evadir realidad para olvidar problema”. ▪ Paciente 27: “Es todo mentira, evadir realidad”. ▪ Paciente 31: “Es lo peor del mundo, un escape de realidad”. ▪ Paciente 40: “Quitarse los miedos, construir un castillo de arena”.
---------------------------	---

Categoría: Representación de evasión: Evadirse, escaparse, anestesiar, olvidar... sólo se trata de no estar ahí, en sus cabezas, en sus cuerpos, en sus zapatos, en ese determinado momento. El diablo los invita a bailar, y ellos no pueden rechazarlo.

Representación de sentimientos de culpa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente 1: “Tenía pena, angustia por la mujer que estaba internaba. Tapaba mis penas”. ▪ Paciente 14: “Dolor y sufrimiento”. ▪ Paciente 33: “Perder la dignidad”. ▪ Paciente 45: “Mucho dolor de cabeza”.
---	---

Categoría: Representación de sentimientos de culpa: Cuando tienen un minuto de lucidez pasan muchos sentimientos de culpa por sus cabezas. El consumo de alcohol en la vida es sentirse sin dignidad, que es un valor de todo ser humano, mejor dicho, es la base de todos los derechos.

Representación de la adicción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente 12: “El alcohol era todo, el ya bebió por todos”. ▪ Paciente 20: “Es un vicio, es el mejor amigo de uno”. ▪ Paciente 28: “Es un vicio difícil de salir”. ▪ Paciente 36: “No tiene salida fácil, no te deja ver nada”. ▪ Paciente 35: “Estas ciego sin entender nada”.
-------------------------------	--

Categoría: Representación de la adicción: Reconocida por la Organización Mundial de la Salud, hablamos de una enfermedad adictiva, hablamos de una obsesión por la ingesta de alcohol.

¿Ha suplantado alguna comida por la bebida cuando estuvo en carrera? ¿Durante el tratamiento para dejar de beber empezó a comer más? ⁸⁹	
Forma de alimentarse durante su enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente 8: “Compraba alcohol fino antes de comprarme un sándwich”. ▪ Paciente 10: “Cuando tomaba no le agarraba hambre”. ▪ Paciente 14: “Reemplazo total del alcohol por comida”. ▪ Paciente 17: “Reemplazo bebida por comida y antes su excusa era la cena y almuerzo para beber alcohol.” ▪ Paciente 23: “Desayunaba alcohol”. ▪ Paciente 26: “No tenía hambre, hacia que comía y comía ½ sándwich.” ▪ Paciente 39: “No me interesaba comer, todo era tomar.” ▪ Paciente 40: “Picaba como un pajarito, todo era bebida”: ▪ Paciente 33: “No pensaba en comer nunca” ▪ Paciente 35: “Me compraba vino antes que comida”. ▪ Paciente 28: “Me compraba fiambre y comía una feta y seguía tomando”. ▪ Paciente 29: “Iba a comprarme 2 bifés y comía un cuarto de uno”. ▪ Paciente 30: “Compraba fiambre y se pudría”. ▪ Paciente 31: “Era muy flaco cuando bebía”.

Categoría: Forma de alimentarse durante su enfermedad: Muy pocos son los alcohólicos que comen bien o tienen una dieta saludable durante el tiempo que consume alcohol en exceso. El alcohol les produce energía y les quita el hambre, el único problema que se les presenta es cómo conseguir el próximo trago, el resto de las necesidades desaparecen.

Forma de alimentarse durante el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente 1: “Ahora como más por ansiedad.” ▪ Paciente 3: “También dejé de fumar y como más, dulces sobre todo”. ▪ Paciente 11: “Antes no tenía apetito, ahora tengo mucha ansiedad y como más”. ▪ Paciente 15: “Cuando deje de fumar también aumenté de peso”. ▪ Paciente 22: “Ahora como re bien”. ▪ Paciente 27: “Empecé a comer más luego de dejar de tomar y también porque deje de fumar”: ▪ Paciente 42: “Como más saludable”. ▪ Paciente 43: “Ahora como muchas verduras”.
---	---

⁸⁹ Pregunta realizada en la entrevista a cada paciente en recuperación alcohólica. Son palabras textuales.

Categoría: Forma de alimentarse durante su tratamiento: Pareciera que al iniciar un período de desintoxicación, quieren regularizar todas las tareas juntas. Lo cierto es hay períodos duros con respecto a ansiedades, mal humor y hasta los famosos tembleques... En la comunidad les aconsejan comer mucho membrillo para saciar esa ansiedad, el dulce va muy bien, jamás sentir hambre es la premisa. Mucha mucha agua, mucho membrillo y mucha fe....

