

381



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HÁBITOS DE LIMPIEZA BUCODENTAL EN ALCOHÓLICOS DE  
25 A 35 AÑOS  
(GRUPO A. A. VALLE DE ESPERANZA)

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

MARÍA DOLORES NAVARRETE TOVAR

Directora: C.D. Blanca Susana Obregón Castellanos  
Asesor: C. D. Alfonso Bustamante Bécame  
Asesor: DR. Alfonso Rodríguez Galván



México, D.F.

Enero 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS HIJOS:  
SIMÓN ALEJANDRO, JORGE Y ANGEL  
COMO UN TESTIMONIO DE GRATITUD  
POR QUE SU PRESENCIA HA SIDO EL  
MOTIVO MÁS GRANDE QUE ME HA  
IMPULSADO A LOGRAR ESTA META.

SIMÓN  
GRACIAS POR TU CARIÑO,  
COMPRESIÓN Y TOLERANCIA.

A MIS PADRES:  
POR SER SIEMPRE EJEMPLO DE SUPERACIÓN.

A MIS HERMANOS:  
MARU, MIREYA, VERO, JOSÉ, EDGAR  
Y CHAVA.  
POR CONTAR CON ELLOS EN TODO  
MOMENTO.

A TODOS GRACIAS POR EL AMOR  
QUE ME HAN BRINDADO.

**HÁBITOS DE LIMPIEZA BUCODENTAL EN ALCOHOLICOS DE  
25 A 35 AÑOS  
( GRUPO A.A. VALLE DE ESPERANZA )**

## INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es una realidad social en nuestro país, definido por diferentes autores como una enfermedad psicosomática en donde los bebedores crean una dependencia hacia el alcohol que afecta su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás, con consecuencias a nivel individual y social.

De esta manera, los individuos alcohólicos asocian a la bebida como un tranquilizante al enfrentar estados depresivos, de ansiedad y de frustración comunes a cualquier ser humano, pero, que en su caso, no pueden ser manejados adecuadamente.

Su dependencia hacia la sustancia los hace perder el sentido de la realidad, lo cual los conduce a un desajuste en su vida cotidiana, perdiendo interés en sus necesidades más elementales como la alimentación y la higiene personal. En este rubro encaja la higiene bucal, la cual se ignora por completo durante sus períodos bebetorios.

La posibilidad de recuperación para un alcohólico, debe comenzar por una concientización del individuo o de la familia, de la necesidad de un tratamiento. Para el tratamiento del alcoholismo se puede optar por un enfoque psiquiátrico, o por la integración a grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos.

Inicialmente, se requiere de una desintoxicación en un hospital o en un establecimiento de grupos 24 Horas de Alcohólicos Anónimos; la elección depende de los recursos económicos de las personas.

Para fines de este estudio, se consideró a la población alcohólica del grupo 24 Horas "Valle de Esperanza", que atiende a los alcohólicos en la modalidad residencial. En el caso de este Grupo, la estancia es de 3 meses; en un 99% las personas ingresan en estado de ebriedad, y son llevadas por sus familiares.

Durante su internamiento, el principal objetivo es la recuperación del alcoholismo, y no se da importancia a otros aspectos que no estén directamente relacionados con dicha psicopatología; en ese sentido, la cuestión de la higiene bucal acaba por nulificarse al no considerarse relevante en el proceso de recuperación del alcoholismo.

Por lo que respecta al propio alcohólico y dadas sus características donde prevalece la baja autoestima, puede suponerse que tampoco presenta interés alguno por su higiene bucal.

El propósito de este trabajo es conocer los hábitos de higiene bucodental que determinan la prevalencia de placa dentobacteriana de los residentes del Grupo. Para esto se aplicó una encuesta descriptiva que permitió determinar la frecuencia de cepillado antes de su ingreso (periodos bebetorios) y durante su proceso de recuperación. Para corroborar la información, se utilizó una sustancia reveladora de placa dentobacteriana.

Los resultados dejaron ver que en su mayoría los internos no poseían hábitos de cepillado y durante su estancia se cepillaban muy esporádicamente; a través de la aplicación de la sustancia reveladora pudo confirmarse que definitivamente no existía un hábito

de cepillado en los 28 sujetos estudiados, lo que los deja expuestos a la aparición de caries y enfermedades parodontales.

Para poder prevenir estas enfermedades bucodentales se necesita que haya una buena higiene para eliminar la placa dentobacteriana, que esta directamente asociada como la principal causa de enfermedades dentales y parodontales; en la situación de los alcohólicos en proceso de recuperación la PDB se incrementa, dado que ni ellos en lo personal ni el Grupo, perciben lo relevante de la higiene bucodental.

## RESUMEN.

El objetivo de este trabajo fue el conocer los hábitos de higiene bucodental y su relación con prevalencia de placa dentobacteriana, en una muestra de 28 sujetos con alcoholismo.

Se utilizó una encuesta descriptiva de prevalencia con información retrospectiva y transversal, a 28 alcohólicos en edades de 25 a 35 años, internados en el Grupo 24 horas AA "Valle de Esperanza" en su modalidad residencial

Los resultados arrojaron la presencia de un 100% de placa dentobacteriana en la población estudiada, así como la manifestación de que no contaban con hábitos de higiene bucodental, antes ni durante su permanencia en el Grupo.

Palabras clave: higiene bucodental, placa dentobacteriana, alcoholismo, modalidad residencial.

## MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

### Parodonto

El parodonto es conocido también como periodoncio , es un conjunto funcional de tejidos que tienen independencia fisiológica; su principal función es la de unir al diente con el tejido óseo de los maxilares y mantener la integridad de la superficie de la mucosa masticatoria de la cavidad bucal

Está formado por cuatro estructuras: encía, ligamento parodontal, cemento radicular y el hueso alveolar.

### Encía

Es la parte de la mucosa masticatoria que cubre las apófisis alveolares y rodea la porción cervical de los dientes

La encía se divide en encía libre y encía adherida.

La encía libre es de un color rosa coral, posee una superficie mate y consistencia firme , incluye la papila interdental.

La encía libre se extiende desde el margen gingival en dirección apical hacia el surco gingival, que está a nivel del límite cemento adamantino.

### Surco gingival.

El surco gingival forma una pequeña invaginación entre el diente y la encía. su profundidad varía desde 0 mm hasta 2mm; en adultos se encuentra sólo en un 30 ó 40%

En el surco gingival se origina un fluido llamado crevicular que fluye hacia la cavidad bucal. Es considerado teóricamente como exudado inflamatorio ya que aumenta conforme se incrementa la inflamación

gingival. Es considerado también como agente limpiante del crevice cuando éste se ha convertido en bolsa paradontal, algunos autores lo consideran como instrumento de defensa por contener además de electrolitos, factores antimicrobianos e inmunoglobulinas.

La encía adherida o insertada se continúa de la encía libre por un lado y con la mucosa alveolar por el otro, está fuertemente unida al cemento y al hueso alveolar, su consistencia es firme y resilente, posee una serie de depresiones que forman el punteado de la encía. Sus límites son: el surco gingival que la separa de la encía libre y la línea muco gingival que la separa de la mucosa alveolar.

A la porción de la encía que ocupa el espacio comprendido entre dos piezas dentarias se le llama papila interdental y llega por debajo del punto de contacto.

**Ligamento paradontal.**

El ligamento paradontal es un tejido conjuntivo rico en fibras de colageno sirve para unir el diente con el hueso alveolar. Absorbe las fuerzas de masticación y los movimientos parafuncionales, manteniendo al diente suspendido sin permitir tocar directamente al hueso.

En el ligamento paradontal se encuentran fibras colágenas exclusivamente. De acuerdo a su dirección pueden ser divididas en fibras de cresta alveolar, fibras horizontales, fibras oblicuas, fibras apicales, fibras transeptales.

### Cemento.

El cemento es el tejido calcificado que cubre la raíz anatómica del diente. Sus principales funciones son: Compensación de la pérdida de sustancia dentaria provocada por el desgaste oclusal, unión de las fibras del ligamento parodontal al diente, permite por deposición continua la erupción vertical y la migración mesial del diente, al sufrir fractura horizontal la raíz puede repararla creando una banda de cemento que una a los dos fragmentos; por su aposición puede aislar y sellar los conductos radiculares en los dientes tratados endodónticamente y en algunos casos de dientes no vitales; regula junto con el hueso alveolar, el grosor del ligamento parodontal.

### Hueso alveolar.

El hueso alveolar es un tejido conjuntivo altamente especializado, cuya sustancia intersticial es rica en depósitos de calcio, en el hueso alveolar se localizan los alveolos dentarios. Macroscópicamente puede ser dividido en tres partes.

- 1) Hueso alveolar propiamente dicho
- 2) Lámina cortical del proceso alveolar
- 3) Hueso de soporte.

La ausencia de una buena higiene bucal trae como resultado un acúmulo de diferentes materiales sobre la superficie dentaria, los cuales pueden ser visualizados clínicamente o con ayuda de sustancias reveladoras. Existen varios tipos de depósitos sobre los dientes, se clasifican en: película adherida, placa dental, tártaro, detritus alimenticios, materia alba.

Película adherida.

Se observa en forma de cutícula, se encuentra libre de bacterias, tiene un grosor de 0.1 a 0.8 micras, se observa en el tercio gingival de las superficies labiales de los anteriores superiores. Teóricamente está formada por la mucina de la saliva y que no necesita bacterias para su formación, puede ser retirada con abrasivos, permanece si al cepillarse se hace con el cepillo humedo unicamente.

La importancia de la película adherida reside en el papel que juega en la formación de la placa dental, ofrece una estructura ideal para que las bacterias se adhieran a ella.

Placa dentobacteriana.

La higiene bucal correcta va a ser el principal medio de conservación de la salud bucodental, ya que al no realizar una adecuada limpieza se permite la acumulación de microorganismos que encuentran el sitio ideal para su reproducción, a este agregado microbiano que se establece en los dientes y en otras estructuras bucales se le llama placa dental bacteriana.

El desarrollo de la placa dental bacteriana no es homogéneo, su cantidad va a depender del área donde se desarrolla, siendo diferente la placa de una superficie a otra del mismo diente.

