



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**

UNAN - MANAGUA

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MANAGUA
ESPECIALIDAD DE TOXICOLOGÍA CLÍNICA**

**ALCOHOLISMO EN LA POBLACIÓN DEL DISTRITO DEL
CAYO, BELICE, DURANTE LOS AÑOS 2017- 2018”**

**TESIS PRESENTADA PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS FINALES PARA
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TOXICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: DR. DAVID PACHECO

BELICE, C.A.

JULIO 2019

DEDICATORIA

*Esta tesis está dedicada a mi esposa Ada
y a mis hijos David, Tristán y Evan.*

AGRADECIMIENTOS

*Al Dr. Jorge Gaibor y la Dra. Myriam Gutiérrez,
quienes dieron sus oportunas opiniones a mi trabajo.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Historia del Alcohol	7
2.2 Definición de Alcohol	9
2.3 Tipos de alcohol.....	12
2.3.1 El metanol.	13
2.3.2 El Etanol.....	13
2.3.3 El Butílico.	13
2.4 Etanol.....	14
2.4.1 Características Generales	14
2.4.2 Características químicas.....	14
2.5 Tipos de bebidas.....	15
2.5.1 Fermentadas.	15
2.5.2 Destiladas.	15
2.6 Concentración de alcohol y sus efectos al consumidor	16
2.7 Tipos de Consumidores.....	16
2.7.1 Abstemio absoluto.....	16
2.7.2 Bebedor Moderado.....	17
2.7.3 Bebedor Habitual.	17
2.7.4 Bebedor excesivo.	17
2.7.5 Alcohólico.	17
2.7.6 Escala de Jellinek para la valoración del alcohólico.....	18
2.8 Intoxicación etílica	18
2.8.1 Intoxicación alcohólica aguda.....	19
2.8.2 Fases de intoxicación etílica.....	20
2.8.3 Fase de embriaguez.....	21
2.8.4 Fase comatosa.	21
2.8.5 Fase bulbar o de muerte.	21
2.8.6 Efectos secundarios.....	21
2.8.7 Tratamiento a una intoxicación aguda.	22
2.8.8 Prevención.....	25
2.8.9 Complicaciones de la intoxicación crónica de alcohol.	25

2.9	Dependencia alcohólica.....	29
2.9.1	Síndrome de Abstinencia.	30
2.10	Localización. Distrito de Cayo, Belice	31
3.	<i>METODOLOGÍA</i>.....	33
4.	<i>RESULTADOS</i>	34
4.1	Pacientes que acudieron por uso de alcohol en La Región de Salud del Oeste	35
4.1.1	Por edad.....	35
4.1.2	Por escolaridad.....	38
4.1.3	Por profesión.....	40
4.2	Condiciones, enfermedades o lesiones reportados en las áreas de salud.....	43
5.	<i>CONCLUSIONES</i>.....	45
6.	<i>RECOMENDACIONES</i>.....	48
7.	<i>REFERENCIAS</i>	49

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Alcoholemias previas a la fase de excitación.....	20
Tabla 2: Consulta externa por uso de alcohol en La Región de Salud del Oeste	36
Tabla 3: Nivel escolar de pacientes visto en un puesto de salud por consumo de alcohol 2017 a 2018.....	38
Tabla 4: Personas afectadas por el uso de alcohol por distribución de ocupación 2017 a 2018	42
Gráfico 1: Contenido habitual de alcohol en bebidas (%).....	10
Gráfico 2: Cantidad de personas atendidas por el uso de alcohol según su sexo 2017-2018.....	37
Gráfico 3: Rango de edades más afectadas por el uso de alcohol 2017-2018.	37
Gráfico 4: Cantidad de pacientes ingresados por el uso de alcohol según la escolaridad alcanzada 2017-2018.....	39
Gráfico 5: Cantidad total de personas ingresadas por uso del alcohol en el 2017 y 2018	45

1. INTRODUCCIÓN

Como parte de los requerimientos finales para la obtención del título de Toxicología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua se presenta la siguiente tesis titulada “EFECTOS DE LAS INTOXICACIONES SOBRE LA POBLACIÓN DEL DISTRITO DEL CAYO, BELICE, DURANTE LOS AÑOS 2017- 2018” con el objetivo de aportar al conocimiento general de la población sobre el consumo del alcohol y las consecuencias en el organismo humano y la comunidad.

Mediante el desarrollo de esta tesis se pretende compartir los conocimientos adquiridos sobre los grados de afectación del alcohol en el cuerpo humano y analizar los efectos negativos que promueven las intoxicaciones por alcohol a la comunidad, tomando en consideración que las bebidas alcohólicas son productos de uso muy difundido en Belice y con gran aceptación social, al igual que en muchos países alrededor del mundo. Sin embargo, el alcohol es una sustancia peculiar que, como otras drogas, tiene un efecto adictivo, con la diferencia de que es posible un consumo de alcohol sin consecuencias adversas para la salud y, aunque la mayoría de los consumidores no presenta criterios de abuso o dependencia, en términos poblacionales su impacto negativo en la salud es notable y afecta también a muchas personas que no realizan un consumo elevado.

En este trabajo se hace una narración sobre la historia del alcohol, su evolución en los tiempos, sus efectos nocivos y las repercusiones sobre la población del Distrito del Cayo, Belice, en los últimos años.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 *Historia del Alcohol*

Desde hace miles de años el hombre fermenta productos que contienen azúcares como frutas, cereales, caña, papa y cactus obteniendo productos variados como podrían ser vino, hidromiel, destilados, chicha, sake, etc. Todas las épocas, todas las razas, todos los países, todas las frutas con un denominador común, el alcohol.

Esta sustancia es probablemente la droga más antigua que se conoce y la primera toxicomanía en muchos países del mundo, siendo la más consumida por todos los grupos de edad, sexo y clases sociales, presente en las culturas durante muchos siglos con una gran aceptación.

En la antigüedad, opuestos al empleo femenino, los griegos entendían que hasta la segunda edad resultaba absolutamente intolerable la embriaguez, y solían beber vino aguado y aumentaban el consumo de esta droga a partir de los cuarenta años. Celtas, romanos, escitas y otros pueblos antiguos no excluían a las mujeres del consumo, y algunos permitían beber desde la adolescencia. La expansión del Imperio Romano significó la *primera oleada de alcoholización* de la humanidad.

En la edad media, apareció la técnica de destilación en Europa de mano de los árabes, lo que supuso la posibilidad de tener bebidas alcohólicas de mayor concentración y de efectos tóxicos muy rápidos. Los alquimistas de ese entonces supusieron que el alcohol era el tan buscado elixir de la vida, por tanto, se le consideró remedio para prácticamente todas las enfermedades, como lo

indica el término *Whisky* (agua de la vida). El proceso de destilación pronto se expandió y esto supuso la *segunda epidemia de alcoholización*.

En los siglos XVII, XVIII, y XIX se desarrollaron los procedimientos de la crianza de los vinos y licores y la aplicación de las técnicas científicas culminaron cuando Pasteur describió la intimidad del proceso de fermentación, iniciándose la llamada enología científica. A lo largo del siglo XIX, la práctica científica de la medicina dirigió su mirada hacia los efectos del alcohol. Entre los primeros problemas médicos abordados desde ese planteamiento estaba el abuso de éste. Los médicos Thomas Trotter y Benjamin Rush consideraron el alcoholismo como una enfermedad crónica y una amenaza para la vida. Los estudios clínicos del siglo XIX perfilaron el cuadro clínico y la base patológica del abuso del alcohol. Así se comenzó a hablar de que el consumo habitual y continuo de bebidas alcohólicas dañaba el hígado y producían disfunciones mentales. Las exposiciones de Rush al respecto, ayudaron a llevar a cabo la Prohibición Americana, que se extiende desde 1919 hasta 1933.

También se debe tener en cuenta la introducción de bebidas alcohólicas de alta graduación en culturas no habituadas, proceso que tuvo lugar en muchos episodios de la colonización de los países del hemisferio sur, resultando ser para estas culturas plagas introducidas durante la conquista.

En la época industrial, y con la masificación de las ciudades, se produjo una demanda generalizada de alcohol, dando lugar a la *tercera oleada de alcoholización* y, según algunos autores, la existencia del alcoholismo como problema social al poder adquirirlo de forma sencilla y en muchos casos considerarse un factor para la socialización.