<p>Forma de alimentarse durante su último estadio de la enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente 4: “Cuando llegaba la hora de comer no lo hacia porque ya estaba tomado”. ▪ Paciente 5: “El último tiempo no comía, a veces lo hacia de prepo”. ▪ Paciente 9: “El último mes no comía nada, ahora como mucho membrillo”. ▪ Paciente 12: “No terminaba el plato, estuve lo máximo 3 días sin comer nada de nada”. ▪ Paciente 13: “A la cena llegaba borracho y no comía nada”. ▪ Paciente 16: “Estuve días sin comer”. ▪ Paciente 18: No probaba comida cuando estaba alcoholizado y con droga. Si comía era muy poco.” ▪ Paciente 21: “No me cocinaba cuando estaba en carrera, comía pan o maníes”. ▪ Paciente 41: “Vivía sola y no me cocinaba, ahora hago 4 comidas”. ▪ Paciente 37: “A lo ultimo no comía nada”. ▪ Paciente 25: “No sabia en que horario vivía y no comía”
--	---

Categoría: Forma de alimentarse durante su último estadio de la enfermedad: Es uno de los últimos estadios en la carrera alcohólica, simplemente se abandonan, no se bañan, menos peinarse, se visten mal, se olvidan de que son personas, hasta de que forman parte de una sociedad. Se sienten y están solos, no comen, no duermen; sólo deambulan hasta el próximo trago y solamente en busca de él.

CONCLUSIONES



El consumo de alcohol tiene una repercusión nociva para la salud, la familia y la sociedad, el cual está tan extendido ampliamente en el mundo y de ello nace una enfermedad, el alcoholismo, cuyas consecuencias tienen una incidencia biológica, psicológica y social.

La persona se convierte en alcohólico paulatinamente, evoluciona durante meses o años, cada vez es más adicto, y en fases avanzadas pierde el interés por todo y la botella se vuelve su centro vital. Pierde la salud y la autoestima, presenta deficiencia en su trabajo, y el deterioro mental lo conduce a no poder realizar ninguna actividad útil y empobrece su economía personal.⁹⁰

La prevalencia de malnutrición en el alcoholismo en la mayoría de los estudios y trabajos se estima alrededor del 30%; es sabido que su patogenia es multifactorial. Los problemas nutricionales son muy comunes en esta población. Cuando una persona confía en el alcohol para satisfacer la mayor parte de sus necesidades energéticas, se presenta malnutrición de energía y proteínas. Además son factibles las carencias de varios otros nutrimentos, en particular, de ciertas vitaminas y minerales.⁹¹

Habiendo analizado los datos del presente estudio y teniendo en cuenta el objetivo general planteado se concluye que:

Al analizar el Estado Nutricional mediante el Índice de Masa Corporal se concluye que: existen 2 personas con desnutrición, equivalente al 3%, de este porcentaje existe prevalencia del sexo femenino sobre el masculino; son 33 pacientes que tienen un estado nutricional normal, sobrepeso un 42% y obesidad un 13% del total de la muestra. En cuanto a la distribución de la población según el déficit de la masa corporal total a través de la circunferencia del brazo se confirma que el 68% de la muestra posee algún grado de déficit, ya sea leve con 17%, moderado con el 13% y grave con un 38%. Muy pocos son los alcohólicos que comen bien o tienen una dieta saludable durante su carrera. El alcohol tiene la condición de antialimento, les disminuye notablemente el apetito y les produce calorías vacías, el único problema que se les presenta es cómo conseguir el próximo trago, el resto de las necesidades desaparecen, principalmente la necesidad de comer. En el transcurso del período de desintoxicación quieren realizar todas las tareas juntas. Tienen períodos muy duros con respecto a ansiedades, mal humor, depresión y un sin fin de sensaciones. Un gran número de pacientes cuentan que comenzaron a comer más luego de dejar la adicción del alcohol, así lo muestra el análisis de datos que refleja que un 62% de la muestra aumentó su peso luego de dejar la sustancia tóxica mientras que el 25% dice haber mantenido el peso y un 13% bajo de

⁹⁰ Dra. M. Bolet Astoviza y Dra. M. Socarrias Suarez, *Trab Revision*, El alcoholismo, consecuencias y prevención, Hospital Gral. Calixto García.

⁹¹ R. Moreno y J.R. Cortes, Nutrición y alcoholismo crónico, *Nutr Hosp*. V.23 supl.2 Madris mayo 2008.

peso, explicado por la ascitis y edemas que han sido producidos por el consumo excesivo de alcohol.

Al investigar la relación que existe entre el tiempo que el paciente lleva sin consumir alcohol, o sea sobrio, y su estado nutricional actual según IMC, podemos observar que a medida que el paciente aumenta su tiempo de abstinencia también aumenta el IMC. Se destaca un pequeño grupo de pacientes dentro del primer mes de abstinencia con sobrepeso u obesidad, esto representa claramente que el consumo de alcohol reduce el uso de grasas, reduce la oxidación por las células del cuerpo y promueve un equilibrio positivo, contribuyendo así al riesgo de obesidad.

Al determinar si existe relación entre el tiempo en que el paciente estuvo tomando alcohol y su circunferencia del brazo, se destaca que no existe relación entre las variables. En cuanto al modelo de regresión encontrado, señala que cada 10 años de alcoholismo se incrementa un 0,7 cm en la circunferencia del brazo; dato que es insignificante entre variables.

La persistencia en la ingestión de etanol comporta una pérdida adicional de peso asociado a una significativa reducción de la masa muscular, mientras que la abstinencia se asocia a una mejoría del estado nutricional y ganancia de masa muscular; este patrón es común a todos los pacientes alcohólicos, independientemente de que exista o no una lesión hepática crónica.

