

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



# SICOSIS ALCOHOLICA AGUDA

(Revisión de 523 casos de pacientes alcohólicos  
ingresados en el Hospital Siquiátrico durante el período 1955-1959).



TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR

*Rafael Antonio Martínez Cortez*

EN EL ACTO PUBLICO DE SU DOCTORAMIENTO



SAN SALVADOR, EL SALVADOR

616.861  
m3852

s. f.  
F. med.  
Ej. 2

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10107901

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

DR. NAPOLEON RODRIGUEZ RUIZ

SECRETARIO GENERAL

DR. ROBERTO EMILIO CUELLAR MILLA

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO

DR. JOSE KURI A.

SECRETARIO

DR. TOMAS PALOMO ALCABINE

## JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

### CLINICA OBSTETRICA:

PRESIDENTE: Dr. Arturo Jovel Mungía  
PRIMER VOCAL: Dr. Benjamín Valdés h.  
SEGUNDO VOCAL: Dr. Guillermo Debbe.

### CLINICA MEDICA:

PRESIDENTE: Dr. Juan José Fernández  
PRIMER VOCAL: Dr. Luis Jiménez Escalante  
SEGUNDO VOCAL: Dr. Gustavo Oriani h.

### CLINICA QUIRURGICA:

PRESIDENTE: Dr. Salvador Infante Díaz  
PRIMER VOCAL: Dr. Fernando Alvarado Piza  
SEGUNDO VOCAL: Dr. Julio César Ulloa.

### JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE : Dr. José Molina Martínez  
PRIMER VOCAL: Dr. Carlos Romero Hernández  
SEGUNDO VOCAL: Dr. José Pacheco Araujo.

## DEDICATORIA

A DIOS, que permitió realizar mi sueño e ilusión.

A mis padres Jesús Martínez F. y Domitila Cortez de Martínez,  
reconocimiento, gratitud y cariño.

A mi querida esposa Martha Stella y mis queridos hijitos, Lit  
Roxana e Ivonne.

A la Memoria de mis queridos amigos Marcelino Castro y Teresa  
Basolí de Castro.

A mi querida tía Serafía Cortez de Estrada, cariño y gratitud.

A mis hermanos: Olimpia de Basagoitia, René y Juan Ramón.

A mi apreciado cuñado Vicente Basagoitia y sus hijos.

A mis queridas tías Romelia Cortez y Mercedes Martínez de Cor

A mi suegra, cariño y gratitud.

A la familia Inglesias, a quien le guardo mucha gratitud.

A mis profesores, demás familiares, amigos y compañeros que a  
daron a llevar a cabo mi ideal.

A los Doctores:

RAMIRO LUNA BOZA

SATURNINO y AMADEO CORTEZ M.

A quienes trataré de imitar.

## I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo pretende llamar la atención acerca de las crisis Alcohólicas Agudas, graves con frecuencia y que pueden algunas veces terminar con la vida de nuestro alcohólico crónico.

Al dar a conocer nuestras propias estadísticas; al analizar los síntomas y complicaciones; y la clase de tratamiento que les fué prescrito con los inevitables errores cometidos he creído contribuir, bien que modestamente, al conocimiento y estudio de este importante síndrome.

Antes de iniciar la exposición del tema, quiero dejar constancia de mis agradecimientos al Señor Director del Hospital Siquiátrico Doctor José Molina Martínez, sin cuya cooperación no me habría sido posible llevar a feliz término el presente trabajo.

Además, me importa de manera muy especial hacer patente mi profundo agradecimiento al Doctor José Pacheco A., por la valiosísima ayuda que de él he recibido.

## PLAN DE TRABAJO

La serie de casos que analizo está constituida por 523 pacientes que ingresaron al Hospital Siquiátrico con cuadros de Sicosis Alcohólicas Agudas durante el período 1955-1959.

En cuanto que el deliriums tremens y las alucinosis alcohólicas tienen una causa común, y constituyen ambos síndromes el principio básico de nuestro tema, asevero el parentesco que existe entre ambos.

Naturalmente, hago énfasis sobre la magnitud y severidad del deliriums tremens, si se compara con las alucinosis alcohólicas; y sin mucho esfuerzo se podrá reconocer la discrepancia que existe entre ambos síndromes.

Desarrollaré el tema de la siguiente manera:

- 1.- Sexo
- 2.- Edad en su primera admisión
- 3.- Estado civil
- 4.- Domicilio
- 5.- Tiempo de ingestión crónica del alcohol
- 6.- Tiempo transcurrido entre el comienzo de la crápula responsable y la iniciación del síndrome.
- 7.- Momento de aparición de la Sicosis (Si se desencadena en la crápula, o si se desencadena después de haber suspendido el alcohol.
- 8.- Días de duración de la sicosis aguda
- 9.- Síntomas
- 10.- Complicaciones
- 11.- Tratamiento
- 12.- Causas de muerte e incidencias

14.- Y por último, para el desarrollo completo del tema, me v  
forzosamente obligado a hacer un recordatorio de las Sic  
sis Alcohólicas Agudas. Sus porcentajes los presentaré e  
gráficas.



## ALUCINOSIS ALCOHOLICAS

Concepto General. Se le conoce por diferentes nombres: Alucinosis aguda de Wernicke, locura alucinatoria de Kreapelin de los bebedores. Clínicamente, debe separarse esta entidad nosológica, por ser aspectos clínicos suficientemente diferenciados; aunque algunos autores la toman como una variedad del delirium tremens.

La lucidez de la conciencia siempre se encuentra presente, lo que la hace diferenciar del escenario ficticio en que se encuentra el que padece de delirium tremens. Las alucinaciones auditivas siempre están presentes, angustia inmotivada y delirio de persecución.

Síntomas. Tristeza con mucha o poca ansiedad, constituyen sus prodromos, acompañados de insomnio, embotamiento intelectual y cefalea. El insomnio puede aparecer súbitamente, ya sea cuando el paciente se ha encontrado ingiriendo alcohol durante varios días bien cuando éste ha suspendido la bebida por cualquier motivo.

La característica más importante de este cuadro clínico son las alucinaciones auditivas, las cuales son tan claras al principio, tan difícilmente rechazables, que terminan por vencer al paciente a pesar de que éste puede mantener la conciencia despejada y el juicio intacto, las alucinaciones a la larga producen ideas delirantes.

Es digno de hacer mención entre los prodromos quizá más importantes, la hipersensibilidad a los ruidos; el enfermo oye ruidos que salen de los rincones, voces acusatorias de contenido generalmente homosexual, conversaciones infamatorias, imputaciones denigrantes, silbidos, gritos, disparos, cánticos, voces de personas ausentes presentes, que brotan de la pared, de la almohada o del cielo raso.

siendo a veces únicas o múltiples; otras, un motor o un reloj en movimiento: les parecen que hablan al compás de sus ruidos rítmicos. Naturalmente, la reacción del paciente es variable; si las voces van dirigidas contra él, éste permanecerá con la conciencia clara y podrá no llamar la atención a las personas que lo rodean, pues conserva lúcido. Por el contrario, las palabras o frases que van contra su persona, palabras de reproche o de amenazas constituyen para él angustia, desesperación, que pueden llegar a la agitación, tornarse furioso y buscar el auxilio de sus amigos, de la policía o de cualquier otra persona. Las voces se refieren a menudo al paciente en tercera persona, se le ordena hacer algo; oye que le dicen "ahórcate".

El comienzo de la alucinosis puede ser súbito, pero hay algunos enfermos que pueden tener historia de delirios, de haber oído voces o haber expresado alguna idea de persecución. A veces ideas de carácter irritable, intranquilos, temerosos, y angustiados. Estos síntomas por lo general se suelen presentar por la noche. La ansiedad y el insomnio es lo que predomina al principio. En cuanto a las alucinaciones auditivas son la base de este capítulo que nos ocupa. En raras ocasiones las alucinaciones auditivas pueden ser oídas en un solo oído. Es común que los enfermos oigan acusaciones, reproches, insultos, como por ejemplo: "tu eres la ruina de la familia, eres un criminal, un ladrón". En ocasiones hay alucinaciones visuales también pueden asociarse alucinaciones olfativas, presentándose también éstas durante la noche. Poco frecuentes son las alucinaciones táctiles.

Son poco frecuentes los trastornos del gusto, el enfermo sie

El temor está presente, pero la conciencia está lúcida. Esto constituye uno de los elementos que ayudan para diferenciarlo deliriums tremens. Se dan cuenta de todo lo que pasa a su alrededor, y pueden dar cuenta de todo lo que ellos encuentran en su biente. Llegan a tener la creencia de que sus enemigos son los responsables por su enfermedad.

Como en el deliriums tremens el talante de estos enfermos es gustioso. Pueden narrar acontecimientos terroríficos con la mayor tranquilidad.

El enfermo puede trabajar durante el día cierto tiempo, y su comportamiento es por lo general bueno. La gran sugestionabilidad que se observa en el deliriums tremens está ausente en este síndrome que nos ocupa; las inclinaciones al suicidio son posibles en las primeras etapas de la enfermedad. La memoria puede encontrarse mal en raras ocasiones, pero por lo general casi siempre se conserva en su estado normal.

Curso: La alucinosis alcohólica aguda se instala por lo general de una manera súbita y es muy frecuente que aparezca cuando el enfermo se encuentre aún ingiriendo alcohol. Desaparece el síndrome gradualmente, puede durar menos de quince días o aún puede durar hasta más de un mes; puede desaparecer espontáneamente, y también pueden haber recaídas, siendo estas poco frecuentes. La alucinosis alcohólica tiene una duración de cinco días o un mes y son frecuentes las recidivas si el paciente vuelve a beber en forma excesiva.

En la mayoría de casos el cese del alcohol cura la sicosis. Se observan casos de sicosis agudas que pueden durar de dos a tres días y hasta seis, constituyendo éstas sicosis las más agudas; c

En raras ocasiones las alucinosis alcohólicas agudas evolucionan hacia la esquizofrenia, pero la mayoría de los autores están de acuerdo en que se trata de enfermos cuya personalidad es ya dispuesta, y que el alcohol no es más que un factor desencadenante.

### DELIRIUMS TREMENS

Es una sicosis aguda que se desarrolla por lo general en los alcohólicos crónicos. El delirio de los alcohólicos crónicos desde hace mucho tiempo ha recibido el nombre de deliriums tremens término usado por Tomás Sutton por primera vez en 1913 al hacer una descripción de la enfermedad, caracterizada por temblor intencional del cuerpo, desorientación de tiempo, lugar y persona. Se observa raramente antes de los treinta años y casi nunca antes de tres o cuatro años de ingestión de alcohol en gran cantidad.

No es todavía bien conocida la causa del deliriums tremens, pero algunos autores se inclinan a creer que pueda ser debida a trastornos metabólicos con disminución de la función antitóxica del hígado.

Las causas responsables del síndrome Deliriums pueden ser diversas y así tenemos: delirio traumático, delirio por estados infecciosos, delirio por drogas, etc. Es en el alcohólico en quien el delirio se presenta en sus manifestaciones más claras; en el cual los trastornos corporales: temblor intencional, anorexia, insomnio, ataxia, agitación motriz, acompañados de síntomas síquicos caracterizan nítidamente el cuadro que nos ocupa.

