



Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

Secretaría de Educación Continua

PRONAP'01

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

Módulo N° 4

El lactante hipotónico

Trastornos de aprendizaje

Alcoholismo

2001

Sociedad Argentina de Pediatría

PRONAP'01

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

Módulo N° 4

El lactante hipotónico

Trastornos de aprendizaje

Alcoholismo



Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

Secretaría de Educación Continua

PRONAP'01

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

Con auspicio de:

*Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia (UNICEF).*

*Oficina Panamericana de la
Salud (OPS).*

*Ministerio de Salud de la
Nación.*

*Declarado de interés
por el Honorable Senado
de la Nación.*

**Buenos Aires
2001**

Módulo N° 4

El lactante hipotónico

Trastornos de aprendizaje

Alcoholismo

Comisión Directiva SAP

Presidente:
Dr. Horacio Lejarra
Vicepresidente 1º:
Dr. Elena Cisaruk de Lanzotti
Vicepresidente 2º:
Dr. Daniel Beltramino
Secretaría General:
Dr. Mario Grenoville
Tesorero:
Dr. Raúl Sixto Merech
Pro-Tesorero:
Dr. Gerardo Vaucheret
Secretario de Educación Continua:
Dr. Margarita Ramonet
Secretario de Actas y Reglamentos:
Dr. Diego Gustavo Faingold
Secretario de Relaciones Institucionales:
Dr. Jesús María Rey
Secretario de Regiones, Filiales y Delegaciones:
Dr. Ernesto Alda
Secretaría de Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo:
Dr. Lilia Garibotto
Secretaría de Medios y Relaciones Comunitarias:
Dr. Gloria Muzzio de Califano
Vocal 1º:
Dr. Miguel A. Naser
Vocal 2º:
Dr. Angela Gentile
Vocal 3º:
Dr. Eduardo Ramos
Coordinación Técnica:
Dr. F. Alejandro Mohr

Secretaría de Educación Continua

Presidente:
Dr. Margarita Ramonet
Vocales:
Dr. Silvia Castrillón
Dr. Fernando Ferrero
Dr. Isabel Maza
Dr. Fabiana Ossorio
Dr. Luis Urrutia
Dr. Nélida Valdata de Blanco
Dr. Lucrecia Arpi
Asesoras Pedagógicas:
Lic. Amanda Galli
Lic. Claudia Castro
Coordinación PRONAP:
Dr. María Luisa Ageitos
Coordinación Editorial:
Dr. Teodoro F. Puga
Asistente PRONAP:
Dr. Virginia Orazi
Secretaría Administrativa:
María Laura Boria
Olga Daletto
Tomás Pángaro

Consejo Asesor del PRONAP

Directores de Región:

Región Metropolitana
Dr. José L. Cervetto
Región Litoral
Dr. Orlando Alvarez
Región Pampeana Norte
Dr. Rodolfo Vergara
Región Pampeana Sur
Dr. Daniel A. Molina
Región Centro Cuyo
Dr. Ingrid Waisman
Región Noreste (NEA)
Dr. Helena Mabel Llanos
Región Noroeste (NOA)
Dr. Nélida Cusa
Región Patagónica Andina
Dr. Jorge Angaut Rocha
Región Patagónica Atlántica
Dr. Raúl Puig

Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría

Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP)

Av. Coronel Díaz 1971 • (1425) Buenos Aires

Tel: (011) 4821-2318/2319/5033/8612 • internos: 130/131 • Fax directo las 24 horas: interno 132

E.mail: pronap@sap.org.ar • Internet: <http://www.sap.org.ar>

Horario de atención: lunes a viernes de 12.30 a 19.30 horas

© Sociedad Argentina de Pediatría, 2001.

ISBN: 987-9051-38-6

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Sociedad Argentina de Pediatría. Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Producción Gráfica Integral:



• Tte. Gral. J. D. Perón 935 • 1038 Capital Federal • Telefax: 4327-1172

Diseño Editorial: Martín Sesini

PRONAP informa

información importante para Usted

Se acerca el final del año y nos encuentra con el último Módulo, dispuestos a reencontrarnos al final del curso.

Con este Módulo Ud. está recibiendo:

- ✓ Examen Final 2001.
- ✓ Encuesta de Opinión.
- ✓ Hoja suelta para padres: "Diez Sugerencias ...".
- ✓ Separadores para archivar hojas sueltas.
- ✓ La Ficha de Inscripción para el PRONAP 2002.
- ✓ La Ficha para solicitar Certificación Acumulada.

- **El Examen Final 2001.** El examen tiene 80 preguntas y para aprobarlo deberá contestar correctamente 48 (nivel de exigencia requerido: 60% de respuestas correctas). Como Ud. sabe, usamos formularios ópticos. **Rogamos lea atentamente el instructivo para el llenado, respetando cada indicación, de lo contrario no podremos computar sus respuestas y Ud. no recibirá el certificado correspondiente.**

La fecha de entrega del Examen Final, la Encuesta de Opinión y el Trabajo en Terreno es hasta el 30 de abril del 2002. No hay prórroga para estas entregas y no se aceptarán formularios una vez vencido el plazo.

Conserve una fotocopia de las entregas, para tener constancia de sus respuestas en caso de posteriores reclamos.

- **Encuesta de Opinión 2001.** La Encuesta de Opinión tiene 70 preguntas y será corregida por un lector óptico al igual que el Examen Final y el Trabajo en Terreno. Los formularios son parecidos (igual color y formato), **NO LOS CONFUNDA**, lea atentamente el título de cada uno para identificarlos.

Su respuesta a la Encuesta de Opinión es de mucho interés para nosotros.

Ud. es el responsable de sus entregas.

No olvide el seguimiento de las mismas telefónicamente

o por mail en un tiempo prudencial.

Con auspicio de:

*Fondo de las Naciones
Unidas para la Infancia
(UNICEF).*

*Organización Panamericana
de la Salud (OPS).*

*Ministerio de Salud de
la Nación.*

*Declarado de interés por el
Honorable Senado de
la Nación.*

• **Certificación 2001**

Si Ud. aprueba el examen del PRONAP, recibirá una certificación por 250 horas y en el caso de haber concurrido al Encuentro Presencial su diploma será por 280 horas.

El resultado del examen estará en su poder antes del 30 de agosto del 2002.

Si no recibe el resultado y/o la certificación, rogamos contactarse con la Secretaría del PRONAP. Para este **reclamo** hay una **fecha tope: 31/12/02.**

*Le recordamos que para **APROBAR EL PRONAP** deberá tener los siguientes requisitos cumplidos:*

- Encuesta de Opinión entregada en fecha.
- Trabajo en Terreno entregado en fecha.
- Examen Final aprobado (60% de respuestas correctas).

Recuerde que Ud puede solicitar la **Certificación acumulada** del "Ciclo Naranja". Para esta solicitud, lea la ficha correspondiente.

• **Correo**

"...Concurrí al presencial, y salí muy gratificada..."

"El video muy bueno."

"... hubo mucha participación, cosa que no había sucedido en otros años." L.

"... fui al encuentro presencial. Fue muy agradable encontrarse con profesionales de la zona que no conocía y además en un ambiente totalmente distendido y amable."

"... la organización local no nos dejó faltar combustible alimenticio. Muy bueno." G.A.

"Ojalá mantengamos "esta curva de crecimiento" profesional, ética y colegiada por muchas generaciones!!!" E.A.

"La organización del Encuentro Presencial por parte de la Fital fue excelente y los participantes demostraron un interés, a veces poco común en esta época de crisis e incertidumbre.

Eventos como estos, en los que se intercambian experiencias regionales, enriquecen a todos los que de alguna manera luchamos "por un niño sano en un mundo mejor"... M.S.

Encuentro Presencial de Río Cuarto:

"Me resultó útil el material de Educación para la Salud. En un jardín, a niños de 4 años les conté el cuento de las bacterias enemigas. Les mando el dibujo que realizó uno de ellos" M.Y.