La importancia que tiene la PDB, reside en que esta és la que ocasiona tanto la caries dental como las enfermedades parodontales, debido a la cantidad de microorganismos que contiene, así como el tipo de toxinas que ellos elaboran, que son capaces de desmineralizar

el esmalte produciendo caries dental o bien filtrarse al tejido blando y provocar enfermedades parodontales.

A la PDB, se le clasifica en supra gingival depositada en las coronas clínicas de los dientes y la sub gingival localizada en el surco gingival.

La placa supra gingival puede ser observada clínicamente cuando ha alcanzado determinado espesor, se presenta como una capa blancuzca amarillenta, principalmente sobre los márgenes gingivales. En cantidades pequeñas se observa clínicamente a través de soluciones reveladoras o con un raspado de la superficie dentaria.

La placa supra gingival se deposita en cualquier punto de las estructuras sólidas de la boca, se encuentra irregularmente en las fisuras de las caras oclusales, en las obturaciones y coronas artificiales, sobre todo en restauraciones mal adaptadas, bandas ortodónticas, aparatos ortodónticos y prótesis removibles.

La placa sub gingival no puede ser observada clínicamente.

La placa se compone por bacterias de diferente morfología. A nivel supra gingival la placa está formada principalmente por bacterias Gram positivas, predominando el estreptococos, además de actinomyces.

La placa es clínicamente demostrable hasta después de 24 horas, durante este tiempo, la adhesión de algunos microorganismos no es tan fuerte, la saliva puede lavarlos y deglutirlos constantemente, sin embargo es insuficiente para impedir la formación de la placa si no se lleva a cabo una limpieza mecánica correcta de la cavidad bucal..

A medida que van pasando los días la placa va madurando y la adhesión se va tornando más resistente, empezando a aparecer los bastones los cuales parecen penetrar hasta cerca de la superficie dentaria y los cocos se colocan alrededor de ellos, cubriéndolos en forma de mazorca.

Alrededor de una semana aparecen formas filamentosas que penetran en la masa ya formada. En las tres semanas posteriores casi todos los cocos han desaparecido encontrándose principalmente elementos filamentosos. Al observar la placa en el microscopio después de que ha transcurrido de 30 a 60 días los principales habitantes en la placa van a ser las espiroquetas.

Para que la placa se torne patógena y pueda producir enfermedad debe cumplir con las siguientes características:

- 1) Que contenga microorganismos de suficiente patogenicidad en número apropiado para causar daño
- 2) Que se encuentre en contacto directo con la encía y el diente
- 3) Que el medio ambiente sea propicio para su desarrollo
- 4) Que la composición de la placa no interfiera en el desarrollo de los microorganismos ni de sus productos
- 5) Que el huésped sea susceptible a contraer la enfermedad, reaccionando ante el estímulo de la placa.

La placa puede ser removida con un adecuado cepillado, pero no con agua a presión.

Generalmente se ha asociado a la dieta con el desarrollo de la PDB sin embargo se ha demostrado en diferentes estudios que esta puede formarse en los dientes humanos en ausencia de ingesta alimentaria por boca, sin embargo, está establecido que la dieta puede modificar

tanto la cantidad de la placa como su composición. Puede haber una dieta de tal forma que necesite una masticación vigorosa, propiciando una autoclisis, por la acción limpiante de la lengua y los carrillos al llevar a cabo una masticación rigurosa, o puede ser una alimentación de consistencia blanda que favorezca la formación de placa.

La composición de la dieta es importante para la formación de la PDB, dado que provee junto con la saliva los nutrientes necesarios para la reproducción de los microorganismos, entre ellos los hidratos de carbono, así como los polisacáridos intracelulares del tipo glucógeno-amilopectina los sintetizan las bacterias de la placa a partir de los azúcares de la dieta.

#### Tártaro Dental.

El tártaro dental se constituye a través de la calcificación de la PDB y se puede definir como los depósitos calcificados en los dientes y otras estructuras sólidas de la cavidad bucal.

El tártaro Dental se clasifica como:

- 1.- El supragingival. Se localiza sobre las coronas clínicas de los dientes, sobre el margen gingival.
- 2.- El subgingival. Se localiza por abajo del margen gingival.

El tártaro supragingival se puede observar clínicamente, está constituido por agregados amarillos y blancos a lo largo de los márgenes gingivales de los dientes. El color puede cambiar a café por la tinción secundaria que produce el cigarro café etc.

La tendencia de la placa a calcificarse se relaciona con los conductos salivales mayores, por lo que es común observar una gran cantidad de tartaro en vestibular de los molares superiores, en la desembocadura de la abertura del conducto de Stensen de la parótida, y en lingual y vestibular de los incisivos inferiores, frente al orificio del conducto de Warton de la submandibular y del conducto de Bartholin de la sublingual.

El tartaro subgingival es de color entre pardo y negro, más duro, por lo general más fuertemente adherido a la superficie dentaria, su distribución es más homogénea, pero en cada diente prevalece más en proximal y lingual que en vestibular.

El diagnóstico del tartaro dental puede hacerse clínicamente cuando se encuentra en cantidades suficientes, pero puede pasar desapercibido cuando son capas muy delgadas, y se encuentran humedecidas por la saliva, por lo que su descubrimiento requiere del raspado con un instrumento.

El tartaro se constituye por un 70-80% de sales inorgánicas. Los principales componentes son el calcio y el fósforo, se encuentran pequeñas cantidades de magnesio, sodio, carbonato y fluoruro.

La parte orgánica del tartaro está conformada por proteínas e hidratos de carbono y una mínima parte por lípidos.

El tartaro se adhiere fuertemente a los dientes, se considera que esta adhesión tan fuerte puede atribuirse a que la película también se calcifica por debajo de la placa, con lo cual los cristales del tartaro se ponen en contacto directo con los cristales del esmalte, cemento o

dentina, otro factor de retención del tártaro son las irregularidades de la superficie, la malposición, etc. De tal forma que éste queda trabado en el diente.

Por otro lado el tártaro esta asociado con la enfermedad parodontal, no como productor de ella, sino como aliado de la placa dentobacteriana, por poseer superficie aspera, siendo un punto de retención para la placa. Así una gran cantidad de tártaro va a dificultar la limpieza diaria y por tanto acelerará la formación de placa.

**Detritus de alimentos.**

El detritus de alimentos son otros materiales que encontramos en la cavidad bucal, si no existe una correcta higiene, y estos son únicamente restos de comida retenida en la boca. Su importancia no es tan elevada ya que pueden ser removidos fácilmente por la acción de la musculatura y la saliva o con el simple enjuagado de la boca. Sin embargo la permanencia en la cavidad bucal permite el acúmulo de bacterias que agravan una posible situación patológica.

**Materia alba.**

La materia alba es una mezcla blanca blanda constituida por proteínas salivales, bacterias, células epiteliales descamadas y leucocitos en desintegración que se acumulan en una boca no limpia sobre placas o dientes. La diferencia entre la placa y la materia alba radica en que esta puede ser retirada sólo con el chorro de agua, y la placa dentobacteriana no. Algunos autores no hacen una división entre placa y materia alba, incluyen a la materia alba como placa bacteriana.

## Alcoholismo

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud " los alcohólicos son los bebedores cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social, y en el trabajo, o bien que ya presenten los inicios de tales manifestaciones".

Para llegar a la dependencia se requiere primero el acostumbramiento.

### Costumbre.

La costumbre es todo modo de conducta predominante en un grupo social determinado, durante un lapso relativamente largo, debido a la formación de hábitos por la convivencia social. En nuestro país las costumbres sociales facilitan el desarrollo del alcoholismo, es común encontrarse en toda convivencia social (festividades, visitas, velorios, etc.) la presencia del alcohol.

Poco a poco esa costumbre de beber puede irse convirtiendo en una dependencia.

### Dependencia

Se considera dependencia a una droga, cuando es deseada de manera vehemente, porque se ha habituado a ella, en caso de no ingerirla aparecen síntomas orgánicos, que eventualmente pueden llevar hasta la muerte, cuando esto sucede, se habla de una dependencia física, si no ocurre ninguna manifestación orgánica sería considerada dependencia psíquica. El alcohol es capaz de producir los dos tipos de dependencia, por lo que se le considera como una farmacodependencia.

## INTOXICACIÓN AGUDA

Es la ingestión excesiva de bebidas en el curso de una horas.

## CRONICIDAD.

El alcoholismo se considera como una enfermedad crónica es decir de larga duracion. No puede hablarse de alcoholismo si no se han cursado ciertas etapas o fases en donde se observen los síntomas característicos de la dependencia.

## FARMACODEPENDENCIA.

Se llama así a cualquier sustancia que introducida en el organismo produce cambios fisiológicos o bioquímicos en el. Estos pueden ser benéficos o de efecto negativo.

El alcoholismo como enfermedad se coloca entre los problemas de salud susceptibles de estudio desde el punto de vista médico, que busca una etiología, sintomatología, diagnóstico y su tratamiento.

El alcoholismo debe distinguirse de la intoxicación aguda, al establecerse como una enfermedad crónica. No puede hablarse de alcoholismo si no se han presentado los síntomas característicos de la dependencia.

El alcoholismo establece como característica esencial la ingestión excesiva del alcohol, pese a la desaprobación general. Aquí se hace referencia a la imposibilidad de dejar de beber, es decir como el verdadero estado de farmacodependencia, donde primero será psicológica y con el tiempo también física.

Para el diagnóstico de un alcoholismo verdadero, debe existir un daño físico y mental. Con la cronicidad se generarán males orgánicos, el médico los identifica cuando el enfermo acude a consulta por los síntomas que presenta. Los aspectos mentales son de más difícil

demostración, en parte porque el paciente no está dispuesto a revelarlos o no los admite. Habitualmente el médico no está familiarizado con técnicas de entrevista apropiadas para explorar el psiquismo del paciente.

## ANTECEDENTES.

Se han encontrado evidencias de que el consumo del alcohol existe desde la edad de piedra, unos cuatro mil años antes de Cristo. Al parecer, el más viejo producto que se fermentó fue la miel e igualmente existen datos que inducen a creer que el agua miel de algunas plantas sirvió para hacer los primeros destilados.