El deliriums tremens es un síndrome grave y requiere atención médica inmediata, es una de las complicaciones más dramáticas que puede tener un enfermo que adolece de alcoholismo crónico.

Puede iniciarse ya sea durante la ingestión de las bebidas alcohólicas o después de haber suspendido dicha ingestión, pudiendo ser este período de abstinencia no mayor de ocho días.

Naturalmente, esta ingestión de las bebidas alcohólicas debe ser en una forma prolongada y muy abundante.

Sintomatología. Reviste varias formas clínicas; bien puede presentarse en una forma leve o superficial, o bien puede aparecer interrumpida por períodos más o menos largos de lucidez, sin que haya temblor intencional del cuerpo para que confirme el diagnóstico de delirium tremens y poderlo diferenciar de cualquier otro tipo de delirio.

Este síndrome se inicia con debilidad marcada de la atención, coherencia en las ideas, trastornos sensoriales. El enfermo es víctima de confabulaciones denigrantes, llegando éstas a constituir una confusión de la conciencia, que lo llevan así a la desorientación. El enfermo, incapaz de fijar su atención puede hacerlo si se le habla con energía y entonces es capaz de contestar a las preguntas apremiantes.

El paciente se encuentra desorientado, incapacitado para la identificación, pues el umbral de excitación se encuentra elevado para toda clase de percepciones.

El síntoma predominante son las alucinaciones, siendo éstas visuales, auditivas, táctiles, y aún las que afectan el sentido del equilibrio. Las alucinaciones visuales son claras, el enfermo, con los ojos cerrados, tiene la sensación de encontrarse frente a una proyección cinematográfica.

Por lo general, las alucinaciones visuales son de carácter t

fernales, comedias dantescas, cadáveres, cabezas cortadas, somb ratones, hormigas, imágenes de personas enemigas. Los pacientes con deliriums son fácilmente sugestionables, perfectamente se le puede hacer creer al enfermo que enreda hilos tratándolos imagi riamente de enredar ante él. También se le puede decir al enfer "lee esta carta", y darle un papel en blanco y el enfermo en la yor parte de los casos puede hacerlo.

Todas las alucinaciones fantástico-terrorificas, provocan en enfermo un estado de angustia y de ingranquilidad.

El cincuenta por ciento de las alucinaciones son auditivas, sentándose éstas en forma de silbidos, disparos, música, murmul y voces. Son poco frecuentes las alucinaciones táctiles, presen dose éstas como la sensación de hormigas que le andan en el cue lo mismo que sensación de pinchazos de agujas.

El enfermo vive su delirio, desorientado en tiempo, lugar y sona; no sabe donde se encuentra, ni fecha ni día en que vive; veces no sabe ni como se llama, no reconoce a las personas amig En ocasiones es tanta la desorientación que el enfermo, cree en trarse desempeñando sus funciones profesionales. En algunos cas el enfermo trata de esconder su angustia e intranquilidad, medi te un estado jovial ficticio, trata de reirse fabricando chiste Síntomas Corporales. El paciente se encuentra sudoroso, con temb intenso de grandes oscilaciones, siendo notorio por el temblor las manos y resto de los miembros superiores. El pulso acelerad a menudo irregular y débil. Pueden encontrarse trastornos en lo músculos, consistiendo éstos en pereza de la pupila a la luz, t rornos en la musculatura de la lengua, la cual es temblorosa, da

Los reflejos tendinosos están exaltados; pueden haber crisis epiléptiformes.

Algunas veces hay hipertermia, con leucocitosis con predominio de polimorfo-nucleares y disminución de los eosinófilos. Durante el delirio hay taquicardia, tensión arterial ligeramente aumentada, puede haber dilatación cardiaca.

En el aparato urinario podemos observar albuminuria, aceturia y glicosuria. El síndrome que nos ocupa puede durar perfectamente de tres a treinta días, pero pueden encontrarse casos en los que se prolonga más de un mes.

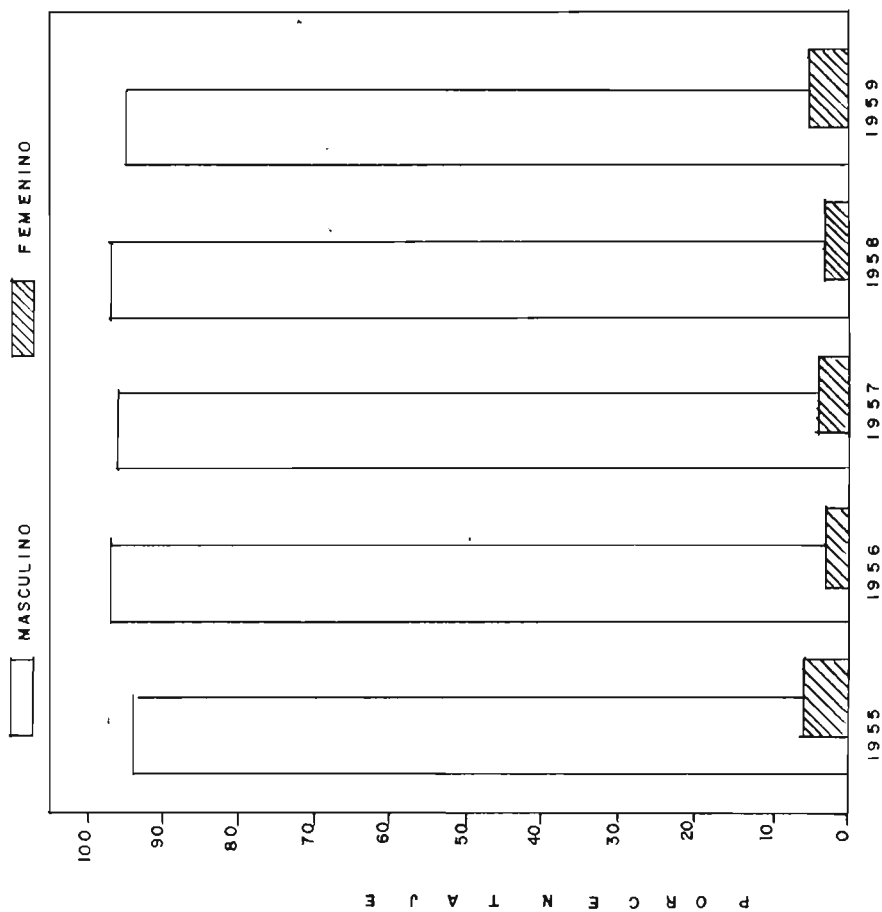
El pronóstico depende de la presencia o ausencia de alguna enfermedad coexistente, por ejemplo la degeneración miocárdica es algo frecuente en los alcohólicos crónicos, la neumonía, etc. delirium tremens puede ser algunas veces fatal y terminar con la vida de los enfermos, ya sea por Shock causado por los vómitos, paro cardíaco, o bien por estado febril sobreagregado.

#### 1.- SEXO

En la gráfica número 1 he analizado los sexos para cada año del período 1955-1959.

Para el año 1955 correspondió el 94 por ciento al sexo masculino y para el sexo femenino fue el 6 por ciento; en 1956 el sexo masculino está representado por el 97 por ciento, y el sexo femenino por el 3 por ciento; en 1957 correspondió al sexo masculino 96 por ciento y al sexo femenino el 4 por ciento; en el año 1958 encuentran para el sexo masculino un 97 por ciento, y para el femenino un 3 por ciento; y, por último, para el año 1959, al masculino correspondió el 95 por ciento, y al femenino el 5 por

DISTRIBUCION POR SEXO DE 523 PACIENTES ALCOHOLICOS CON SICOSIS AGUDAS, QUE INGRESARON EN EL HOSPITAL SIQUIATRICO, DURANTE EL PERIODO 1955-1959





Si hacemos un promedio total de los 523 pacientes durante cinco años, veremos que corresponde un 96 por ciento al sexo masculino, y 4 por ciento al sexo femenino.

Como puede verse en la gráfica, es enorme la diferencia de porcentajes entre ambos sexos y las razones de tal discrepancia son obvias. Nuestro alcohólico, despeja su miseria y opresión con un brebaje macabro, que no más utiliza para sentirse en una vida que jamás podrá realizar. El alcohol constituye para ellos, un mundo de ilusiones y de poderes difícilmente concebibles; su tristeza la disipa con el alcohol y sus alegrías lo hacen su compañero inseparable.

Algunos autores se preguntan si hay relación entre la desnutrición y el alcohol. En los países sub-desarrollados la desnutrición abunda en sus habitantes, y los estragos del alcohol son más severos que en los países en donde la alimentación es completa (proteínas animales y vegetales, grasas, hidratos de carbono, minerales y vitaminas).

Pero en El Salvador la situación cambia. Para un ciudadano salvadoreño, las estadísticas del INCAP, señalan 20 libras de carne por año; naturalmente, esto es sólo un promedio, pues en realidad 500.000 comerán carne una vez por mes.

La alimentación de nuestro campesino y obrero es a base de hidratos de carbono; cotidianamente ingieren frijoles (pasados por agua) y tortillas de maíz. Existe, pues, una insuficiencia nutricional, ya que es escasa la ingestión de proteínas, grasa y vitaminas.

Son crónicamente hambrientos, de allí que se sospeche que los estragos del alcohol sean más severos, que en aquellos países e

así que nuestro pobre campesino y obrero proyectan su desesperación desenfrenada en busca de algo que los haga olvidar su mundo de miserias, y pronto lo veremos de sábado a sábado y después de domingo en la cantina, cambiando su dinero por alcohol creyendo así olvidar sus penas de ese mundo desesperante y cruel en el cual viven.

El alcohólico es una persona, por lo general, muy angustiada y al mismo tiempo desadaptada y cree que solamente la bebida puede hacer desaparecer o al menos aminorar esas desadaptaciones que le hacen la vida insoportable.

Una persona normal soporta sus angustias sin necesidad de recurrir al licor, pero el alcohólico lo ingiere como un escape a la realidad. Para comprender al alcohólico es necesario estudiar a fondo su personalidad y el origen de su angustia.

En resumen, son estos míseros campesinos y obreros los que constituyen la gran masa de trabajadores, y que abatidos por la mala nutrición, la opresión y la ignorancia hallan consuelo en el alcohol.

En la mujer es el recato natural el que influye grandemente en la reducción del porcentaje del sexo débil.

