

ALCOHOLISMO: FUNCIONES SUPERIORES

(ALCOHOLISM: SUPERIOR FUNCTIONS)

Elida N. FIGUEROA*, Eduardo PADILLA*, Constanza CASTRILLO**,
María CALVO*** y Silvina MARTÍNEZ****

RESUMEN

La finalidad de este estudio ha sido conocer la repercusión del alcoholismo en las Funciones Superiores principalmente, y en paralelo el Patrón Patológico de Ingesta (P.P. de I.) y la Forma de Consumo (F. de C.) en la región, tomando como muestra la población que solicita consulta hospitalaria. Se trata de una investigación descriptiva, con muestras al azar, entre pacientes de 17 a 55 años. Se respetaron en todos los casos los criterios del DSM IV para la ingesta de alcohol. Los métodos se condensaron en una historia clínica tipo a la que se adjuntó una evaluación neurológica por sistemas, el Patrón Patológico de Ingesta y la Forma de consumo (Labriola/Kalina, 1993); Funciones Superiores, "Miniexamen del estado mental" (Folstein y Folstein, 1975, modificado por Lobo et al., 1985). Así también Praxis Constructivas (Barbizet y Ph. Duizabo, 1978).

La repercusión sobre las Funciones Superiores es importante: por ejemplo, el lenguaje (sintaxis, 29%) y otros aspectos suman un 50%. En un 69% de los casos, las praxias son dificultosas y reforzadas y un 55,88% se presentan trastornos cognitivos. Los resultados en las Funciones Superiores, además de proporcionarnos una imagen de una parte importante de los sistemas, nos permite objetivar más claramente el daño y comprender mejor lo "biocomportamental", graficados también en P.P. de I. y F. de C.

Palabras Clave: alcoholismo, funciones superiores, adultos, Jujuy.

ABSTRACT

The purpose of this work is to know mainly the repercussion of alcoholism on superior functions, the ingestion pathological pattern (I.P.P.) and the consumption way (C.W.) in the region, considering population which demand medical assistance in hospitals.

* Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy - Otero 262 - CP 4600 - San Salvador de Jujuy - Jujuy - Argentina.

** Hospital Psiquiátrico "Dr. Néstor Sequeiros" - Ecuador 53 - CP 4600 - San Salvador de Jujuy - Jujuy - Argentina.

*** Psicopatológico - San Martín 149 - CP 4600 - San Salvador de Jujuy - Jujuy - Argentina.

**** Hospital "Pablo Soria" - Güemes 1345 - CP 4600 - San Salvador de Jujuy - Jujuy - Argentina.

For this descriptive research, we used random samplings among patients aged 17-55, where subjects for this research DSM IV criteria for alcohol ingestion were respected. The methods were condensed in a typical clinical history to which neurological evaluation by systems was enclosed Ingestion of Pathological Patterns (I.P.P.) and ways of consumption (Labriola/Kalina, 1993); Superior Functions, "Miniexams of the mental State" (Folstein M. and Folstein S., 1975, modified by Lobo and col., 1985) As well as "Constructive Praxias" (Barbizet and Ph. Duizabo, 1978).

It is important the repercussion of Superior Functions Language (syntax, 29%) and others, 50%, 69% in Praxias it is difficult and reinforced and 55, 88% of them present cognitive disorders. The results in Superior Functions give a vision of an important part of the systems and allow objectify harm and a better understanding on biobehaviour also in I.P.P. and W. of C.

Key Words: *alcoholism, superiors functions, adults, Jujuy.*

Con el nombre de "Alcoholismo. Funciones Superiores", se estudió en 1998 y 1999, luego de la aprobación del diseño, una población de 34 pacientes (30 varones y 4 mujeres), que habían consultado sobre problemas de alcoholización. Este tema surge de la observación y verificación de la importancia que tiene en la provincia de Jujuy la alcoholización y el alcoholismo y su repercusión en los rendimientos en general (trabajo, familia y contexto, etc.). Lo mismo ocurre con los datos recogidos en el III Módulo de Formación de Agentes Sanitarios Aborígenes sobre Alcoholismo (junio de 1995), en el Hospital San Roque, S. S. de Jujuy. Se recogió la preocupación de 51 participantes (A.S.A.), enunciándoles diez temas que debían enumerar según lo que ellos considerasen prioritario tratar. El alcoholismo tuvo el primer lugar con el 70,58%.

Estos Agentes Sanitarios señalaron que en la mayoría de sus comunidades, fueran cuales fuesen las circunstancias que los congregaban, se bebía, sin que tampoco esta acción dependiera del número de participantes. Si no había bebida, se la buscaba. Su disponibilidad era necesaria para facilitar "la comunicación" aun cuando a veces se hablara muy poco. En general, sentían y lamentaban que en su zona no se diese importancia a la alcoholización- en sus diferentes modalidades-, conociendo el daño que ocasiona; solicitaban apoyo desde el conocimiento y desde las estructuras de poder para que los capacitasen en su abordaje del problema, y de ser posible, en la prevención del alcoholismo. En todos los casos pedían apoyo y capacitación.