Las bebidas alcohólicas producidas por fermentación a partir de diferentes sustancias, existieron prácticamente en todas las sociedades humanas, y aún permanecen en ellas. Con lo que se puede deducir que los males psicológicos, físicos y sociales a que da lugar el consumo excesivo del alcohol han acosado a la humanidad desde las primeras comunidades.

En el México prehispánico de acuerdo a la interpretación del calendario adivinatorio, el individuo iba a estar influenciado por el signo del día de su nacimiento: lo dominaría hasta su muerte, e incluso determinaría su vida en el más allá. Quien nacía bajo el signo Ocelótl moriría como prisionero de guerra, a quien le tocará el Itzuintli sería rico y próspero, aunque no se esforzara por conseguirlo. El signo Ometochtli profetizaba para su poseedor una tragedia : sería afecto de la embriaguez; toda su vida giraría alrededor del alcohol.

Existe la versión que todas las culturas del antiplano, consideraban el octil o pulque como un bebida sagrada sólo permisible a los sacerdotes, a los guerreros y a los que iban a morir, el resto de la población podían consumirlo una vez al año pero sin llegar a la embriaguez.

Al pulque se le han atribuido virtudes curativas; sin embargo, hoy se sabe ya lo suficiente para descartar tales supuestos y debe interesar más el estudio de los efectos a largo plazo de una ingestión prolongada de fuertes cantidades de alcohol, sin importar la clase de bebida que lo contiene.

El consumo del alcohol ha acompañado al hombre desde siempre hasta nuestros días; si vivimos en la Ciudad, al caminar por algunos de los barrios se observa el grado en el cual esta condición puede destruir la personalidad y el espíritu humano.

En las calles de los centros urbanos, se puede atestiguar la etapa final de la progresión incontrolada de este trastorno. Para algunos, estas personas son vagabundos, ebrios; para otras, son alcohólicos crónicos, habitantes de áreas marginadas o borrachos públicos.

Independientemente de cómo se les llame, estas personas son enfermos que han llegado a una fase crucial en donde han perdido familia, trabajo, y todo interés para vivir.

Sin embargo, se debe reconocer que estas personas en estado avanzado de alcoholismo, cuyas vidas productivas y prestigio social han sido destruidas por la enfermedad, solo constituyen del 3 al 5% de los alcohólicos. La gran mayoría de los alcohólicos no se encuentra en las calles, sino desempeñando diferentes funciones en la sociedad: controlando corporaciones, enseñando a nuestros hijos, litigando en juzgados, realizando cirugías, piloteando aviones, etc., ya que mientras no se encuentren en sus períodos de embriaguez pueden desempeñarse normalmente en sus actividades.

Aunque el impacto del alcoholismo se encuentra en las calles, es más evidente en los hospitales. Diversos estudios han mostrado que una gran proporción de las admisiones a los hospitales generales y salas de emergencia son resultado del alcoholismo y de la forma de beber de algunas personas. En las salas de emergencia, al menos una cuarta parte de las lesiones traumáticas que se atienden por problemas tales como accidentes de tránsito, caídas, peleas, quemaduras, accidentes de juego y heridas con armas de fuego, se relacionan de alguna manera con el alcohol.

Por otra lado, para muchos alcohólicos, es un problema que se presenta y desaparece una y otra vez, no todos los días beben, ni todos los días que beben terminan ebrios o inmersos en alguna complicación. Si bien es cierto que un alcohólico consuetudinario empieza con una copa, no necesariamente una copa desencadena y termina en un episodio desastroso. Es necesario que los alcohólicos comprendan que deben mantenerse alejados del alcohol, no porque vayan a embriagarse inmediatamente, sino porque lo más probable es que esto suceda.

Aquellos que beben a diario pueden desarrollar niveles de tolerancia al alcohol, y aún teniendo un elevado porcentaje de alcohol en su sangre, no manifiestan alteraciones en su comportamiento.

Lo que se bebe también es otra fuente de confusión; muchos alcohólicos creen no serlo, porque sólo beben cerveza, vinos tintos franceses, o tal vez, vinos hechos en casa y licores de frutas.

Estos individuos creen que los alcohólicos ingieren bebidas como ginebra, whisky , aguardiente y vodka, entre otras. La verdad es que todas las bebidas alcohólicas contienen alcohol y es la frecuencia y la intensidad las que provocan los problemas, no la bebida en sí.

Han existido diferentes teorías en torno a la explicación del alcoholismo, a principios del Siglo XX, el Dr. William Silkworth, un médico no alcohólico creía que el alcoholismo era una alergia del cuerpo al alcohol asociada con una obsesión mental. La explicación del Dr. Silkworth era psicósomática.

El Dr. Theron Randolph, uno de los primeros científicos que se preocuparon por el papel de las alergias en los problemas conductuales, emocionales y mentales de los seres humanos, ha señalado la posible trascendencia de la alergia en el alcoholismo. Posteriormente, han desarrollado esa hipótesis especialistas en alergia y conducta, llamados ecólogos clínicos.

El Dr. Richard Mackerness, un psiquiatra y ecólogo clínico inglés, está interesado en el hecho de que las bebidas alcohólicas están elaboradas con frecuencia a partir de granos de cereales: trigo, centeno, cebada y maíz; sin embargo, no todos los científicos ni practicantes de la medicina aprueban las opiniones de los ecólogos clínicos en cuanto a las alergias y a la adicción, pues no encuentran relación entre éstas y la adicción, así como con los problemas conductuales, emocionales y mentales en general.

Desde el punto de vista psiquiátrico y psicológico, se maneja como problema de conducta asociado con una personalidad neurótica

(enfermedades menores de la organización de la personalidad), cuyos síntomas simbolizan los conflictos y las defensas contra la angustia.

Para Fouquet (1955), la ingestión del alcohol tomada a la manera de una droga no representa más que un síndrome de la organización neurotica.

Sociológicamente, se considera que los factores sociales son determinantes para el desarrollo del alcoholismo. Diferentes estudios lo avalan dado que en algunas regiones se bebe mas que en otras. A través de la observación e imitación de las personas del entorno se aprende socialmente el estilo, las actitudes y los hábitos preferenciales de bebidas alcoholicas.

Recientemente se encuentran nuevos enfoques en relación al alcoholismo como una enfermedad corporal. Gran parte de estas investigaciones se han centrado en la química y en la actividad eléctrica del cerebro, debido a que el alcohol actúa principalmente en el cerebro en relación al equilibrio de impulsos, señales y transmisión de información.

A través de esta teoría se trata de explicar por qué unas personas se vuelven alcohólicas y otras no, mediante el estudio de los neurotransmisores del cerebro; es decir, las sustancias químicas que las neuronas liberan en los espacios que las separan de otras neuronas.

Algunas de estas sustancias químicas que el cerebro produce son similares a los narcóticos; de hecho, el cerebro produce su propia morfina. La betaendorfina, la metaencefalina y leuencefalina, son

sustancias similares a la morfina que se producen en el cerebro y que tienen la propiedad de mitigar el dolor al igual que las drogas opiáceas narcóticas. Una teoría reciente menciona las causas por lo que algunas personas desarrollan una adicción a la heroína mientras que otras no lo hacen. El adicto a la heroína nace con una deficiencia de este tipo de sustancias naturales parecidas a la morfina .

Estas sustancias químicas del cerebro parecidas a la morfina también están relacionadas con el alcoholismo. Algunos estudios han demostrado que los alcohólicos tienen deficiencia en los niveles de beta-endorfina. Además, estudios soviéticos recientes señalan la posibilidad de que la deficiencia de encefalinas estén relacionadas con la adicción al alcohol.

No todas las sustancias químicas del cerebro son similares a la morfina. Existen otras, como la serotonina, neurotransmisor que se sintetiza a partir del triptófano (aminoácido que se encuentra en alimentos comunes como la leche, la carne blanca del pavo y los plátanos), la cual tiene similitud con la droga LSD.

Recientemente, la serotonina se ha relacionado con el alcoholismo debido a que algunos estudios han mostrado que pequeñas disminuciones de su nivel en el cerebro, ocasionan que las personas beban más. Al parecer, el aumento de serotonina en el cerebro disminuye la necesidad del alcohol en los animales estudiados (monos), así como en los seres humanos, que son dependientes de él. La serotonina también se relaciona con el insomnio y la depresión.

Estos neurotransmisores se pueden combinar con otras sustancias. Una de las sustancias con las cuales pueden reaccionar es el acetaldehído, producto de la degradación del alcohol en el cuerpo.

Al ingerir el alcohol, el cuerpo lo transforma en acetaldehído; éste reacciona químicamente con los neurotransmisores y produce unas sustancias conocidas como TIQs. TIQ es una simplificación para la familia de sustancias químicas del cerebro llamadas tetrahidrosoquinolinas. Cuando el acetaldehído reacciona con los diversos neurotransmisores, forma distintas TIQs (por ejemplo, cuando la serotonina se condensa con los aldehídos, se forman unas sustancias denominadas beta-carbolinas, que tienen efecto narcótico).

Los estudios hechos en monos han demostrado que cuando se inyectan estas TIQs en su cerebro, estos desarrollan un gusto especial por el alcohol, llegando a consumir el equivalente en el ser humano, a más de dos litros de un licor de 80° diariamente.\*

Estos estudios plantean, en primer lugar, que los monos que en situaciones normales prefieren el agua al alcohol, desarrollan una notable adicción a este último, una vez que se les inyecta TIQs en el cerebro. En segundo lugar, las TIQs se forman en el cerebro y son subproductos del alcohol que se ingiere. Tercero, cuando los alcohólicos acuden a los centros de rehabilitación, muestran niveles elevados de TIQs.

\* Estudios hechos por el Dr. RD Miller en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill

Además, aunque existen otros métodos para hacer que los animales prefieran soluciones diluidas de alcohol al agua, en los estudios en que se utilizan TIQs, la concentración del alcohol alcanza niveles muy elevados (80%). Y finalmente, una vez que se inyectan las TIQs se establece un patrón constante para beber por parte de los animales, al parecer, irreversible.