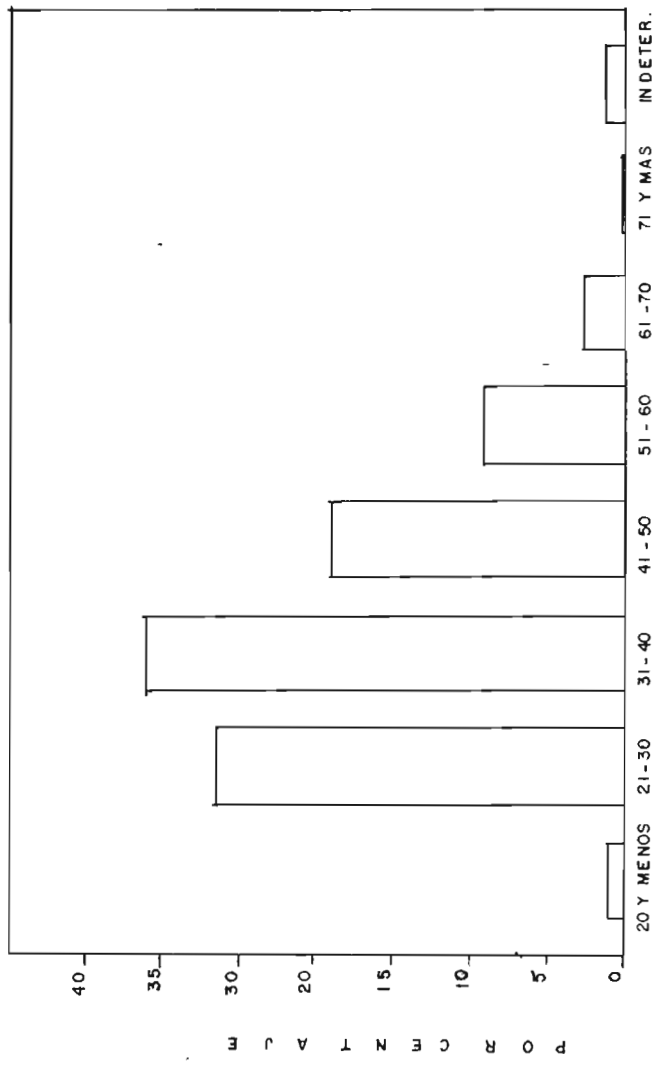
Por otra parte, el avance de la civilización es un factor relacionado con el aumento del alcoholismo en la mujer. Es a principios de este siglo y en sus dos primeras décadas en que se hace evidente la pérdida de la abstinencia femenina hacia el alcohol.

## 2.- E D A D en su primera admisión.

En la gráfica número dos, hemos agrupado todos los pacientes de los cinco años en un mismo cuadro, y como se puede ver, corre

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 523 PACIENTES ALCOHOLICOS CON SICOSIS AGUDA, SEGUN LA

EDAD EN SU PRIMERA ADMISION, DURANTE EL PERIODO 1955 - 1959



GRUPOS DE EDAD

ciento de los casos; para los de 21 a 30 años, el 31.4 por ciento; para los de 31 a 40 años el 36.1 por ciento; para los de 41 a 50 años el 19.1 por ciento; para los de 51 a 60 años el 8.8 por ciento; para los de 61 a 70 años el 2.3 por ciento; para los de 71 y más años el 0.2 por ciento; el 1 por ciento de los casos quedó sin determinar la edad.

Es notorio que del grupo de los 523 pacientes corresponden al grupo etario de los 31 a 40 años, siendo su porcentaje de 36.1. Esta acorde con la literatura mundial, pues se señala que dichos síndromes aparecen después de los 30 años.

Conciben además, que dichos síndromes se pueden presentar en casos extremadamente raros, antes de los 20 años, pues sólo se reportan factibles en el alcoholismo infantil.

Pero, naturalmente en nuestro medio, el problema es diferente. En nuestro campesino empieza la ingestión del alcohol, de los 14 a 15 años, habiendo casos excepcionales en que podremos ver a niños que ambular en estado de ebriedad, sobre todo en días de pago, en poblados alejados de la cultura. Estos niños escasamente llegan a los 11 años.

En el grupo que estudiamos aparecen 6 casos de alcoholismo agudo o psicosis agudas, o sea el 1.1 por ciento que corresponden a una edad de 20 años o menos. Dicho porcentaje es elevado frente a los que

### 3.- ESTADO CIVIL

En la gráfica número 3, tenemos representado por su estado civil todos los porcentajes de las 523 fichas de los alcohólicos sicosis agudas durante el período 1955-1959.

Vemos, que correspondió para los solteros el 54.9 por ciento; para los casados el 29.4 por ciento; para los acompañados el 1.7 por ciento; para los divorciados el 1 por ciento; para los viudos el 1.7 por ciento; al 3.6 por ciento no se le pudo determinar estado civil.

El soltero, carente de la responsabilidad económica del hogar y de la familia, se encuentra con más dinero en sus bolsillos para poder disfrutar en su vida solitaria. Pero ese disfrute, no lo disfruta escuchando buena música o viendo una buena película. Su obsesión es recibir el pago el día sábado e ir apresuradamente a darse un gusto con la bebida.

Para los casados el porcentaje llegó al 29.4 por ciento y para los acompañados el 9.4 por ciento. El alcoholismo es una enfermedad que también la esposa o compañera de vida padecen. Como dice el Dr. de la Fuente (mexicano), el alcohólico es un neurótico cuyo síntoma principal es el alcohol. Neurosis, que la sufre él y se la pasa a ella, por las miserias que le hace pasar, por los celos que le hacen desesperar, por diversas e innumerables penas que le hacen vivir.

Siendo la vida angustia, todos estamos expuestos a sentirla. Este es un fenómeno universal, inseparable de la misma. Naturalmente, todos tenemos la tolerancia para poder resistirla. El alcohólico es una persona que sufre más, pero que en él la tolerancia para

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 523 PACIENTES ALCOHOLICOS CON SICOSIS AGUDA, SEGUN ESTADO CIVIL, DURANTE EL PERIODO 1955 - 1959



dolor de la vida. El alcohólico recurre a su alcohol para poder sentirse de su angustia o dejar de vivir su mundo de desesperación.

Una vida recreativa es capaz de desplazar el dolor moral y la angustia; pero en nuestro medio es crecido el número de salvados que no se divierten sanamente.

La gran masa de nuestros trabajadores son campesinos y obreros, y ambos gremios notoriamente paupérrimos, cuyos salarios no alcanzan para mejores y sanas diversiones por tener éstas precios muy elevados.

Están condenados a vivir sin ningún recreo sano, pues como resultado de la miseria en que viven, la orientación cultural que poseen, la alimentación engañadora que hacen y la vida de corrupción que desde niños vienen observando, se encuentran en un medio propicio para poder disimular sus penas por medio del alcohol.

Para los divorciados correspondió el 1 por ciento de los casos. Podría ser que la causa principal de dicho divorcio haya sido el mismo alcohol, ya sea por los celos inmotivados del alcohólico, ya sea por la vida insoportable que lleva la pobre esposa. Entre otros estos y múltiples argumentos más se pueden traer a este respecto en este trabajo.

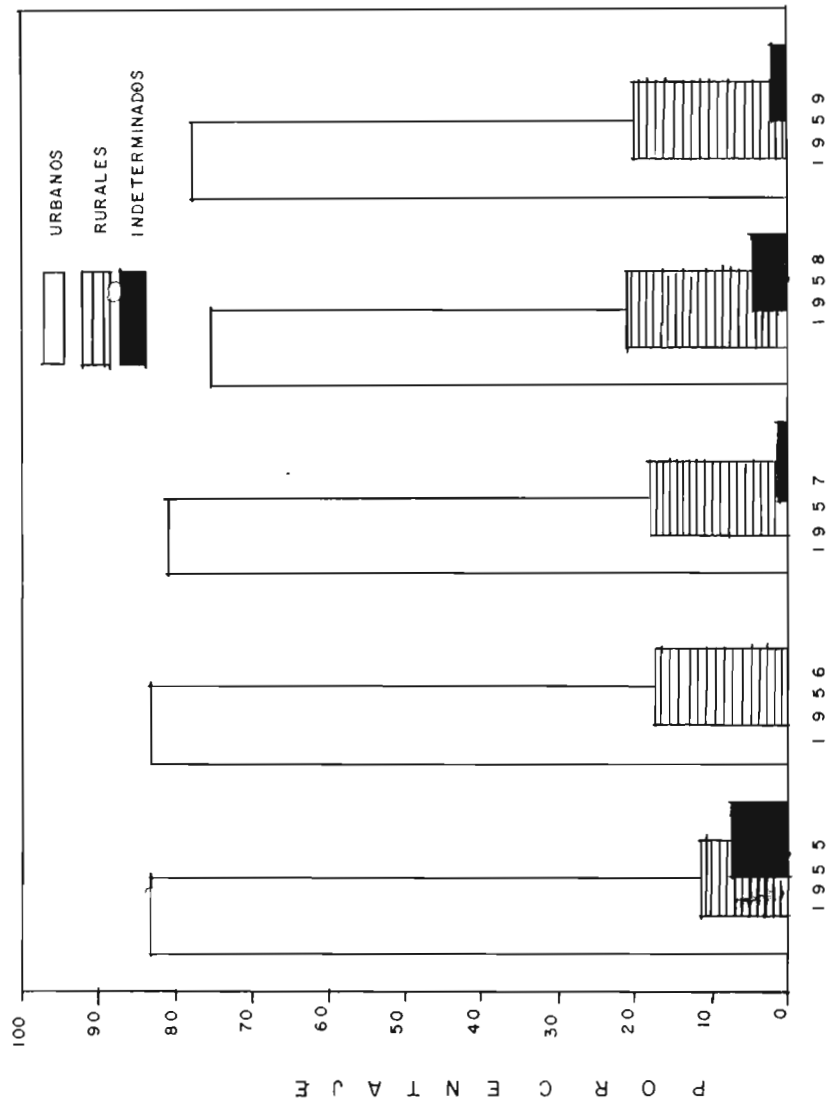
Para los viudos correspondió el 1.7 por ciento de los casos que estudiamos.

#### 4.- DOMICILIO

En la gráfica número 4, doy a conocer en cada año, del período 1955-1959, la distribución porcentual de 523 alcohólicos con síndrome agudo, según el domicilio del paciente.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 523 ALCOHOLICOS CON SICOSIS AGUDAS, SEGUN EL DOMICILIO DEL

PACIENTE, DURANTE LOS AÑOS 1955-1959





nos el 83.3 por ciento; para los rurales el 11.1 por ciento; 5.6 por ciento no se le pudo determinar el domicilio: En el año 1956, el 83.1 por ciento fueron pacientes de la ciudad, y rurales el 16.9 por ciento. Durante el año 1957 el 81.2 por ciento urbanos y el 17.8 por ciento rurales; al 1 por ciento no se le pudo determinar su procedencia. En el año 1958, correspondió para los urbanos el 75.2 por ciento, el 21.1 por ciento para los rurales; al 3.7 por ciento no se le pudo determinar su procedencia. Y por último en el año 1959 correspondió para los pacientes urbanos el 77.9 por ciento; para los del campo fué el 20.2 por ciento y el 1.8 por ciento no se pudo determinar.

Durante los 5 años de los casos que estudiamos el porcentaje promedio para los de la ciudad fué el 79.5 por ciento; para los rurales fué el 18 por ciento y del 2.5 por ciento de los casos no se determinó su domicilio.

Sobradas razones hay en las grandes diferencias de porcentaje entre los habitantes urbanos y rurales.

Los urbanos, están más expuestos a tropezar con la tentación del alcohol, por el gran número de expendios de aguardiente que hay en las ciudades, burdeles, centros sociales, chalets, reuniones de amigos, etc.,

En el campo es más difícil ingerir la bebida alcohólica, porque el hombre del campo continuamente se encuentra ocupado en sus trabajos, no goza de lapsos de holgazanería para volcar a la única diversión que está a su alcance. También la dificultad de comprar el alcohol es grande si se compara a los que habitan en las ciudades. La única bebida alcohólica que está a su disposición

abundante en alcohol metílico.