METODOLOGÍA

Esta investigación descriptiva cuantifica los resultados; la población fue tomada al azar (hemos visto ya que fueron 34 pacientes durante 1998). El relevamiento de la población se realizó con una historia clínica tipo, respetando los criterios de inclusión: edad 17-55 años, pacientes internados o ambulatorios, que cumplieran

con los criterios del DSM IV, para trastornos y adicción al etanol y, de exclusión como intoxicación aguda.

La "Forma de Consumo" y el "Patrón Patológico de Ingesta" fue tomado de Fernández Labriola y Kalina. La evaluación neurológica se realizó por sistemas (pares craneanos, motricidad, cerebelo, vestíbulo, etcétera). Para Funciones Superiores se utilizó el "Minexamen del Estado Mental", de M. F. Folstein, S. E. Folstein y P. R. Mac Hugh (1975), ligeramente modificado por Lobo y colaboradores (1979-1985) y utilizado con el nombre de "Mini examen cognitivo", para su evaluación. También se adaptó la prueba N° 4, simplificada. El lenguaje se evaluó en forma elemental tomando elementos como locuacidad, sintaxis dificultosa, lenguaje bueno o limitado.

En Praxias se utilizó la "copia de dibujos de dificultad creciente" de J. Barbizet y Ph. Duizabo (1978). Los ítems para evaluar las respuestas fueron ideados en 1994, por E. N. Figueroa. Debemos señalar que una tendencia actual, desarrollada sobre todo en los trabajos anglosajones y escandinavos, tiende a sustituir el término muy general y ambiguo de alcoholismo, por términos más precisos y limitados que distinguen las diferentes modalidades clínicas según dos ejes principales: el consumo excesivo de alcohol y sus diversas consecuencias somáticas, psíquicas y sociales, que lo agrupan bajo el término general de "**conductas alcohólicas**", y **el síndrome de dependencia alcohólica** (el consumo excesivo de alcohol se puede investigar bajo esos dos términos como "conducta alcohólica y como síndrome de dependencia alcohólica).

El objetivo general del trabajo fue conocer la incidencia del alcoholismo en las Funciones Superiores, mientras los objetivos particulares fueron medir la repercusión del alcohol sobre los diferentes sistemas, señalar las repercusiones sobre el contexto (trabajo, familia y otros) y definir las características según las zonas de procedencia.

El 47,05% de la población evaluada comenzó a beber en forma importante antes de los veinte años, en familia, con hermanos, padrastros o compañeros. Después de esa edad se registró un 38,23%, que bebía, la mayor parte, en el servicio militar obligatorio. Como en el resto de los casos consultados la información no fue clara, se colocó la frase "no se sabe". En resumen, un 85,28% comenzó a beber antes de los 22 años de edad.

De esta muestra, el 50% procede de la capital provincial, el 44,11% del interior, un 2,94% de Bolivia y otro 2,94% de otras provincias argentinas. De la misma muestra, el 41,17% hizo escuela primaria completa y un 38,23% sólo en forma parcial. Un 8,82% jamás concurrió a la escuela y sólo el 11,76% comenzó la secundaria.

Además, el 52,94% no trabaja, aunque al comienzo de la evaluación sólo un 17,64% admitió no tener trabajo. Los que trabajan tienen empleos precarios o transitorios (limpieza de baños, trabajadores rurales, empleados de playas de estacionamiento, chóferes, ciclistas, ayudantes de cocina, etcétera).

Van Dijk (1979) propone en "Los modos de utilización del alcohol" un esquema que describe de manera precisa las diversas modalidades evolutivas de la relación

entre el individuo y el alcohol y las interrelaciones posibles entre los diversos comportamientos. Nos parece útil introducirlo aquí, para subrayar hasta qué punto, -en materia de alcoholismo-, las fronteras son inciertas entre comportamientos sociales, factores de pertenencia y de integración y conductas patológicas deletéreas, portadoras de destrucción, enfermedad y muerte.

El uso del alcohol -subraya Van Dijk-, está fuertemente regido por reglas, a menudo inconcientes, que varían de un país a otro. Estas reglas están ligadas al género (el hombre está más "autorizado" a beber que la mujer) a la edad, la religión, la clase y el status social, a las normas y a los valores culturales.