En cuanto a los factores que inciden sobre la ingesta alimentaria: síntomas, patologías durante la carrera alcohólica y medicamentos se concluye que todos los pacientes habían presentado repercusión en la salud física y mental debido al abuso del alcohol: pérdida de apetito un 58%, acidez un 39%, 29 personas presentaron vómitos y 18 personas presentaron intolerancia a la comida. En cuanto a las patologías, 26 personas presentaron inflamación hepática, o sea hepatitis alcohólica, el 13% de la muestra presentó hígado graso y el 8% cirrosis. En cuanto a hipertensión, el 18% respondió que padece, colesterol 19% y úlcera el 17% de la muestra. Del total de la muestra el 78% toma medicamentos por prescripción médica como parte del tratamiento.

Se analizó el perfil sociodemográfico incluyendo edad, sexo, nivel de instrucción y ocupación de los pacientes en recuperación para dejar de beber y se obtiene: con respecto a los grupos de edades el de mayor porcentaje que concurre a la Unidad es de 36 a 55 años y la edad promedio es de 47 años + - 10. En cuanto al predominio de la ingestión de bebidas alcohólicas el masculino representa el 78% mientras que el femenino es menor, 22%. En los resultados expuestos con respecto al nivel de instrucción se destaca que el 71% de la muestra no tiene el secundario completo. Se plantea en la literatura que el alcoholismo está muy relacionado con el fracaso escolar y el abandono de los estudios aunque puede aparecer en personas de cualquier nivel de

escolaridad. La incidencia del alcoholismo en la Unidad del Hospital Interzonal General de Agudos es mayor en aquellas personas con niveles de instrucción bajo y los niveles salariales, según su nivel de ocupación, son bajos o nulos.

Otro dato que ayuda a conocer un poco más a la población en estudio es acerca del tiempo que han estado bebiendo, del total de la muestra, más de la mitad, o sea el 58% estuvo más de 10 años en carrera alcohólica. El tipo de bebida que han consumido durante esos años se destaca la cerveza con un 62% y el vino con 73%.

En la lucha contra esta adicción las instituciones estatales de salud, entre otras, y la población en general, cumplen una importante función para prevenir y controlar esta enfermedad. Dentro de la muestra existe un pequeño porcentaje de personas que forman parte de la Unidad dentro del Hospital y en las organizaciones de los grupos de Alcohólicos Anónimos; de esta manera dan el ejemplo de que se puede combatir la adicción y salir adelante.

Es imprescindible que estos pacientes tengan una aproximación multidisciplinaria para solucionar su problema de dependencia y abuso del alcohol, debido al amplio aspecto de sus complicaciones que van desde enfermedades nutricionales, cuadros graves como pancreatitis hasta el síndrome de abstinencia.

Es importante destacar la importancia del Licenciado en Nutrición en la dedicación, atención y tratamiento de estos pacientes, como educador y responsable de lograr resultados de salud óptimos a través de una dieta equilibrada, suficiente y adaptada.

Es fundamental brindar información acerca de las necesidades de estos pacientes en particular, para poder realizar así, mediante intervención nutricional el tratamiento más adecuado.

Cuando se consume en exceso, el alcohol puede interferir gravemente con el estado nutricional del bebedor, ya sea alterando la ingestión del alimento, su absorción o la utilización de los nutrientes por el organismo.⁹² Los pacientes alcohólicos tienden a medida que aumentan los años en carrera a consumir menos cantidad de energía y como resultado de la falta de adecuación a las recomendaciones y de los mecanismos propios de la enfermedad logran un descenso de peso, o lo que es peor la desnutrición. Se recomienda por tanto hacer una Evaluación Nutricional en los pacientes en recuperación con el objetivo de identificar si existe desnutrición, detectar deficiencias de nutrientes así como de vitaminas y minerales, y encaminar las necesidades terapéuticas para prevenir y ó combatir las complicaciones que derivan del consumo excesivo de alcohol.

La enfermedad no es solamente un problema moral sino de salud, que tienen tratamiento, pero ante todo requiere prevención.

⁹² M.Castellanos F., S.Santana Porben, Influencia de la desnutrición en la aparición de complicaciones y mortalidad en pacientes alcohólicos, *Nutr Hosp.* v.23 n.1 Madrid ene-feb 2008

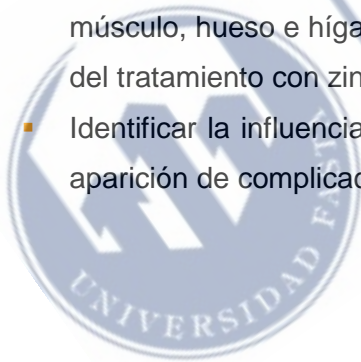
El enfermo alcohólico no se cura nunca, pero su calidad de vida y su salud están determinadas por no beber una gota de alcohol, desempeñando un papel muy importante la labor educativa a pacientes y familiares, en cuanto a la enseñanza de los efectos dañinos del alcohol y sus consecuencias, para evitar recaídas, y la atención directa del médico de cabecera.

A partir de la realización de este riguroso trabajo surgen diferentes e interesantes temáticas para investigar:

- Evaluar la ingesta calórica proteica en pacientes con hepatopatía crónica.