Provincia de Buenos Aires:

"El Encuentro Presencial fue interesante, dinámico, casos clínicos concretos. Creo que mejoran muy bien!, pero es largo, si bien los temas lo merecen" H.L.

• **PRONAP 2002**

Con este módulo Ud. recibirá la **Ficha de Inscripción al PRONAP 2002**.

LA INSCRIPCION COMIENZA EL 01/12/01 HASTA EL 29/03/02

Tenga en cuenta que la Ficha de Inscripción para el lector óptico sólo puede ser utilizada por el ALUMNO del Curso.

Si Ud. conoce a algún profesional que quiera inscribirse al PRONAP por primera vez, por favor, pídale que solicite la Ficha de Inscripción para nuevos alumnos (manual) a la Secretaría del PRONAP o cualquier Filial de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Los temas del 2002 fueron seleccionados, como siempre, en base a las sugerencias de los inscriptos, de los miembros de la Secretaría de Educación Continua, de la consulta a los Presidentes de Filiales y Directores de Región. La decisión final del listado para el año que viene ha estado a cargo de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Los temas seleccionados son:

- Adenomegalias
- Asfixia perinatal
- Enfermedades neurometabólicas
- Enuresis
- Infección urinaria recurrente
- Hijos de padres separados
- Vacunas
- Supervisión del crecimiento y desarrollo del adolescente
- Trastornos de la marcha

- Síndrome del X frágil
- Enfermedades re emergentes: TBC
- Habilidades de la comunicación.

En el año 2002 comenzará el cuarto ciclo de 3 años (2002/2004).

Se sumarán nuevas secciones:

- Diálogos con expertos y
- Testimonios de experiencias.

Al final de cada año se entregarán los textos de los cuatro módulos en CD Rom.

Los socios de SAP podrán abonar el curso en 3 ó 5 cuotas.

¡Gracias por llegar hasta aquí en su lectura!

Por último le pedimos que **si realizó un cambio en su domicilio** nos avise lo más pronto posible para evitar retrasos en la recepción de los Módulos y/o Certificado.

Les deseamos a todos nuestros alumnos unas felices fiestas y esperamos, sinceramente, que el año que comienza sea mejor para los niños argentinos y sus familias.

*"En épocas de crisis debemos apelar
a los valores y a los amores.*

*'No dejarnos abatir por la desesperanza
o la indiferencia y continuar luchando
por un futuro mejor".*

Equipo PRONAP -2001-

PRONAP'01

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

El lactante hipotónico

Dr. A. Marcelo Di Blasi

Trastornos de aprendizaje

Dra. Ana María Soprano

Alcoholismo

Dr. Camilo Verruno

Procesamiento Didáctico

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

capítulo 1

El lactante hipotónico

Introducción

La frecuencia estimada de problemas neurológicos en pediatría ambulatoria está en alrededor del 10% o menos. El 70-75% de dicho porcentaje lo constituye el retraso del desarrollo psicomotor presunto o confirmado. En la mayoría de ellos la hipotonía es el signo clínico predominante.

El lactante hipotónico o "flojo" (floppy) constituye un verdadero problema diagnóstico en la práctica pediátrica, particularmente en el período neonatal. Si bien no existe una definición precisa, hablamos de hipotonía en aquel bebé "blando" e hiperextensible, difícil de sostener en una postura determinada o al moverlo hacia una postura (por tener menor resistencia al movimiento pasivo). Por ejemplo, al traccionarlo de las manos para levantarlo hacia la sedestación o al tratar de tenerlo sentado. La combinación de hipotonía e hiperextensibilidad (o hiperlaxitud) provoca en el lactante posturas no habituales (bizarras) y de aspecto desgarrado. Es más común escuchar hablar de un lactante hipotónico por esta razón más que por la estricta definición de hipotonía ("...tensión o tonicidad disminuida especialmente de los músculos". Diccionario Médico Salvat 1976). Sin embargo, resulta muy útil la descripción ya que define por sí misma el tono "postural" que, en adelante, llamaremos simplemente tono.

Es fundamental aquí distinguir hipotonía de debilidad muscular. Mientras que la hipotonía habla de la resistencia disminuida al movimiento pasivo y la hiperextensibilidad al aumento anormal de la amplitud del movimiento articular, la debilidad se refiere a la disminución de la fuerza y por lo tanto al movimiento activo. Un bebé puede ser hipotónico pero tener la fuerza muscular normal. Algunas maniobras simples como la posibilidad de sostener un brazo elevado contra la gravedad o la intensidad de la respuesta de retirada ante un estímulo doloroso puede ser muy útil a la hora de hacer la distinción entre hipotonía y debilidad.

Con fines didácticos y de simplificación la vía motora puede dividirse en unidades neuronales motoras superior (o primera motoneurona) e inferior (o segunda motoneurona). La superior consta de la motoneurona cortical, del haz motor y la fibra nerviosa mielínica que atraviesa el tracto corticoespinal finalizando en la masa internuncial de la médula, adyacente a las células del asta anterior. La inferior consta de la motoneurona en el asta anterior, el nervio periférico, la unión neuromuscular y el músculo.



Dr. A. Marcelo Di Blasi

- Neurólogo de Niños (1987 - SAP - SANI).
- Ex Jefe de Residentes del Hospital "Ricardo Gutiérrez".
Ex Jefe e Instructor de Residentes del Hospital "Dr. Pedro de Elizalde".
Ex Médico Asistente del Hospital "Prof. Dr. J.P. Garrahan".
Recertificación de Título de Especialista (1997 - SAP - SANI).
- Consultor Hospital Zonal de Esquel, Provincia de Chubut.
- Neurólogo Infantil del Instituto Materno Infantil (IMI) y del Hospital Privado Regional. San Carlos de Bariloche, Provincia de Río Negro.

Los trastornos que afectan al tono muscular se pueden dividir entonces en afecciones de la motoneurona superior o central e inferior o periférica. Por supuesto, los trastornos mixtos también se producen.

La causa más frecuente de hipotonía es la central o superior; no obstante hay que resaltar que las afecciones centrales en el recién nacido como en el lactante pueden provocar tanto una disminución como un aumento del tono muscular. La presencia de reflejos osteotendinosos profundos normales o vivos indica que el bebé probablemente no padece una afección de la motoneurona inferior.

El examinador deberá estar atento a otros signos de disfunción cerebral como letargia, falta de respuesta al ambiente (estímulos visuales y auditivos), falta de desarrollo de las aptitudes sociales en los primeros meses de vida; persistencia de patrones posturales primitivos (de extensión acostados boca arriba y de flexión boca abajo, con retracción de hombros), retraso del desarrollo del lenguaje y del razonamiento en niños mayores.

Las alteraciones de la motoneurona inferior provocan hipotonía y debilidad. Además se producen hipo-arreflexia, fasciculaciones y atrofia muscular. Salvo algunas excepciones no se afectan las funciones "centrales" de alerta, comunicación y de respuesta al ambiente.