Que en nuestra evaluación hayamos registrado 30 varones y sólo cuatro mujeres, señala que "todo miembro de una sociedad está fuertemente llevado a comportarse de una cierta manera frente al alcohol" (Van Dijk, 1972). Estas reglas son a menudo transgredidas en detrimento del sujeto y de su alrededor: una de las consecuencias nefastas de esta transgresión es el estado de dependencia. En estos casos, se suceden varios tipos de relación con el alcohol como etapas de un proceso: la idea de una evolución progresiva en la relación con el alcohol, presente en los trabajos de Lundquist y sobre todo de Jellinek -cuando describe las "fases" de intoxicación alcohólica (1951)- es afinada por Van Dijk. Este precisa:

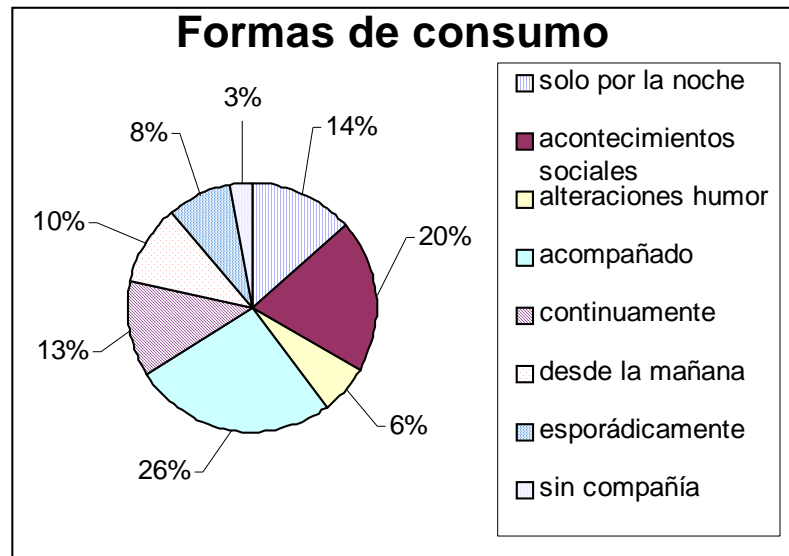
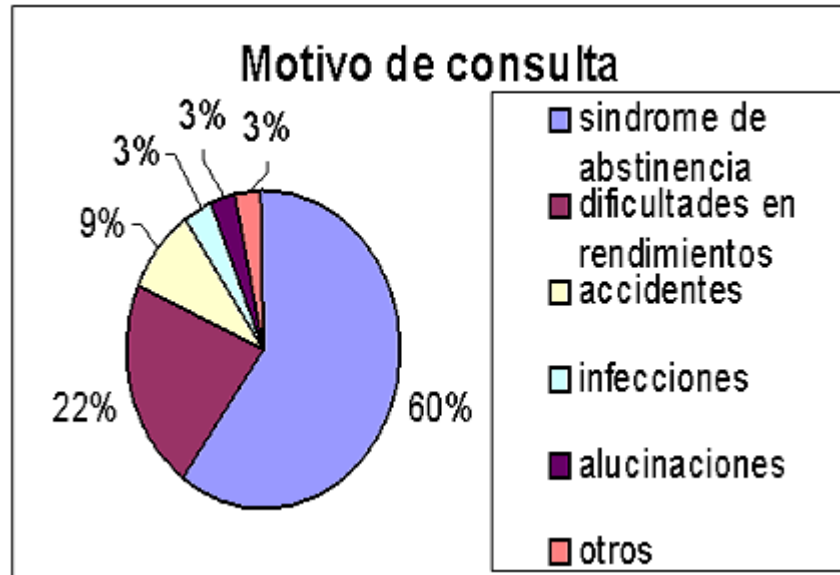
- No existe progresión "inevitable" de un estadio a otro (Van Dijk, 1972; Glatt, 1974).
- En cada estadio, una estabilización o un retorno a un estadio anterior es posible (Van Dijk, 1972; Davies, 1974; Edward, 1977).

Se describen cinco tipos de comportamiento:

- 1. Primer contacto con el alcohol.** Tiene lugar en edades y en circunstancias sociales diversas, con efectos variados. Un grupo relativamente limitado deja de beber en este estadio por factores biológicos, religiosos o culturales.
- 2. Estadio experimental.** El sujeto aprende a conocer las diferentes bebidas alcohólicas, su propia capacidad de beber, su preferencia por ciertos modos de alcoholización, los usos implícitos concernientes al consumo de alcohol.
- 3. Estadio de alcoholización integrado.** Es para la mayoría el comportamiento definitivo frente al alcohol. Está ligado a las reglas sociales y culturales de la sociedad de pertenencia y a factores personales de preferencia, gusto, tolerancia, medios financieros, o a la tradición familiar. Las maneras de beber de un sujeto, -precisa Van Dijk- están ligadas a factores macrosociales, meso y microsociales.