A partir de mediados del siglo XX se puede diferenciar una *cuarta oleada de alcoholización*. Las causas pueden ser los movimientos migratorios, los medios de comunicación de masas, la explosión consumista, el "estrés", entre otros.

En la actualidad se reconoce que el valor terapéutico del etanol es relativamente limitado y que su ingestión crónica en cantidades excesivas es un problema social y médico de primer orden. No obstante, la sociedad y la ciencia están buscando estrategias tanto farmacológicas como comportamentales para combatir el alcoholismo.

La mayoría de las religiones, como el budismo o el islamismo menosprecian el consumo de alcohol. El vino sólo logró alto respeto en la religión judía, que lo hace protagonista en ceremonias sociales. Al igual, ocurre con el cristianismo, que lo elevó a sangre de Cristo, provocando así su difusión entre la población a lo largo de la historia y creando un hábito en todos los católicos practicantes.

2.2 Definición de Alcohol

Desde un punto de vista químico el alcohol es aquel compuesto orgánico que contiene el grupo hidroxilo unido a un radical alifático o a alguno de sus derivados. En este sentido, dado que se trata de un compuesto, existen diversos tipos de alcoholes.

En el lenguaje cotidiano se denomina alcohol al compuesto químico etanol también nombrado alcohol etílico. Se trata de un líquido incoloro, volátil,

miscible en agua, obtenido a partir de la fermentación de carbohidratos en presencia de levadura, cuyo punto de ebullición es 78 ° C.

La fórmula química del alcohol etílico es CH₃-CH₂-OH. Este es el compuesto que se utiliza para preparar las bebidas alcohólicas, las cuales pueden producirse por fermentación (como el vino y la cerveza) o por destilación (como el licor). El porcentaje de alcohol etílico presente en cada bebida puede variar: la cerveza presenta aprox. un 5 % de alcohol, el vino 15% y los licores pueden tener hasta 50% de etanol.

En el siguiente gráfico se puede apreciar el contenido habitual de alcohol de las bebidas alcohólicas más popularizadas alrededor del mundo:

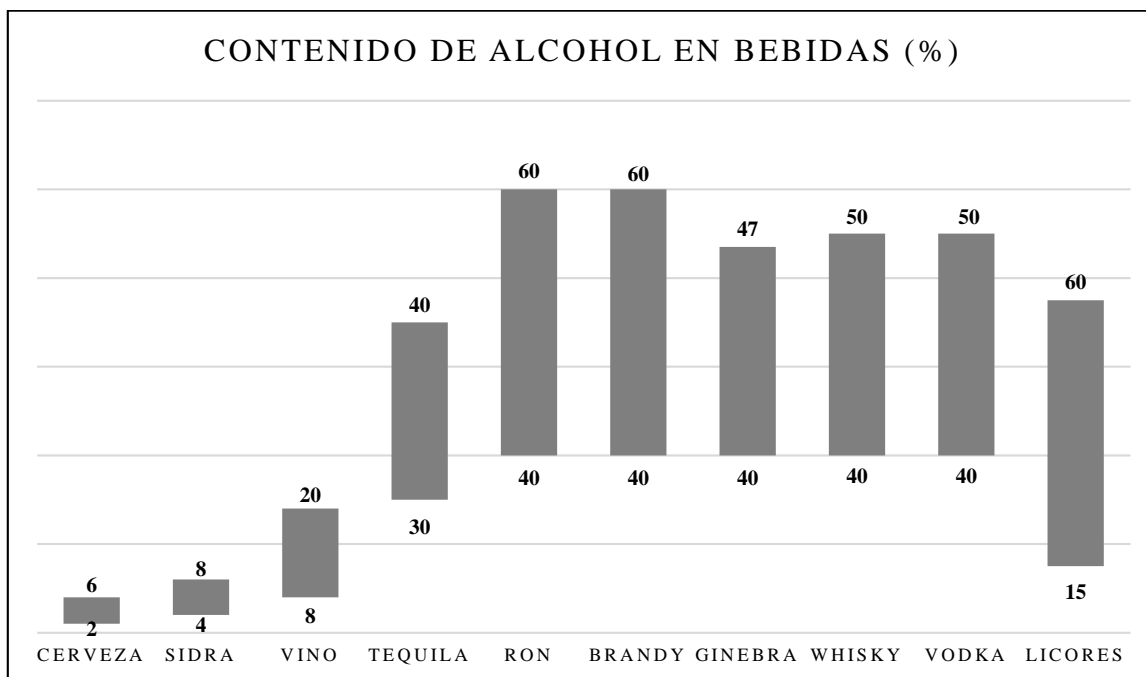


GRÁFICO 1: CONTENIDO HABITUAL DE ALCOHOL EN BEBIDAS (%)

Desde el punto de vista fisiológico, el alcohol se absorbe rápidamente en el estómago e intestino delgado, se metaboliza en el hígado y el resto se elimina

por el aire espirado, la orina y el sudor. Aproximadamente 20% del alcohol es absorbido por el estómago y 80% por el intestino delgado.

La transformación del alcohol ocurrida en el hígado por efecto de la enzima alcohol deshidrogenasa y el proceso, se realiza a razón de 100mg por kilo de peso corporal y por hora. El exceso de alcohol no digerido por el hígado es "quemado" por otras células que generalmente mueren en el esfuerzo. Antes de llegar al hígado, el alcohol se acumula en la sangre por absorción digestiva, entra en el torrente sanguíneo muy fácilmente y cruza también la barrera hematoencefálica que recubre el cerebro.

Algunos de los efectos neuroquímicos del alcohol son:

1. Aumento de la actividad de la norepinefrina y la dopamina.
2. Disminución de la transmisión en el sistema de acetilcolina.
3. Incremento de la transmisión en el sistema GABA¹.
4. Incremento de la producción de beta-endorfinas en el hipotálamo.

Según la cantidad ingerida se van a producir una serie de síntomas: desinhibición, labilidad emocional, incoordinación motora y aumento de la base de sustentación, evolucionando a ataxia, disartria, diplopía, náuseas, vómitos, sensación vertiginosa, estupor progresivo, habla ininteligible, evolución al coma con hipotermia, bradicardia e hipotensión. Además, el aliento a alcohol es constante siendo de mayor intensidad a mayor grado de embriaguez. Cabe destacar, que el alcohol etílico es una droga psicoactiva para los seres humanos.

¹ GABA (ácido gamma-aminobutírico).

Su consumo produce en principio una sensación de alegría. Al tiempo, el individuo puede sufrir problemas de coordinación y tener la visión borrosa. Con un consumo excesivo es posible alcanzar un estado de inconsciencia y en un nivel extremo, llegar a la muerte por envenenamiento o por depresión respiratoria.

Una **dosis letal** en adultos es de 5 a 6 gr / Kg (100 mg/dl en plasma) y de 3gr/kg en niños.

Una **dosis tóxica** generalmente es de 0.3 g/kg de etanol puro (aproximadamente 2 copas de vino o 2 cervezas) que pueden producir una concentración sérica de etanol ≥ 40 mg/dL.

Un valor de 0.1 g/dL (100 mg/dL) reduce la capacidad de reacción y juicio y es suficiente para inhibir la gluconeogénesis e inducir hipoglicemia, pero no causa coma. Se requieren niveles séricos >300 mg/dL para causar coma o depresión respiratoria en bebedores novatos y >500 mg/dL en consumidores crónicos, por lo tanto, el alcohol en pequeñas cantidades estimula y da energía, pero en cantidades mayores intoxica.

Estas consecuencias negativas del alcohol para el organismo hacen que la mayoría de los países prohíba el consumo de bebidas alcohólicas a los menores de cierta edad (18 o 21 años) y sancione con multas el exceso de graduación en conductores o detenidos en la vía pública.

2.3 Tipos de alcohol

2.3.1 El metanol.

Es un líquido incoloro, cuyo punto de ebullición es 65°C, miscible en agua en todas las proporciones y venenoso (35 ml pueden matar una persona). Se usa como solvente. Conocido como “alcohol de madera”, puede causar ceguera pues daña el nervio óptico.

Las bebidas alcohólicas adulteradas de forma fraudulenta presentan esta sustancia en sustitución del etanol. Se caracterizan por su bajo precio, escasa calidad y el poco cuidado higiénico en su elaboración ya que a menudo se reutilizan botellas de marcas conocidas. Las bebidas adulteradas pueden ser muy peligrosas ya que se elaboran con tipos de alcohol que nos son aptos para el consumo humano, provocando severos daños en la salud. Este producto resultante es el denominado “garrafón”. El isopropílico se utiliza como antiséptico (no apto para consumo humano).