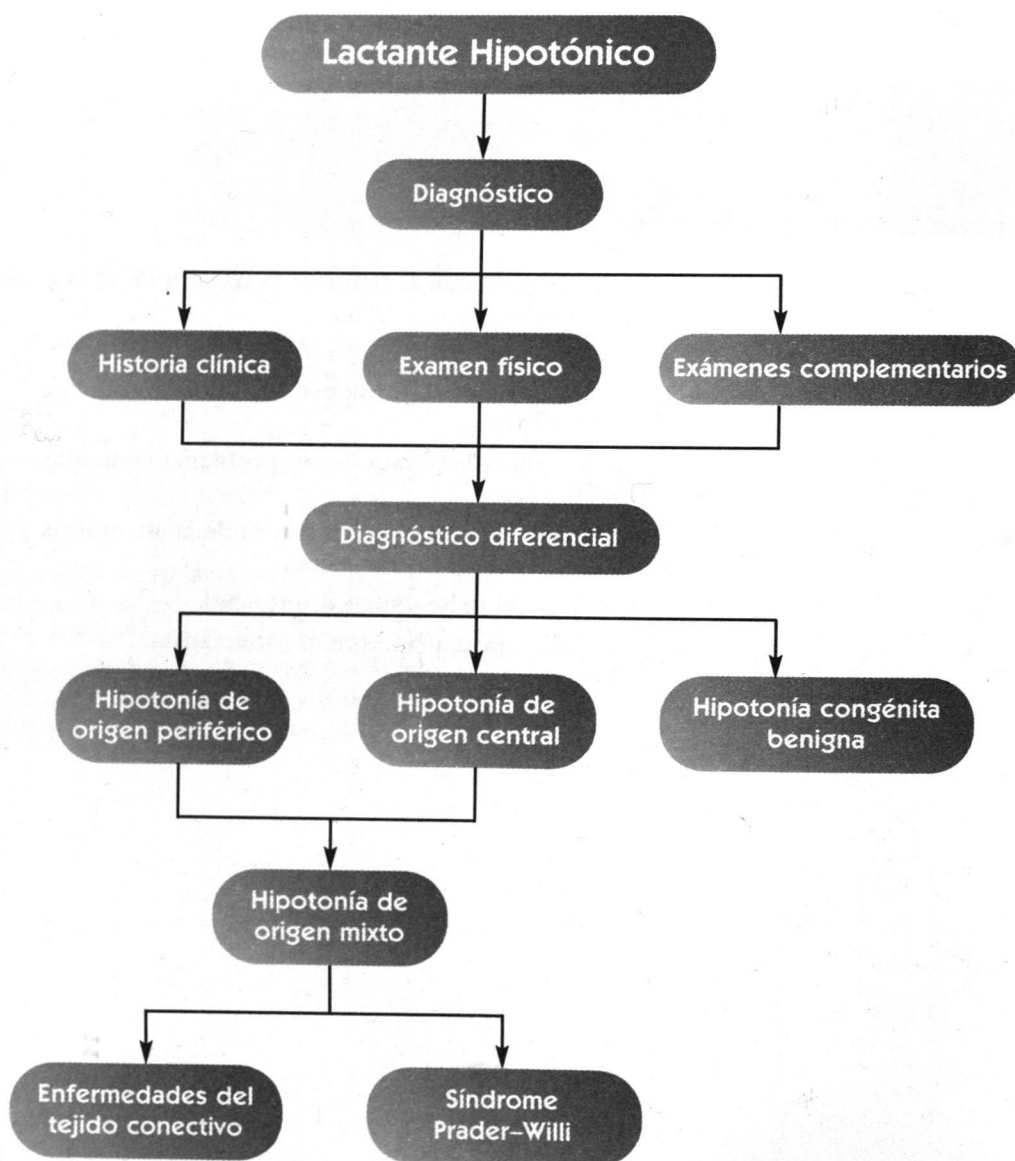
En la evaluación de un lactante con hipotonía, el clínico debe considerar entonces si se encuentra frente a un problema de la motoneurona inferior o si la hipotonía es síntoma de un trastorno de la motoneurona superior (Sistema Nervioso Central (SNC)).

Objetivos

Esperamos que al finalizar la lectura de este capítulo Ud. sea capaz de:

- Definir “lactante hipotónico”.
- Recordar la epidemiología y la etiología de esta enfermedad.
- Identificar si se trata de un problema central o periférico.
- Realizar el diagnóstico a través de la anamnesis y del examen físico completo.
- Realizar el diagnóstico diferencial.
- Derivar oportunamente al especialista.

Esquema de Contenidos



Proceso diagnóstico

1. Historia clínica

Como comienzo de cualquier proceso diagnóstico, la historia clínica es la herramienta "llave"; más aún si se utiliza orientada al problema.

Un dato muy importante a la hora de evaluar la hipotonía es cuándo fue observada o detectada por primera vez (¿desde el nacimiento o más tarde?), teniendo en cuenta que los padres "primerizos" pueden no tener elementos para comparar y podrían no reconocer la alteración. Sin embargo, muchas veces esta información nos es de utilidad para establecer la etiología del tono muscular anormal. La presentación en podálica al momento del parto es común entre los antecedentes de los niños que luego son diagnosticados como portadores de enfermedad de la unidad motora inferior sin que por el momento se halla establecido una explicación para ello. La displasia/luxación de caderas puede estar presente en las miopatías congénitas. La evolución en el tiempo permitirá establecer si va mejorando, empeorando o si la debilidad es intermitente. La distribución de la debilidad (proximal, distal, global) se puede establecer preguntando por ejemplo si: - ¿mueve los dedos (de los pies o manos) mejor que los músculos de la pelvis o de los hombros?

Otro aspecto insoslayable a considerar es el **desarrollo de las pautas madurativas**. El tono muscular normal de los recién nacidos provoca una postura de flexión de extremidades y tronco. Se pierde generalmente alrededor de los 4 meses en los miembros superiores y alrededor de los 5 en los inferiores. **La ausencia de dicha flexión en el primer trimestre indicará hipotonía**. Los reflejos de succión-deglución; prensión palmar y plantar; la reacción de enderezamiento, de marcha; el acompañamiento de la cabeza en la maniobra de tracción desde la posición supina al sentarlo; el reflejo de Landau; el sostén cefálico y la sedestación se pueden considerar en el interrogatorio y siempre en el examen físico.

El llanto (débil o disfónico); el nivel de alerta y su desarrollo a través del contacto visual y la sonrisa social nos informará de las funciones cerebrales no motoras que se asocian a la hipotonía por lesión de la motoneurona superior.

Finalmente, dado que muchos trastornos de la unidad motora inferior están genéticamente determinados; se debe revisar la historia familiar en busca de otros miembros afectados, consanguinidad, etc.; a veces el examen de los padres y hermanos, contribuyen al diagnóstico. Por ejemplo, si se sospecha una Distrofia Miotónica Congénita o de comienzo temprano, se debe examinar e interrogar a la madre acerca de dificultades para abrir o cerrar una canilla; para destapar un frasco o simplemente darle la mano y verificar si tiene dificultades para soltarla. En el bebé encontraremos fenotipo facial miopático e hipotonía con trastornos de la succión deglución y tanto la percusión muscular como el electromiograma (EMG) no revelarán miotonía hasta bastante más edad.

La expresión de debilidad en los músculos orofaciales puede registrarse si los padres refieren que el niño/a duerme con los párpados entreabiertos. En los bebés menos afectados, sin embargo, las dificultades en la succión-deglución pueden pasar inadvertidas para los padres y se debe interrogar puntualmente. A modo de síntesis le presentamos el siguiente cuadro.

Cuadro I: Lactante hipotónico: Historia orientada al problema

- ¿Cuándo notó la hipotonía y/o debilidad?
- ¿Empeoró o mejoró?
- ¿Tiene más movimientos en los dedos que en la cadera u hombros?
- Pautas madurativas
- ¿Tiene los párpados abiertos cuando duerme?
- ¿Compromiso respiratorio?
- ¿Dificultades en la succión-deglución?
- ¿Movimientos intrauterinos?
- ¿Presentación podálica?
- ¿Historia familiar? ¿Consanguinidad?

2. Examen físico

El examen físico debe ser global, ya que el hallazgo de anomalías fuera del sistema neuromuscular puede ayudar a reconocer el diagnóstico.

Me refiero a dismorfias como paladar ojival; micrognatia; cardiomiopatía; pie talo; escoliosis; anomalías articulares (hiperlaxitud, luxaciones, artrogriposis, etc.) genitales; etc. La observación y manipulación de las contracturas fijas de los miembros pueden poner de manifiesto que la hipotonía se acompañó de una agresión prenatal. Los lactantes prematuros suelen ser normalmente hipotónicos aun cuando no estén enfermos; por lo tanto, para valorarlos durante los primeros meses de vida deberá tenerse en cuenta su edad corregida.