### 5.- TIEMPO DE INGESTION CRONICA DE ALCOHOL

Claramente podemos ver por los datos que corresponden a la gráfica número 5, que hubo muchos errores de investigación por omisión, pues el 58.7 por ciento de los casos no se le pudo determinar la edad de la ingestión crónica del alcohol.

En la gráfica número 5, hemos estudiado 523 pacientes, clasificados de acuerdo con la edad del alcoholismo crónico con sicosis alcohólicas agudas, durante el período 1955-1959.

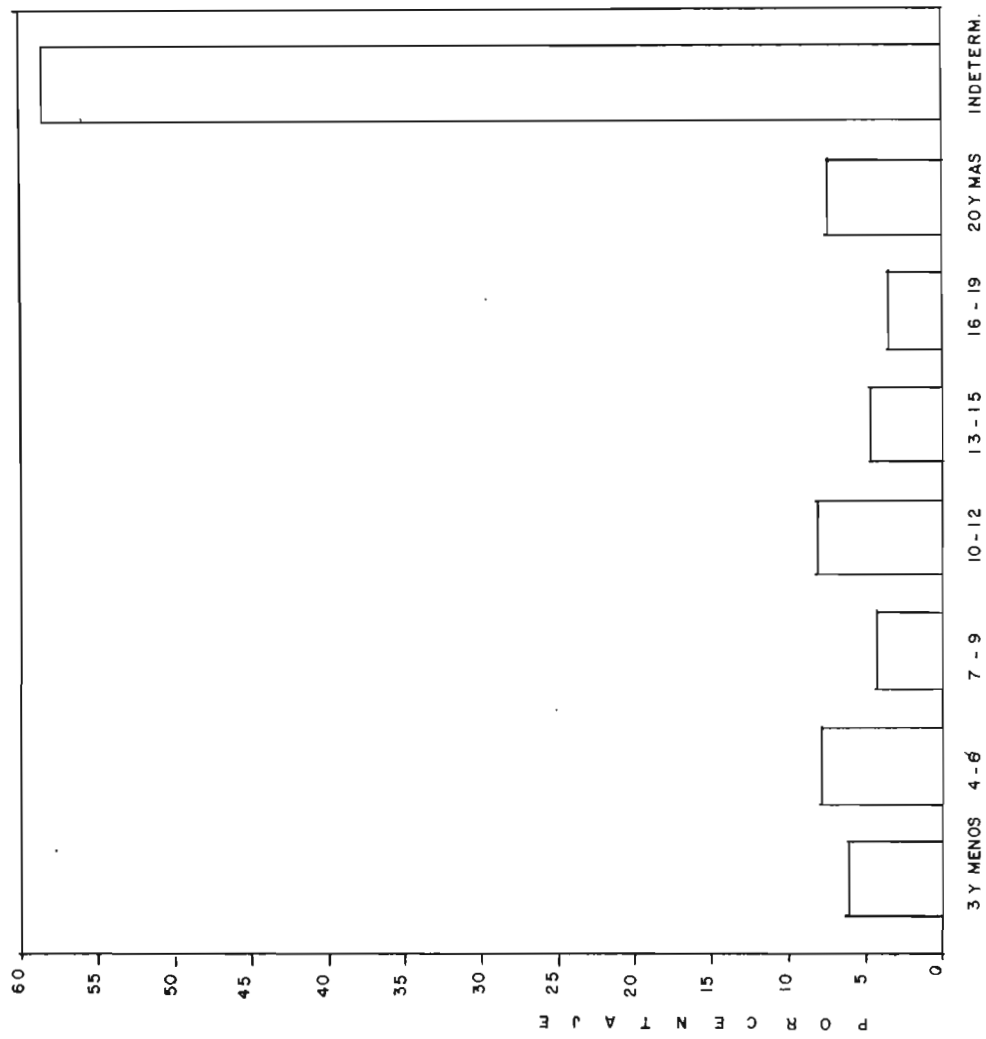
En ella podemos ver que 5.9 por ciento de los pacientes tenían 3 años y menos de ingerir alcohol; el 7.8 por ciento tenían de 4 a 6 años; el 4.2 por ciento tenían de 7 a 9 años; el 8.2 por ciento tenían de 10 a 12 años; el 4.6 por ciento tenían de 13 a 15 años; el 3.3 por ciento tenían de 16 a 19 años; el 7.3 por ciento tenían 20 ó más años de alcoholismo crónico.

Fué una lástima que se menospreciara la importancia de dichos datos, pues ellos no están de acuerdo con los que señala la literatura mundial. Se señala que de los 4 a 7 años aparecen las sicosis agudas, tiempo de ingestión que no está de conformidad con nuestras propias estadísticas, pues a nosotros nos aparece a los 3 años o antes, en el 5.9 por ciento de los casos.

Cabría preguntarnos, por qué en nuestras investigaciones antes de 3 años de alcoholismo ya se encuentran las sicosis agudas. La respuesta a esta pregunta, podría acaso encontrarse en la frecuente hipovitaminosis de nuestro pueblo? Podría atribuirse a las grandes cantidades de alcohol que a temprana edad consume nuestro

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 523 PACIENTES, CLASIFICADOS DE ACUERDO CON LA EDAD DEL

ALCOHOLISMO CRONICO CON SICOSIS AGUDA, DURANTE EL PERIODO 1955 - 1959



A Ñ O S

agudas en nuestros alcohólicos.

6.- TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL COMIENZO DE LA CRAPULA RESPONSABLE Y LA INICIACION DEL SINDROME.

En la gráfica número 6, he representado la distribución porcentual de 523 fichas de alcohólicos con sicosis agudas de acuerdo al tiempo transcurrido entre el comienzo de la crápula responsable y la iniciación del síndrome, durante el período 1955-1959, habiéndola dividido en grupos de 15 días.

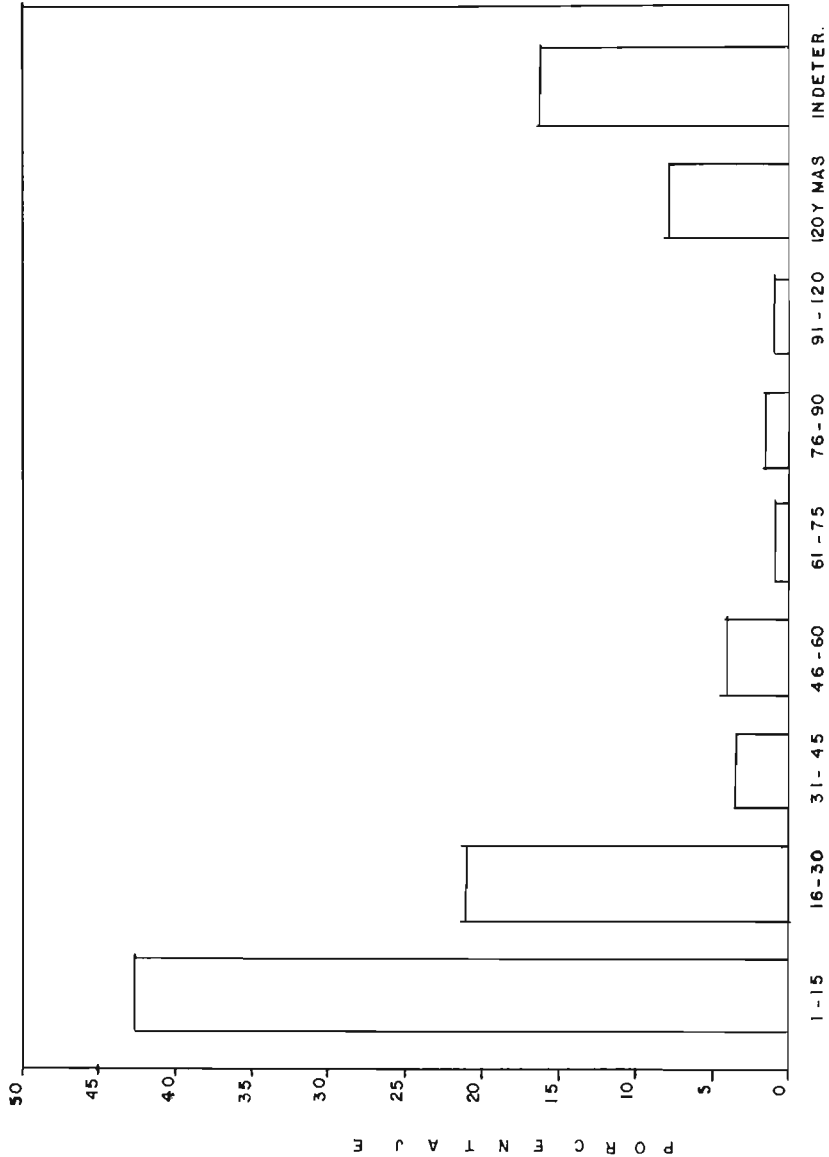
Como podemos ver, el porcentaje más elevado corresponde a los que tenían 15 días de haber iniciado la crápula. El 42.5 por ciento tenían 15 días o menos de ingerir alcohol; el 21.2 por ciento tenían de 16 a 30 días; el 3.4 por ciento tenían de 31 a 45 días; el 4.2 por ciento tenían de 46 a 60 días; el 1 por ciento de los pacientes tenían de 61 a 75 días; el 1.7 por ciento tenían de 76 a 90 días; el 1 por ciento tenían de 91 a 120 días; el 8.2 por ciento no ingirieron alcohol más de 120 días; en el 16.6 por ciento de los pacientes que estudiamos, no se investigó este dato, quizás se olvidó preguntarlo - y lo cierto es lo elevado del porcentaje que quedaron sin poderse determinar.

Tenemos, pues, que un poco menos de la mitad de nuestros alcohólicos crónicos hicieron su sicosis aguda, antes de los 15 días de haber ingerido alcohol.

Pero, a qué se deberá este fenómeno sico-patológico? Podrá explicarse por las degeneraciones anatomo-patológicas que presentan el alcohólico crónico en su masa encefálica. Malamud sostiene que se trata de una desaparición de las células de Purkinje; sustituidas por células gliales. También se ha sugerido que se trata de una

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 523 PACIENTES ALCOHOLICOS CON SICOSIS AGUDA, DE ACUERDO CON EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL COMIENZO DE LA CRAPULA RESPONSABLE Y LA INICIACION

DEL SINDROME, DURANTE EL PERIODO 1955 - 1959



GRUPO EN

tir una vacuolización y una cromatólisis en dichas células. Podemos presumirse la explicación de que la deficiencia crónica de vitamina B del alcohólico crónico se acentúa aún más con la ingestión copiosa y prolongada de alcohol? Todo esto habrá que suponerlo.