2.3.2 El Etanol.

Único alcohol apto para el consumo humano; se consigue por fermentación de materia vegetal, obteniéndose una concentración máxima de 15% en etanol. Por destilación se puede aumentar esta concentración hasta el 98%.

2.3.3 El Butílico.

Su uso es industrial (no apto para consumo humano).

2.4 *Etanol*

2.4.1 Características Generales

El etanol es una sustancia con unas cualidades físicas y biológicas que le hacen perjudicial para el organismo humano:

1. Es MISCIBLE en agua, lo que le permite llegar a cualquier célula del organismo y rebasar las barreras lipídicas que se oponen a su penetración.
2. Es TÓXICO por encima de determinadas concentraciones, en especial el aldehído acético por su reactividad química, siendo una sustancia muy dañina.
3. Es ENERGÉTICO, genera a través del metabolismo oxidativo 7.2 Kcal, aunque no tiene utilidad plástica, genera un consumo de elementos clave en la cadena metabólica y altera notablemente el equilibrio bioquímico del organismo.
4. Es INCOLORO por lo que se le añaden sustancias y aromas para favorecer su ingesta que en ocasiones incrementan su grado de toxicidad.

2.4.2 Características químicas

- Fórmula molecular: C_2H_6O C_2H_5OH .
- Peso molecular: 46.07
- Obtención: por fermentación del azúcar, del almidón, oxidación del metano, hidrólisis del sulfato de etilo.
- Densidad a 20 grados centígrados: 0.789
- Punto de ebullición: 78.5 grados centígrados.
- Miscible con agua, la mayoría de los líquidos orgánicos.

- Precaución: no colocarlo cerca de llamas, inflamable.
- Usos: bebidas alcohólicas, solvente en la industria, manufactura de productos farmacéuticos, manufactura de cosméticos, en síntesis, orgánica, como aditivo.

Es un líquido claro, sin color, inflamable, olor agradable, gusto quemante, absorbe agua del ambiente.

2.5 Tipos de bebidas

2.5.1 Fermentadas.

La fermentación es un proceso natural que se lleva a cabo cuando el jugo de frutos y cereales queda expuesto al aire durante un tiempo determinado; así, por la acción de unos hongos microscópicos llamados levaduras, el azúcar que contienen se transforma en alcohol fermentado. Las más comunes son: la cerveza, el pulque y la sidra (2 a 6 gl* de alcohol) y el vino (6.1 a 20 gl* de alcohol).

2.5.2 Destiladas.

La destilación consiste en hervir el alcohol fermentado. El vapor que se obtiene es condensado y pasado por un tubo de enfriamiento para convertirlo otra vez en líquido con una mayor concentración de alcohol. En su preparación, se separa el alcohol de otros componentes eliminando el agua, lo que las hace más concentradas. Entre las más comunes están: El tequila, el aguardiente, los licores, el ron, el whisky, el brandy y el mezcal (21 gl* a 40 gl* de alcohol).

**gl: Grados Gay Lussac son la medida de alcohol contenida en volumen. Equivale al porcentaje de alcohol en una bebida. La fórmula matemática para calcular los grados alcohólicos en una bebida es: $100 \times \text{volumen de alcohol} / \text{volumen total}$.*

2.6 *Concentración de alcohol y sus efectos al consumidor*

La cantidad de alcohol en la sangre se conoce como concentración de alcohol en la sangre (CAS), y se mide en porcentajes utilizando muestras de aliento, de sangre y de orina. Una persona con un porcentaje de una CAS de 0.10% significa que tiene una parte de alcohol por 1000 partes de sangre.

A mayor contenido de alcohol, se experimentan diversos cambios que pueden conducir a la embriaguez o intoxicación y esto es porque el alcohol llega al cerebro a través de la sangre. Una mujer con la misma dosis de alcohol se intoxica más rápidamente que un hombre porque la mujer tiene mas tejido graso, menos agua y sangre en el cuerpo. El hígado de la mujer fisiológicamente tiene menor capacidad para asimilar el alcohol.

2.7 *Tipos de Consumidores*

2.7.1 Abstemio absoluto.

Tiene un rechazo y aversión natural al alcohol, y esto puede tener origen congénito, conductas culturales, por enfermedades adquiridas que producen aversión o intolerancia a la sustancia o por situaciones vividas en el pasado.

2.7.2 Bebedor Moderado.

Ingestión habitual de diversas bebidas alcohólicas inferior a los $\frac{3}{4}$ litros por día. También se denomina “bebedor social”. La OMS lo define como “bebedor seguro” ya que puede controlar el consumo de alcohol frente a aquel otro que la pierde. También se puede llamar *Fase pre-alcohólica*, iniciada por motivación social.

2.7.3 Bebedor Habitual.

Su vida se centra en el alcohol. Estas personas no consumen por gusto sino porque les aporta una sensación de seguridad, valor o placer. En etapa se mantiene su estabilidad social, familiar, económica y autoestima, pero reconociendo que más adelante puede llegar a perder todo.

2.7.4 Bebedor excesivo.

Se embriaga más de una vez al mes. Tiene pérdida del control del consumo de alcohol que conducen a situaciones de abstinencia y subordinación a la clínica de base. Muestra conductas de huida o evitación, desinhibición o de estímulo, conductas anti dolor y anti enfermedad. Otra clasificación es *Fase crucial*, donde se pierde el conocimiento de que se ha instaurado la dependencia.

2.7.5 Alcohólico.

Se caracteriza por depender del alcohol, tanto física como psíquicamente y la incapacidad de detenerse o abstenerse.

2.7.6 Escala de Jellinek para la valoración del alcohólico.

Los tipos de bebedores se diferencian en la motivación de beber, la intensidad del consumo, el patrón de ingesta y las manifestaciones clínicas o psicosociales.

- a) Alfa: dependencia exclusivamente psicológica del alcohol en la que se someten a tratamiento los síntomas emocionales.
- b) Beta: bebedor episódico o dipsómano.
- c) Gamma: dependencia física y psíquica, pérdida de la capacidad de beber con moderación y pérdida del control.
- d) Delta: dependencia física e incapacidad para abstenerse de beber.
- e) Épsilon: alcoholismo periódico (dipsomanía), con las mismas características que la categoría gamma, pero con largos periodos de abstinencia.

2.8 *Intoxicación etílica*

El etanol es el componente principal del alcohol y ejerce su acción sobre las neuronas del sistema nervioso central atravesando sus membranas y desorganizando su estructura bilaminar. Este proceso altera la conformación lipídico-proteica y altera sus propiedades electrofisiológicas, y otras funciones, las cuales son las inherentes a los receptores y a los canales iónicos integrados en la membrana. Este mecanismo es el aceptado universalmente para justificar el efecto inhibitor del etanol sobre el sistema nervioso central.

El consumo simultáneo de medicamentos puede incrementar los efectos embriagantes del alcohol, especialmente si tienen efecto sedante. Lo mismo pasa si se consumen a la vez otras drogas de abuso como opioides, cannabis,

etc. Ahora, por lo contrario, la cocaína, anfetaminas y el MDMA reducen la sensación subjetiva de embriaguez, pero el rendimiento neurológico no mejora.

2.8.1 Intoxicación alcohólica aguda.

Es el consumo reciente de cantidades importantes de alcohol. El consumo excesivo puede producirse en consumidores no habituales y habituales dividiendo este último en bebedor excesivo y no excesivo. A pesar de la gravedad que implica, se trata de una de las más comunes patologías en el mundo, razón de accidentes de tráfico (el riesgo se duplica con alcoholemias de 50mg/dl y es cinco veces mas con 80mg/dl), accidentes de incendios, intentos de suicidio, agresiones, homicidios etc.