La tendencia del lactante a adoptar posturas no habituales, como de "rana", en la que el niño en posición supina, adopta una posición de los miembros inferiores rotados **externamente y en abducción, puede indicar la presencia de hipotonía.**

El bebé hipotónico puede tener dificultades ya evidentes al nacimiento. La debilidad se asocia con frecuencia a la hipotonía, provocando mala succión, llanto débil y esfuerzo respiratorio. **Deberá sospecharse debilidad cuando el lactante no retira bruscamente un miembro en respuesta a estímulos dolorosos o presenta dificultad para levantar un miembro o de mantener la posición de una extremidad elevada, como ya fue mencionado anteriormente.**

La pronación-supinación, flexión y extensión pasivas de los miembros, sacudiendo suavemente las manos y los pies al tiempo que se sujetan las muñecas o los tobillos, son medios corrientes de valorar el tono. **Debe llamar la atención cuando se sacuden los brazos por las muñecas y las manos se mueven con gran amplitud, así como cuando los codos pueden extenderse más allá de los límites normales.** La valoración del signo de la bufanda consiste en doblar el brazo del lactante alrededor del pecho, y es positivo cuando puede llevarse fácilmente el codo más allá de la línea media.

Uno de los mejores medios para valorar el tono es utilizar la maniobra de tracción, durante la cual se observa el control de la cabeza, la flexión de los codos y la postura general del cuerpo y del dorso.

Los pies del bebé hipotónico pueden llevarse a la oreja contralateral, mientras que cuando la hipotonía es profunda puede ser posible realizar la flexión dorsal del extremo del pie.

El lactante hipotónico se deslizará por las manos del examinador cuando se le sostiene por las axilas (maniobra de la suspensión vertical). Si se le sostiene por el tronco en posición prona, extendido (maniobra de suspensión horizontal), la gravedad provocará la flexión o la inclinación de la cabeza y extremidades. El lactante normal mantendrá la cabeza erecta y flexionará los miembros contra la gravedad al mantener su dorso recto.

La debilidad facial, la succión débil, la debilidad de los músculos de la deglución y la paresia de los elevadores del párpado y de la musculatura extraocular muchas veces se asocian a miopatías raras. En la lengua deben buscarse cuidadosamente la atrofia y las fibrilaciones. La pobreza de movimientos indica la presencia de una debilidad concomitante. Si hay debilidad en las extremidades, deberá tratarse de establecer si es proximal o distal. Los niños mayores presentarán un pie talo plano, pronación de los tobillos y rodilla en retroversión.

La deformidad del tórax en embudo (pectus excavatum) y el tórax en forma de campana pueden indicar el predominio de la fuerza del diafragma sobre la de los músculos intercostales durante el esfuerzo respiratorio. En la Distrofia Miotónica Congénita y en algunas miopatías congénitas muchas veces hay deformidades esqueléticas y contracturas fijas. Las contracturas fijas de los miembros pueden indicar la presencia de una Artrogriposis Múltiple Congénita.

En los lactantes no pueden observarse fasciculaciones de los músculos de los miembros debido al abundante tejido subcutáneo; sin embargo, el examinador experimentado puede palpar el músculo y estimar la tonicidad de la masa muscular.

En el niño prematuro y en el recién nacido de término deben provocarse siempre los reflejos tendinosos profundos. Estos reflejos pueden resultar difíciles de obtener en el tríceps y de dificultad variable en el bíceps pero están siempre presentes los rotulianos y aquileanos.

Además de la mayoría de las características mencionadas más arriba, la hipotonía en el niño que camina puede manifestarse por una marcha con genu recurvatum y pie valgo. La presencia de escoliosis indica la existencia de debilidad asociada y probablemente de una enfermedad neuromuscular.

Cuando la motoneurona inferior está afectada, los reflejos osteotendinosos suelen ser débi-

les o ausentes como en la Atrofia Espinal Infantil donde faltan completamente. Cuando la afectada es la motoneurona superior, los reflejos son normales o exaltados. Finalmente, la percusión de una masa muscular como la eminencia tenar o la lengua en el niño mayor, puede poner de manifiesto una miotonía que consiste en la persistencia de la depresión que provocó el golpe del martillo en el músculo (dificultad para de-contraerse).

Cuadro II: Lactante hipotónico: Examen físico orientado al problema

- Anomalías sistémicas, dismorfias, hipertrofia miocárdica, defectos óseos.
- Pruebas y maniobras motoras.
- Fasciculaciones de la lengua y minipolimioclonus.
- Reflejos osteotendinosos.
- Evaluación del desarrollo.

3. Exámenes complementarios

Los exámenes de laboratorio pueden dividirse en:

- a) Sanguíneos.
 - b) Neurofisiológicos (Electromiografía - Velocidad de Conducción).
 - c) Histopatológicos.
 - d) Imágenes.
- a) Las pruebas de sangre deben ser dirigidas y orientadas de acuerdo a la sospecha clínica. Enzimas musculares se deben solicitar cuando existe hipotonía con debilidad constante o intermitente.

A partir de aquí, sean normales o anormales las enzimas, la mejor conducta es la derivación al neuropediatra, quien deberá ordenar las pruebas a solicitar de acuerdo a su presunción diagnóstica.

Test moleculares de ADN actualmente disponibles, se solicitan frente a algunas sospechas

diagnósticas como Atrofia Espinal Infantil progresiva; Distrofia Miotónica Congénita; neuropatías sensoriomotoras hereditarias; determinadas miopatías mitocondriales; distrofia muscular tipo Duchenne/Becker; etc., evitándose en esos casos estudios más agresivos y dolorosos.

- b) La Electromiografía consiste en el registro, por medio de un electrodo de aguja, de la actividad eléctrica (potenciales de acción) de las fibras musculares que se contraen aisladamente o en grupos cerca de los electrodos. Distingue los cuadros neurogénicos de los miopáticos. En lactantes se requiere mucha experiencia y paciencia para obtener resultados e interpretaciones óptimos. La valoración adecuada de los potenciales de inserción, reposo, de acción y durante el movimiento es muy importante y en algunos casos muy específicos para el diagnóstico. La velocidad de conducción (VC) resulta extremadamente útil para distinguir entre los varios tipos de neuropatías periféricas y cuando la neuropatía periférica forma parte de un cuadro asociado a patología central donde sin este método se la puede pasar por alto fácilmente.
- c) La biopsia muscular con aguja o cirugía constituye la prueba definitiva para el diagnóstico de miopatías específicas. Sin embargo las probabilidades de que la biopsia muscular proporcione datos diagnósticos son escasas: -si las enzimas y el electromiograma fueron normales; -si se obtiene en fases iniciales de la enfermedad; -si se obtiene en fases muy tardías o en músculos muy afectados (músculo en "fase terminal"). Es de suma utilidad en las miopatías congénitas estructurales, metabólicas y mitocondriales entre otras; recordando siempre que el material obtenido debe prepararse adecuadamente para su análisis histoquímico; bioquímico y ultraestructural.
- d) La neuroimagen, Tomografía Axial Computada (TAC) o Resonancia Magnética Nuclear (RMN) **sólo está indicada** cuando la hipotonía está asociada no sólo a retardo motor sino a trastornos de las habilidades adaptativas; trastornos oculares; convulsiones o desconexión.

Diagnóstico diferencial

Desde un punto de vista didáctico se pueden agrupar según exista hipotonía asociada o no a debilidad (Cuadros III - IV - V).

Cuadro III: Lactante hipotónico: Debilidad extrema con hipotonía.