A pesar de los resultados obtenidos en los estudios realizados en los monos, esta teoría no es aceptada en su totalidad; sin embargo, algunos científicos la aceptan como base de partida para explicar el problema del alcoholismo en las personas, manejando que la enfermedad no reside en la mente sino en el cerebro.

## FASES DEL ALCOHOLISMO

De acuerdo al doctor Jellenek el alcoholismo se divide para su estudio en cuatro tases:

- A.- Fase pre-alcohólica.
- B - Fase prodrómica, o sintomática
- C.- Fase crucial o critica
- D.- Fase crónica

### A.Fase pre-alcohólica.

En ésta primera fase el consumo es ocasional, de alivio, el individuo considera las bebidas embriagantes como una droga tranquilizadora. Sin embargo cada día necesita mayor cantidad de licor para llegar a la embriaguez, confunde la tolerancia hacia el alcohol con que está "aprendiendo a beber".

### B Fase prodrómica.

Esta fase es sintomática, da inicio a una carrera alcohólica. Presenta:

- 1.- Polimsestos alcoholicos. El alcoholico empieza a manifestar lagunas mentales, no recuerda lo que sucedió durante su estado de embriaguez. Esto es debido a la disminución del oxígeno que llega al cerebro.
- 2 - Consumo subrepticio. El individuo trata de ocultar su debilidad por el alcohol, empieza a ingerirlo a escondidas, sin embargo se alarma por la demanda de alcohol que le hace su organismo.
- 3 - Preocupación por el alcohol. En este sintoma el alcohólico se angustia por el abastecimiento del alcohol.
- 4 - Consumo ávido. La necesidad por el alcohol va en aumento, su primera copa la ingiere de manera pura, sin combinar con agua o con

algún refresco, y lo hace apresuradamente, después de esa copa puede beber moderadamente pero se mantiene con el deseo de beber más.

5 - Sensación de culpa por su comportamiento de bebedor. Comienza a darse cuenta que su manera de beber no es la normal, que sus valores morales van en decadencia. Su relación familiar comienza a ser conflictiva, hay sentimientos de culpa con pena y molestia interna, lo cual calma con el alcohol.

6 - Evita toda referencia al alcohol. Le molesta que utilicen adjetivos como borracho o alcohólico, aunque no se refieran a él. Si se le cuestiona directamente sobre su manera de beber se detiene argumentando que él sólo bebe para divertirse, que no tiene problemas con el alcohol.

7 - Aumenta la frecuencia de los polimpsestos alcohólicos. Las lagunas mentales en este momento son más frecuentes, por el deterioro del sistema nervioso. La manera de beber es frecuente, sin embargo no puede considerarse alarmante.

Al llegar hasta esta fase el alcoholismo puede ser evitado, con un programa de prevención, a través de clínicas psicológicas o grupos de ayuda mutua

La fase prodrómica puede durar de seis meses a cinco años, según la constitución física y mental del individuo.

### C. Fase crítica.

Es en la etapa o fase que se desarrolla la enfermedad del alcoholismo como tal, una vez que llega, sigue su curso la destrucción física y mental del individuo.

En esta fase se observan los siguientes síntomas.

8.- Pérdida del control. El bebedor al querer beber sólo una copa despierta su necesidad por el alcohol, la cual no termina hasta estar completamente ebrio, se le hace indispensable la droga para calmar sus conflictos internos.

9 Racionaliza su manera de beber. Empieza a encontrar razones que lo lleven al alcohol, e incluso él mismo las cree.

10.- Neutraliza las presiones sociales. En esta subfase aumenta su racionalización conductual, poniendo toda clase de excusas y tratando de resaltar su personalidad.

11 - Actitud grandiosa y fanfarrona. Toma ésta actitud al referirse a sus posibilidades económicas y sociales, a si como en su profesión u oficio.

12- Conducta marcadamente agresiva. Culpa a los demás de su conducta, se aleja del medio que lo rodea, manifiesta desprecio, rencor, o un franco ataque según el temperamento de la persona.

13.- Remordimiento persistente. Su conducta afecta a sus familiares, lo que le provoca constantes remordimientos, además se percató como va sufriendo una decadencia física y mental. Es probablemente en este punto cuando haga su examen de conciencia.

14.- Períodos de abstinencia completa. Al tener presiones sociales y constantes remordimientos decide no beber más, lográndolo por periodos prolongados, sin embargo a las tensiones que se somete lo llevan nuevamente a beber.

15.- Modifica sus hábitos de beber. Trata por todos los medios de justificarse y poner en juego su voluntad, cambiando sus horarios, sustituyendo las bebidas fuertes por las suaves. Sin embargo siempre llega ala embriaguez.

16.- Abandono de amistades. Sus amigos empiezan a evitarlo por sus conductas antisociales agresivas e irresponsables.

17 - Perdida de empleos. Su conducta irresponsable propicia el despido, lo que le ocasiona más sentimientos de minusvalía y de resentimientos.

18.- Subordinación completa al alcohol. Se establece una dependencia psicossomática.

19 - Apatía hacia otros intereses externos. Ya no tienen importancia otras actividades que no estén en relación con el alcohol.

20.- Nueva interpretación de sus relaciones interpersonales. Se empieza a alejar de todas aquellas personas que no beben o lo hacen moderadamente.

21.- Marcada conmiseración de sí mismo. Las constantes frustraciones que padce, así como hostilidades le generan una baja autoestima.

22.- Proyectos o realización de fuga geográfica. Por considerar que el medio que lo rodea provoca su situación, inicia cambios de residencia, para recupere su prestigio y triunfar.

23.- Protección de abastecimiento de alcohol. Su angustia por encontrarse en cierto momento sin alcohol, lo hace abastecerse y esconderlo en los lugares más insospechados, para que en el momento que sienta la compulsión por beber no sufra la resaca.

26.- Descuido de la nutrición. El consumo constante del alcohol va a irritar las paredes gástricas inhibiendo el apetito. Sus constantes ingestas de alcohol no le permiten recordar los tiempos reglamentarios de la alimentación. Esto ocasiona una deficiencia en vitaminas, iniciándose así el período de enfermedades graves.

27.- Primera hospitalización. Por la excesiva ingesta de alcohol el individuo va a necesitar hospitalización, por la simple intoxicación o hasta por problemas físicos y mentales.

28.- Disminución del impulso sexual. Uno de los primeros síntomas de debilidad orgánica es la disminución del impulso sexual, lo cual se da en un cincuenta por ciento de los casos.

29.- Celos de los alcohólicos. La impotencia sexual origina problemas con la pareja, en algunos casos propicia tragedias pasionales.

30.- Beber en ayunas todos los días. La ansiedad, el malestar físico, los calambres y la inseguridad hacen imposible que el alcohólico inicie el día sin la ayuda de la primera copa al levantarse.

Esta sub-fase marca el fin de la fase crítica y da paso a la fase crónica.

#### D.Fase crónica.

Con la bebida regular matutina se acrecienta la necesidad del alcohol para aliviar los malestares físicos y mentales.

31.- Período de embriaguez prolongado. Es relegado familiar y socialmente.

32.- Marcado deterioro moral. Vive del pasado, lo que fue y lo que pudo ser, y termina su charla con lo que será.

33.- Disminución de las capacidades mentales. El cerebro se va deteriorando disminuyendo su capacidad de concentración, atención, memoria y raciocinio.

34.- Psicosis alcohólica. La psicosis significa desorden mental en grado extremo o patológico, se separa de la realidad, el pensamiento y la acción pierden su cauce normal.

Delirium tremens. Se presenta al quinto o sexto día de haber dejado de beber. Se manifiesta a través de alucinaciones e ilusiones, dura de tres a diez días.

Psicosis de Korsakoff . Se producen amnesias para los hechos cercanos, no así para hechos lejanos. Tiene una duración de seis a ocho semanas, la recuperación es completa, a menos que haya reincidencia van quedando deterioros memotécnicos.

Psicosis depresiva. Su manifestación es de tristeza, la cual puede durar hasta tres meses.

Psicosis delirante crónica. Se desarrolla el delirio de persecución, el individuo huye o se defiende de sus enemigos imaginarios.

35.- Bebe con personas de inferior nivel social.

36.- Consumo de productos industriales.

37.- Disminución de la tolerancia al alcohol.

38.- Temores indefinibles.

39.- Temblores persistentes.

40.- Inhibición psicomotora.

41.- El beber adquiere un carácter obsesivo.

42.- Vagas aspiraciones religiosas.

43.- Todo el sistema de racionalizaciones fracasa.

44.- Hospitalización definitiva y pérdida de la vida.

.

## TRATAMIENTO.

El alcoholismo es multifactorial. Se trata de un comportamiento toxicomaniaco en el cual las raíces están muy profundas en la organización biológica e instintiva del individuo y también no menos profundas en las mismas costumbres de nuestra sociedad. Toda desintoxicación debe estar precedida de un examen completo que apreciará la respectiva importancia de los diversos factores biológicos, psicológicos y sociales causantes. Es un tratamiento largo, que exige tenacidad por parte del enfermo, desde el punto de vista teórico, el enfermo debe solicitar voluntariamente el tratamiento.

La desintoxicación necesita en general una hospitalización de 3 semanas a 3 meses, para con esto interrumpir bruscamente el hábito del alcoholismo.

Esta fase de hospitalización debe permitir:

1. La privación absoluta del tóxico
2. El empleo de una medicación correctora de los trastornos físicos y emocionales, con frecuencia exacerbadas por la abstinencia: sedantes, tranquilizantes, antidepresivos, etc.
3. El tratamiento de los trastornos hepatodigestivos
4. El tratamiento del estado carencial (vitaminoterapia del grupo B).

Una vez que se ha logrado la desintoxicación en la fase precedente del tratamiento, el equipo médico-social especializado deberá conocer de manera precisa el medio familiar, el medio de trabajo y actuar en colaboración efectiva.

Las intervenciones del servicio social tendrán por objeto modificar el ambiente del enfermo: ayuda aportada a los problemas de seguridad social, problemas conyugales, colocación de los niños, ayuda familiar, eventualmente problemas judiciales, y asegurar la reanudación del trabajo por el contacto con quien lo emplea , o a veces, el cambio de empleo.