2.8.2 Fases de intoxicación etílica.

Las fases de la intoxicación etílica son:

1. Fase de excitación.
2. Fase de embriaguez.
3. Fase comatosa.
4. Fase bulbar o muerte.

Durante la fase de excitación, previo a la fase de embriaguez, se presentan las siguientes alcoholemias:

Alcoholemia	Efecto	Síntomas
Mayor de 50mg/dl	Alteraciones neurológicas no son detectables.	Puede haber una ligera descoordinación motora.
Entre 50 y 75mg/dl	Hay un efecto ansiolítico y de relajación.	Incoordinación motora evidente y hay alteraciones sensoriales.
Entre 75 y 100mg/dl	La tendencia para comunicar con los demás aumenta.	Incapacidad para conducir un vehículo.
Entre 100 y 150mg/dl	El cambio en el estado anímico y conducta es evidente.	Hay pérdida de la coordinación y nistagmos.
Entre 150 y 200gm/dl	Hay desinhibición y cambios de la personalidad.	Agresividad, dificultades al habla, ataxia, alteraciones en el pensamiento.

TABLA 1: ALCOHOLEMIAS PREVIAS A LA FASE DE EXCITACIÓN

2.8.3 Fase de embriaguez.

Alcoholemia de 200 a 300mg/dl. El habla es incoherente y entrecortada, incapacidad para caminar, incapacidad para ejecutar una conducta adecuada y orientada. Hay una intensa sensación vertiginosa, náusea y vómitos.

2.8.4 Fase comatosa.

Alcoholemia que sobrepasa los 300mg/dl. Hay estupor creciente, incapacidad para estar de pie, no se entiende el habla, hipotermia, bradicardia e hipotensión. La muerte puede aparecer por paro respiratorio. No suele durar más de 12 horas, si se prolonga habría que buscar otras causas o trastornos tóxicos o neurológicos que pueden provocar una coma.

2.8.5 Fase bulbar o de muerte.

Alcoholemia de más de 500mg/dl. La persona sufre shock cardiovascular, inhibición del centro respiratorio sigue paro cardiorrespiratoria y muerte. Hay individuos con una baja tolerancia por el alcohol que con una dosis baja sufren la fase de agitación y violencia que es seguida por sueño profundo y al despertar no se recuerda nada. Se denomina coloquialmente “borracheira patológica”.

2.8.6 Efectos secundarios.

La ingestión de alcohol puede agravar un cuadro depresivo y facilita el intento de suicidio o el suicidio.

La RESACA es un efecto secundario por la intoxicación del alcohol. Los síntomas dependen del tipo de bebida alcohólica ingerida, su grado etílico, la edad o el peso del individuo.

Por lo general los síntomas son:

- Cefalea constante.
- Zumbidos en los oídos.
- Malestar general.
- Sed intensa.
- Disuria hídrica.
- Irritación de la mucosa gástrica.
- Cansancio y debilidad muscular.

Para mitigar los efectos de la RESACA lo principal es la hidratación, pues el alcohol actúa como un diurético, comer algo azucarado o bebida azucarada, tomar un fármaco para controlar los síntomas de malestar como antiácido, o paracetamol.

2.8.7 Tratamiento a una intoxicación aguda.

No existe un tratamiento concreto, ya que el paciente se va tratar dependiendo la fase en que se encuentre. Durante la fase de excitación no hay tratamiento específico y se limita a la observación hasta que ceda los efectos del alcohol.

En la intoxicación de alcohol no hay medidas de acelerar la metabolización del etanol, y el lavado gástrico y carbón activado no es de mucha utilidad. Si el

intoxicado se vuelve muy violento o agresivo se puede utilizar sujeción física o sedación con diazepam. Al sedar al paciente hay que tener en cuenta que puede producir hipotensión y depresión respiratoria. Se pide análisis de sangre básica para corregir posibles desequilibrios que puedan existir. También es recomendable si hay la posibilidad, de investigar el consumo de otras drogas que se pudieran haber tomado simultáneamente.

El caso del intoxicado en coma es una urgencia médica. Hay que asegurar vía venosa, la vía aérea (intubación cuando necesario) y trasladar al paciente a un centro de cuidados más avanzados.

Al llegar a la Sala de Emergencias o Urgencia el paciente intoxicado se debe de tratar como cualquier paciente crítico, se prioriza las medidas de reanimación y estabilización de signos vitales. Hay que hacer una buena anamnesis para poder identificar el tóxico o los tóxicos implicados, un examen físico rápido con atención a los signos vitales.

a) Estabilización inicial.

Soporte respiratorio, asegurar la vía aérea, dar oxígeno con cánula o intubación si fuera necesario. Monitorear signos vitales, soporte hemodinámico, soporte neurológico, monitorear glucemia.

b) Identificación del tóxico

Hacer una anamnesis detallada; se interroga intoxicado si es posible y todos los presentes durante el evento. Examen físico completo detallado,

Complementarios: CBC, glucemia, química, y si es posible análisis toxicológicos. EKG, radiografías de tórax y abdomen.

c) Tratamiento específico del tóxico:

Para impedir la absorción:

- Lavado gástrico.
- Carbón activado.
- Lavado intestinal total.

Para aumentar la eliminación

- Depuración renal.
- Depuración extrarrenal.

d) Tratamiento sintomático

Se tratan los síntomas que aparecen de forma sintomática, por ejemplo, si hay convulsiones se tratan con anticonvulsivo.

e) Criterio de ingreso

Si la intoxicación es leve se mantiene en observación 4 a 6 horas, si el paciente está asintomático se puede dar de alta.

2.8.8 Prevención.

La prevención es una parte muy importante en el tratamiento de el alcoholismo, y consiste de:

- Prevención primaria.

Se transmite en forma de educación sanitaria y ayuda en la prevención del consumo de sustancias tóxicas. Estos elementos son: información, reforzar la relación en la familia, la escuela y comunidad, ayudar crear hábitos saludables y modelos para cambiar a la conducta positiva, como manejar el estrés.

- Prevención secundaria

Es la detección precoz del uso de sustancias tóxicas para poder intervenir y ayudar al paciente.

2.8.9 Complicaciones de la intoxicación crónica de alcohol.

En el **sistema nervioso** están:

- Síndrome de Wernicke-Korsakoff: relacionado con el déficit de vitamina B1.
- Encefalopatía de Wernicke: fallas en la orientación, apatía e indiferencia, disminución de reflejos. Se caracteriza por una triada sintomática: alteraciones oculomotoras, ataxia y confusión.

- La Esclerosis cortical laminar de Morel: se caracteriza por una pseudoparálisis cerebral y un cuadro psicótico.
- La enfermedad de Marchiafava-Bignami: aunque su patología es desconocida, es casi exclusivamente vista en pacientes alcohólicos desnutridos y en especial aquellos que consumen vino tinto. Se caracteriza por desmielinización y posterior necrosis de cuerpo caloso y la materia gris cortical. Causa demencia, espasticidad, disartria y marcha inestable.
- La degeneración cerebelosa alcohólica: Clínicamente presenta ataxia con aumento de la base de sustentación, inestabilidad e incoordinación de los miembros inferiores.
- La Demencia alcohólica: Se presenta deterioro de las funciones cognitivas que es progresivo hasta llegar a la demencia establecida.
- La polineuropatía periférica alcohólica: Deficiencia de complejo B. causa pérdida de fuerza muscular, sensación de quemazón en plantas y parestesias dolorosas.
- El Síndrome de disautonomía alcohólica: Presenta una combinación de sintomatología cardiovascular, digestiva, genitourinaria y endocrino. Los síntomas son; taquicardia sostenida, extrasístoles, hipotensión ortostática, diarrea, impotencia, incontinencia urinaria y trastornos de sudoración.

En el **sistema gastrointestinal** están:

- Hígado graso alcohólico. Se presenta en bebedores frecuentes. Al cesar el consumo de alcohol el proceso es reversible. Es acumulación de grasa producida por la pérdida de la eficiencia en la oxidación de los ácidos

grasos y el aumento de su utilización para esterificarlos a triglicéridos, asociada con disminución en la síntesis y secreción de lipoproteínas. Los síntomas son mínimos o hasta ausentes.