#### 7.- MOMENTO DE APARICION DE LA SICOSIS

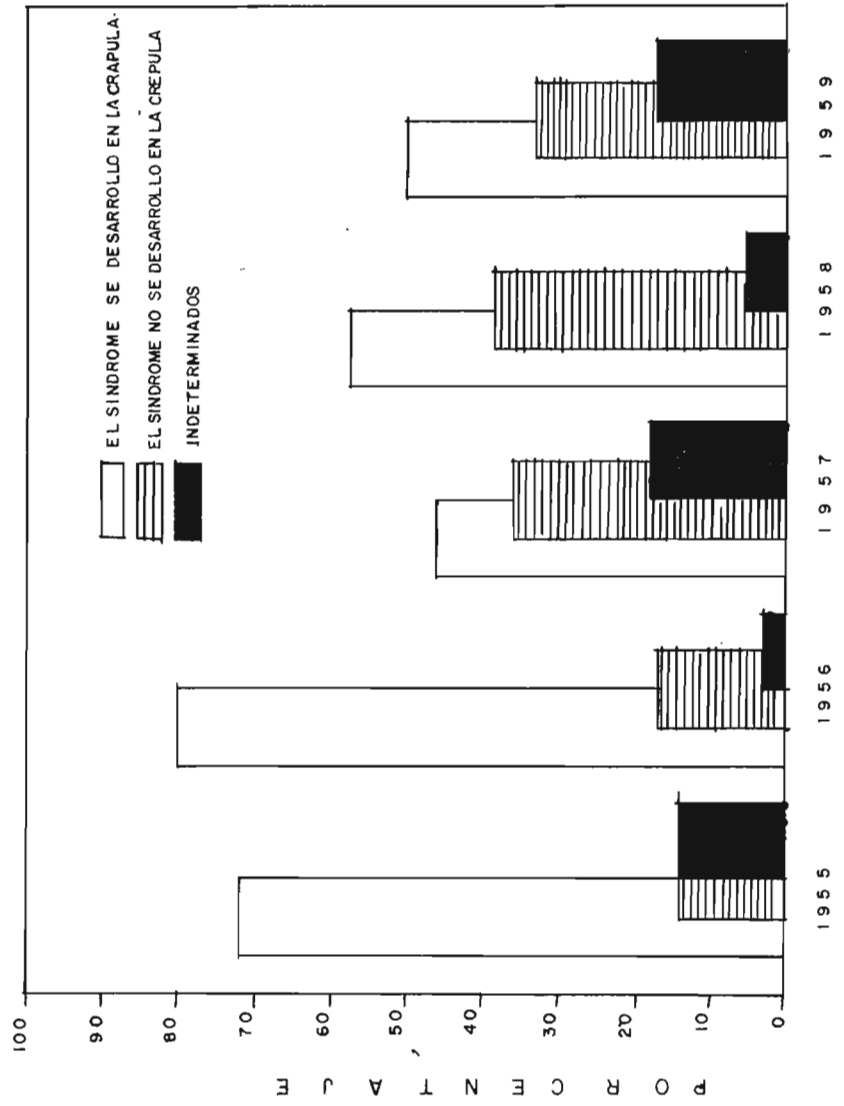
En este capítulo trato de estudiar si las sicosis aparecen cuando el enfermo se encuentra ingiriendo alcohol, o después de haber suspendido la bebida.

En la gráfica número 7 podemos ver que se han analizado los casos de sicosis aguda de los años 1955-1959, en cinco grupos, correspondientes a los años 1955, 1956, 1957, 1958 y 1959. Para el año 1955 la forma siguiente: el 72.2 por ciento de los casos de sicosis aguda hicieron su sicosis aguda cuando aún se encontraban ingiriendo alcohol; el 13.9 por ciento correspondió a los pacientes que hicieron su sicosis aguda cuando ya habían suspendido el alcohol; en este año al 13.9 por ciento de los casos no se le pudo determinar por no haber encontrado estos datos. Para el año 1956 correspondió el 80.3 por ciento para los enfermos que hicieron su sicosis aguda cuando aún se encontraban ingiriendo alcohol; el 13.9 por ciento, hicieron su sicosis cuando ya habían dejado de ingerir alcohol; y el 2.8 por ciento de los casos de este mismo año no se pudo determinar. Durante el año 1957 correspondió 46.5 por ciento a los enfermos que hicieron su sicosis cuando aún se encontraban ingiriendo alcohol; el 35.6 por ciento, a los enfermos en que apareció el síndrome cuando habían dejado de ingerir alcohol; en el año 1958, correspondió el 59.9 por ciento, a los pacientes que hicieron su sicosis cuando aún se encontraban ingiriendo alcohol; el 37.9 por ciento, para aquellos que hicieron su sicosis

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 523 PACIENTES ALCOHOLICOS CON SICOSIS AGUDAS, SEGUN SI EL

SINDROME SE DESARROLLO EN LA CRAPULA O NO, DURANTE LOS AÑOS

1955 - 1959



cuando habían dejado de ingerir alcohol; el 5.5 por ciento de casos de este año no se pudo determinar, por falta de datos. último, para el año 1959, el 49.7 por ciento, correspondió a pacientes cuya sicosis se desencadenó cuando se encontraban ingiriendo alcohol; y el 33.1 por ciento a los pacientes que hicieron su sicosis cuando ya habían suspendido el alcohol; en el 17.2 por ciento de los pacientes no se pudo determinar.

Haciendo un promedio de los 5 años tenemos: que para los pacientes cuya sicosis apareció cuando aún se encontraban ingiriendo alcohol correspondió el 57.7 por ciento y en el 29.3 por ciento de los pacientes las sicosis aparecieron cuando éstos habían suspendido la ingestión del alcohol; y por último, fue el 13 por ciento de los casos en los que no se pudo determinar por falta de datos de las fichas revisadas.

La suspensión del alcohol en dichos pacientes fue por varios motivos: la mayor parte de ellos fue por vómitos, que posiblemente hicieron su aparición por intolerancia consecutiva a la gastritis alcohólica. Como veremos más adelante, el vómito apareció en el 8.9 por ciento de los casos que analizo.

Otra causa que motivó el paro de la ingestión de la bebida alcohólica, fue la drasticidad de la familia, que viéndose angustiada porque ese miembro no dejaba de beber, obligadamente recurrió a las autoridades para que lo encarcelaran, siendo ésta una de las pocas medidas con que cuentan para que su enfermo deje la crá-

En ningún caso se observó que la suspensión del alcohol tuvo lugar de una manera voluntaria.

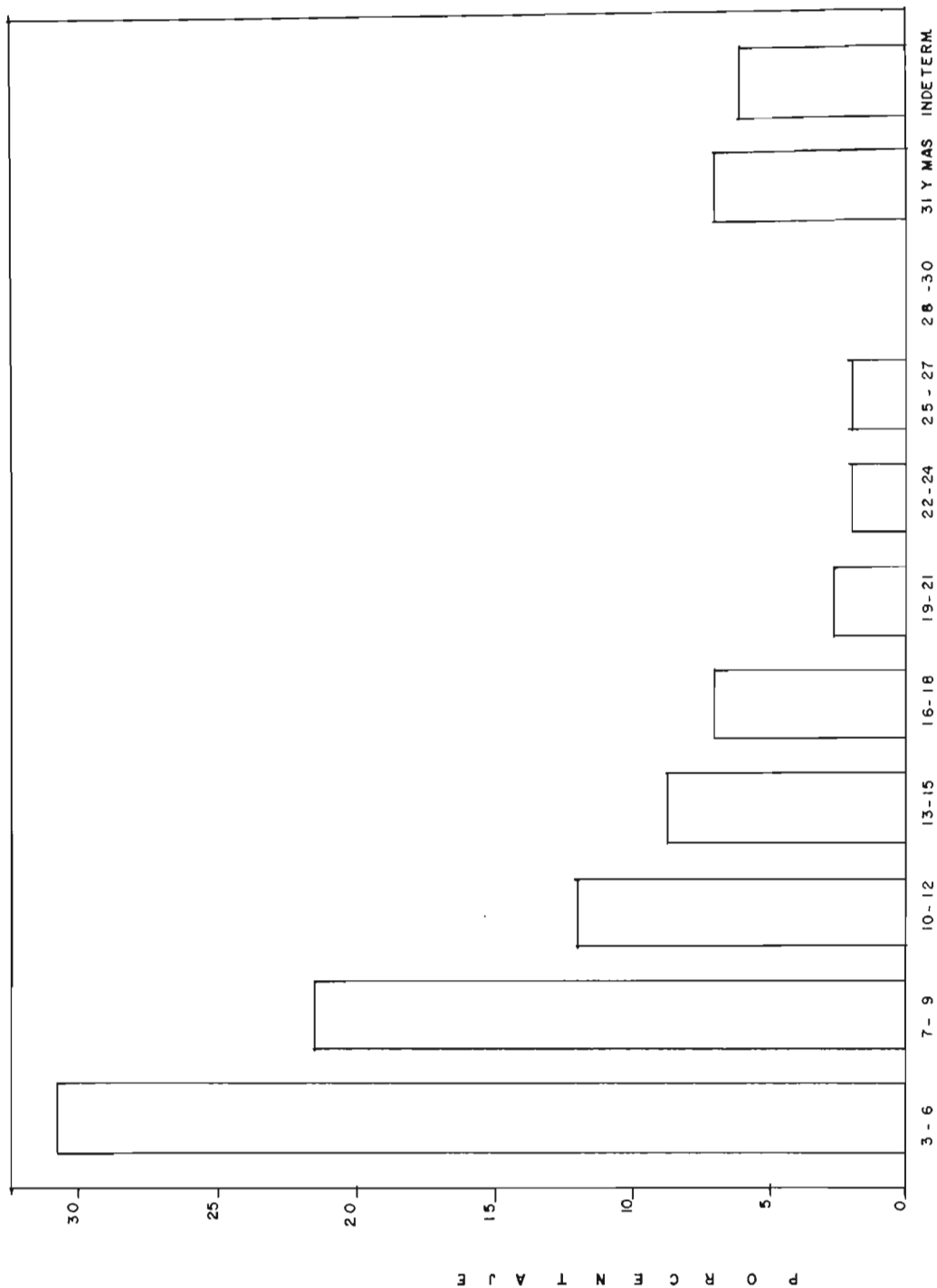


días, estando sujeto este período a variaciones considerables mientras algunos investigadores informan que dichas sicosis duran por lo general de 3 a 6 días, otros estiman haber tenido casos que duraron varios meses.

En la gráfica número 8 vemos la distribución porcentual de las fichas de alcohólicos con sicosis agudas, según el tiempo de duración de la misma, durante el período estudiado, habiéndose dividido por grupos de tres días.

Hubo 161 pacientes cuya sicosis duró de 3 a 6 días, lo que presentó el 30.8 por ciento de los casos; 114 pacientes en que la sicosis duró de 7 a 9 días, o sea el 21.8 por ciento; 63 pacientes cuya sicosis duró, de 10 a 12 días y que en la gráfica mencionada arriba constituye el 12 por ciento; 46 pacientes cuya sicosis tuvo una duración de 13 a 15 días, correspondió al 8.8 por ciento; los pacientes cuyas sicosis evolucionaron en 16 a 18 días, fueron 36, equivalente al 6.9 por ciento; hubo 14 pacientes cuya sicosis aguda duró de 19 a 21 días, representando el 2.7 por ciento; 11 pacientes cuya sicosis duró de 22 a 24 días, dando un 2.1 por ciento; hubo también 11 pacientes cuya sicosis evolucionó en 25 a 27 días, lo que equivale un 2.1 por ciento; no hubo ningún caso en que la sicosis durara de 28 a 30 días; a los que las sicosis les duraron más días, fueron 36 pacientes, los que en la gráfica están representados por el 6.9 por ciento; en 31 de los pacientes estudiados no se pudo precisar el tiempo que adolecieron de su sicosis a causa de que la mayoría se fugó del Hospital y la otra parte, los familiares exigieron el alta de dichos enfermos sin haberse recuperado, representando el 5.9 por ciento,

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 523 PACIENTES ALCOHOLICOS CON SICOSIS AGUDAS, SEGUN EL TIEMPO DE DURACION DE LA MISMA, DURANTE EL PERIODO 1955-1959



GRUPO EN DIAS

las sicosis que duraron de 3 a 6 días y que después le siguen sicosis que duraron de 7 a 9 días. Esto está de acuerdo con las estadísticas mundiales, que señalan que en las sicosis agudas hólicas la duración más frecuente es de menos de 10 días.