El enfoque psicoterapéutico de los problemas sociales debe esforzarse en disminuir las actitudes de desconfianza, de sospecha o de resentimiento, o la obsesión de la recaída que presenta durante largo tiempo el cónyuge y, de una manera general, los que lo rodean. La post-cura puede y debe -en ciertos casos-, utilizar el papel de las asociaciones de antiguos bebedores (Creix.bleue, Croix-d'or, Vie libre, Aides, Alcohólicos Anónimos, etc.).

La lucha contra el alcoholismo debe ser llevada en tres direcciones diferentes:

1. Medidas de orden social y educativas. Educación de la población, especialmente de los jóvenes; propagandas antialcohólicas, desarrollo del consumo de bebidas no alcohólicas.
2. Medidas de orden económico. Son las más importantes y las más difíciles de resolver, ya que la producción, el transporte y la distribución de las bebidas alcohólicas, representan una actividad y un sector económico muy importante.
3. Medidas de orden sanitario. A través de la prevención y la atención de todos aquéllos que han desarrollado la enfermedad.

Al respecto, en nuestro país en la norma oficial No. 028-SSA2-1999 "Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones", publicada el 12 de abril de 1999, se estableció la creación del CONADIC (Consejo Nacional contra las Adicciones), que brinda apoyo a todas aquellas agrupaciones que ofrecen programas de prevención y recuperación del alcoholismo. Entre éstas se encuentran los grupo de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos, cuyo principal objetivo es el de apoyar al adicto en las resolución de su problema.

### ALCOHÓLICOS ANONIMOS

Los grupos de alcohólicos anónimos tienen 2 tipos de modalidades:

La no residencial, que consiste en llevar a cabo reuniones en las que se transmite el mensaje de recuperación y se realizan actividades de rehabilitación.

La modalidad residencial. Los Grupos 24 Horas de Alcohólicos Anónimos son de modalidad residencial, ofrecen la posibilidad de alojar a los usuarios de los servicios en establecimientos, mismos que deben cumplir con los siguientes requisitos:

"...9.3.3.2.1.4 El ingreso y la permanencia del usuario en el establecimiento deberán ser estrictamente voluntario.

9.3.3.2.2. Al ingreso se deberá:

9.3.3.2.2.1 Sin que se atente contra su integridad, toda persona debe ser objeto de una revisión física, en presencia de su familiar, tutor, curador y en su caso, representante legal para detectar golpes o heridas que requieran la atención inmediata de un médico.

9.3.3.2.2.2. En caso de que alguna persona acuda al grupo con un grado severo de intoxicación o en síndrome de abstinencia o de

supresión, se deberá referir a servicios de atención profesional, inmediatamente.

9.3.3.2.2.3. El encargado del establecimiento debe indagar si la persona está embarazada, tiene algún padecimiento grave, complicaciones físicas, psiquiátricas, o enfermedad contagiosa, con la finalidad de tomar las previsiones necesarias para su atención, durante su estancia en el establecimiento.

9.3.3.2.2.4. Todo usuario que ingrese al establecimiento, debe ser validado por un médico.

9.3.3.2.2.5. El encargado del establecimiento deberá llenar una hoja de ingreso, o reingreso de cada persona.

9.3.3.2.2.6. La hoja de ingreso o reingreso debe consignar:

9.3.3.2.2.6.1. Fecha de ingreso.

9.3.3.2.2.6.2. Datos generales del usuario.

9.3.3.2.2.6.3. Enfermedades actuales.

9.3.3.2.2.6.4. Datos del familiar, tutor o curador o representante legal que lo acompaña en su caso.

9.3.3.2.2.6.5. Breve descripción del estado general del usuario.

9.3.3.2.2.6.6. Nombre y firma de aceptación del usuario, de su familiar, tutor, curador y en su caso representante legal y del encargado del establecimiento.

9.3.3.2.2.6.7. Si el que ingresa es menor de edad, se debe obtener adicionalmente el consentimiento por escrito del padre, tutor, curador o representante legal. Sólo se le aceptará, cuando existan programas y espacios adecuados; de lo contrario, deberá ser referido a las instituciones encargadas de la atención a menores.

9.3.3.2.2.6.8. Si se trata de niños abandonados, el encargado del establecimiento debe efectuar el trámite para obtener la tutela correspondiente, en los términos de las disposiciones civiles aplicables.

9.3.3.2.2.6.9 En los establecimientos no se deben admitir personas distintas a las que requieren el servicio para el cual fue creado, si no cuentan con las instalaciones para su atención.

9.3.3.2.3. Durante la estancia se deberá:

9.3.3.2.3.1 No se deben suministrar medicamentos a los usuarios sin prescripción médica.

9.3.3.2.3.2. En caso de presentarse algún accidente o emergencia con alguno de los usuarios, el encargado del establecimiento deberá procurar, de inmediato, la atención médica necesaria y dar aviso al familiar más cercano en vínculo, tutor, curador y en su caso, representante legal.

9.3.3.2.3.3. El encargado del establecimiento debe proporcionar al familiar más cercano en vínculo, tutor, curador y en su caso, representante legal del usuario, toda la información que le sea solicitada acerca del estado general, evolución del tratamiento o recuperación del usuario.

9.3.3.2.3.4. No deben ser utilizados procedimientos que atenten contra la integridad física y mental del usuario..."

Los programas de ayuda mutua se fundamentan en los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (organización caracterizada por ofrecer ayuda no profesional de atención). Con este modelo se trata de incidir tanto en la conducta, como en los problemas existenciales y emocionales del adicto, con el fin de mantener la sobriedad.

Los doce pasos de Alcohólicos Anónimos son:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes offendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlos implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitimos inmediatamente.

11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto conciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

12. Habiendo tenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

## **LAS DOCE TRADICIONES**

1.- Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.

2.- Para el propósito de nuestro Grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro Grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza, no gobiernan.

3.- El único requisito para ser miembro de A.A. es querer dejar de beber.

4.- Cada Grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos, considerado como un todo.

5.- Cada Grupo tiene solo un objetivo primordial: Llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.

6.- Un Grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna identidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvien de nuestro objetivo primordial.

7.- Todo grupo de A.A. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.

8.- A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros Centros de Servicio pueden emplear trabajadores especiales.

9.- A.A. como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o Comités de Servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.

10.- A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debes mezclarse en polémicas publicas.

11.- Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción, necesitamos mantener siempre nuestro anonimato ante la prensa, radio o cine.

12.- El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

## GRUPO VALLE DE ESPERANZA 24 HORAS DE A.A.

El grupo Valle de Esperanza se caracteriza por brindar servicio con la modalidad residencial, ofreciendo alojamiento a los usuarios en un establecimiento ubicado en la calle Escuinapa esquina con Delfín Madrigal en la colonia Santo Domingo Delegación Coyoacán, es una colonia proletaria, se fundó por la invasión de terrenos hace aproximadamente treinta años, principalmente por personas inmigrantes del interior de la República Mexicana. Por el elevado índice de alcoholismo, se creó el grupo hace once años por vecinos de la colonia en proceso de recuperación con mínimo cinco años de abstinencia.

El grupo se encuentra afiliado a la oficina intergrupal del sureste que se localiza en la Delegación Xochimilco, la cual a su vez se encuentra afiliada a la oficina central. Las oficinas intergrupales y la central proporcionan respaldo legal a los grupos, así como información que les permita relacionarse con asociaciones e instituciones que puedan brindar apoyo y colaboración, sin que se llegue a compromisos que desvirtúen la imagen de los grupos de alcohólicos anónimos 24 horas.

El lugar donde funciona el grupo cuenta con:

Sala de juntas, dormitorios, cocina, servicios de sanitarios, patio de servicio y oficina.

El grupo funciona basándose en tres lineamientos: estancia voluntaria, servicios gratuitos y respeto a la integridad humana.

Sus sesiones de terapia son durante las 24 horas, dividiendo a los internos en dos grupos que cada tercer día escuchan la terapia durante el día y la noche.

La terapia es continua, sólo tienen receso para ingerir alimentos y realizar su aseo personal, lo cual no incluye el cepillado Dental por no considerarlo importante dentro del proceso de recuperación del

alcoholismo, o bien por carecer de cepillos un gran número de residentes.

Su alimentación consiste en verduras, frijol, arroz, pastas, té y café.

Los gastos que genera el grupo los absorben todos aquellos individuos que han cumplido con una estancia de tres meses y que posteriormente regresan a sus juntas.

Se organizan a través de una mesa de servicio la cual es elegida por los compañeros del grupo, está integrada por:

Presidente. Coordina y está al tanto de los acontecimientos del albergue, convoca a las juntas para dar solución a los problemas e inquietudes que se manifiestan, está en constante comunicación con los servidores de otros grupos para intercambiar opiniones y experiencias.

Secretario. Este tiene conocimiento general del grupo, suple al presidente o al tesorero en su ausencia.

Tesorero. Lleva el control del dinero que ingresa al grupo, motiva a los servidores para que cumplan con su aportación monetaria para poder cubrir la renta, el abasto, el pago de teléfono, agua y luz.

El albergue cuenta con un encargado, con un auxiliar, con un encargado de la cocina y con un responsable de atención al recién llegado. Las personas que desempeñan estos servicios se encuentran residiendo en el albergue, y deben contar por lo menos con un mes de antigüedad.

Dentro del albergue el horario para iniciar las actividades es a las 6:00 a.m., lavan su ropa y realizan el aseo de sanitarios, dormitorios y salas de terapia; en caso de que alguno de sus compañeros se encuentre en delirios se alternan para cuidarlo, se evita que sea uno solo y que pase mucho tiempo con el enfermo.

Los problemas más comunes que se presentan dentro del albergue son: la atracción sexual, dado que se encuentran residiendo tanto

hombres como mujeres, para esto les hacen entender que su principal problema es el alcoholismo y separan a los hombres de las mujeres (en los dormitorios).

Otro problema con el que se enfrentan es el de la muerte dentro del albergue, por lo que constantemente se comunican con los familiares cuando el deterioro físico del interno manifiesta peligro de algún deceso.