- La Hepatitis alcohólica. Es la precursora de la cirrosis. Es una lesión inflamatoria caracterizada por la infiltración hepática con leucocitos, daño hepático, necrosis de hepatocitos e hialinización alcohólica. Las secuelas de fibrosis son irreversibles. Se presenta clínicamente de leve hasta grave: anorexia, náuseas, vomito, disminución de peso, dolor abdominal, ictericia, fiebre, angiomas arteriales cutáneos, ascitis, edema, encefalopatía y hemorragia de vías digestivas.
- La cirrosis alcohólica. Es una fase avanzada que se presenta en la enfermedad hepática por consumo crónico de alcohol etílico. Se produce destrucción de los hepatocitos con una formación de tejido conectivo que los reemplaza. Síntomas son hipertensión portal, varices esofágicas, disminución del tamaño hepático e induración generando fibrosis de vasos, anorexia, desnutrición, disminución de la masa muscular, fatiga, debilidad, ictericia crónica, coma hepático, insuficiencia renal aguda y crónica, infecciones recurrentes.
- La pancreatitis crónica. Síntomas de dolor abdominal persistente, insuficiencia exocrina y cuadro de diabetes.
- El síndrome de mal absorción. Altera la absorción de minerales, vitaminas y otros nutrientes principalmente en el intestino delgado. Disminuye la concentración sanguínea de potasio, magnesio, zinc, fósforo y calcio.

En el **sistema cardiovascular** se han reportado múltiples alteraciones relacionados al consumo de alcohol, entre ellos están las miocardiopatías, arritmias e insuficiencia cardiaca congestiva.

En el **sistema osteomuscular** la miopatía alcohólica se presenta por atrofia muscular especialmente en los músculos de la cintura escapular y la pélvica.

En el **sistema endocrino** hay alteraciones del calcio, aumento de cortisol, inhibición de la secreción de vasopresina, disminución de T3 y T4 e hipoglucemia.

En el **sistema reproductivo del hombre** se puede presentar atrofia testicular, ginecomastia, impotencia, esterilidad y disminución de testosterona. En la mujer amenorrea, atrofia ovárica, ausencia de cuerpo lúteo y esterilidad.

En el **sistema renal** hay acción diurética por inhibición de la reabsorción tubular y disminución de la hormona antidiurética a nivel supra-óptico-ventricular.

En el **sistema hematopoyético** produce agranulocitosis tóxica que produce anemia, leucopenia y trombocitopenia, disminuyendo la agregación plaquetaria e inhibición del tromboxano A₂. En los alcohólicos crónicos afecta la inmunidad celular, presentando linfopenia absoluta que afecta principalmente los linfocitos T, cooperadores y supresores y a las células “natural killer”.

En el **ámbito bio-psico-social** el alcohólico al principio puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consume más y muestra menos efectos nocivos que la población normal no clasificada como alcohólicos. Sin embargo, pasando el

tiempo, el alcohol empieza a afectar a la persona cada vez con mayor importancia en sus relaciones personales, en su trabajo, su reputación, e incluso la salud física. El alcohol toma control de la persona y es incapaz de evitarlo o moderar su consumo.

A causa del consumo excesivo y prolongado de esta sustancia el organismo se ve obligado a requerir cantidades mas altas para poder sentir los mismos efectos, lo que se llama “tolerancia aumentada”, lo cual desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo hasta que llega a un límite, causando un cambio opuesto, es decir, la supuesta resistencia se pierde y entonces “asimila menos”, los efectos aparecen más rápido con menos cantidad de alcohol ingerido. Por eso poder tolerar más alcohol es en sí un riesgo de alcoholización.

2.9 Dependencia alcohólica

Según la APA (American Psychiatric Association), la dependencia alcohólica *es una enfermedad en la que estados afectivos patológicos, procesamiento cognitivo disfuncional y hábitos rígidos estereotipados desarrollados durante años de consumo de alcohol, llevan a unos comportamientos limitados y desadaptativos. En términos de psicología social el sujeto falla finalmente en su propia regulación.*

Cuando el alcohol se consume durante un tiempo prolongado y continuo o en cantidades importantes, el cuerpo se habitúa a ello lo cual conlleva a que el cuerpo necesita del alcohol para poder funcionar. Esta necesidad para beber puede ser para poder afrontar distintas situaciones, para estar tranquilo o para

perder el miedo. Todo esto lleva a una falsa percepción de la realidad. Esto se determina dependencia psicológica.

También existe la dependencia física cuando el cuerpo se acostumbra a vivir con una cantidad de alcohol en su interior y cuando esto disminuye o desaparece el sujeto empieza con síntomas de nerviosismo, temblores o náuseas. Esta condición se conoce como Síndrome de Abstinencia. El síndrome de abstinencia al alcohol provoca malestar físico, psíquico y empiezan a aparecer enfermedades derivadas del consumo de alcohol. En las dos situaciones la persona mejora de forma temporal al volver a beber.

El Síndrome de Dependencia al alcohol se denomina Alcoholismo, término que fue introducido por el médico sueco Magnus Huss en 1849. Él contribuyó a generalizar el concepto de la patología asociado al consumo de alcohol y señaló que todo tipo de bebida alcohólica sin excepción tienen un riesgo potencial de afectar negativamente la salud física del usuario.

2.9.1 Síndrome de Abstinencia.

Es un conjunto de síntomas con diferentes grados de intensidad que aparecen al dejar de beber. Aparece de 6 a 48 horas después de suspender el consumo de alcohol en bebedores diarios y presentan síntomas de nerviosismo, temblor, debilidad, escalofríos, sudoración, ansiedad, insomnio... Si no hay complicaciones remite a los 2 a 5 días.

En bebedores de gran cantidad aparece además de lo anterior, *delirium tremens*, que ocurre entre 2 y 10 días después de dejar de ingerir alcohol y que puede ser

mortal. Los síntomas son ansiedad, desorientación, pesadillas, sudoración excesiva, alteraciones en el tacto y depresión profunda, en ocasiones taquicardia, fiebre, disminución de atención, somnolencia, letargo, estupor, delirio, excitación, miedo, convulsiones y alucinaciones. El tratamiento del *delirium tremens* debe iniciarse lo más pronto posible, utilizando diazepam, de la cual se administran 10mg IV en 3 a 5 minutos. Se puede repetir 5 mg IV en 20 minutos después si el paciente no se ha tranquilizado. El tratamiento de mantenimiento es con clorpromazina 50 a 100mg. Los pacientes deben ser monitoreados cuidadosamente para prevenir la broncoaspiración y cambios en el ritmo cardiaco. Líquidos parenterales son recomendados para mantener el equilibrio hidroelectrolítico. En caso de hipomagnesemia, se sugiere utilizar sulfato de magnesio al 50% en de dosis de 1 amp de 2ml cada 6 horas, de acuerdo a las concentraciones séricas, y se diluye en 20ml de dextrosa al 5%. También se trata con complejo B.

2.10 Localización. Distrito de Cayo, Belice

El Distrito del Cayo es un distrito situado al oeste de Belice, frontera con Guatemala. Es el distrito más grande del país y es donde está localizada la capital de Belice, Belmopán. En este distrito se encuentra el hospital regional *Western Regional Hospital*, que es el punto de referencia para esta región. En el distrito también se encuentra el pueblo de Santa Elena y San Ignacio y Benque Viejo Del Carmen. Hay un gran número de aldeas distribuidas por todo el distrito.

Cada pueblo cuenta con un centro de salud, siendo el de Santa Elena y San Ignacio más grande que el de Benque Viejo Del Carmen. Estos centros están

clasificados como policlínicos y no hospitales ya que no tienen salas de ingreso y no brindan los diferentes servicios como cirugía general, ginecobstetricia, pediatría, etc. Los servicios van dirigidos a la salud primaria, con médicos generales que se encargan de los pacientes. Solo el hospital regional y el policlínico de Santa Elena y San Ignacio tiene servicio de emergencia 24 horas al día. En estos policlínicos solo hay camas de observación y si el paciente necesita de servicios más especializados se trasladan vía ambulancia hacia el hospital regional.

San Ignacio y Santa Elena es un pueblo que tiene mucha atracción turística, así que muchos negocios dirigidos al servicio gastronómico lo cual conlleva a que muchos de los restaurantes, bares y *night-clubs* ofrezcan todo tipo de bebida alcohólica.

Una gran problemática que causa fácil acceso al alcohol es que la frontera de Guatemala está cerca y hay intercambio de dinero, pues el Dólar Beliceño tiene más valor que el Quetzal Guatemalteco (tres quetzales por un dólar beliceño) y esto causa que el costo de la cerveza u otros tipos de bebidas sean más baratas en Guatemala. Esta situación ha abierto las puertas al contrabando, e incluso hay personas dedicadas a llevar bebidas alcohólicas desde Guatemala a Belice para vender a un precio más razonable que el propio producto local.