En la población evaluada ocupa el primer lugar como motivo de consulta, el síndrome de abstinencia: un total de 55,88%, con diferentes variantes: agresividad, trastornos digestivos, vestibulares, trastornos en la marcha. Siguen las dificultades en los rendimientos (20,58%), accidentes varios (8,82%) e infecciones y trastornos en la deglución, o alucinaciones, que revelan un porcentaje similar: 2,94%.

En el momento de la evaluación, la vigilancia era adecuada en el 80%, pero estaba confuso un 20%. El 47,05% tenían trastornos en el sueño y el 76,47% se alimentaba en forma suficiente.



4. Alcoholización excesiva. Este concepto abarca las nociones de "bebedor excesivo" y "bebedor problema", cuando se consume a menudo mucho alcohol. Esto puede apreciarse en diversos dominios tales como la salud física y mental, el bienestar general, la calidad de relación conyugal, familiar, social, la situación profesional, financiera, las relaciones con el orden y con la ley.

Patrón Patológico de ingesta de la población:

1. Necesidad diaria: 88,23%
2. Imposibilidad de disminuir: 73,52%
3. Esfuerzos para disminuir o abstenerse de beber: 52,94%
4. Período de abstinencia o restricción: 73,52%
5. Amnesia lacunar: 79,41%
6. Empleo de alcohol en forma no aceptado socialmente: 64,70%
7. Conciencia de las consecuencias físicas o sociales: 73,52%
8. Violencia familiar o empleo: 32,59%
9. Falta de trabajo o empleo: 52,94%
10. Problemas legales: 32,35%
11. Disminución de la libido: 26,47%
12. Alteraciones de la conducta sexual, estando intoxicado: 14,70%
13. Accidentes provocados por la intoxicación: 52,94%
14. Antecedentes comienzo. Se dan las siguientes características,
 - en la familia o muy joven: 44,11%
 - desde el Servicio Militar: 26,47%
 - más grande, antes episodios de pérdida: 11,76%
 - se desconoce: 17,64%

Tomando en forma conjunta, en la familia, muy joven y Servicio Militar hacen un 70,58%.

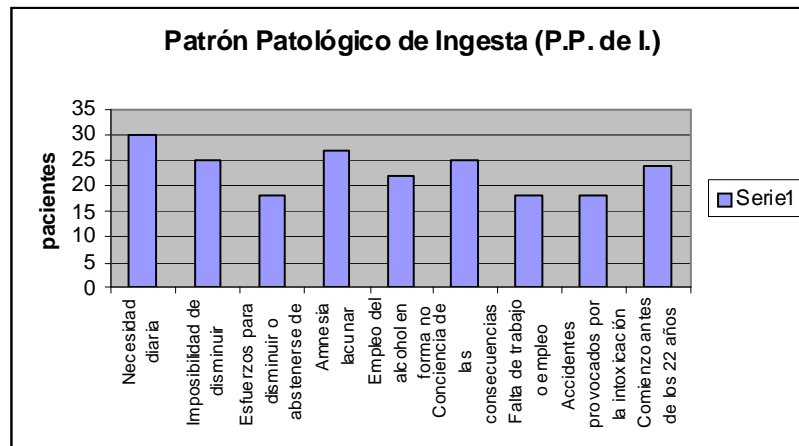
5. Estadio de dependencia. El sujeto ha perdido "toda libertad de decisión", toda posibilidad de usar o no el alcohol. Van Dijk insiste que en este estadio la conducta alcohólica no es irremediablemente fija y, que los sujetos dependientes pueden, en ciertos momentos, modificar su consumo adaptándola a los usos sociales de su medio cultural. En ausencia de tratamiento, sin embargo, el uso "incontrolado" se hace perenne o evoluciona hacia complicaciones graves.

Si tomamos aquellos **elementos del Patrón Patológico de Ingesta** (P.P. de I.), **que afectan a más del 50% de la población**, estos son:

- Necesidad diaria: 88,23%
- Imposibilidad de disminuir: 73,52%
- Esfuerzos para disminuir o abstenerse de beber: 52,94%
- Amnesia lacunar: 79,41%
- Empleo del alcohol en forma no aceptada socialmente: 64,70%
- Conciencia de las consecuencias físicas o sociales: 73,52%
- Falta de trabajo o empleo: 52,94%