Las personas que se encuentran dentro del movimiento 24 horas de A. A, consideran que ha sido el único medio por el cual han dejado de beber y que mediante la constante guía espiritual de su padrino así como el abordamiento de sus problemas van día a día logrando la sobriedad.

Teóricamente se considera que para que una persona logre la recuperación debe solicitar la ayuda; sin embargo, en este tipo de grupos el 99 % han sido ingresados por sus familiares sin su consentimiento, en total estado de ebriedad y por lo menos uno de cada diez se encuentra en recuperación luchando por vencer su ansiedad, depresión, minusvalía, agresión etc.. Sin recurrir al alcohol como tranquilizante, modificando su conducta a través los doce pasos de A .A.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La persona con alcoholismo tiende a mostrar conductas compulsivas y perseverantes, pierde el sentido de la realidad, refleja sentimientos de minusvalía, ansiedad y depresión, por lo que pierde interés en su cuidado personal, creyendo que no es importante. A largo plazo, esto le genera problemas a nivel tanto físico como fisiológico.

Así, generalmente manifiesta alteraciones bucodentales, como consecuencia de la acumulación de la placa dentobacteriana, debido a la falta de hábitos de higiene y disciplina, que el alcohólico no toma en cuenta por la desviación psicopatológica que presenta.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Identificar el tipo y características de la población alcohólica que contribuyen al desarrollo de la placa dentobacteriana.

### OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer los hábitos de higiene bucodental que determinan la prevalencia de placa dentobacteriana en una población de alcohólicos anónimos.

## HIPÓTESIS

1. Por las características de personalidad del alcohólico, entre las que se encuentra la baja autoestima, durante su carrera activa no presenta interés en su higiene bucal.
2. Los alcohólicos que se encuentran en proceso de recuperación, por sus cambios conductuales y la recuperación de la autoestima se interesan en su higiene bucal.

## MÉTODO

Se trata de una investigación de prevalencia con encuesta descriptiva y observacional con información retrospectiva de tipo transversal.

## DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

Personas alcohólicas en recuperación que se encuentran internas en el grupo "Valle de Esperanza" de A.A. 24 horas.

Criterio de inclusión

Hombres

De 25-35 años de edad

Criterios de exclusión.

Mujeres

Alcohólicos menores de 25 y mayores de 35 años.

Debido a que la población que existe en el grupo no es muy numerosa, se entrevistó a todos aquellos que cumplieran con los requisitos de edad.

## VARIABLES

Edad

Sexo

Higiene bucal

Cuantificación de placa dentobacteriana

## FORMA EN QUE SE RECOLECTARÁN LOS DATOS.

La información necesaria para que se cumplan las variables anteriores se va a obtener a través de una encuesta descriptiva, utilizando un cuestionario, el instrumento de recolección incluye el registro de hechos y de observaciones directas sobre el objeto de estudio.

Instructivo de llenado.

Fecha. Año, mes y día en que se realiza la entrevista.

Identificación del paciente. Edad, sexo.

### Higiene bucal.

Se marcará con una X el número de veces que se cepillaba los dientes cuando bebía, señalando si era por semana o al día, en caso de que el número de veces fuese mayor a tres, señalarlo en donde se especifica MAS \_\_\_\_ con una X, y tiempo que se dedicaba al cepillado en minutos.

Se marcará con una X el número de veces que se cepilla los dientes, señalando si es por semana o al día, en caso de que el número de veces sea mayor a tres señalarlo en donde se especifica MAS \_\_\_\_ con una X, y tiempo que dedica al cepillado en minutos.

### Exploración física.

La cualificación de la placa bacteriana se hará por medio de una sustancia reveladora y se señalará en el odontograma las caras que se pigmentaron.

### FORMA EN QUE SERÁN MEDIDOS LOS DATOS.

A través de la observación del número de caras pigmentadas se obtendrá el porcentaje.

### CÓMO SERÁN RESUMIDOS LOS DATOS.

Por porcentaje

### DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO.

Se trata de un cuestionario para recolectar información de hechos y de observaciones a través de interrogatorio y exploración física respectivamente. Será aplicado por un encuestador en una entrevista personal.

- 1.- El encuestador dará una información general sobre el objetivo del cuestionario, solicitando la mayor colaboración posible por parte del entrevistado.
- 2.- El encuestador leerá en voz alta cada una de las preguntas, haciendo alguna aclaración pertinente en caso de que le sea solicitada o si observa dudas en el entrevistado, procurando obtener una respuesta inmediata, la cual anotará oportunamente.
- 3.- Una vez concluido el interrogatorio, procederá a realizar la exploración bucal correspondiente al odontograma, al terminar la entrevista procederá a obtener los porcentajes.
- 4.- El tiempo que se estima para la aplicación de una encuesta es de diez minutos.

#### **MATERIALES QUE SERÁN UTILIZADOS.**

- 30 hojas clínicas.
- 30 abatelenguas.
- 30 pastillas reveladoras.
- 1 lámpara sorda

## RESULTADOS.

El grupo cuenta con 100 personas residentes siendo este su máximo cupo. La muestra fue de 28 personas que cumplían con las características de un rango de 25 a 35 años de edad (ver cuadro 1, gráfica 1). El mayor porcentaje se encontró en la edad de 33 años, 17% de la población estudiada.

De esta población se observó que el 64.28% son solteros, el 25% son casados, el 7.14% viven en unión libre y el 3.57% son divorciados (ver cuadro 2, gráfica 2).

Se observó que el nivel educativo que predomina es la educación primaria, siendo el 50%; el 35.71% estudiaron hasta secundaria; el 7.14% preparatoria; el 3.57% profesional y el 3.57% no tuvo ningún estudio (ver cuadro 3, gráfica 3).

La frecuencia del cepillado durante su carrera activa de bebedores se encontró que el 35.71% no se cepillaban los dientes; el 7.14% se cepillaban una vez al día; el 14.28% se cepillaba 2 veces al día; el 10.71% se cepillaba una vez por semana y el 17.85%, 3 veces por semana (ver cuadro 4, gráfica 4).

En lo que se refiere al cepillado actual se observó que el 57.14% no se cepilla los dientes, el 3.57% se cepilla una vez al día, el 3.57% dos veces al día, el 7.14% se cepilla una vez a la semana y el 10.71% dos veces por semana y el 10.71% tres veces por semana (ver cuadro 5, gráfica 5).

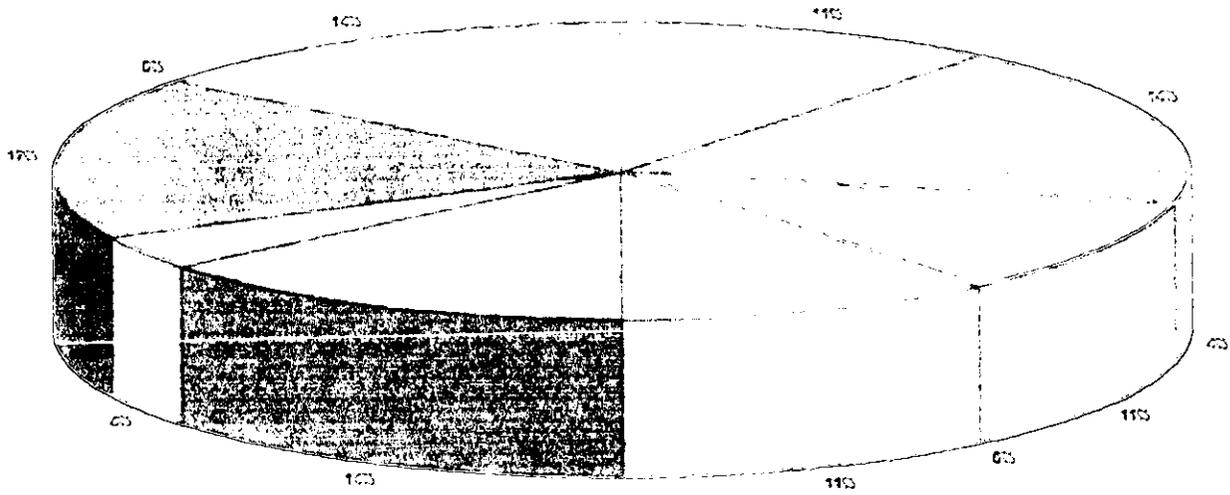
Se observó que la PDBs e encontró en un 100% en toda la población estudiada (ver cuadro 6, gráfica 6).

CUADRO 1  
ENCUESTADOS

Edad	Sexo Masculino
25	3
26	4
27	1
28	3
29	0
30	3
31	4
32	1
33	5
34	0
35	4
	total=28