3. METODOLOGÍA

Mediante el sistema electrónico **BHIS Belize Health Information System** utilizado en Belice para integrar información de cada paciente visto en cualquier área de salud del país, se investigó el número de pacientes que visitaron su área de salud por cualquier motivo que tuvo que ver con el uso de alcohol, desde accidentes, traumas, o enfermedades crónicas.

Utilizando esa información se realizaron tres tablas que indicaron el grupo de edad, escolaridad, sexo y ocupación. También se nombraron las condiciones más frecuentes de por qué las personas acudieron a su área de salud durante los años 2017 y 2018.

4. RESULTADOS

En una encuesta realizada en 2005 por la oficina de Estadísticas Central, donde se tomaron como muestras 2,400 casas y se realizaron preguntas a cada miembro de la familia, se encontró que uno de cada tres beliceños es un bebedor, y toman más de tres tragos al día.

Se encontró que la cerveza es el tipo de bebida más consumida por ambos sexos, seguido por el Stout y después por el Ron. El consumo de alcohol es más común o más alto en áreas urbanas que rurales. Los distritos en los que más se consume el alcohol eran Belice y Stann Creek, explicando así por qué los criollos y los garífunas consumen más alcohol que los mestizos y los mayas.

Se encontró que la gente con menos recursos económicos son los que más consumen alcohol. También se menciona que la gente con bajo nivel de educación consumen más alcohol que los que tienen un alto nivel de educación. Muchos de los entrevistados también mencionan que cuando están bajo la influencia del alcohol y tienen relaciones sexuales no usan condones durante el acto.

En el 2013 se realizó un estudio en la ciudad de Belice sobre la prevalencia y patrón sobre el uso de drogas en estudiantes del tercer año del colegio 2012-2013. Se reportó que los estudiantes masculinos consumían más alcohol que las estudiantes femeninas, 76.3% masculino a 58.4% femenino. Se reportó que los varones empezaban a tomar a la edad de 13.2 años mientras que las muchachas empezaban un año mas tarde. También se reportó que los varones se emborrachaban más que las muchachas. En total los estudiantes reportaron

emborracharse 4 veces al mes. El uso de alcohol ocurría más en sus propias casas, en la casa de un amigo que en un evento social. Muchos reportaron conseguir el alcohol de un amigo y muchos lo compraban en las tiendas ellos mismos. El tipo de bebida preferida fue bebidas mixtas o “mixed drinks”, después seguido por ron, cerveza y cerveza tipo stout.

El uso del alcohol a tan temprana edad en Belice es un problema porque no hay una vigilancia estricta de la venta del alcohol. Es prohibida la venta de alcohol a menores, pero en todo el país casi todas las tiendas y supermercados pagan sus licencias y tienen permiso de vender bebidas alcohólicas de todo tipo. No como en muchos países hay licorerías, entonces hay un mejor control de las ventas. Entonces por tener acceso a las bebidas alcohólicas tan al alcance se vende a consumidores de cualquier edad. Muchos de las tiendas de barrios conocen a sus clientes, entonces un niño puede llegar a comprar una cerveza y decir es de su papá y se la venden.

4.1 Pacientes que acudieron por uso de alcohol en La Región de Salud del Oeste

4.1.1 Por edad.

En la siguiente tabla se muestran las personas que acudieron al servicio de emergencia y consulta externa por uso de alcohol en La Región de Salud del Oeste por grupo de Edad. 2017—2018 en el Distrito del Cayo.

Rango de edades	Años						Gran Total
	2017			2018			
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	
5-9	-	-	-	-	1	1	1
10-14	1	-	1	2	-	2	3
15-19	3	4	7	3	10	13	20
20-24	6	13	19	3	13	16	35
25-29	2	16	18	2	19	21	39
30-34	5	11	16	4	19	23	39
35-39	-	12	12	2	15	17	29
40-44	2	15	17	1	19	20	37
45-49	2	10	12	-	10	10	22
50-54	1	11	12	1	7	8	20
55-59	-	7	7	-	9	9	16
60-64	1	8	9	1	8	9	18
65+	1	3	4	-	7	7	11
Gran Total	24	110	134	19	137	156	290

TABLA 2: CONSULTA EXTERNA POR USO DE ALCOHOL EN LA REGIÓN DE SALUD DEL OESTE
FUENTE: ESTADÍSTICAS CENTRALES

En esta tabla se puede ver que en el 2017 un total de 134 personas visitaron a su área de salud por algún motivo relacionado al uso del alcohol. Se observa que los hombres acudieron más a su área de salud que las mujeres, 110 a 24 respectivamente.

En las mujeres la edad más afectada es la del grupo de 20 a 24 años y para los hombres de 25 a 29 años. En el 2017 la edad más joven afectada fue un caso de 10 a 14 años y el más viejo fue de más de 65 años, 4 en total.