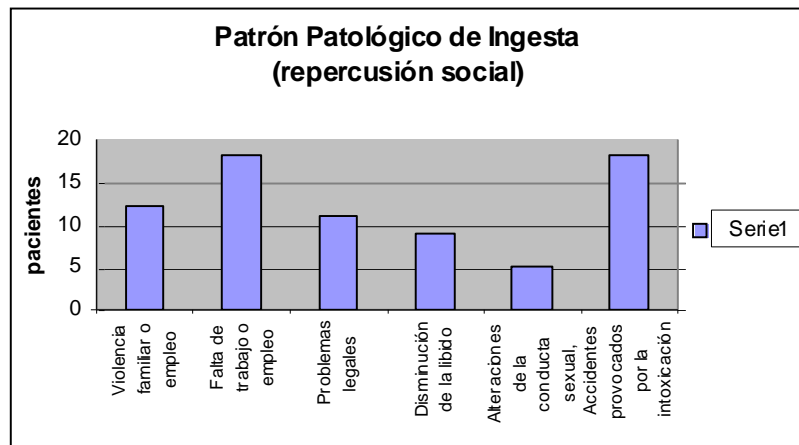
- Accidentes provocados por la intoxicación: 52,94%
- Comienzo antes de los 22 años: 70,58%

Aquí se advierte que se cumplen los criterios del DSM IV para trastornos y adicción al etanol, es decir, el uso inadecuado de sustancias que producen complicaciones clínicas significativas, que se manifiestan mediante tres o más de los siguientes elementos: tolerancia definida, abstinencia o deseos persistentes de alcohol, presentes en todo momento, en un período de doce meses.



También dentro del **Patrón Patológico de Ingesta** se pueden enumerar las siguientes variables que tienen que ver sobre todo con la **repercusión social**, en la población evaluada.

- Violencia familiar o empleo: 35,29%
- Falta de trabajo o empleo: 52,94%
- Problemas legales: 32,35%



- Disminución de la libido: 26,47%
- Alteraciones de la conducta sexual, estando intoxicado: 14,70%
- Accidentes provocados por la intoxicación: 52,94%.

El costo social del alcoholismo incluye a la vez el costo directo y el indirecto. El primero está ligado a la enfermedad (gastos en accidentes, hospitalización, prestaciones de la mutual a la que pertenece u otros servicios que los cubren, gastos en la justicia) y a las afecciones que le están asociadas o a las consecuencias sociales de la enfermedad. El costo indirecto corresponde a las pérdidas en productividad del enfermo alcohólico, al ausentismo, pérdidas de cualquier aditivo que estos sujetos hubieran aportado para su bienestar o para el bienestar colectivo. En ciertos casos, como por ejemplo en los accidentes en ruta, la responsabilidad del alcohol es compartida con otros factores. Esta dificultad de evaluación explica la gran variedad de costos del alcoholismo en un país.

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS LIGADAS AL ALCOHOL

Al perturbar la fluidez de la membrana y la neurotransmisión, el alcohol ocasiona diversas complicaciones neurológicas que pueden comprometer al sistema nervioso central o periférico. Estas complicaciones pueden sobrevenir durante el consumo agudo de alcohol o durante el consumo crónico. Las afecciones agudas están principalmente ligadas a trastornos metabólicos provocados por el alcohol. En el alcoholismo crónico, los trastornos neurológicos están sobre todo ligados a la toxicidad directa que el alcohol ejerce sobre el cerebro, y sus manifestaciones son una demencia o una degeneración cerebelosa a nivel del sistema nervioso central, mientras que una neuropatía o una miopatía se manifestarán a nivel periférico. Un gran número de complicaciones son desencadenadas por la malnutrición, tanto como por la abstinencia alcohólica.

Podemos hacer una síntesis de la **evaluación neurológica** y dar los siguientes resultados por sistemas:

En **pares craneanos**, los más afectados son:

- . el óptico: 40%
- . y, el octavo par, rama vestibular: 23,52%

En la **motricidad**, los trastornos más frecuente son:

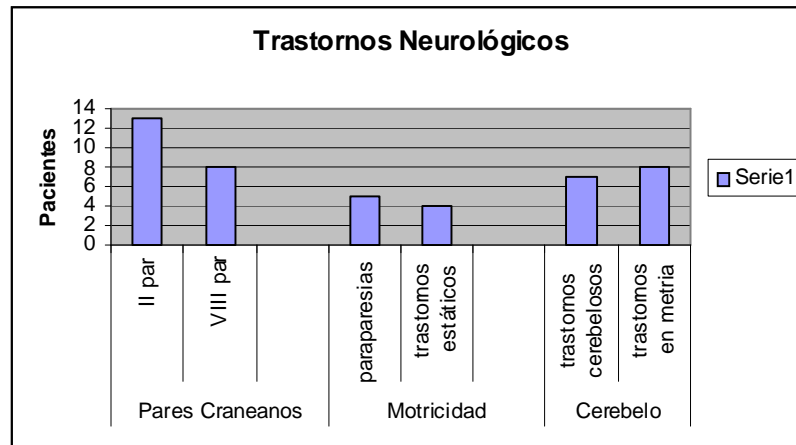
- . paresias: 14%
- . trastornos estáticos: 13%

En cerebelo:

- . trastornos cerebelosos: 20,58%
- . trastornos en metria, objetivo: 25,47%

Otros trastornos neurológicos:

- . trastornos vestibulares: 82%



En este grupo es conveniente conocer a qué otro tipo de trastorno se asocia esta sintomatología (vista, cerebelo, sensibilidad profunda). Toda conducta patológica y no excepcional de alcohol merece ser considerada como una conducta alcohólica. La doble dimensión de la "dependencia" y la "nocividad", en sentido amplio, representan los dos ejes esenciales de delimitación de las conductas alcohólicas.