# GRÁFICA 1

Encuestados



17% 10% 11% 6% 11% 45%

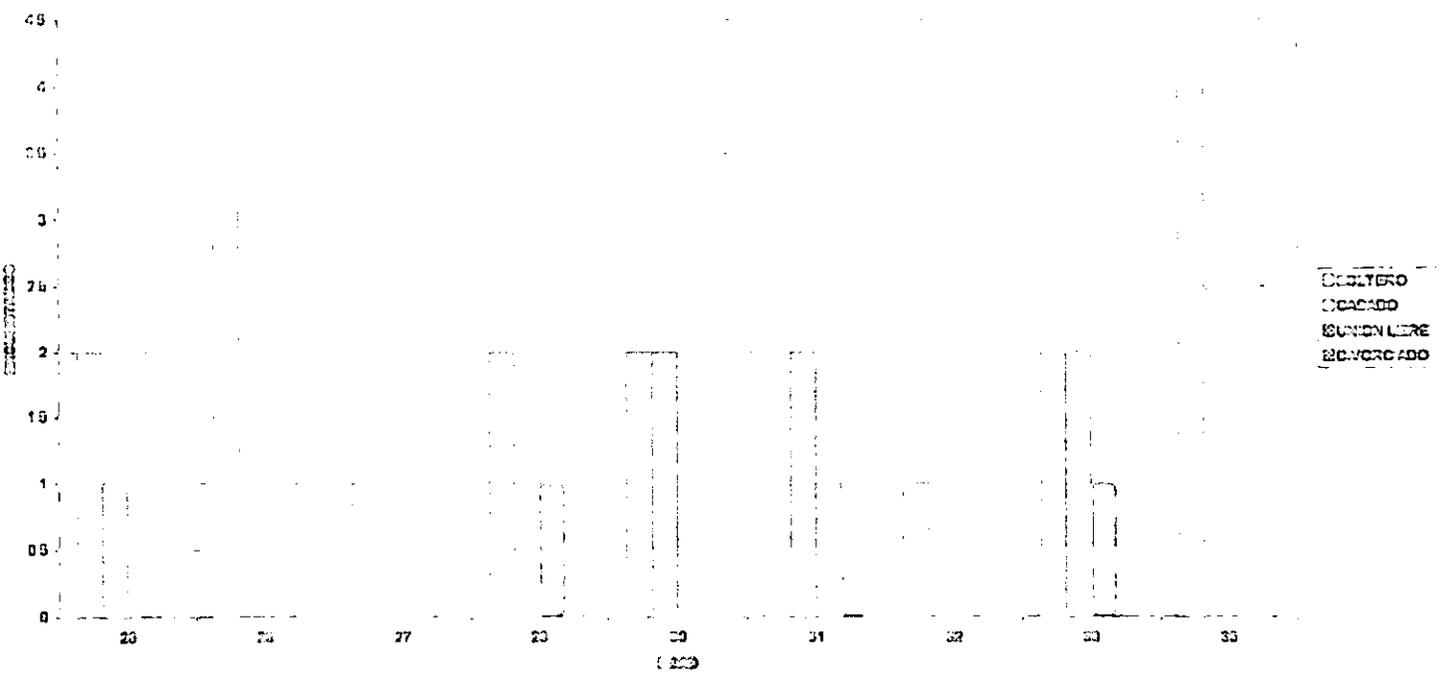
Fuente: Cuadro 1

CUADRO 2  
ESTADO CIVIL

EDAD	SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	DIVORCIADO
25	2	1		
26	4	0		
27	1	0		
28	2	0	1	
30	2	2		
31	0	2		1
32	1	0		
33	2	2	1	
35	4	0		

## GRÁFICA 2

### ESTADO CIVIL



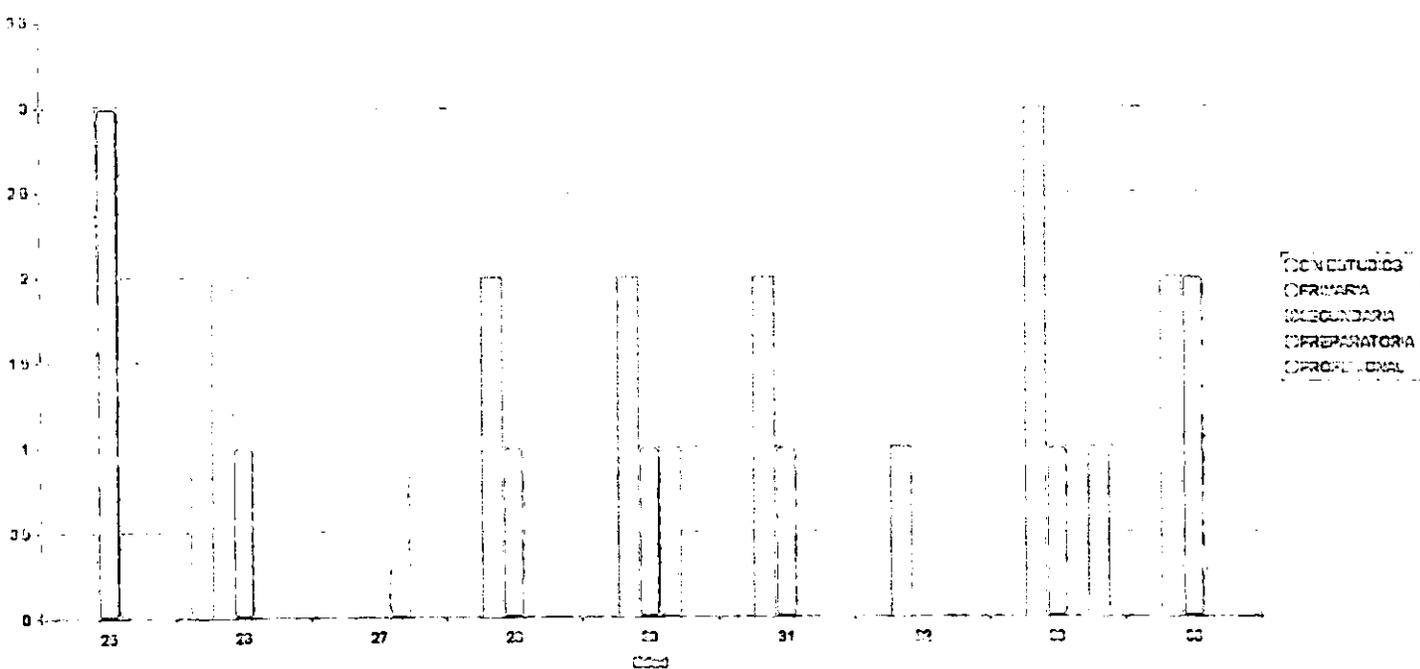
Fuente: Cuadro 2.

**CUADRO 3**  
**ESCOLARIDAD**

EDAD	SIN ESTUDIOS	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	PROFESIONAL
25			3		
26	1	2	1		
27				1	
28		2	1		
30		2	1	1	
31		2	1		
32		1			
33		3	1		1
35		2	2		

### GRÁFICA 3

Escolaridad



Fuente: Cuadro 3

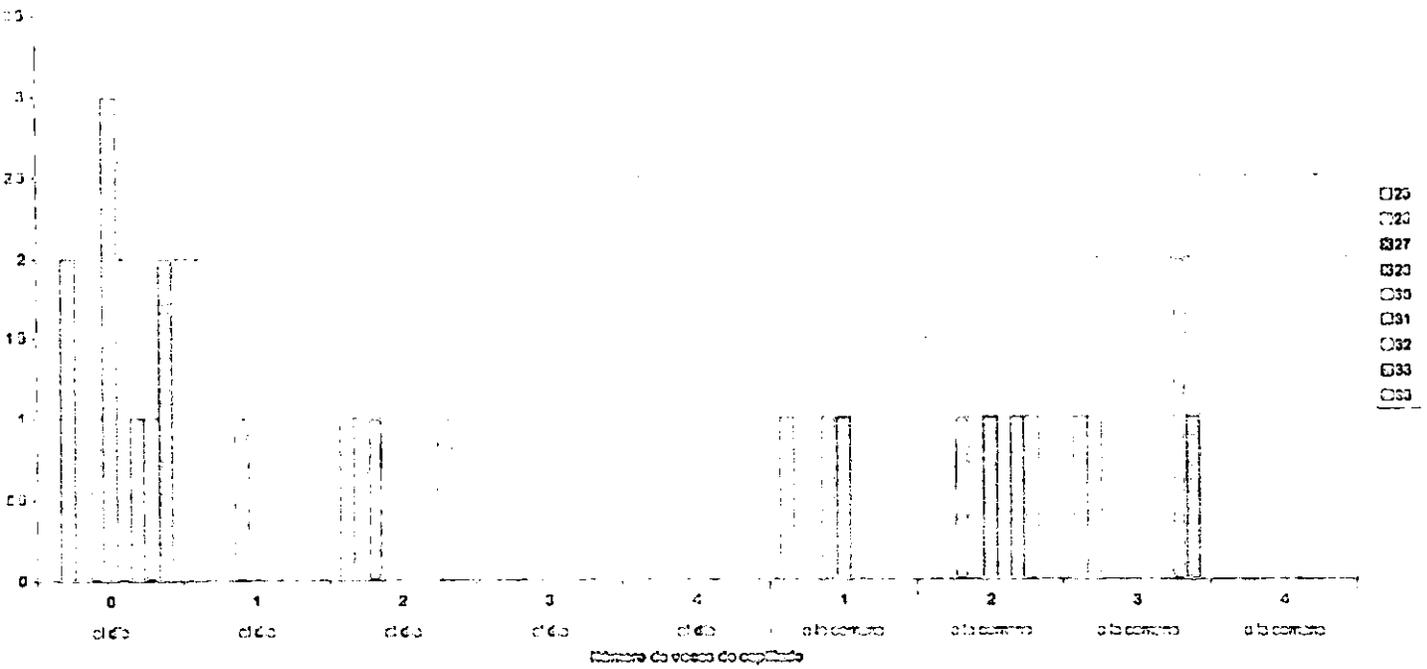
**CUADRO 4**  
**FRECUENCIA DE CEPILLADO CUANDO BEBIAN**

edad	al día				
	0	1	2	3	4
25			1		
26	2		1		
27			1		
28	1	1			
30	3				
31		1			
32	1				
33	1		1		
35	2				

edad	a la semana	a la semana	a la semana	a la semana
	1	2	3	4
25	1		1	
26			1	
27		1		
28	1			
30	1	1		
31				
32		1		
33		1	2	
35			1	