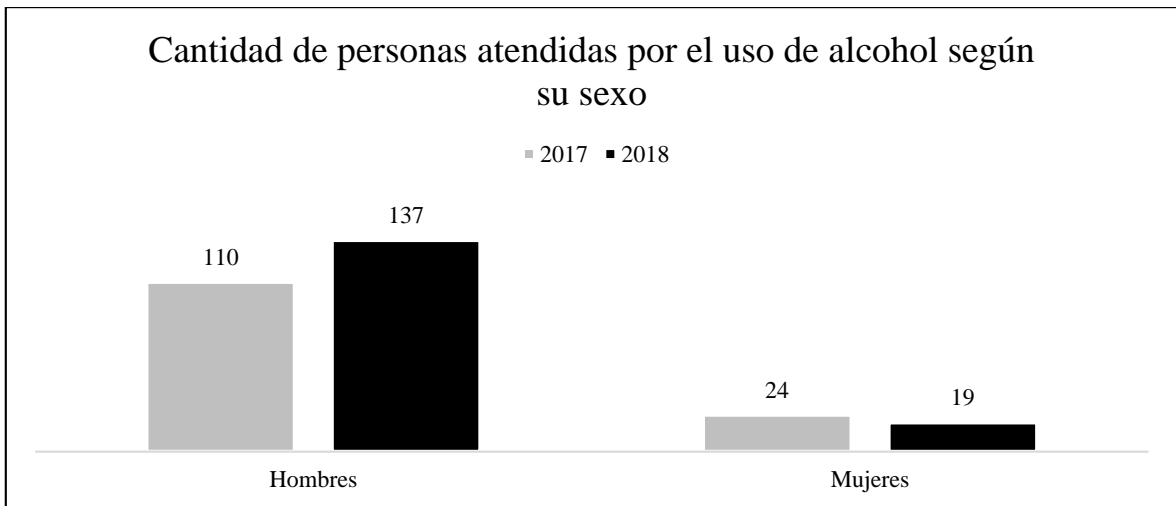


GRÁFICO 2: CANTIDAD DE PERSONAS ATENDIDAS POR EL USO DE ALCOHOL SEGÚN SU SEXO 2017-2018

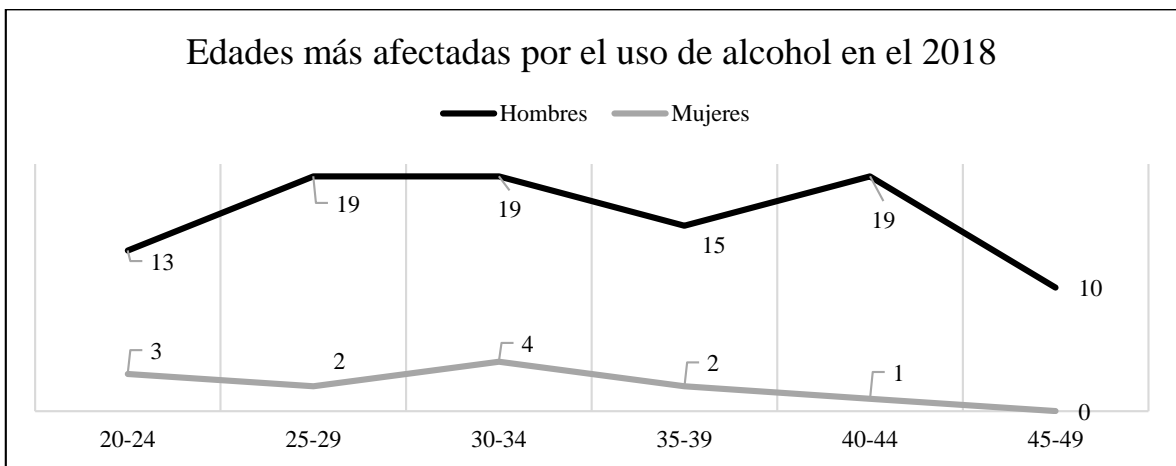
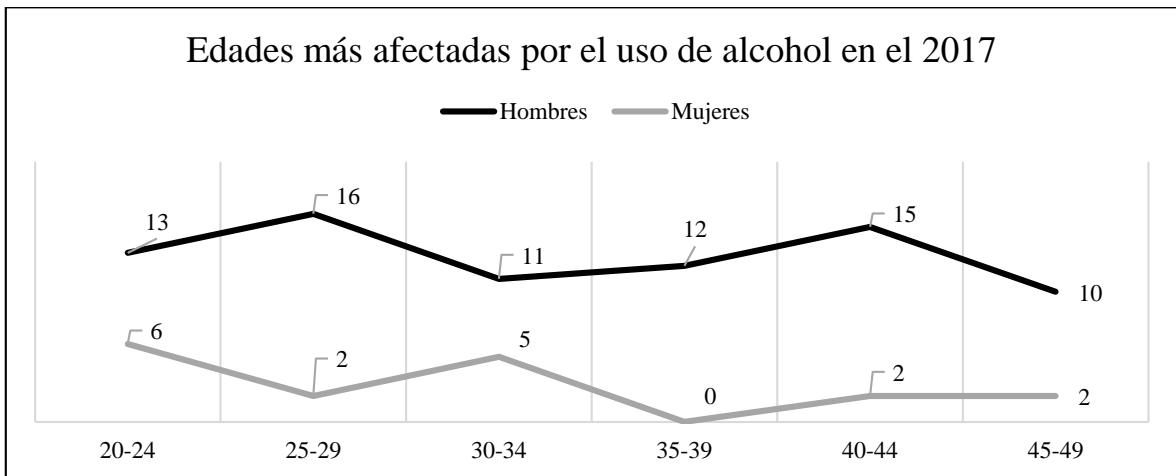


GRÁFICO 3: RANGO DE EDADES MÁS AFECTADAS POR EL USO DE ALCOHOL 2017-2018

En 2018 hay un cambio en que aparece un caso en grupo de 5 a 9 años y la edad más afectada en las mujeres cambió al grupo de 30 a 34 años y también menos mujeres acudieron a su centro de salud, 19 en total, 5 menos que año anterior. En el grupo de los hombres se aprecia un ligero aumento en los casos con un total de 137, 3 más que el año anterior y se evidencia que tres grupos empataron para los grupos de edad más afectado sean de 25 a 29, 30 a 34, y 40 a 44 años.

4.1.2 Por escolaridad.

En la siguiente tabla se muestra el nivel de escolaridad de los pacientes atendidos en los centros de salud.

Nivel escolar	Años						Gran Total
	2017			2018			
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	
Ninguno	-	8	8	1	6	7	15
Primaria	6	56	62	9	84	93	155
Secundaria	11	30	41	7	34	41	82
Bachillerato	-	1	1	-	1	1	2
Terciaria	2	-	2	1	2	3	5
Universidad	-	4	4		3	3	7
Desconocido	5	11	16	1	7	8	24
Gran Total	24	110	134	19	137	156	290

TABLA 3: NIVEL ESCOLAR DE PACIENTES VISTO EN UN PUESTO DE SALUD POR CONSUMO DE ALCOHOL 2017 A 2018.

FUENTE: ESTADÍSTICAS CENTRALES

En la tabla se distribuye la información en mujeres y hombres desde la primaria hasta la universidad y también los que no tienen educación o no terminaron.

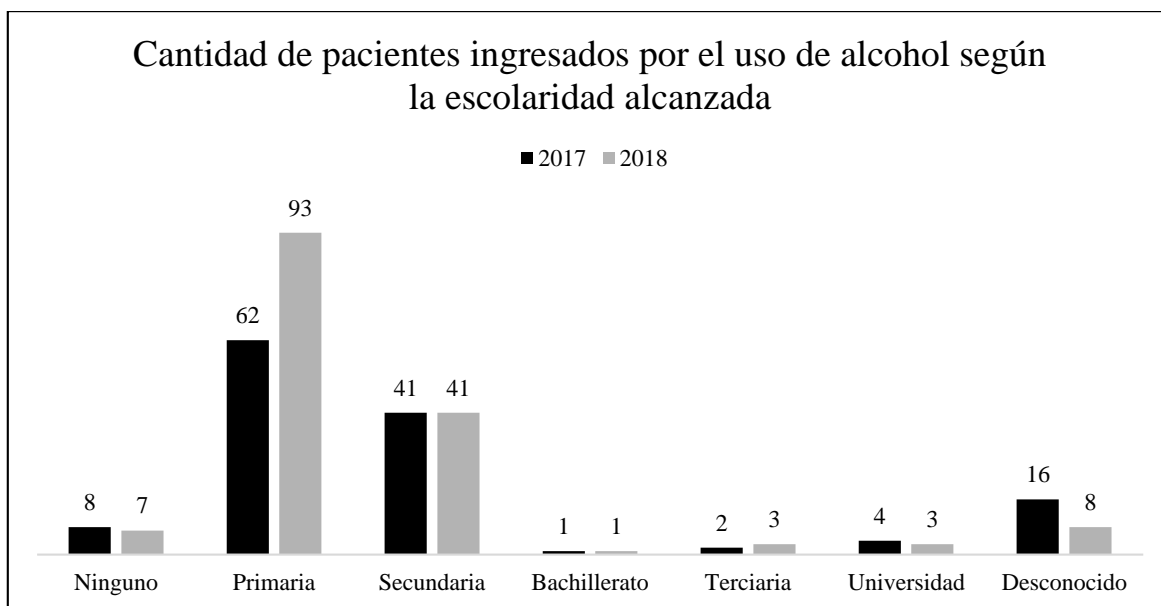


GRÁFICO 4: CANTIDAD DE PACIENTES INGRESADOS POR EL USO DE ALCOHOL SEGÚN LA ESCOLARIDAD ALCANZADA 2017-2018

En las mujeres en 2017 se vio que el grupo más afectado fue de mujeres que terminaron la secundaria, no se reportó casos para el grupo sin educación y universidad. En los hombres en el año 2017 se observa el grupo que terminaron la primaria más afectado seguido por los de secundaria. No se reportó caso para preuniversitarios.

En el 2018 para las mujeres las que terminaron primaria sobrepasaron las que terminaron la secundaria. En los hombres hubo un incremento de casos, pero se mantuvo igual que los que terminaron primaria fueron más afectados que los que terminaron secundaria. En total en 2018 hubo un incremento de casos reportados en todos los grupos, 156 casos a 134 en 2017.

4.1.3 Por profesión.

En la siguiente tabla se muestra la profesión de los pacientes atendidos en los centros de salud.

Profesión	Años						Gran Total
	2017			2018			
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	
Panaderos	-	1	1	-	-	-	1
Empresarios	-	3	3	-	1	1	4
Carniceros	-	1	1	-	-	-	1
Carpinteros	-	-	-	-	3	3	3
Cajeros	-	-	-	-	1	1	1
Conserje	-	1	1	-	-	-	1
Clerk	-	-	-	-	1	1	1
Contratista	-	5	5	-	10	10	15
Consultor	1	-	1	-	-	-	1
Cocinero	1	-	1	-	1	1	2
Doméstico	2	1	3	-	-	-	3
Conductor	-	1	1	-	-	-	1
Electricista	-	5	5	-	-	-	5
Ingeniero	-	-	-	-	1	1	1
Granjero	-	1	1	-	2	2	3
Agricultor	-	4	4	-	2	2	6
Pescador	-	1	1	-	-	-	1
Trabajador de Hospital	1	-	1	-	1	1	2
Ama de casa	1	-	1	4	-	4	5
Inspector Detective	1	-	1	-	-	-	1