El DSM ha aislado los síndromes de "dependencia" y de "abuso de alcohol" con criterios ante todo "biocomportamentales". El abuso de alcohol, que en el DSM IV todavía es denominado "utilización nociva para la salud", no se diferencia, en el CIM 10, del abuso de otras sustancias psicoactivas. El alcoholismo comparte así, sin especificidad, los criterios diagnósticos de todas las toxicomanías.

Independientemente de las clasificaciones nosográficas, las más utilizadas -CIM, DSM- los autores canadienses distinguen los *alcoholismos primarios*, en los cuales la conducta alcohólica se instala primera, de los *alcoholismos secundarios*, es decir, conductas alcohólicas instaladas secundariamente luego de una enfermedad psiquiátrica.

El alcoholismo primario (alrededor del 70% de las formas de alcoholismo) corresponde en la mayoría de los casos al tipo II de Cloninger. Representa una conducta alcohólica de comienzo precoz, antes de los 20 años, con fuerte carga genética y en el que los determinismos psicopatológicos esenciales son la impulsividad, los trazos sociopáticos, la tendencia a buscar "sensaciones fuertes", quizás provocada por factores genéticos. Los trastornos psiquiátricos registrados (depresión, ansiedad, psicosis, conductas heteroagresivas) son aquí secundarias a la alcoholización y ligadas a los efectos farmacológicos del alcohol. Estos alcoholismos primarios pueden implicar un consumo excesivo, cotidiano o intermitente. La dependencia del alcohol puede aparecer en forma conjunta o seguir a un período más o menos prolongado de abuso de alcohol. Esta forma pareciera ser la más frecuente en la población evaluada.

La alcoholización secundaria (alrededor del 30% de las formas) tiene un comportamiento diferente, quizás genéticamente influido en ciertos casos, pero representa más a menudo una conducta de automedicación con alcohol, favorecida

por ansiedad, fobias, depresión, esquizofrenia, sociopatía o trastornos graves de la personalidad. El comienzo es más tardío y la evolución hacia las complicaciones somáticas, psíquicas y sociales, más lenta. Estas formas pueden implicar, ellas también, un consumo permanente o intermitente, así como abuso o dependencia conjunta.

Según datos recogidos en la evaluación de la población, aplicando el "Miniexamen del estado mental" de M. F. Folstein, modificado por Lobo et al. (1979-1985), puede sentarse lo siguiente:

Orientación. En la mitad de la población es adecuada; no adecuada en menos de la tercera parte, 29% y dificultosa en un 21%.

Registro y Fijación. Mejoran los resultados siendo adecuado en casi las 4/5 partes (79,11%); no es adecuado en un 8,82% y dificultoso en un 11,76% de los casos.

Atención y Cálculo. Adecuado en un 38,23%, no adecuado en un 50% y dificultoso en un 11,76%.

Recuerdo y Memoria. Desciende la cifra de adecuado a 23%, no adecuado a 13% y dificultoso, 64%.

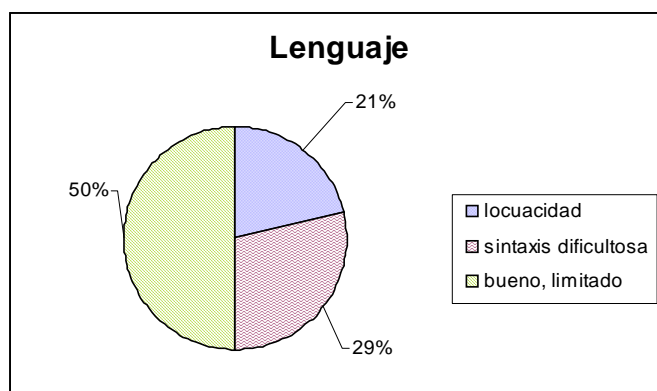
En **Frase y Dibujo.** Adecuado las cifras son respectivamente, 58,82% y 79,41%. No adecuado, frase, 41,17%; dibujo, 20,58%.

Si colocamos los porcentajes de **adecuado** serian: en orientación, 50%, registro y fijación, 61%, atención y cálculo, 38% y recuerdo y memoria, 23%.