## GRÁFICA 4

Frecuencia de espaldas cuando botan



Fuente: Cuadro 4

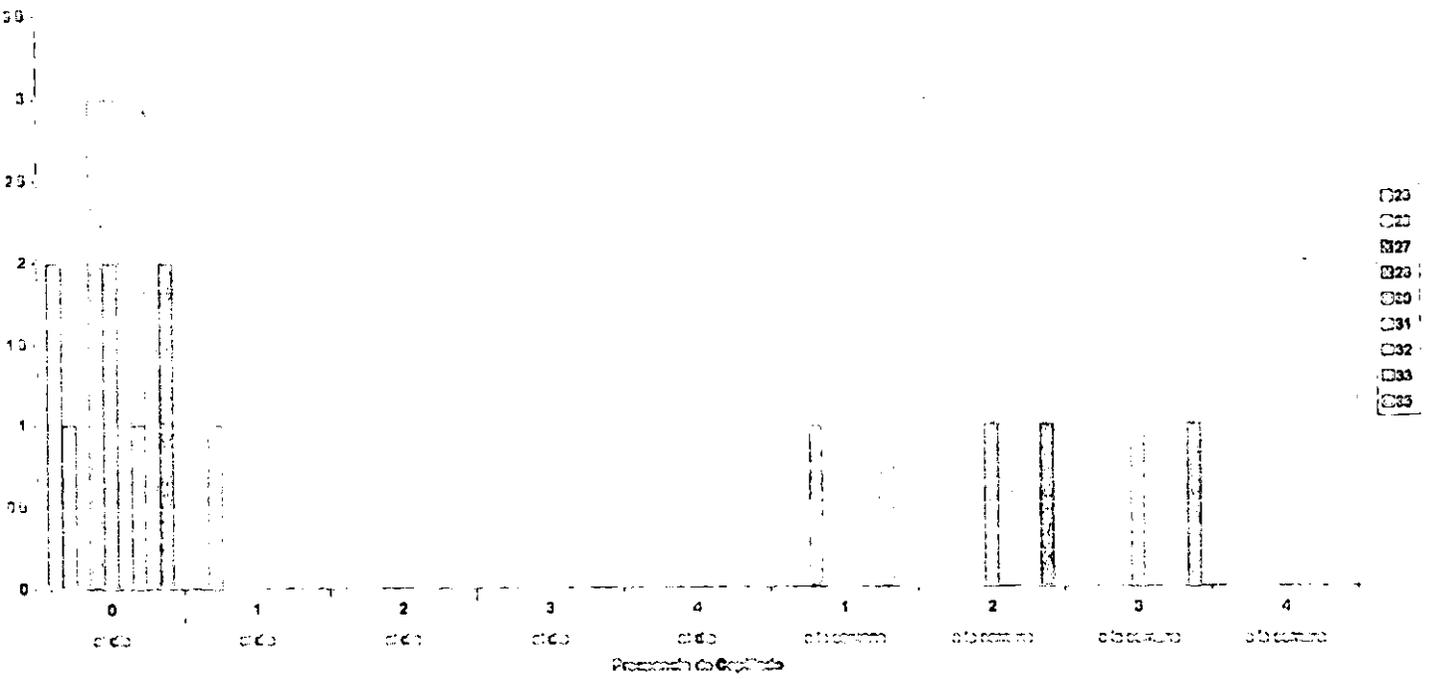
CUADRO 5  
CEPILLADO ACTUAL

edad	al día				
	0	1	2	3	4
25	2				
26	1	1			
27					
28	3				
30	2				
31	2				
32	1				
33	3		1		
35	2				

edad	a la semana	a la semana	a la semana	a la semana
	1	2	3	4
25				
26				
27	1			
28				
30		1	1	
31		1	1	
32				
33	1			
35		1	1	

# GRÁFICA 5

Copiloto Actual



Fuente: Cuadro 5

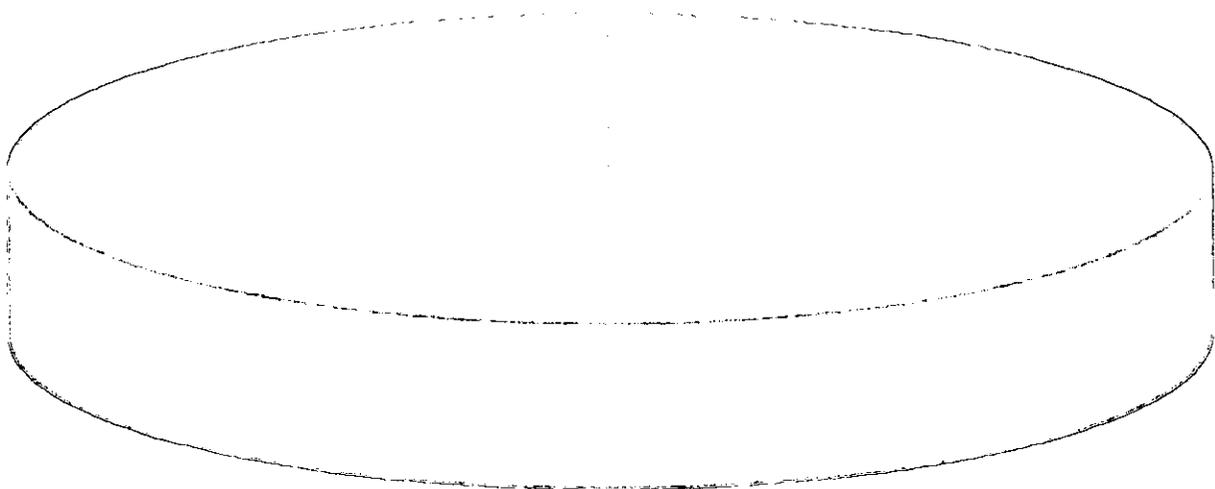
**CUADRO 6**  
**PORCENTAJE DE PLACA DENTO BACTERIANA**

edad	10	20	30	40	50
25					
26					
27					
28					
30					
31					
32					
33					
35					

edad	60	70	80	90	100
25					3
26					4
27					1
28					3
30					4
31					3
32					1
33					5
35					4

## GRÁFICA 6

Porcentaje de Pisos Dorsales



- 010
- 020
- 030
- 040
- 050
- 060
- 070
- 080
- 090
- 100

Fuente: Cuadro 6

## CONCLUSIONES

Las personas estudiadas, no se cepillaban los dientes durante su carrera activa de bebedores ya que su dependencia hacia el alcohol fue a tal grado, que los hacia perder el sentido de la realidad, olvidándose de su aspecto personal.

Podría suponerse que los alcohólicos que están en proceso de recuperación van teniendo cambios conductuales dirigidos a una revaloración personal, por lo que podrían tener mayor interés en su higiene bucal, lo cual, de acuerdo a las encuestas no es así, por lo menos en las personas que se encuentran residiendo en las instalaciones del Grupo 24 Horas "Valle de Esperanza", en donde el principal interés se centra en su recuperación del alcoholismo, olvidando otros aspectos.

Este hecho lo manifestaron claramente en las encuestas, donde reconocieron que no se cepillaban porque en ocasiones se le olvidaba, porque no tenían el hábito o, simplemente, por carecer de cepillo dental.

Todos estos factores sumados, contribuyeron a que la placa dentobacteriana se presentara en el 100% de los sujetos estudiados, lo cual se evidenció en todas las caras, aunque no en el total de la superficie. Este hecho puede explicarse en función del tipo de alimentación que tienen, consistente preferentemente en verduras, frijol, arroz, tortilla, té, café y agua.

Sin embargo, cabe mencionar que es entendible que en el Grupo A.A.  
24 hrs se busque primero una recuperación de la psicopatología.

## PROPUESTAS.

1. Aprovechar el programa de reeducación conductual utilizado con los residentes, para la promoción de hábitos de higiene bucodental.
2. Establecer un programa de higiene bucodental, paralelo al programa de higiene personal.
3. Contar con la supervisión de un profesionalista en el área dental.
4. Solicitar donaciones ya sea a particulares o a la industria, para contar con los implementos necesarios para realizar la higiene bucodental (cepillos dentales, pasta dental, etc.).

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lindhe Jan. Peri-odontología clínica. 1ª edición, Editorial Panamericana, Argentina 1991, 516 p.
- 2.-Rodríguez Figueroa Carlos A. Parodoncia 3ª edición, Editor Francisco Méndez Oteo, México 1980.
- 3.-Glikman Irving. Periontología Clínica de Glikman. 3ª edición, Nueva Editorial interamericana S.A. de C.V, México 1986,1072 p.
- 4.-Genco Robert J. Et al. Periodoncia, 1ª edición, Editorial interamericana McGraw-Hill, México 1993,770 p.
- 5.-Velasco Fernández Rafael. Esa enfermedad llamada alcoholismo. 13ª edición, Editorial Trillas.
- 6.- Wallace John. El alcoholismo como enfermedad. 2ª edición, Editorial Trillas, México 1997, 182 p.
- 7.-Sousa y Machorro Mario. Alcoholismo conceptos básicos. 2ª edición, Editorial Manual Moderno.
- 8.-Calderón Narváez G. Salud mental comunitaria. 2ª edición, Editorial Trillas, 300 p.
- 9.-Chávez de Sánchez María Isabel, Solís de la Fuente Ana. Drogas y pobreza. Editorial Trillas, pp 135.

10.-Ey Enri, Bernard P, Brisset CH. Tratado de psiquiatria. 8ª edición,  
Editorial Masson, México 1980. p.p. 359-395, 718-741.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
RESUMEN.....	4
MARCO TEORICO.....	5
PARODONTO.....	5
ENCIA.....	5
LIGAMENTO PARODONTAL.....	6
CEMENTO.....	7
HUESO ALVEOLAR.....	7
PELÍCULA ADHERIDA.....	8
PLACA DENTOBACTERIANA.....	8
TÁRTARO DENTAL.....	11
DETRITUS DE ALIMENTO.....	13
MATERIA ALBA.....	13
DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO.....	14
COSTUMBRE.....	14
DEPENDENCIA.....	14
INTOXICACIÓN AGUDA.....	15
CRONICIDAD.....	15
FARMACODEPENDENCIA.....	15
ANTECEDENTES.....	17
FASES DEL ALCOHOLISMO.....	25
FASE PRE-ALCOHÓLICA.....	25
FASE PRODRÓMICA.....	25
FASE CRUCIAL O CRÍTICA.....	27
FASE CRÓNICA.....	30
TRATAMIENTO.....	32
DESINTOXICACIÓN.....	32
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.....	34
DOCE TRADICIONES DE A. A.....	39
GRUPO VALLE DE ESPERANZA 24 HRS DE A. A.....	41
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	44
OBJETIVOS.....	44
HIPÓTESIS.....	45
MÉTODO.....	45
DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN.....	45
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	46
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	46
VARIABLES.....	46
FORMA EN QUE SE RECOLECTARÁN LOS DATOS.....	46
INSTRUCTIVO DE LLENADO.....	46
FORMA EN QUE SERÁN MEDIDOS LOS DATOS.....	47

MATERIAL.....	48
RESULTADOS .....	49
CONCLUSIONES .....	63
PROPUESTAS.....	65
BIBLIOGRAFIA .....	66