Profesión	Años						Gran Total
	2017			2018			
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	
Joyero	-	1	1	-	-	-	1
Obrero	-	10	10	-	22	22	32
Albañil	-	2	2	-	4	4	6
Mecánico	-	3	3	-	4	4	7
Mensajero	-			-	1	1	1
Ninguno	1	2	3	1	3	4	7
Asistente de oficina	-	1	1	-	-	-	1
Otro	-	-	-	-	1	1	1
Pintor	-	2	2	-	-	-	2
Policía	-	1	1	-	5	5	6
Guarda de prisión	-	1	1	-	-	-	1
Retirado	-	-		-	1	1	1
Representante de ventas	1	-	1	-	-	-	1
Director de escuela	-	-	-	-	1	1	1
Secretaria	-	-	-	2	-	2	2
Seguridad	-	2	2	-	2	2	4
Vendedor en tienda	-	-	-	-	1	1	1
Vendedor en la calle	-	-	-	1	-	1	1
Estudiante	5	9	14	4	15	19	33
Taxista	-	2	2	-	1	1	3
Maestro	-	3	3	-	-	-	3
Técnico	-	-	-	-	1	1	1

Profesión	Años						Gran Total
	2017			2018			
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	
Guía turístico	-	3	3	-	2	2	5
Desconocido	-	6	6	1	4	5	11
Soldador	-	2	2	-	-	-	2
Grand Total	24	110	134	19	137	156	290

TABLA 4: PERSONAS AFECTADAS POR EL USO DE ALCOHOL POR DISTRIBUCIÓN DE OCUPACIÓN 2017 A 2018
FUENTE: ESTADÍSTICAS TOTALES

En la tabla anterior se hizo una lista de las ocupaciones que más se presentaron en el área de salud del distrito del Cayo por el uso de alcohol. Hay una distribución de trabajos que son de alto nivel de estudio, nivel técnico y sin necesidad de educación. También hubo pacientes sin empleo.

En los dos años analizados se pudo ver que los pacientes sin empleo son los más afectados en ambos mujeres y hombres. En el 2017 hubo 10 mujeres afectadas y 36 hombres, en 2018 hubo menos mujeres con 6, pero más hombres con 46.

En este estudio se puede ver advertir que las personas que hacen trabajo manual o de la construcción u otros eran los más afectados. En este grupo los hombres eran los únicos reportados afectados, en el 2017 se reportaron 15 hombres y en 2018 se reportaron 32 hombres en uno de los centros de salud por el uso de alcohol. Se observa un incremento de casi el doble de pacientes en el 2018.

4.2 *Condiciones, enfermedades o lesiones reportados en las áreas de salud*

La presente lista muestra las condiciones, enfermedades o lesiones más reportados en los años 2017 y 2018 debido al ingreso de pacientes por uso de alcohol:

- Amputación traumática de alguna parte del cuerpo, más común un dedo.
- Heridas abiertas: cabeza, cara, miembros superiores, miembros inferiores.
- Accidentes de tránsito: bicicleta, motocicleta y autos.
- Abuso físico: peleas de calle y domésticas.
- Fracturas: mandíbula, cráneo, miembros.
- Caídas de: escaleras, escalones y de lugares altos.
- Asalto sexual.
- Atropellados por autos: personas borrachas caminando en las calles sin cuidado.
- Atento de suicidio.
- Trastornos mentales y de comportamiento por el uso de alcohol.
- Insomnio.
- Gastritis.
- Anemia.
- Malnutrición.
- Hemorragias gastrointestinales.
- Ascitis por cirrosis alcohólica.
- VIH.
- Tuberculosis.

- Sífilis.
- Depresión.
- Fallo renal agudo.

5. CONCLUSIONES

Mediante este trabajo se mostró que el alcohol es un problema social y de salud muy importante porque afecta a personas de los diferentes niveles de vida y sexo. Afecta no solo al individuo, sino a su familia, su trabajo, su producción, sus compañeros de trabajo o de escuela. Se analizaron los casos de 424 personas durante los años 2017 y 2018, distribuidas de la siguiente manera:



GRÁFICO 5: CANTIDAD TOTAL DE PERSONAS INGRESADAS POR USO DEL ALCOHOL EN EL 2017 Y 2018

En este análisis se puede observar que la gente más afectada son jóvenes y de bajos recursos con nivel de estudio bajo. Se podría decir que esta situación se está viendo porque en los últimos años el costo de vida en Belice ha aumentado mucho, esto afecta a las personas que vienen de familias de bajo recursos causando una limitación de opciones que tienen para el futuro. Los jóvenes entonces, por falta de tener oportunidades de seguir sus estudios, optan por buscar trabajo, lo que causa que estas personas no podrán tener un trabajo de oficina o de ser gerentes por la falta de educación. Ellos entonces se tendrán que dedicarse al trabajo manual o en caso de las mujeres trabajo de domésticas.

El abuso de alcohol proviene de una costumbre con que se crece en las familias, que, aunque de medio o bajo recursos, siempre cuando hay una celebración en la casa por cualquier motivo el alcohol tiene su lugar.

El grupo de los jóvenes es afectado por la falta de tener un plan personal para sus futuros y entonces pasan mucho tiempo socializando y en fiestas en los clubes, bares en grupos que los lleva a hacer y experimentar diferentes cosas. Los accidentes de motocicleta son muchos porque el joven con trabajo manual (de construcción) no tendrá para comprar un carro, pero si una motocicleta y sin pensar salen toman y conducen bajo la influencia del alcohol y terminan en un accidente.

En la población adulta afectada también las causas que llevan al abuso de alcohol son casi las mismas, falta de recursos para mantener a la familia, pagar las cuentas y los estudios de los niños. La depresión es una causa de que los adultos llegan al abuso de alcohol y ha causado a muchos llegar al alcoholismo destruyendo sus vidas por completo. Es una creencia que el alcohol ayuda con la depresión, pero como hemos visto en este trabajo que solo hace la situación peor.

Los accidentes ocurren cuando una persona está en el estado de embriaguez porque sabemos de incapacidad mental que causa el alcohol, pero mucha gente asegura que son más alertos y despiertos cuando toman alcohol. Pero los casos de accidentes de tránsito que se reportaron en el estudio siempre fueron causados por una persona que estaba bajo la influencia del alcohol.

La dependencia del alcohol ha llevado a enfermedades crónicas, casos de ascitis por cirrosis alcohólica, malnutrición de los alcohólicos por vivir en la calle, infecciones de transmisión sexual por no usar condones cuando están en estado de embriaguez.

El alcohol tal vez nunca podrá regresar a ser una droga ilegal, pero con los estudios y análisis que se han hecho de sus efectos agudos y crónicos se puede buscar una forma para desarrollar planes para reducir su efecto sobre la población. En los últimos años se ha buscado ayuda de organizaciones como PAHO y la OMS para poder desarrollar programas que van a dirigirse al problema del abuso de alcohol en Belice. Se ha tratado de repartir la información hacia las escuelas para tratar de enseñar a los jóvenes desde temprana edad que el uso de alcohol es algo malo que afecta la salud y la familia en conjunto.

6. RECOMENDACIONES

El alcohol por ser la droga legal más aceptada en todo el mundo llega a ser una de las más abusadas. La sociedad lo evalúa como algo que no causa o no pudiera llegar a causar un problema con eventuales repercusiones. Muchos argumentan que lo pueden controlar y toman solo cuando quieren y cuanto quieren.

El alcohol puede provocar el uso o abuso de otras drogas, generalmente cuando le persona llega a la dependencia y necesita más para poder sentirse bien. Por estos motivos hay que poner más interés en el control del alcohol.

Se recomienda para los sectores más afectados:

- Más apoyo psicológico para la población.
- Desarrollar programas para personas con la adicción ya establecida y apoyo a su familia.
- Revisar las leyes que gobiernan la venta de alcohol para controlar la venta a menores de edad.
- Ser más estrictos con los conductores de autos o de motocicletas cuando se encuentran conduciendo bajo la influencia del alcohol.

7. REFERENCIAS

Evolución histórica del alcohol. (“evolucion-historica-del-alcohol,” n.d.).

La verdad sobre el Alcohol (Foundation for a Drug-Free World, 2009).

Monografía sobre el Alcoholismo (Pascual Pastor & Guardia Serecigni, 2012).

Intoxicación por alcohol o etanol. (Rui & Si, 2006).

Belize alcohol charts (“Belize,” 2010).

Epidemiology unit Belmopan, Belize.

Artículo de noticia: Channel 5 news: Defining guidelines to alleviate alcohol abuse. 22nd November 2011.

CTV 3: Alcoholism a serious problem in Belize, 4th September 2014

Amandala Newspaper: Alcoholism, Belize’s best kept secret. 30th September 2014.

San Pedro Sun Newspaper: From social drinking to alcohol abuse: It’s a thin line 13th September 2011.