- Atrofia muscular espinal hereditaria tipo I (0-6 meses; progresiva; muerte antes de 2 años).
- Atrofia muscular espinal hereditaria tipo II (6-18 meses; expectativa de vida 30 años).
- Miopatías estructurales congénitas (nemalínica; miotubular; desproporción de fibras; mitocondriales; con núcleo central).
- Glucogenosis tipos II; III.
- Deficiencia de carnitina (deficiencia de acyl-CoA deshidrogenasa; aciduria glutárica II; deficiencia de carnitina-palmitoil transferasa; deficiencia primaria de carnitina muscular; etc.).
- Parálisis periódicas (canalopatías).
- Distrofia miotónica congénita.
- Distrofia muscular congénita.
- Miastenia neonatal y congénita.
- Neuropatías hereditarias y adquiridas (Charcot; Dejerinne, disautonomía, etc.).

Cuadro IV: Lactante hipotónico: Hipotonía sin debilidad.

1. Trastornos del SNC	Deficiencia mental inespecífica Trauma de parto: Hemorragia intracraneal; Hipoxia-isquemia intraparto Parálisis cerebral hipotónica Enfermedades metabólicas: lipidosis; mucopolisacridosis; aminoacidurias; síndrome de Leigh Anomalías cromosómicas: síndrome de Down
2. Enf. del Tejido conectivo	Laxitud ligamentaria congénita; Ehler-Danlos; Marfan; Osteogénesis imperfecta
3. Prader-Willi	Hipotonía, obesidad
4. Metabólicas, endócrinas, nutricionales	Hipercalcemia, desnutrición; hipotiroidismo
5. Hipotonía congénita benigna	

Cuadro V: Diagnóstico diferencial en recién nacidos que presentan hipotonía severa asociada a dificultades de la succión-deglución por orden de frecuencia.

- | | |
|--|--|
| 1- Atrofia espinal infantil tipo I (Enf. de Werdnig-Hoffmann). | 4- Miopatía estructural (miotubular o nemalínica). |
| 2- Distrofia miotónica congénita. | 5- Miastenia gravis neonatal (madre miasténica). |
| 3- Síndrome de Prader-Willi. | 6- Trauma cerebral y asfisia perinatal. |

a) Hipotonía de origen periférico (motoneurona inferior):

En el lactante la hipotonía de origen periférico se asocia siempre a debilidad progresiva o intermitente. Las causas principales serán probablemente Atrofia Espinal Infantil, que se caracteriza por reducción de la fuerza muscular y del movimiento espontáneo en forma progresiva. En casi el 60% de los casos los síntomas comienzan en el primer trimestre y en más de la mitad de ellos en el primer mes de vida. **La debilidad muscular es simétrica y más notable en la porción proximal de las extremidades, los músculos se atrofian progresivamente; los reflejos están ausentes.** Tanto los músculos faciales, el diafragma como el miocardio suelen estar preservados. No hay retraso intelectual ni trastornos esfinterianos. La forma progresiva o tipo I lleva a la muerte en los primeros 2 años de evolución.

Otros diagnósticos pueden ser: miopatía congénita; Distrofia Miotónica Congénita (DMC); etc. El grado y distribución de la debilidad puede ayudar a distinguir entre estas causas. Los músculos faciales estarán afectados en las distrofias y miopatías congénitas pero respetados en la Atrofia Espinal Infantil (AEI). Los trastornos de la succión-deglución son comunes en la AEI y en la DMC. El compromiso ocular es característico de las miopatías mitocondriales; de algunas miopatías congénitas (miotubular) y de la DMC. La presencia de deformidades esqueléticas y contracturas es común en la distrofia muscular congénita tanto como en la DMC.

b) Hipotonía de origen central (motoneurona superior):

Sin duda constituye el grupo más común de problemas asociados con hipotonía. En todos los casos que se presentan con hipotonía o retraso en la adquisición de las pautas motoras es importante establecer si el retraso motor es una manifestación aislada o si existen otras que sugieran retraso intelectual. Esta asociación señala al SNC como origen de la hipotonía. Por lo tanto, los reflejos osteotendinosos (ROT) aumentados y el clonus harán presumir la forma hipotónica de enfermedad motriz cerebral, antes denominada parálisis cerebral (PC); la presencia de estigmas característicos en el síndrome de Down por ejemplo; si la historia muestra regresión tanto intelectual como de otras funciones deberá pensarse en enfermedades progresivas del SNC. Las imágenes en este grupo aportarán datos semiológicos muy valiosos, sobre todo

las imágenes por Resonancia Magnética para el estudio de las enfermedades de la sustancia blanca.

c) Hipotonía de origen mixto:

c.1.) Enfermedades del tejido conectivo:

Este es otro grupo importante de trastornos que se pueden presentar con hipotonía y retraso de las pautas motoras. Muchos de ellos remedan muy fuertemente las de origen neuromuscular pero, la evaluación cuidadosa mostrará buena fuerza muscular donde la disfunción motora está relacionada con la inestabilidad de las articulaciones por la hiperlaxitud ligamentaria. Algunas de estas enfermedades tienen carácter hereditario dominante y los antecedentes parentales pueden constituir la "llave" para la sospecha diagnóstica.

Otros signos clínicos que ayudan son: escleróticas azules y fracturas frecuentes (osteogénesis imperfecta); hiperlaxitud de la piel (Ehler-Danlos); estrías en cuello y hombros; iridodonesis ("iris flotante") y trastornos visuales (Marfan); escoliosis y cardiopatía (Marfan; Ehler-Danlos); etc.

c.2.) Síndrome de Prader-Willi:

Este síndrome poco frecuente (1:10.000-15.000) se caracteriza por una hipotonía severa en el período neonatal; dificultades en la alimentación; retraso del desarrollo ponderal que luego de los 2 años de edad es seguida de hiperfagia y marcada obesidad, baja talla, hipogonadismo y aspecto facial típico se debe a una delección del cromosoma 15q11-13 de origen paterno en un 70% de los casos o bien a una disomía uniparental materna en un 29% de los casos. Presentan además retraso mental y trastornos del sistema nervioso autónomo. En la adolescencia desarrollan diabetes tipo II.

d) Hipotonía congénita benigna:

Si luego de una minuciosa investigación, en un lactante con hipotonía leve a moderada y retraso motor estas manifestaciones no están asociadas a debilidad ni anomalías electrofisiológicas ni cognitivas ni de otro sistema en un bebé por lo demás sano y bien conectado, se puede plantear como diagnóstico una hipotonía congénita benigna. El pronóstico es verdaderamente benigno aunque para algunos autores la tendencia a resolverse completamente no ocurre en todos los casos. No obstante, el seguimiento a largo plazo será la conducta médica más prudente.

Ejercicio N° 1

1. Defina "lactante hipotónico".

.....
.....
.....

2. Diferencie hipotonía de debilidad muscular.

.....
.....
.....

3. Describa alguna maniobra que le permita distinguir entre hipotonía y debilidad muscular.

.....
.....
.....

4. Enumere por lo menos tres aspectos importantes a considerar en la historia clínica orientada al problema.

.....
.....
.....

Identifique Verdadero o Falso en las siguientes afirmaciones.

5. Un bebé puede ser hipotónico pero tener la fuerza muscular normal.

☐ V ☐ F

6. La causa más frecuente de hipotonía es la central o superior.

☐ V ☐ F

7. Las alteraciones de la motoneurona inferior afectan las funciones de alerta, comunicación y de respuesta al ambiente.

☐ V ☐ F

8. Los lactantes prematuros suelen ser normalmente hipotónicos aun cuando no estén enfermos; por lo tanto, para valorarlos durante los primeros meses de vida deberá tenerse en cuenta su edad corregida.

☐ V ☐ F

9. Cuando la motoneurona superior está afectada, los reflejos osteotendinosos suelen ser débiles o estar ausentes.

☐ V ☐ F

Ejercicio N° 1

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.