La malnutrición calórica proteica es frecuente entre los pacientes con hepatopatías crónicas estableciéndose hasta en un 80%. El problema es multifactorial, siendo la disminución de la ingesta una de las causas más relevantes.

- Evaluar la relación entre el grado de insuficiencia hepática y la magnitud de la desnutrición en pacientes con daño hepático alcohólico.
- Investigar la prevalencia de osteopenia y osteoporosis en alcohólicos, cirróticos y no cirróticos, y la relación entre pérdida de masa ósea y la alteración del metabolismo calcio-fosfórico con la función hepática, intensidad de alcoholismo y el estado nutricional.
- Analizar los efectos combinados y relativos del alcohol y la malnutrición sobre el músculo, hueso e hígado, analizando al mismo tiempo el posible efecto protector del tratamiento con zinc sobre la miopatía, osteopatía y hepatopatía alcohólica.
- Identificar la influencia del estado nutricional de los pacientes con cirrosis en la aparición de complicaciones y mortalidad.



BIBLIOGRAFIA



- Abramson JL and others. *Journal of the American Medical Association*.
- Aetiology and patogénesis of alcohol liver disease. *Bailleres Clin gastroenterol* 1993; 3:581-608.
- American Psychiatric Association, 1994
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) 2002.
- Arts, I.C. and P.C. Hollman, Polyphenols and disease risk in epidemiologic studies. *American Journal Clinical Nutrition*, 2005. 81(1 Suppl)
- Arzeno M. Diagnóstico de Alcoholismo. *Proami*. (Proyecto de actualización de Medicina Interna). Tercer ciclo.
- Astoviza M. B. y Socarràs Suárez. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Trabajo de revisión. *Rev Cubana Invest Biomed* 2003; 22(1).
- Belkis Sotomayor Álvarez Ciego de Avila, policlinico docente, Alcohol y enfermedades, Artículo de revisión.
- Bode JL, Cuchwald B, Coebell H: Inhibition of ethanol breakdown due to protein deficiency in man. *German Medical Monthly* 1971; 1:149-151.
- Bunout Daniel; Alcohol, nutrición y daño hepático alcohólico; Alcohol y Nutrición. www.biblioteca.org.ar/LIBROS/88595.pdf
- Cabre E, Gassull M. Nutrition in liver disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2005; 8: 545-51. Hirsch S, de la Maza M, Gattás V, et al. Nutritional support in alcoholic cirrhotic patients improve host defenses. *J A Coll Nutr* 1999;18:434-41
- Chaer Borges V, Linetzky W D, De Oliveira A, Carneiro LA, Camilo ME. Insuficiencia hepática aguda e crónica. En: Linetzky Waitzberg D. *Nutricao oral, enteral y parenteral na pratica clínica*. Sao Paulo. Ed Atheneu, 2001: 1209-26
- Diario La Capital, sección Actualidad. Mar del Plata, Lunes 11 de Mayo 2009.
- Dufour, Mary C.M.D., M.P.H What is Moderate Drinking? Defining "Drinks" and *Drinking levels Alcohol Research & Health*. Volume 23, Number 1, 1999.
- Escalante M., R. Vicario, M.L: Gabancho, Nutrición, enfermedad ósea y cirrosis alcohólica. *An Med Interna (Madrid)*, Vol 19 Nº10, 2002
- Feinman L, Lieber CS. Nutrition and diet in alcoholism. En: Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC, eds. *Modern Nutrition in Health an Disease 9th ed Baltimore: Williams & Wilkins*, 1998.
- Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Alcoholismo y psicosis alcohólica. En: Morris E, Chafetz MD, eds. *Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial Científico-Técnica*; 1992. (Edición Revolucionaria)
- Freedman A, Kaplan H, Sadock B. *Modern synopsis of comprehensive text book of Psychiatry. 2 ed. Baltimore: Williams an Wilkins*, 1977