Es notorio, también, que en 6.9 por ciento de los casos la sicosis duró 31 días o más. Cabe preguntarnos, será debido a una disposición esquizofrénica lo que hace que dicha sicosis se prolongue más de lo que corrientemente se observa? O también, podrá atribuirse esa duración tan prolongada, a una recaída por la ingestión de alcohol? Ambas cosas son posibles como causa de prolongación del tiempo de duración de dichas sicosis.

#### 9.- S I N T O M A S

En la gráfica número 9, he estudiado todos los síntomas que se encuentran en ambos síndromes, y así vemos que el 83.2 por ciento fué para las alucinaciones visuales; el 75.5 por ciento fué para las alucinaciones auditivas; el 67.9 por ciento fué para el insomnio. el 64.4 por ciento, fué para la anorexia; el 41.3 por ciento fué para la intranquilidad; el 37.3 por ciento, fué para los delirios; el 28.9 por ciento, fué para las ideas delirantes; el 28.9 por ciento, fué para la desorientación de tiempo, lugar y persona; el 15.3 por ciento, fué para el temor; el 10.7 por ciento, fué para el temblor del cuerpo; el 9.8 por ciento, fué para la excitabilidad e hiperactividad; el 4 por ciento, fué para las alucinaciones táctiles; el 2.7 por ciento, fué para las convulsiones.

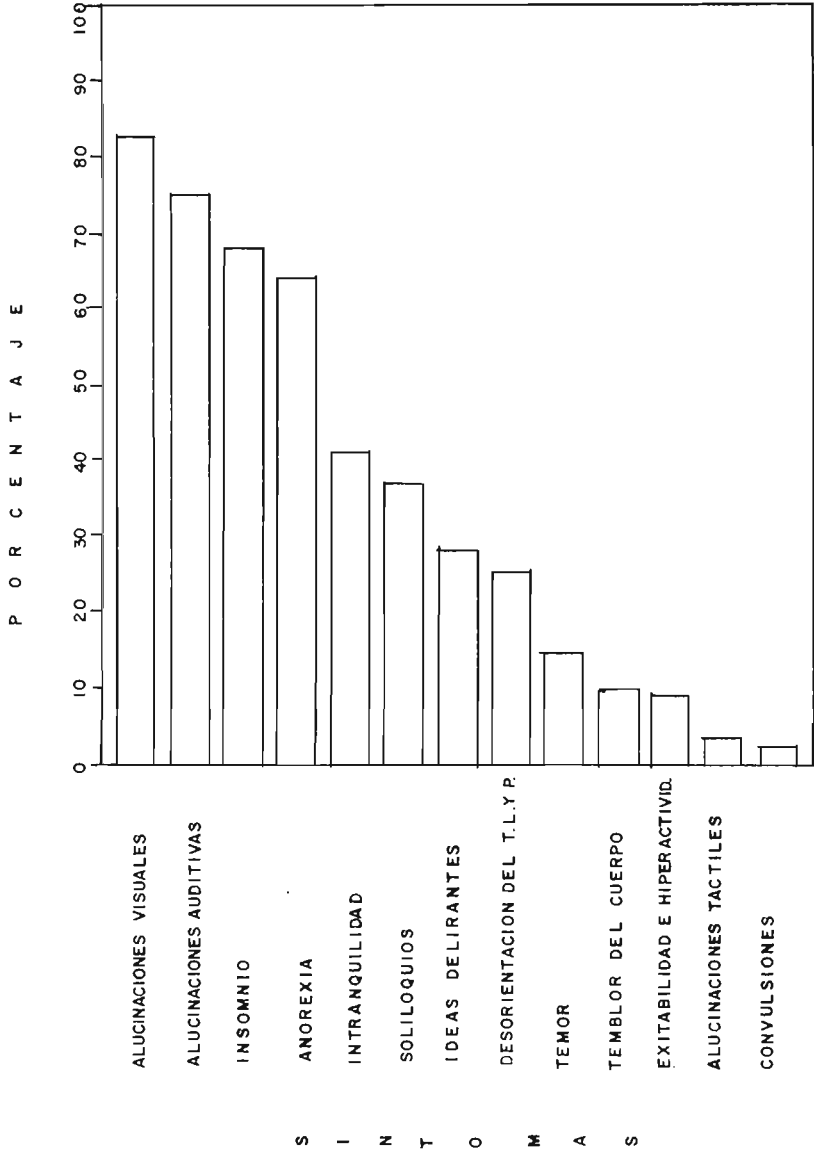
#### 10.- C O M P L I C A C I O N E S

Como lo demuestra la gráfica número 10, podemos observar que la mayoría de pacientes adoleció su sicosis sin presentar ninguna



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 523 PACIENTES ALCOHOLICOS CON SICOSIS AGUDAS,

SEGUN LOS SINTOMAS, DURANTE EL PERIODO 1955 - 1959



por ciento, de los casos analizados.

Fueron los vómitos los que obtuvieron el porcentaje más elevado en lo que respecta a las complicaciones, alcanzando el 9.4 por ciento. Dicho síntoma se presentó ya sea por intolerancia al alcohol, o bien pudo haber sido por gastritis consecutiva al mismo. Algunas veces los vómitos fueron los responsables por haberse suspendido la bebida embriagante, pues hasta que éstos aparecieron ya no se pudo retener un sorbo de licor en el estómago. Otras veces provocaron el estado de shock.

Ocupó el segundo lugar en lo que se refiere a las complicaciones, las gastroenteritis agudas, siendo el porcentaje correspondiente al 4.8. En este porcentaje se tomó en cuenta a los que adolecían de disentería, pues aunque no se investigó su etiología, dicho síndrome apareció en la crápula o días después de haberla suspendido.

Otras complicaciones que pusieron en peligro la vida de los enfermos, fueron las hematemésis y las melenas. La mayor parte de ellas cedieron con el tratamiento médico de urgencia que se les ministró en el hospital.

Fué una lástima el no poder precisar el verdadero origen de la hemorragia gastro-intestinal, pues no encontramos en las fichas ningún dato que nos permitiera hacer un diagnóstico preciso. Entre las causas que dan hematemésis y melenas, la gastritis alcohólica quizá se encuentra en primer lugar. Mencionaremos como causas de hematemésis y melenas, las várices esofágicas, consecutivas a la cirrosis hepáticas; siendo este tipo de hemorragias frecuentemente copiosas, las cuales algunas no respondieron al tratamiento de urgencia que se les aplicó, pues ya habían caído en el shock irreversible.

De los 523 pacientes que estudiamos, sólo 5 presentaron hematémesis, lo que correspondió al 1 por ciento, como vemos en la gráfica correspondiente.

También correspondió el 1 por ciento, para los que adolecían procesos infecciosos agudos de las vías respiratorias. Se han clasificado en este grupo desde las entidades nosológicas más simples como es el catarro común o coriza aguda, hasta la situación más grave como es la neumonía aspirativa de los alcohólicos, dicho sea de paso, complicación sumamente comprometedora para la vida de los pacientes.

#### 11.- TRATAMIENTO

La hospitalización es obligada, y tiene gran importancia la atención solícita y capacitada de una enfermera. El principal esfuerzo debe estar encaminado a obtener en el paciente un estado de relajación, procurándole un sueño prolongado para eliminar el temor. No deberá usarse la fuerza, por cuanto ésta práctica sólo conduce a aumentar el temor. Debe protegerse adecuadamente al enfermo de cualquier accidente o daño que él mismo pueda causarse, incluyendo el suicidio, al cual puede llegar impelido por el miedo.

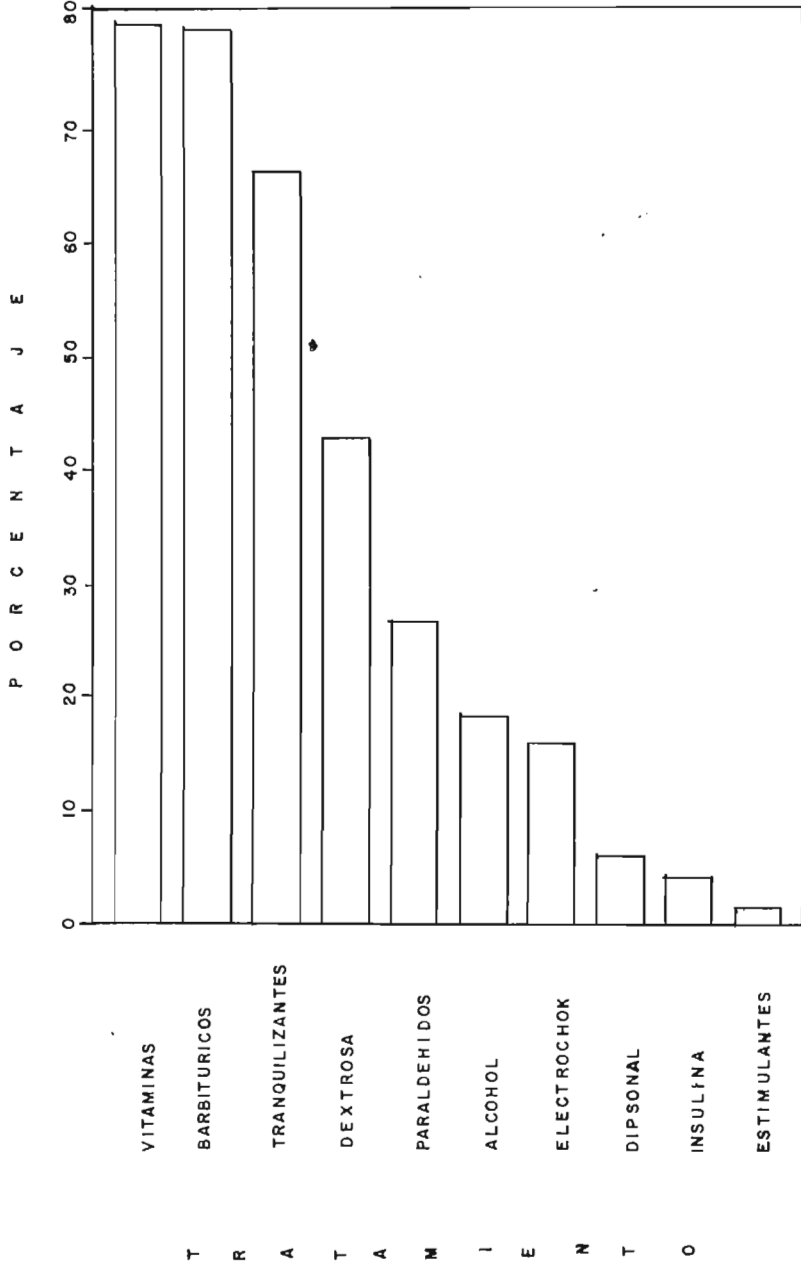
Como podemos ver en la gráfica 11, estudiamos la distribución en porcentajes de los 523 pacientes, según la terapéutica empleada.