10. Ud. recibe en consulta por primera vez a un bebé de 45 días derivado por el neonatólogo para su seguimiento. La madre de 35 años de edad, sana, refiere que Juan en los últimos 15 días comenzó a moverse mucho menos, lo levanta en brazos y siente que se le "escurre". Lo nota muy flojito y cuando lo alimenta su actitud es la habitual, la succión es fuerte pero se atora y regurgita. Está adinámico. Sigue con la mirada y esboza sonrisa social pero el llanto se debilitó y respira levemente agitado. Afebril. Tiene dos hermanos sanos.

¿Cuál de los siguientes diagnósticos se plantea en primer lugar?

- a) Miastenia gravis neonatal.
- b) Atrofia Espinal Infantil tipo I.
- c) Secuelas motoras por trauma de parto.
- d) Distrofia Miotónica Congénita.

11. Una niña de 6 años consulta por trastornos visuales progresivos y trastornos de aprendizaje. Como antecedentes refieren hipotonía en el primer año de vida y prolapso de la válvula mitral leve asintomático. Llama la atención la talla alta y la desproporción de los brazos con respecto al tronco. Los dedos largos y muy laxos. Ud. piensa, entre otras posibilidades, que podría ser un síndrome de Marfan.

¿Qué signos clínicos esperaría encontrar para reforzar más su presunción?

- a) Estrías en cuello y hombros, escoliosis, iridodonesis.
- b) Hipo-arreflexia rotuliana, escoliosis, iridodonesis.
- c) Escoliosis, iridodonesis.
- d) Iridodonesis, hipo-arreflexia rotuliana, estrías en cuello.

¿Qué conducta se debe asumir si se confirma su presunción?

.....

.....

.....

Conclusiones

El lactante hipotónico constituye un verdadero desafío tanto para el pediatra como para el neurólogo infantil. Dada la heterogeneidad de patologías que pueden manifestarse con hipotonía, el uso racional de los exámenes complementarios, una vez arribada a la presunción de si se trata de un problema central o periférico, debe ser dirigido por el especialista.

Una cuidadosa historia clínica y luego un minucioso examen neurológico evitarán en no pocos casos el uso de métodos innecesarios o cruentos. Si bien la mayoría de lactantes hipotónicos que se ven a diario son producto de una pobre estimulación postural y "holding" por parte de los padres o cuidadores, no es recomendable quedarse con esa hipótesis indefinidamente.

El examen físico normal y un oportuno asesoramiento con respecto a lo conveniente de la estimulación postural para cualquier bebé, provocará necesariamente un cambio en el tono postural y debe revalorarse en un lapso no mayor a un mes. Si no se produjo una mejoría, atención, continuar con un control cercano de la evolución y/o aparición de otras manifestaciones.

Finalmente, se podría ensayar una definición operativa de "lactante hipotónico": es aquel niño que presenta dificultades para sostenerlo tanto en brazos como en posición de sentado y que aparece desmañado y flojo al tratar de cambiarlo de posición y que a pesar de todo no progresa o lo hace muy lentamente en sus pautas del desarrollo motor.

Bibliografía recomendada

1. Russman B y Spiro A. The hypotonic infant: motor unit disorders. American Academy of Neurology, 1998.
2. Aicardi J. Disease of the nervous system in childhood. Clinics in Developmental Medicine N° 115/118; 22: 1172- 1237, 1992.
3. Colomer J y Fernández Álvarez E. El lactante hipotónico. Neurología Pediátrica. 2ª edición: 479-483, 1997.
4. Dubowitz V. Muscle Disorders in Childhood. Major Problems in Clinical Pediatrics. Vol. 16; 9: 223-231, 1978.
5. Volpe J. Neuromuscular disorders: Muscle involvement and restricted disorders. Neurology of the newborn, 3ª Ed.; 19: 634-671, 1995.

Trastornos de aprendizaje

Introducción

Cuando se habla de un niño con dificultades de aprendizaje, inmediatamente se piensa en un chico al cual no le va bien en el colegio.

Las dificultades escolares comprenden un conjunto heterogéneo de problemas que pueden deberse a múltiples causas, no sólo biológicas sino también sociales, culturales, económicas, del sistema educativo, etc., o lo que es más frecuente, tratarse de una combinación de varias causas que interactúan entre sí. En relación a esto, existe una serie de categorías diagnósticas de especial interés para el pediatra, justamente por tratarse de síndromes con importantes repercusiones en los aprendizajes escolares y que se engloban en el término de trastornos del neurodesarrollo, o simplemente trastornos del desarrollo.

Aunque se admite su base biológica, se diferencian de otros cuadros neurológicos por el hecho que en general no se encuentran anormalidades específicas en los estudios por imágenes, ni en los exámenes neurofisiológicos (EEG, potenciales evocados, etc.), ni neurometabólicos. A veces se manifiestan como trastornos globales que afectan en mayor o menor grado todos los aspectos cognitivos y conductuales (retraso simple, rendimiento intelectual límite, retraso mental leve) otras veces son específicos (afectación selectiva de una o varias áreas: motora, lingüística, social, etc.)

En el Cuadro I, se mencionan los principales trastornos del desarrollo habitualmente incluidos en las clasificaciones de los trastornos de aprendizaje.

Cuadro I: Trastornos de aprendizaje

- 1- Trastornos de lectura, escritura y cálculo – dislexias, disortografías, disgrafías, discalculias.
- 2- Trastornos del lenguaje y la comunicación – disfasias.
- 3- Trastornos de las habilidades motoras – dispraxias.
- 4- Trastornos de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD).
- 5- Trastornos generalizados de desarrollo (espectro autista, síndrome de Asperger).
- 6- Trastornos de aprendizaje no verbal (síndrome de hemisferio derecho).
- 7- Trastornos globales de desarrollo: retraso simple, rendimiento intelectual límite, retraso mental leve.



Dra. Ana María Soprano

- Médica neuropsicóloga
Servicio de Neurología del
Hospital "Prof. Dr. J.P. Garrahan".
- Profesora titular de educación
especial de la Universidad de
Belgrano y docente del postgra-
do en Neuropsicología de la
Universidad de Buenos Aires.
- Miembro titular de la
Asociación Internacional de
Neuropsicología (INS).
- Autora de diversas publicaciones
en el país y en el exterior.



Objetivos

Esperamos que al finalizar la lectura de este capítulo Ud. sea capaz de:

- Describir los diferentes tipos de trastornos de aprendizaje más habituales en la consulta pediátrica.
- Conocer las diferentes categorías diagnósticas que se engloban en los trastornos del neurodesarrollo.
- Obtener a través de la entrevista una definición abarcativa del problema que plantean los padres o maestros.
- Descartar causas médicas que puedan estar originando un trastorno de aprendizaje.
- Solicitar una evaluación neuropsicológica y pedagógica completa ante la sospecha de un trastorno de aprendizaje.
- Acompañar al niño y a su familia en el proceso de diagnóstico y alentar los esfuerzos terapéuticos.

Esquema de Contenidos

Trastornos de aprendizaje

Clasificación

- dislexia – disgrafías
- discalculias
- disfasias
- dispraxias
- déficits de atención
- autismo
- trastornos del aprendizaje no verbal
- trastornos globales de desarrollo

Evaluación diagnóstica

Evaluación neuropsicológica

Etapas

Devolución

Tratamiento

Trastornos de la lectura y escritura (dislexias – disgrafías)

Concepto

Los problemas de la lectura están todavía lejos de ser resueltos. Aún en países desarrollados se considera que entre un 10 y un 20% de los niños terminan la escuela primaria sin saber leer bien. Por supuesto que las causas de este nivel de lectura insuficiente hay que buscarlas principalmente en fallas de los sistemas educativos. Pero excluyendo las causas pedagógicas, existe un porcentaje de 3 a 7% de niños que presentan un trastorno específico en la adquisición de la lectura y que no se debe tampoco a falta de inteligencia, ni a problemas neurológicos, sensoriales, emocionales o carencias socioculturales. Se trata de una dificultad relacionada con alteraciones en el procesamiento central de la información escrita, es decir de una disfunción o funcionamiento atípico de ciertos procesos cerebrales que impiden el acceso a una lectura útil y fluida.