- Girolami, D. *Instrumentos de Valoración Nutricional*, Bs.As., Arg. Ed. El Ateneo, Marzo 2003.
- Goldbohm RA, Van den Brandt Pa, Van't Veer P, Dorant E, Strumans F, Hermus RJ. Prospective study alcohol consumption and the risk of cancer of the colon and other organs in the Netherland. *Cancer causes Control* 1994;5:95-104
- González Menéndez E. Como librarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos del café, tabaco y alcohol. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 1995 11(3):269-70
- González Menéndez R. El cuestionario de indicadores diagnóstico (CID) en la detección de morbilidad alcohólica adulta. *Rev. Hosp. Psiquiatr.* 1992; 33(1):7-12
- Gonzalez R. Variedades de alcoholismo. *Rev Psiquiatr la Habana* 1983; 24(4):523-9
- González P. La prevalencia del alcoholismo. *Rev.Hosp.Psiquiatr La Habana* 1985;26(1):31-40
- Halsted Charles H., MD., La opinión de un experto, La producción de energía, nutrientes y alcohol. cap.8
- Health risks and benefits of alcohol consumption: *Alcohol Research and Health* 24(1):5, 2000.
- Helping Patients Who Drink Too Much. A Clinician's Guide U.S. department of Health & Human Services. National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Updated 2005 Edition.
- Hernández Triana M. Alteraciones metabólicas en el alcoholismo. *Revista Cubana Aliment Nutr* 1996;10(1)
- Lieber CS. Alcohol, liver injuries and protein metabolism. *Pharmacol Biochem Behavior* 1980; 13:17- -30.
- Lieber C.S. Interactions of alcohol and Nutrition; Alcoholism: *Clinical and Experimental research*, 7:2-4, 1983.
- Lieber CS. Medical and Nutritional complications of alcoholism: Mechanisms and Management. New York: *Plenum Press*, 1992.
- Lieber CS. Perspectives: do alcohol calories count? *Am J Clin Nutr* 1991; 54:976-982.
- Lopez M. L., Quirantes Moreno y J.A. Perez Mendez. Pesquisa de alcoholismo en un área de salud. *Revista Cubana Med. Gen. Integr* 2006;22 (2)
- Miquel Llovera, Xavier Testar y d. López Tejero. Nutrición y alcohol. Bioquímica y nutrición. <http://www.bq.ub.es/estres/lpl/personal/miquel/pdf/ML052.pdf>
- Moreno Otero R y Cortés J. R. Nutrición y alcoholismo crónico. *Nutr. Hosp. v.23 supl.2 Madrid mayo 2008*
- Moreno Otero R. y J.R. Cortes. *Nutr. Hosp. V.23 supl. 2. Madrid mayo 2008.*

- Morgan S., Weinsier L.R. *Nutrición clínica*. Segunda edición.
- Mukamal KJ and others: Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *The New England Journal of Medicine* 348:109,2003.
- Organización Mundial de la Salud. Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra, 1976.
- Sáiz, P.A.; G-Portilla, M^a P.; Paredes, M. ^a B.; Bascarán, M^a. T.; Bobes, J. Area de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Instrumentos de evaluación. <http://www.adicciones.es/files/bobes.26.pdf>
- Schuckit MA: Alcohol an alcoholism in Braunwald E and others (eds): *Harrison's Principles of Internal Medicine*.15th ed. New York: Mc Graw-Hill, 2001
- Schutz Y: Role of substance utilization and termogénesis on body-weight control with particular referente to school. *Proceedings of Nutrition Society* 59:511,2000.
- Suter PM: Alcohol: Its role in health and nutrition in Bowman BA, RM Russell (eds.):*Present knowledge in Nutrition* Washington, DC:ILSI, 2001
- Tabla de composición química de los alimentos. *CENEXA*. Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada (UNLP-CONICET). Segunda edición.
- The influence of alcohol on nutritional status. *Nutr Rev* 1988; 46:241-54
- Tim Bowling, Apoyo nutricional para niños y adultos, Un manual para la práctica Hospitalaria. McGraw-Hill marzo 2006
- Tirad Annual Meeting of the Alcohol Abuse Immunology Symposium, Vail, Colorado. Alcohol effects on the inmune system,*Alchoho* 1993;10:335-42
- WHO Statistical Information System (WHOSIS)
- Williams Melvin H., *Nutrición para la salud, condición física y deporte*, séptima edición.
Sitios de la Web de Imágenes:
 - “Aspecto microscòpico de cèlulas hepàticas” : Wyngaarden Jb, Smith LH: Cecil Textbook Of Medicine, Philadelphia, 1998.
 - “Copa de vino tinto y uvas” : www.vitonica.com/prevencion/un-poco-de-vino-t
 - “Fórmula molecular del etanol” : <http://es.wikipedia.org/>
 - “Influencia del alcohol sobre el corazón”:
http://es.wikipedia.org/wiki/Efectos_del_alcohol_en_el_cuerpo
- Sitios de la Web consultados:
 - http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/revisiones/
 - http://www.alcoholicosanonimos.org/descarga/DOSSIER_AA.pdfes.wikipedia.org/wiki/Alcohólicos_Anónimos

- <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/33956.antioxidantes-protegen-contradanos-del-alcoh.html>
- <http://es.thefreedictionary.com/reca%C3%ADdas>
- <http://es.thefreedictionary.com/edadhttp://es.thefreedictionary.com/ocupaci%C3%B3>
- http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_masa_corporal
- <http://www.fao.org>
- <http://www.hepatitis.cl/oh.htm>
- <http://www.ilustrados.com>
- <http://www.medlineplus.gov/spanish/>
- <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/alcoholismo/dependencia.htm>



BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD
FASTE

ANEXO



Encuesta	Edad (años)	Sexo	Instrucción	Ocupación	Vino	Bebidas blancas	Cerveza	Whisky	Licores	Mezclas
1	66	Masc	sec comp	K			1			
2	53	Masc	prim incomp	H	1		1			1
3	35	Masc	terc incomp	I	1		1	1		
4	42	Masc	prim comp	D	1		1	1		
5	47	Masc	prim comp	J	1					
6	54	Masc	prim comp	J	1					
7	29	Masc	prim comp	I	1	1	1	1	1	
8	48	Masc	terc incomp	E		1				
9	53	Fem	sec comp	C a	1					1
10	54	Masc	prim comp	C a	1		1			
11	40	Masc	prim comp	J	1	1				
12	41	Masc	sec comp	H	1	1	1	1	1	1
13	41	Fem	sec comp	D	1					
14	40	Fem	prim comp	A	1					
15	45	Masc	sec incomp	C a			1			
16	75	Fem	sec incomp	L	1					
17	56	Fem	prim incomp	K			1			
18	47	Fem	univ comp	F			1			
19	29	Masc	prim comp	F			1			
20	38	Masc	sec incomp	I			1	1		
21	50	Masc	sec incomp	I	1		1			1
22	65	Fem	sec comp	L	1					1
23	30	Masc	sec incomp	H	1	1	1			
24	64	Masc	prim comp	K	1					
25	50	Masc	prim comp	I	1	1		1		
26	32	Masc	sec incomp	H		1		1		
27	29	Masc	sec comp	H	1		1			
28	53	Fem	sec comp	G			1	1		
29	25	Masc	prim incomp	J	1		1			
30	52	Fem	analfabeto	C a			1		1	
31	50	Masc	prim comp	D	1		1			
32	55	Fem	sec comp	F	1		1			
33	55	Masc	analfabeto	A	1	1	1	1		1
34	41	Masc	prim comp	H	1					
35	48	Masc	sec incomp	D	1		1			
36	58	Masc	prim comp	A	1			1		
37	43	Masc	sec incomp	H		1	1			
38	55	Masc	sec comp	I	1		1	1		
39	42	Fem	prim comp	G			1			
40	39	Masc	sec incomp	F	1					
41	45	Masc	sec incomp	G						
42	58	Masc	sec comp	K	1		1			
43	63	Masc	terc comp	K	1					
44	52	Masc	prim incomp	C a	1		1	1	1	

Encuesta	Edad (años)	Sexo	Instrucción	Ocupación	Vino	Bebidas blancas	Cerveza	Whisky	Licores	Mezclas
45	39	Masc	prim comp	A			1	1		
46	37	Masc	sec incomp	D	1	1		1		
47	55	Masc	prim comp	C a	1		1			
48	52	Masc	prim comp	C a	1		1			
49	43	Masc	sec comp	F	1	1	1		1	1
50	32	Masc	sec comp	D	1	1	1	1	1	1
51	53	Masc	terc comp	C a			1	1		

52	50	Fem	sec incomp	L	1					
53	51	Masc	prim comp	H	1				1	
54	34	Masc	prim comp	H	1	1	1			
55	65	Masc	sec incomp	K	1	1	1	1	1	
56	50	Fem	prim incomp	L	1					
57	46	Masc	prim comp	C a	1					
58	53	Masc	sec incomp	J	1	1	1	1	1	1
59	37	Masc	prim incomp	H		1				1
60	60	Masc	prim comp	D	1					
61	60	Masc	prim comp	C a	1					
62	42	Fem	sec comp	F	1					
63	39	Masc	terc comp	C a	1		1			
64	48	Masc	sec incomp	J	1		1			
65	58	Masc	prim incomp	A	1	1	1	1		
66	42	Masc	terc comp	J	1					
67	56	Masc	sec incomp	C a			1	1		
68	39	Masc	prim comp	H	1	1	1			
69	28	Masc	sec incomp	H	1	1	1	1		
70	58	Fem	prim comp	I		1	1			
71	48	Masc	prim comp	H	1	1				
72	48	Masc	sec incomp	D	1		1	1		
73	36	Masc	prim comp	H	1	1	1	1	1	1
74	47	Fem	sec comp	G	1					
75	50	Masc	sec incomp	C a			1			
76	37	Masc	univ comp	D			1	1		
77	37	Fem	sec incomp	J			1			