Si tomamos en forma conjunta los ítems, **dificultoso y no adecuado**, podemos concluir con los siguientes datos:

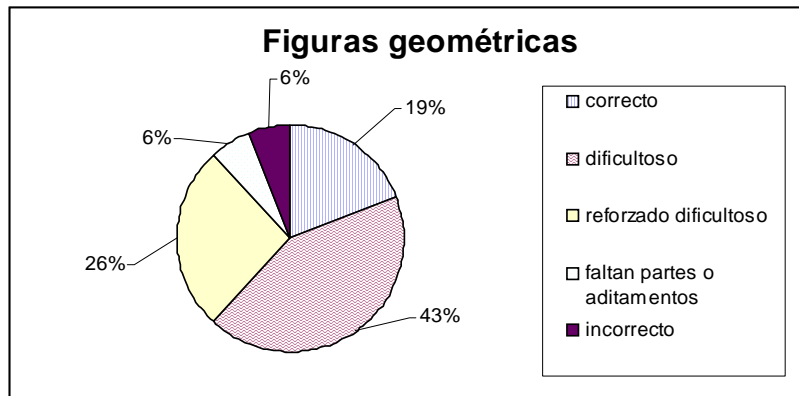
- 1er.lugar, con recuerdo y memoria=77%
- 2do.lugar, con atención y cálculo=62%
- 3er.lugar con orientación=50%
- 4to.lugar, registro y fijación=39%

Como resultado final en el "Miniexamen del estado mental modificado de los 34 pacientes, el 55,88% presenta trastornos cognitivos. Si se toman en forma conjunta las respuestas *dificultoso* y *no adecuado*, las dificultades tienen que ver, en primer lugar, con "recuerdo" y "memoria". En lenguaje los resultados son los siguientes:

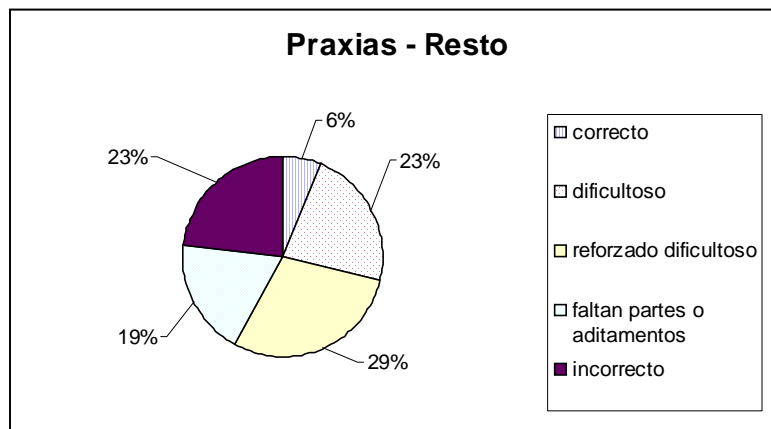


En la población también se evaluaron las **praxias** que representan una función adquirida. La dispraxia o apraxia consiste en la imposibilidad parcial o total de

ejecutar una orden de movimientos complejos aprendidos durante la vida en forma automática. Se trata de la alteración del acto de ejecución o su comprensión inmediata, es una alteración de la actividad gestual en una persona cuyos sistemas ejecutores de la acción se hallan intactos. (Ajuriaguerra, Benttamida et al, 1972; Barbizet y Duizabo, 1977). Representan una actividad instrumental elaborada, inscribiéndose como tal al lado de las afasias y de las agnosias, en el cuadro de las perturbaciones que afectan la actividad superior del sistema nervioso, donde ella figura como el versante efector. Su significación implícita es un disfuncionamiento lesional, de nivel cortical o subcortical, resultante de un alcance de los hemisferios o de sus conexiones callosas. Para las praxias se utilizó la "copia de dibujos de dificultad creciente":



Al comprar "figuras geométricas" y "resto", se observa que es mayor el número de figuras correctas en "figuras geométricas", pero también es mayor el número de difícilosas. En difíciloso reforzado es prácticamente igual el número en las dos series -figuras geométricas, resto-. Incorrecto, es mayor el número de errores en "resto" aunque conocemos que son mayores las dificultades en su ejecución.



Los resultados en "**Funciones Superiores**", son los siguientes:

Funciones superiores	Dificultades más importantes	Buen rendimiento
Lenguaje	Trastornos sintaxis: 29% (10p.)	Trastornos sintaxis: 50% (17p.)
Praxias	Difícultoso: 43% (16p.) Reforzado difícultoso: 26% (9p.)	Difícultoso: 19% (6p.)
Gnosias	Trastornos cognitivos: 55.88% (19p.)	Trastornos cognitivos: 44.12% (15p.)