El **disléxico** se presenta como un niño normal e inteligente que sin embargo lee y escribe mal. Con frecuencia también presenta déficit de atención. Por lo que muchas veces se adjudica su fracaso a que es distraído, despreocupado o simplemente "vago".

Todavía no hay consenso absoluto sobre el significado del término dislexia. Según criterios diagnósticos actuales se trata de una dificultad específica y persistente en la adquisición de la lectura de origen desconocido, con una **prevalencia** que oscila entre un 3 y 10% de los niños en edad escolar. En cuanto a la **etiología**, se presume un carácter genético con elevada incidencia familiar y predominio de varones. Se excluyen de este diagnóstico "primario" los déficits sensoriales, retraso mental, escolarización inadecuada, problemas neurológicos, emocionales, socioculturales, de suficiente magnitud como para poder justificar el trastorno lector.

En el Cuadro II, se resumen los principales criterios diagnósticos.

Es evidente que un concepto de dislexia tan amplio resulta poco operativo. Es así que frente a un diagnóstico por exclusión, estudios más recientes en el ámbito anglosajón han intentado una definición más precisa. Desde esta perspectiva la dislexia se concibe como un trastorno es-

pecífico de base lingüística, de origen constitucional, caracterizado por una dificultad en decodificar palabras aisladas por inhabilidad en el procesamiento fonológico. En concreto la principal dificultad estriba en la posibilidad de transformar un grafema (la letra) en un fonema (sonido). Y esto obviamente es una función que realiza el cerebro.

Estas dificultades no guardan relación con la edad del sujeto ni con otras habilidades cognitivas y académicas.

Relaciones entre dislexia, disortografía y disgrafía

Si bien no son exactamente iguales, existe una estrecha vinculación entre la escritura que se lee y la escritura que se escribe y por lo tanto entre dislexia y dislexia-disortografía. Habitualmente toda dislexia severa se acompaña de disortografía aunque existen casos infrecuentes de disortográficos graves que leen de manera aceptable.

Otra cuestión que merece aclararse se refiere a la diferencia entre los trastornos de escritura incluidos en la patología del lenguaje (dislexia-disortografía) y los trastornos limitados a la esfera de la motricidad gráfica: **disgrafía** o si se quiere discaligrafía. La patogenia es distinta y por ende también lo será el tratamiento. La disgrafía en cuanto trastorno psicomotor suele manifestarse como parte de un síndrome dispráxico (dispraxia de desarrollo) o dentro de un cuadro de torpeza motriz general. También aparecen disgrafías ligadas a la zurdería y a los trastornos de lateralidad (síndrome de Gerstmann de desarrollo).

Cuadro II: Dislexias, criterios diagnósticos.

- 1- Inteligencia normal (Cociente Intelectual (CI) igual o mayor de 80).
- 2- Visión y audición normales.
- 3- Ausencia de trastorno psicológico o psiquiátrico susceptible de explicarla.
- 4- Escolaridad regular y adecuada.
- 5- Ausencia de privación cultural.
- 6- Edad de lectura inferior en 18 meses a la edad cronológica (EC) y/o edad mental (EM).

Tipos de dislexia

Los niños con trastornos de lectura constituyen un grupo heterogéneo. Dentro de esta diversidad algunos autores han intentado delinear subtipos basados en variables neuropsicológicas, lingüísticas o vinculadas al proceso lector en sí (velocidad, seguridad, análisis de errores). Entre las más difundidas se encuentran la clasificación de Boder (disfonéticos/diseidéticos) y la de Bakker tipo P (perceptiva) y tipo L (lingüística).

Perfil Neuropsicológico (NP) de las dislexias y déficits cognitivos subyacentes

Los déficits NP de los niños disléxicos no conforman un perfil único de alteraciones sino que presentan amplias variaciones de uno a otro niño. Actualmente se insiste en la importancia de los problemas metalingüísticos vinculados con dificultades en la:

- 1) conciencia fonológica;
- 2) memoria verbal, en especial secuencial (memoria de trabajo) y
- 3) denominación rápida y automatizada.

Cuadro clínico.

Los síntomas disléxicos

Se habla mucho de las faltas típicas de los disléxicos: inversiones (le/el), omisiones (gano/grano), sustituciones (a/o), agregados, confusiones de letras por su orientación espacial (b/d, p/q), etc.

Sin embargo, lo que distingue a un niño disléxico no es tanto el tipo de faltas ya que puede cometer cualquier tipo de error imaginable, sino la persistencia y variabilidad de los mismos.

Nunca hay nada ya definitivamente adquirido, una palabra leída o escrita correctamente puede dejar de estarlo una hora después, la misma palabra, varias veces repetida en un texto, es leída o escrita cada vez de modo diferente. Estas conductas desconciertan a padres y maes-

tros que acusan fácilmente al niño de distraído. Además estas características, que pueden ser comunes en el alumno que recién empieza a aprender a leer, en el disléxico persisten y se agravan en los años superiores (4º o 5º grado) cuando la complejidad de los contenidos escolares le exigen mayor precisión y rapidez de lectura y escritura.

¿Cómo se diagnostica una dislexia?

El diagnóstico es eminentemente clínico. Una vez descartados los criterios de exclusión ya señalados, el diagnóstico específico se efectúa dentro del marco de una evaluación neuropsicológica completa, enfatizando dos aspectos principales: la evaluación de la lectura en sí (como proceso y como producto) y las funciones cognitivas implicadas en el acto lector (lenguaje, gnosias, praxias, memoria, atención, etc.) Para ello se emplean técnicas formales (tests) y experimentales (listas de palabras y pseudopalabras, textos, etc.).

Tratamiento de las dislexias

A múltiples teorías sobre las dislexias se corresponden múltiples estrategias de tratamiento. Lamentablemente la carencia de evaluaciones rigurosas acerca de la eficacia de las mismas no permiten en la mayoría de los casos afirmar su validez más que de un modo meramente intuitivo o empírico. Así se han propuesto procedimientos globales, logográficos, fónicos, orales, color, microcomputación, etc. Las hipótesis de déficits localizados (modulares) sugieren la reprogramación de los circuitos lingüísticos ineficientes, por ejemplo mediante ejercicios de asociación plurisensorial (la cinestesia del gesto, la visión del signo escrito y el sonido del fonema). Otros proponen estrategias centradas en las capacidades y no en las incompetencias (por ejemplo, valerse de la aprehensión visual-holística, o sea priorizar la entrada o vía visual global en los disléxicos que presentan problemas en la vía fonológica).

Si bien las teorías acerca de un origen emocional de las dislexias ya han sido en general descartadas, ello no significa desconocer las repercusiones afectivas del problema de aprendizaje tanto para el niño como para la familia, hecho que debe ser tenido en cuenta dentro de un abordaje psicoeducativo global.

Trastornos en el aprendizaje de la matemática (discalculias)

Los trastornos específicos en el aprendizaje de las matemáticas en general y del cálculo en particular pueden obedecer a distintas causas. Cuando una maestra refiere que el niño presenta problemas en matemáticas, se deben buscar las causas de dicha dificultad. En ocasiones, la dificultad está en los conceptos matemáticos (por ejemplo, no logra entender el enunciado de los problemas, en posible relación con un trastorno de comprensión o razonamiento verbal abstracto), o para contar (quizás vinculado a un síndrome de Gertsman) o alteraciones de procesamiento secuen-

cial o espacial. Las anomalías espaciales afectan no sólo a la geometría sino también al cálculo (porque el alumno debe saber si una operación empieza a la derecha o a la izquierda y ser capaz de alinear los números correctamente, etc.). De hecho las discalculias pueden ser entonces las consecuencias de dificultades verbales, espaciales, mnésicas, atencionales, o cognitivas. Dos niños pueden fallar en lo mismo pero por razones diferentes, lo cual lleva a insistir una vez más en la importancia de analizar los procesos neuropsicológicos subyacentes a los aprendizajes escolares.