Enc	Abst (meses)	Tiempo 1	Tiempo 2 (años)	P.13	Peso	IMC	Estado Nutricional	Circ Brazo	Perímetro Brazo	Deficit masa corporal
1	1,5	menor a 3 años	0,16	aumentó	64	20,89	normal	24	<5	Grave
2	3,66	más de 20 años	35	aumentó	66	26,43	sobrepeso	27	5-14	Moderada
3	0,5	10 a 20 años	20	aumentó	90	30,77	obesidad 1	31	>25	Normal
4	0,7	más de 20 años	28	aumentó	69	24,5	normal	26	<5	Grave
5	0,5	10 a 20 años	18	aumentó	78	22,8	normal	28	5-14	Moderada
6	84	más de 20 años	26	se mantuvo	56,5	20,01	normal	23,5	<5	Grave
7	0,25	menor a 3 años	1,5	se mantuvo	50,3	21,2	normal	21	<5	Grave
8	96	10 a 20 años	10	aumentó	86	29,4	sobrepeso	26	<5	Grave
9	54	más de 20 años	30	aumentó	67	27,88	sobrepeso	30	>25	Normal
10	4	más de 20 años	30	bajó	76	27,58	sobrepeso	32	>25	Normal
11	0,23	más de 20 años	27	aumentó	96	30,99	obesidad 1	34	>25	Normal
12	1,5	más de 20 años	36	aumentó	68	24,6	normal	31	>25	Normal
13	1	3 a 5 años	4	aumentó	69	22,87	normal	27	>25	Normal
14	1	5 a 8 años	6	bajó	52,4	19,9	normal	24	<5	Grave
15	10	10 a 20 años	29	bajó	98	29,91	sobrepeso	30	15-25	leve
16	14	8 a 10 años	8	bajó	64	24,08	normal	22	<5	Grave
17	48	10 a 20 años	15	aumentó	88	37,1	obesidad 2	35	>25	Normal
18	60	8 a 10 años	10	aumentó	58	22,65	normal	26	15-25	leve
19	0,5	8 a 10 años	8	se mantuvo	68	20,98	normal	26	<5	Grave
20	0,5	5 a 8 años	7	aumentó	55	19,25	normal	27	<5	Grave
21	48	más de 20 años	40	bajó	82	25,3	sobrepeso	30	15-25	leve
22	216	5 a 8 años	8	aumentó	61	26,4	sobrepeso	28	>25	Normal
23	2	10 a 20 años	16	se mantuvo	65	20,9	normal	24	<5	Grave
24	144	más de 20 años	40	bajó	81	25,56	sobrepeso	26	5-14	Moderada
25	13	más de 20 años	23	aumentó	98,5	32,91	obesidad 1	32	>25	Normal
26	0,83	3 a 5 años	5	se mantuvo	55	18,37	desnutrido	26	<5	Grave
27	1,16	3 a 5 años	4	se mantuvo	65,2	20,57	normal	27	5-14	Moderada
28	51	10 a 20 años	12	aumentó	72,3	25,01	sobrepeso	28	>25	Normal
29	2	5 a 8 años	7	se mantuvo	61	21,1	normal	25	<5	Grave
30	15	10 a 20 años	15	aumentó	69,2	27,7	sobrepeso	30	>25	Normal
31	2,5	10 a 20 años	15	se mantuvo	65	25,07	sobrepeso	23	<5	Grave
32	0,5	3 a 5 años	3	se mantuvo	67	26,5	sobrepeso	25	5-14	Moderada
33	45	10 a 20 años	18	aumentó	102	37,46	obesidad 2	34	>25	Normal
34	0,2	10 a 20 años	20	se mantuvo	65,8	21,24	normal	23	<5	Grave
35	0,25	5 a 8 años	7	se mantuvo	62,3	19,01	normal	25	<5	Grave
36	72	10 a 20 años	14	aumentó	78	29,35	sobrepeso	31	>25	Normal
37	1	5 a 8 años	7	aumentó	68,5	21,86	normal	26	<5	Grave
38	51	8 a 10 años	9	aumentó	89,2	30,5	obesidad 1	29	15-25	leve
39	0,6	8 a 10 años	9	aumentó	52,3	20,42	normal	25	>25	Normal

40	1,5	5 a 8 años	8	aumentó	72,2	22,53	normal	27	<5	Grave
41	18	8 a 10 años	9	aumentó	69,5	25,22	sobrepeso	28	15-25	leve
42	44	10 a 20 años	12	aumentó	79,5	27,83	sobrepeso	32	>25	Normal
43	3	10 a 20 años	10	aumentó	71,5	23,6	normal	22	<5	Grave
44	15	mas de 20 años	34	aumentó	80	27,3	sobrepeso	27	5-14	Moderada
45	62	10 a 20 años	11	aumentó	85	29,41	sobrepeso	30	15-25	leve
46	0,66	5 a 8 años	7	aumentó	58,3	20,17	normal	25	<5	Grave
47	3	10 a 20 años	14	bajó	70,2	27,41	sobrepeso	28	15-25	leve
48	6	10 a 20 años	10	bajó	69	25,34	sobrepeso	22	<5	Grave
49	2	8 a 10 años	9	se mantuvo	60	21,77	normal	30	15-25	leve
50	14	mas de 20 años	23	bajó	68,5	24,29	normal	25	<5	Grave
51	1	5 a 8 años	7	se mantuvo	62,3	21,5	normal	26	<5	Grave
52	36	5 a 8 años	7	aumentó	68,7	27,17	sobrepeso	28	>25	Normal
53	51	8 a 10 años	9	aumentó	75	27,21	sobrepeso	29	15-25	leve
54	36	mas de 20 años	22	aumentó	82	27,39	sobrepeso	28	5-14	Moderada
55	216	mas de 20 años	28	aumentó	82,5	30,67	obesidad 1	29	>25	Normal
56	0,23	10 a 20 años	20	bajó	48,2	19,9	normal	23	<5	Grave
57	0,4	mas de 20 años	32	aumentó	80,5	27,85	sobrepeso	26	<5	Grave
58	12	mas de 20 años	30	se mantuvo	73	24,11	normal	28	15-25	leve
59	3	mas de 20 años	23	aumentó	73,8	24,37	normal	28	5-14	Moderada
60	7	8 a 10 años	10	aumentó	100	35,85	obesidad 2	35	>25	Normal
61	0,4	8 a 10 años	10	aumentó	90	31,51	obesidad 1	31	>25	Normal
62	30	10 a 20 años	16	se mantuvo	71,5	25,035	sobrepeso	28	>25	Normal
63	3	8 a 10 años	10	aumentó	86,2	25,18	sobrepeso	29	15-25	leve
64	0,23	10 a 20 años	14	aumentó	59	19,04	normal	26	<5	Grave
65	28	10 a 20 años	16	aumentó	76,3	27,41	sobrepeso	31	>25	Normal
66	20	10 a 20 años	14	aumentó	80,2	26,48	sobrepeso	30	15-25	leve
67	14	8 a 10 años	9	aumentó	89,1	29,09	sobrepeso	32	>25	Normal
68	0,33	10 a 20 años	13	se mantuvo	61	19,038	normal	27	<5	Grave
69	0,6	10 a 20 años	13	aumentó	65	20,28	normal	27	5-14	Moderada
70	0,2	10 a 20 años	17	se mantuvo	50	18,36	desnutrido	24	5-14	Moderada
71	29	10 a 20 años	12	aumentó	82,1	27,43	sobrepeso	31	>25	Normal
72	0,33	8 a 10 años	9	aumentó	52,3	118,1	obesidad 3	26	<5	Grave
73	0,63	8 a 10 años	9	aumentó	65,3	21,56	normal	27	<5	Grave
74	36	10 a 20 años	12	aumentó	69,2	27,03	sobrepeso	28	>25	Normal
75	18	10 a 20 años	12	aumentó	71,4	25	sobrepeso	28	15-25	leve
76	0,4	8 a 10 años	8	se mantuvo	66,4	20,95	normal	26	<5	Grave
77	5	5 a 8 años	7	se mantuvo	59,1	25,2	sobrepeso	28	>25	Normal