Fueron las vitaminas, barbitúricos y tranquilizantes los medicamentos que más se indicaron en la terapéutica de los enfermos que adolecían de sícosis agudas.

Todos los enfermos debieron haber sido tratados con vitaminoterapia, pues siendo que los síndromes que nos ocupan tienen una estrecha relación con la deficiencia del complejo B por una parte,

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 523 PACIENTES ALCOHOLICOS CON SICOSIS AGUDA, SEGUN

LA TERAPEUTICA EMPLEADA, DURANTE EL PERIODO 1955-1959



ingestión de ellas. El 79 por ciento de los pacientes estudiados fueron tratados mediante el complejo B, con una dosis de 2 centímetros cúbicos, ya sea por vía intramuscular o por vía intravenosa cada 24 horas.

Los barbitúricos se usaron en el 78.6 por ciento, de todos los pacientes, medicación que se prescribió para contrarrestar el insomnio o para combatir la agitación sicomotriz. Es conveniente hacer notar que el uso de los barbitúricos está contraindicado en los pacientes que adolecen de lesiones hepáticas crónicas, del tipo de cirrosis de Laënnec.

Se usó el Tuinal (Seconal Sódico y Amital Sódico) en cápsulas de 0.1 g. y de 0.2 g. que se prescribieron para el insomnio y para calmar al enfermo.

El Seconal Sódico en cápsulas de 0.05 gr. y 0.1 g. dadas una o dos cápsulas por la noche o una cápsula tres veces al día, según las necesidades del paciente.

El Amital Simple (Amobarbital) tabletas de 0.1 g. se usó hasta dos tabletas por la noche, o también una tableta tres veces al día. Y por último, el Amital Sódico en ampollas de 0.25 g. y 0.5 g. sobre todo cuando existía oposición para tomar medicamentos, o cuando los pacientes se encontraban muy agitados.

Los tranquilizantes fueron usados en el 65.8 por ciento, con el objeto de combatir la angustia, la inquietud, el terror, la irritabilidad y la obsesión.

Se usó el Liranol (Clorhidrato de Promacina) en tabletas de 25 mgs. y de 50 mgs., o en la forma inyectable de uso intramuscular de 50 mgs. por centímetro cúbico. En algunos enfermos se prescribió



nistraba a los pacientes 50 mgs. intramusculares. Con esta medición, el objeto que se persigue es mantener dormido al paciente por largo tiempo, situación que la mayoría de los autores contengan, pues es preferible darle sus pequeñas dosis de alcohol mantenerlo con grandes dosis de clorhidrato de promacina.

También se usó el alcalohide puro de la Ranwolfia, como Serenol en tabletas de 0.25 mgs. y de 1 mg. prescritas 1 tableta tres veces al día. También se indicaron ampollas de 2.5 mgs. de uso intramuscular, dos veces al día, o una por la noche.

El Clorhidrato de triflupromazina, como Siquil, se administra en dosis de 100 a 150 mgs. al día, según el estado de los pacientes.

La Perfenagina, como Trilafón, en comprimidos de 8 mgs. se administraron hasta dos tabletas tres veces al día. Así como ampollas de 5 mgs. una por la noche por vía intramuscular, o una cada 4 horas.

Ecuamil (dicarbonato de 2 metil-2-n-propil-1-m o propanodiol) en tabletas de 400 mgs. indicándose una tableta tres veces al día.

Largactyl (Cloropromacina), comprimidos de 100 mgs. indicándose uno tres veces al día. También en ampollas de 25 mgs. de uso intramuscular.

En la actualidad se encuentra en experimentación, y con un futuro brillante el Clorhidrato de Amitriptilina de acción antidepresiva, sobre todo para los pacientes en que son marcados los síntomas de apatía, retardo sicomotor, ánimo deprimido, sentimientos de culpa, melancolía, ansiedad y tensión emocional. Las dosis son de 75 a 150 mgs. tres veces al día.

Otra sal que tiene brillante futuro en el campo de la Siquil

zodiazepina, medicamento específico para combatir la ansiedad y la tensión emocional. Esta sal tiene la ventaja que además de ser un co-sedante, no disminuye la capacidad intelectual del enfermo, no tiene acción hipnótica, pero puede facilitar el sueño cuando la causa es el temor y la ansiedad. La dosis es de 30 a 40 mgs. al día, repartidas en tres dosis.

La dextrosa se utilizó en un 42.6 por ciento de los enfermos. Se indicó de la siguiente manera: en concentración de 50 por ciento, por vía endovenosa, y en cantidad de 20 centímetros cúbicos cada doce o cada ocho horas, según la gravedad del síndrome, con el objeto de combatir el edema del tejido encefálico, y como protector de la célula hepática.

El Paraldehído se prescribió para combatir el insomnio, y tranquilizar al paciente, administrándolo con hielo picado y jugo de naranja, para disimular el mal sabor. Se usó en dosis de 10, 15 hasta 20 centímetros cúbicos por la noche, dosis que paulatinamente se fué disminuyendo, hasta llegar a la recuperación del sueño normal. El 27.3 por ciento fué tratado con él.

La mayoría de los autores están de acuerdo en no suspender totalmente el alcohol, pero otros por el contrario actúan en una forma terminante. Al 18.9 por ciento, se le dió alcohol.

A mi modo de ver, es más razonable, proporcionarle un sorbo de alcohol al paciente, que mantenerlo obsesionado e intranquilo con el mismo. Además hay pacientes que con el alcohol se les estimula el apetito. Fué indicado 25 cc. de alcohol por 25 cc. de agua antes de las comidas.

El electro-schock, fué usado sobre todo donde la sicosis era

saparecer, por ser demasiado traumático, Se usaron 100 V. dura 0.3 segundos; la mayoría de los pacientes recibieron menos de crisis. El 16.4 por ciento de ellos recibieron tratamiento con electro-shock.

Se administraron tabletas de 0.5 g. de Bisulfuro de Tetraétiuram, y se dió media tableta al día. El 6.1 por ciento de pacientes tomó esta droga.

La insulina fué usada en el 4.4 por ciento de los pacientes en una dosis de 20 unidades antes de cada comida, en los que se presentó anorexia marcada.

También la insulina ha sido usada en altas dosis para producir coma en el tratamiento del alcoholismo, previa exploración física del paciente para cerciorarse de que no adolecían de ningún padecimiento orgánico que la contraindique. Se emplean dosis iniciales que varían de 40 a 60 unidades por vía subcutánea las cuales pueden aumentar de acuerdo con el criterio del Siquiatra encargado del paciente.

Los medicamentos de tipo estimulante fueron los que menos se usaron, ya que en realidad sólo se prescribieron en 7 de los pacientes que estudiamos, pues algunos llegaron deshidratados, iniciándose en el shock, otros en el borde del coma etílico. Entre tales medicamentos pueden señalarse la adrenalina, cafeína, e tricnina, cardiazol-cafeína; como analépticos se usó la corami y el micorén..

#### 12.- CAUSAS DE MUERTE E INCIDENCIAS

De los 523 casos que estudiamos 8 de ellos fallecieron, lo representó el 1.5 por ciento, estadística que está acorde con

fué el schock, por deshidratación provocado por el vómito. A pesar de la medicación que se les administró fué imposible salvarlos de la muerte.

La medicación consistió en sustituir los líquidos perdidos en forma de solución glucosada en suero fisiológico sustituyendo al mismo tiempo el ion cloro, que se escapa por los vómitos. Además se usaron los analépticos y los estimulantes, para tratar de mejorar las condiciones precarias en que ingresaron los pacientes. Para ello se usó la Coramina en ampollas de 5 cc. por vía intravenosa.

Se usó Cardiazol-cafeína, como estimulante del aparato cardiovascular. Con esta terapia heroica, no se logró rescatar la vida de estos pacientes que ingresaron en tan delicado estado.

Fallecieron dos pacientes cuyo cuadro clínico final, fué tétanos muscular generalizado en los miembros del lado derecho con ojos desviados hacia la izquierda; pupilas contraídas; respiración lenta y estertorosa, con ruidos cardíacos disminuidos en intensidad, y taquicardia, con una tensión arterial, que al momento de haberse hecho el exámen físico por el practicante de turno era de 100x60. Se presentó además hipotermia al momento del examen. La edad de un paciente era de 42 años y la del otro era de 45 años.

Otro paciente ingresó dormido por una ampolla de Amital Sólido que le indicaron en el consultorio de su médico privado. Pero al hacer el exámen físico que se le hizo en el consultorio externo del Hospital Siquiátrico, se encontró equimosis del ojo izquierdo. Este paciente permaneció dormido hasta el día siguiente, posiblemente se encontraba en coma, pues al momento que se le tomaba el pulso y la temperatura por la tarde, había fallecido.

Por último, A.C.F. de 33 años de edad, ingresó en estado de agitación sico-motora, Antes de su ingreso, se le había indicado en el Hospital de la Institución donde él era asegurado, una inyección de Amital Sódico. Ingresó con T.A. de 160x90, continúa agitado, agresivo, angustiado y temeroso, aún con los tranquilizantes que se administraron; este paciente permaneció en el estado de agitación durante ocho horas y luego falleció.

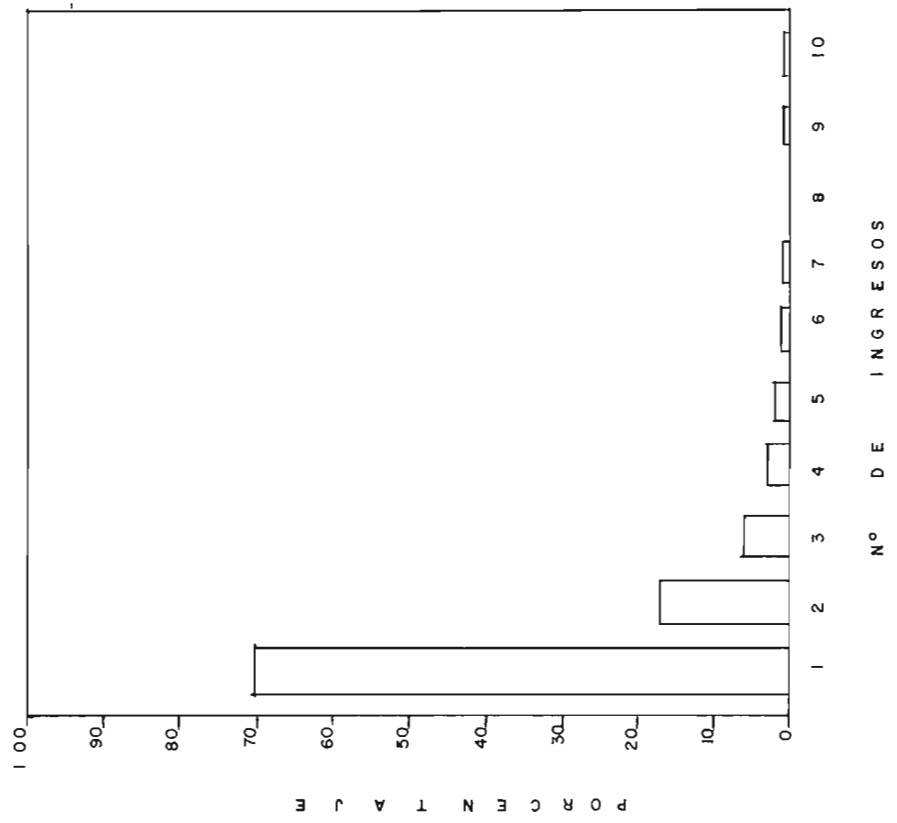
### 13.- CONSIDERACIONES SOBRE LOS INGRESOS Y LOS REINGRESOS.