Los resultados en **trastornos cognitivos** fueron obtenidos con el "Miniexamen del Estado Mental", de Folstein, modificado por Lobo y colaboradores.

Si en **praxia**, consideramos en forma conjunta difícultoso y difícultoso reforzado, se forma un total de 69%.

Podemos apreciar que los trastornos en "Funciones Superiores", son importantes según los datos recogidos: lenguaje, dificultades en un 29%, praxias en un 69%, se encuentra difícultad y en trastornos cognitivos el valor es de 55,88%.

En referencia a **Recuerdo y Memoria** (Miniexamen del Estado Mental), se concluye simplificando -sumando difícultosa e inadecuadas- que en el 77% de la población existe algún trastorno.

Se consideró importante relacionar los datos de **memoria** con los de **atención y cálculo** -del Miniexamen aplicado- es inadecuado en el 50% y difícultoso en el 12%. Así como **registro y fijación**, no adecuado en el 30% y difícultoso en el 9%.

CONCLUSIONES

Los resultados en esta muestra fueron los siguientes: población que comenzó a tomar en forma precoz, antes de los 22 años: 85,28%. Más de la mitad de esa cifra siendo adolescentes o niños en su núcleo familiar. Las características recogidas corresponden, en general, al alcoholismo primario.

La mayoría procede de capital o interior de la provincia y a pesar de haber completado la escolaridad primaria, en un 41,17% los trabajos en los que se desempeñan son precarios y transitorios.

Hay permisón social y en el medio cultural de consumo importante, sobre todo en determinados niveles socioculturales, favorecido por múltiples festividades y el bajo costo del alcohol, en una población de frontera. A este bajo costo se agrega la posibilidad de modificar el estado de ánimo, en una cultura llamada del "silencio", donde la comunicacón es escasa y las necesidades múltiples, proporcionando el ámbito propicio para esta adicción.

Los daños enfocados como trastornos a nivel sistema (óptico, 40%, paresias, 14%, trastornos cerebelosos, 20,58%, etc.) son importantes aún sin mencionar la variabilidad implicada y las repercusiones comportamentales graficadas en el "Patrón Patológico de Ingesta" y en "Forma de consumo". En ellos se aprecia como significativo el porcentaje de personas en estado de dependencia: más del 50% de la población. Presenta necesidades diarias de ingesta el 88,23%; imposibilidad de disminuir el consumo el 73,52%; amnesia lacunar el 79,41% y accidentes provocados por la intoxicación, el 52,94%.

En el nivel de las funciones superiores, la repercusión tiene porcentajes significativos en los tres sistemas, gnosias, praxias y lenguaje.

Esta población está imposibilitada -en forma directa o indirecta- para producir, causando daño a su núcleo familiar y a su contexto, tanto como a sí mismo.

Sería conveniente ampliar el número de evaluados, conociendo que la incidencia es grande en nuestro medio. Para el médico suele ser una patología que frustra porque no están organizadas las Instituciones (en términos de grupos humanos) para acoger pacientes con necesidades múltiples, y el trabajo en equipo no está adecuadamente afinado. El costo que demanda es elevado para una provincia con dificultades.

Una vez dependiente o adicto, el paciente es mal considerado por el contexto. La evaluación permitió objetivar aquello que a veces no es evidente en una evaluación estándar que sólo tome los denominados signos neurológicos "duros". El daño en esta población es mucho mayor si se consideran también los signos neurológicos "blandos" y, las Funciones Superiores (gnosias, praxias y lenguaje). El Patrón Patológico de Ingesta y la Forma de consumo permiten conocer la repercusión en lo "biocomportamental" de la población evaluada.

BIBLIOGRAFÍA

ADES, J (1984) Les conduites alcooliques. EMQ (París-France) Psychiatrie 37398-A-10 et al. 20-7, 16 1 24 p.

ADES, J; LEJOYEUX, M (1996) Conduites alcooliques, aspects cliniques, EMQ, Psychiatrie, 37398-A-40, 11p.

ADES, J; LEJOYEUX, M (1996) Conduites alcooliques. EMQ Psychiatrie, 37398-A-30, 15 p.

FOUQUET, P. (1989) Alcoholismo. Teorías Fisiopatológicas. E.MQ Psiquiatria. 37380-C.

LABRIOLA FERNANDEZ; KALINA, E (1993) Psiquiatria Biológica. Aportes Argentinos 2.

MOFENSON, HC; CARACCIO, TR; GREENSHER, J (1990) Intoxicaciones agudas. Terapéutica CON. Editorial Panamericana.

PICHOT, P (1995) SM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson.

ULDREY, PA (1991) Complicaciones neurológicas del alcoholismo. EMQ Neurología, 17161-8-10.

WODAK, A (1990) Alcoholismo. Terapéutica CON. Editorial Panamericana.