La carga personal del alcohol

Gregorio Rodríguez, de 62 años, es un veterano de Alcohólicos Anónimos (AA) en Costa Rica. Cuenta que antes de formar parte de AA, la dependencia del alcohol casi destruye su vida. "Perdí muchos años de mi vida por culpa del alcohol," recuerda arrepentido.

Rodríguez empezó a beber mucho a los 18 años y a los 30 empezó a endeudarse para pagar su consumo de alcohol, de tres a cuatro botellas por día. Sin embargo, lo que más le duele es el efecto que tuvo su adicción en sus seres queridos. Dice que "las consecuencias del alcohol son una familia traumatizada. Ellos no saben cuándo estará uno en casa o si volverá. Mi esposa fue hospitalizada tres veces por trauma emocional".

Rodríguez recuerda el día en que su esposa juntó sus pertenencias, las metió en una bolsa de papel y le dijo que se fuera. Poco después se encontró en el centro del pueblo, sin estar seguro de su nombre ni de dónde vivía. Finalmente, y con la ayuda de AA, aceptó "de una vez por todas" que era alcohólico, dice, y se propuso mantenerse sobrio. "Alcohólicos Anónimos salvó mi vida", afirma.

Si bien los esfuerzos de la salud pública están dirigidos a reducir el consumo de alcohol en la población en general, la dependencia del alcohol sigue siendo un problema crítico para los individuos y sus familias. Por lo general el síndrome incluye preocupación por el alcohol, consumo compulsivo, deterioro físico y mental, y falta de voluntad para dejar de tomar. Los integrantes de AA lo definen como una enfermedad que probablemente tenga raíces genéticas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el alcoholismo es un trastorno de la salud mental con raíces biológicas, psicológicas y sociales.

La herencia puede tener un papel en el alcoholismo; sin embargo, los tratamientos están enfocados hacia los cambios motivacionales, el aprendizaje de nuevos modos de vida, mecanismos para hacer frente a la situación, la dependencia física y la adaptación neurológica del cuerpo.

Maristela Monteiro, experta en alcoholismo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera que los programas de tratamiento deben formar parte integral del sistema de salud de un país y ser de carácter comunitario y de amplio alcance, es decir, cubrir toda la gama de problemas relacionados con el beber en exceso. Entre quienes ofrecen tratamiento se encuentran las entidades de servicio social, especialistas en alcoholismo, psicólogos, psiquiatras, programas para pacientes hospitalizados, programas en los lugares de trabajo y, por supuesto, AA.

AA mantiene sobrios a muchos alcohólicos y ofrece apoyo a sus familiares. Rodríguez fue a AA después de que su esposa descubriera Al Anón, el grupo de apoyo para familiares y amigos de los alcohólicos; allí aprendió la forma de persuadir a su marido para que buscara ayuda.

La pareja confía mucho en AA y Rodríguez, después de 30 años de sobriedad, es un miembro modelo. Pero AA no resuelve todos los problemas: los hijos de Rodríguez aún se niegan a hablarle. "El alcoholismo no sólo afecta al alcohólico; también influye en la familia", dice Marco Segura, alcalde de Escazú, un suburbio de San José, quien conoce lo que es ser hijo de un padre alcohólico.

La situación ideal es que AA y los planificadores trabajen en forma conjunta para reducir los problemas relacionados con el alcohol. Pero a menudo, los dos enfoques están en conflicto. Al igual que Segura, muchos dividen el mundo en alcohólicos y no alcohólicos, los que tienen "la enfermedad" y los que están sanos. Desde este punto de vista, los niveles de consumo no se consideran como fundamentales.

"El alcohol es un problema para las personas individualmente, y para la sociedad – señala Monteiro–. Nunca diría que el tratamiento del alcoholismo no es importante. Pero si la meta es lograr un impacto considerable en la salud pública, tenemos que reducir el consumo de alcohol en la población en general".



BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD
FASTA