Como podemos ver en la gráfica número 12, está representada la distribución en porcentajes de las 523 fichas de los alcohólicos con sicosis aguda, de acuerdo al número de ingresos, que tuvieron durante el período 1955-1959.

Es notorio que la mayoría de pacientes que ingresó por primera vez, no volvió a ocupar los servicios del Hospital. El 68.1 por ciento de los pacientes no reingresaron; la causa se ignora; preguntarnos si sería que dichos pacientes, temerosos de volver a padecer los síndromes que estudiamos, renunciaron a la bebida.

Podría también hacerme la siguiente pregunta: habrá habido insatisfacción de los pacientes, por el local donde se les alojó, por la alimentación que se les brindó, por haber creído que al ingresar se les trataría su alcoholismo crónico y no su sicosis aguda? Si bien, los familiares ingresaron a su paciente con la esperanza de que le curarían su alcoholismo crónico, y en vista de que días y meses después recayó, no reingresaron a su paciente aún con una nueva reincidencia de sicosis aguda? Contribuye también a aumentar el porcentaje, el hecho de que el 18 por ciento de los pacientes

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 523 PACIENTES ALCOHOLICOS CON SICOSIS AGUDAS, DE ACUERDO AL NUMERO DE INGRESOS, DURANTE EL PERIODO 1955-1959



cultades para venir a la capital.

Continuando con la explicación de la gráfica número 12, tenemos que 85 pacientes ingresaron por segunda vez, lo que correspondió al 16.3 por ciento de los casos. Ingresaron por tercera vez 29 pacientes o sea un 5.5 por ciento; los que ingresaron cuatro veces fueron 16, equivalente al 3.1 por ciento; ingresaron cinco veces un 1.9 por ciento de los pacientes; 5 pacientes ingresaron 6 veces o sea el 1 por ciento; 3 ingresaron en 7 ocasiones o sea el 0.6 por ciento; nadie ingresó ocho veces; 2 pacientes ingresaron en 9 ocasiones o sea el 0.4 por ciento; y por último 3 pacientes ingresaron en 10 ocasiones o sea el 0.6 por ciento.

#### 14.- SICOSIS ALCOHOLICAS AGUDAS, SUS PORCENTAJES

Lo que la gráfica número 13, sugiere es que el porcentaje de Deliriums tremens, ha aumentado y el de la alucinosis alcohólicas ha disminuido. Así vemos, que en el año 1955, ingresaron 73 pacientes, de los cuales 36 hicieron deliriums tremens, y la otra mitad hizo alucinosis alcohólicas agudas, o sea el 50 por ciento. En 1956 ingresaron 73 pacientes, de los cuales 53 de ellos adolecieron de deliriums tremens, y 20 hicieron alucinosis alcohólicas o sea el 71.8 por ciento y el 28.2 por ciento respectivamente.

En el año 1957, ingresaron 104 pacientes, de los cuales 64 hicieron deliriums tremens y 37 adolecieron de alucinosis alcohólicas agudas, o sea el 63.4 por ciento respectivamente.

Durante el año de 1958, ingresaron 110 enfermos, 82 hicieron deliriums tremens y 28 adolecieron de alucinosis alcohólicas agudas, o sea el 75.2 y 24.8 por ciento respectivamente.

En 1959, ingresaron 163 pacientes, de los cuales 142 adolecieron de deliriums tremens y 21 de alucinosis alcohólicas agudas, sea el 81.7 por ciento para el primero y 12.9 por ciento para el segundo síndrome.

Haciendo un promedio de porcentajes de los cinco años, tenemos que 375 adolecieron de deliriums tremens y 141 hicieron alucinosis agudas, o sea el 73 y 27 por ciento respectivamente.

La gráfica número 14, nos demuestra claramente, como han aumentado año tras año las sicosis agudas en relación porcentual con el número de admisiones por alcoholismo.

Así tenemos que en el año de 1955, ingresaron 148 pacientes por alcoholismo, de los cuales 73 adolecieron de sicosis agudas, o sea el 49.3 por ciento.

En 1956 fueron iguales los datos a los del año anterior.

En 1957, ingresaron 191 pacientes por alcoholismo, los cuales 104, o sea 54.4 por ciento hicieron sicosis agudas.

En 1958 ingresaron 151 por alcoholismo, 110 de ellos hicieron sicosis agudas, o sea el 70.9 por ciento.

En 1959 ingresaron 215 por alcoholismo de ellos adolecieron de sicosis agudas 163 pacientes o sea el 75.8 por ciento.

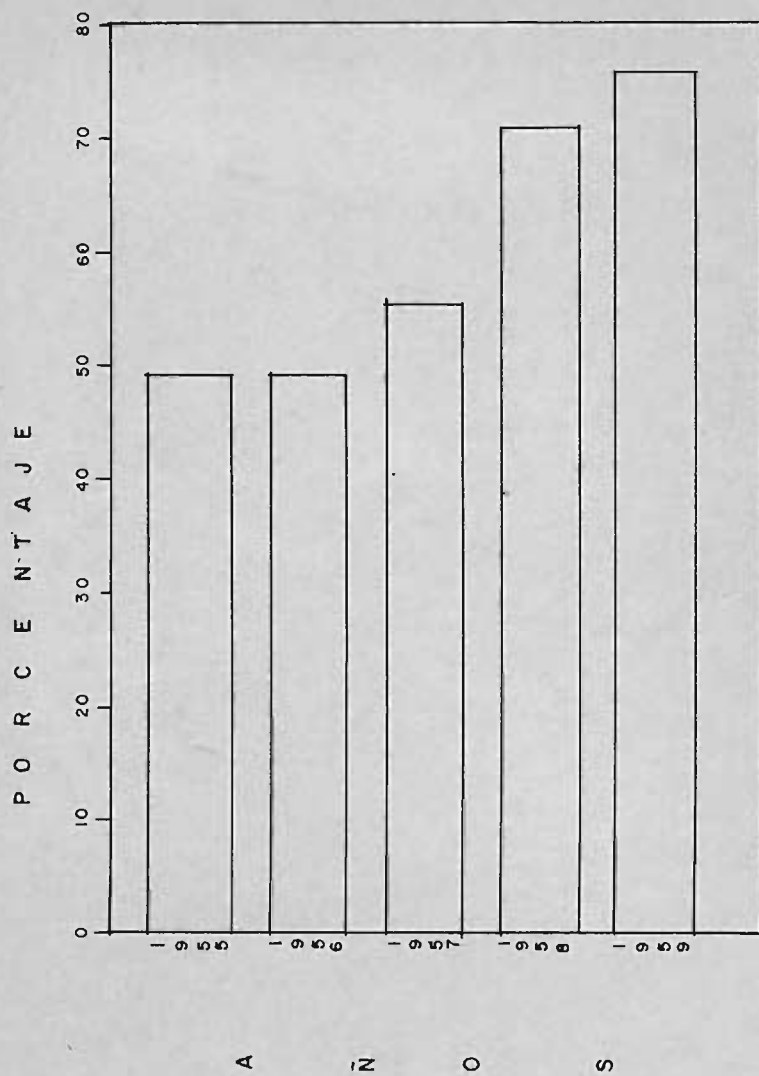
Durante los 5 años ingresaron 853 pacientes por alcoholismo, de los cuales 523 hicieron sicosis agudas o sea el 61.3 por ciento.

En realidad no puedo dar una razón a la cual atribuir este aumento del porcentaje de las sicosis agudas, a medida que han pasado los años. Lo cierto y seguro es que han aumentado progresivamente.



GRAFICA REPRESENTATIVA DEL AUMENTO PROGRESIVO DE LAS SICOSIS ALCOHOLICAS AGUDAS

EN 523 PACIENTES, DURANTE EL PERIODO 1955 - 1959



B I B L I O G R A F I A

- 1.- Psicología Médica por Ramón de la Fuente. Segunda Edición. Fondo de Cultura Económica.
- 2.- Siquiatría Clínica Moderna por Arthur P. Noyes M.D. Tercera Edición. Traducida por Dionisio Nieto.
- 3.- Malamud, N. and Skillicorn, S. Relationship Between The Wernicke and the Korsakoff Syndrome. A. Clinicopathologic Study of seventy cases. A.M.A. Arch. Neur. Psychiat. 76:585-596, 1957.
- 4.- Kreapelin E.: Introducción a la Clínica Siquiátrica. Edit. Calleja, Madrid, pp. 176-190. 1900.
- 5.- Werner Wolff: Introducción a la Psicología. Segunda Edición. Brevarios del Fondo de Cultura Económica. pp. 8-1956.
- 6.- Alcoholismo. Reserña Histórica. Samuel MAYNEZ PUENTE (De Mesa Redonda sobre alcoholismo, verificada en la Facultad de Medicina de México, Mayo 1960) Rev. MINALIA. Direct. José Angel Cenicerros pp. 658-660. No. 10, 1960.
- 7.- Farmacología del Alcoholismo etílico. Roberto Vargas (De Mesa Redonda sobre el alcohol, verificada en la Facultad de Medicina de México, Mayo 1960) Rev. MINALIA. Direct. José Angel Cenicerros pp. 644-660. No. 10, 1960.
- 8.- Lesiones producidas por el alcohol, Eduardo ROJAS N. (De Mesa Redonda, sobre alcoholismo, llevada a cabo en la Facultad de Medicina de México, Mayo 1960) Rev. CRIMINALIA, Direct. José Angel Cenicerros pp.668-670. No. 10, 1960.
- 9.- Aspectos Psicológicos del Alcohólico.(Ramón de la FUENTE) Rev. CRIMINALIA. Direct. José Angel Cenicerros pp.699-700. No.10, 1960.
- 10.- Alcohol y alcoholismo (Raúl Benavides Martínez y Enslia González Martínez) Rev. CRIMINALIA, Direct. José Angel Cenicerros pp. 770-777, No. 11, 1957.

I N D I C E

	<u>Pag.</u>
PLAN DE TRABAJO	
SEXO.....	9
EDAD (en su primera admisión).....	11
ESTADO CIVIL.....	13
DOMICILIO.....	14
TIEMPO DE INGESTION CRONICA DEL ALCOHOL.....	16
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL COMIENZO DE LA CRAPULA RESPONSABLE Y LA INICIACION DEL SINDROME.....	17
MOMENTO DE APARICION DE LA SICOSIS.....	18
DIAS DE DURACION DE LAS SICOSIS ALCOHOLICAS AGUDAS.....	19
SINTOMAS.....	21
COMPLICACIONES.....	21
TRATAMIENTO.....	23
CAUSAS DE MUERTE E INCIDENCIAS.....	27
CONSIDERACIONES SOBRE LOS INGRESOS Y LOS REINGRESOS.....	29
SICOSIS ALCOHOLICAS AGUDAS, SUSPORCENTAJES.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	32