Trastornos del desarrollo del lenguaje – disfasias

Concepto

Existe un grupo de trastornos del desarrollo de las habilidades lingüísticas que no pueden ser suficientemente justificados por defectos instrumentales auditivos o de mecánica fonoarticulatoria ni por retraso intelectual ni por trastornos psicopatológicos o deprivación socio-afectiva. Este conjunto heterogéneo de trastornos ha recibido denominaciones diversas, las más admitidas en la actualidad son la de trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (TEL) o disfasias del desarrollo.

Desde esta perspectiva podemos definir a las disfasias como trastornos primarios y específicos del lenguaje oral ligados al desarrollo.

Etiología: Se cree que en su mayoría tienen carácter genético, con claro predominio de varones (3:1).

Prevalencia: Variable según los datos de la literatura, oscila entre 3 y 19% de la población infantil.

Cuadro clínico

Una ausencia de habla o retraso en la aparición de las primeras palabras o de las primeras oraciones, un habla escasa o ininteligible, una sintaxis apenas esbozada (len-

guaje telegráfico), en un niño mayor de tres años, constituye una preocupación de los padres y motivo frecuente de consulta pediátrica.

Si bien no hay síntomas patognomónicos de disfasias, existen ciertas alteraciones bastante comunes y que pueden registrarse en forma aislada o combinada, afectando a cualquiera de los componentes del sistema lingüístico, tanto en la vertiente expresiva como comprensiva.

Los “marcadores” más frecuentes son:

- 1) Trastornos en la evocación de las palabras, dificultad para denominar (disnomias), circunloquios (rodeos) y parafasias, éstas pueden ser fonémicas (sustitución, adición, omisión de fonemas, por ejemplo, masa por mesa) o semánticas (sustitución de una palabra por otra de la misma categoría, por ejemplo, banco por silla).
- 2) Trastornos en la codificación sintáctica, fallas gramaticales, en las coordinaciones verbales, etc.
- 3) Trastornos en la comprensión verbal no debidas a carencia de vocabulario o desatención.
- 4) Hipoespontaneidad: dificultad para iniciar y mantener una conversación.
- 5) Trastorno de la informatividad: incapacidad para transmitir información precisa por el solo canal verbal, independientemente de las dificultades de inteligibilidad (no pueden contar ni organizar un relato coherente).

- 6) Disociación automático-voluntaria: describe la imposibilidad de algunos disfásicos de producir ciertas unidades verbales a la orden o en situación dirigida, mientras que en situación espontánea o en otros contextos lingüísticos se logran sin ningún problema.

Clasificación y subtipos

Todavía no hay una clasificación universalmente aceptada, si bien casi todos los autores admiten la existencia de diferentes subtipos (síndrome fonológico-sintáctico, síndrome léxico-semántico, etc.).

Algo a tener en cuenta por parte del pediatra es que cuando la madre o la maestra dicen que el nene no habla bien, se refieren a determinados actos de habla, emitidos en una determinada situación interactiva y en un determinado contexto. Cuando decimos que hay algo raro, no es sólo que hable como un bebé sino que presenta conductas que no esperamos ni siquiera en un chico más pequeño. Generalmente hay una disarmonía entre los distintos aspectos del lenguaje, que es la que llama más la atención. Por ejemplo comprende como un nene de 5 años pero habla como uno de 2 (disfasia expresiva), o habla y usa términos inhabituales en un chico de su edad, como si fuese un adulto, repite a la perfección los comerciales de la televisión pero no puede mantener un simple diálogo. Pronuncia bien pero parece no comprender el sentido de lo que se le está diciendo (disfasia semántico-pragmática).

En síntesis, es la presencia simultánea de distintos niveles de desarrollo lo que representa una clara desviación respecto al desarrollo normal, aunque no se evidencien anomalías en la evolución específica de cada uno de los aspectos por separado.

Diagnóstico

Una vez descartados los factores de exclusión, en particular las fallas de audición, el abordaje diagnóstico es clínico, basado en una apropiada evaluación neuropsicológica y lingüística (ver más adelante).

Tratamiento de los trastornos del lenguaje

La terapia del lenguaje admite distintas orientaciones teóricas y prácticas; en nuestro medio suele estar a cargo del fonoaudiólogo/a con especialización en el área de la comunicación.

Un factor muy importante para un buen pronóstico depende de la precocidad, intensidad y calidad de la intervención. El tratamiento no se debe limitar al mero refuerzo cuantitativo, la estimulación externa es condición necesaria pero no suficiente, se debe también intentar introducir cambios cualitativos susceptibles de compensar por lo menos en parte, los déficits en el procesamiento de la información auditiva para que los chicos puedan aprovechar lo más cerca posible de su edad normal de aplicación las estrategias de aprendizaje más adecuadas.

Trastornos de las habilidades motoras – dispraxias

Los problemas de aprendizaje motor han recibido distintas denominaciones: dispraxias de desarrollo, torpeza motriz, DAMP (Deficit Attention Motor Perception), trastornos visomotores, etc. En la clasificación actual del Diagnostic and Statistical of Mental Disorders IV (DSM.IV), aparece como trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC).

Se refiere a un grupo heterogéneo de niños que pueden presentar algunos signos neurológicos menores (signos suaves o blandos, tales como leve hipotonía, ligero temblor, hipodiadocinesia, sincinesias, etc.), algunos movimientos anormales, retrasos en la adquisición de los hitos

motores (caminar, gatear, sentarse), pobre coordinación motora gruesa y/o fina. Son chicos torpes, se llevan las cosas por delante, se les caen los objetos de las manos, tienen dificultades para atarse los cordones o hacer un moño, problemas de equilibrio, les cuesta aprender a andar en bicicleta, etc. A veces también tienen fallas de atención y trastornos emocionales reactivos.

En la escuela, pueden tener dificultades en los deportes, mientras que las alteraciones en la motricidad fina pueden afectar la calidad de los dibujos y en particular la caligrafía (disgrafía dispráxica).

Los síntomas mencionados también pueden encontrarse en otros trastornos como lesiones cerebrales adquiridas, ataxias, tumores, parálisis cerebral, alteraciones metabólicas, distrofias musculares, miopatías, trastornos vestibulares, etc.

Sin embargo, como ya se señaló, para que el cuadro se identifique como un trastorno de desarrollo, no deben existir causas médicas que lo justifiquen. Prevalencia: aproximadamente 6%.

Trastornos de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD)

Concepto

Los problemas de la atención figuran entre los problemas crónicos de comportamiento más frecuentes en la infancia y en la adolescencia. La atención es un sistema neurobiológico muy lábil y se altera por múltiples causas. Por tanto, los niños con este trastorno conforman una población muy diversa, con síntomas de variable intensidad, de leves a graves y una amplia gama de diagnósticos asociados.

La Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual de clasificaciones (DSM IV) se refiere a una entidad denominada ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) o síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Se trata de un cuadro bastante común reconocido en casi todas las clasificaciones psiquiátricas, aunque con distintos nombres incluyendo disfunción cerebral mínima, inestabilidad psicomotriz, hiperkinesia, etc. Los americanos usan la sigla ADHD o ADD, en Europa se emplea más el término de síndrome hiperkinético, equivalente en parte al DAMP (Deficit Attention Motor Perception) de mayor uso en Escandinavia y Europa central.

Etiología: Aún desconocida. Sin embargo, la aparición temprana de los síntomas, su resistencia al cambio, el predominio de varones sin diferencias de clase social o nivel cultural, indicaría algún tipo de disfunción del Sistema Nervioso Central de carácter, en su mayoría, genético.

En relación a la **fisiopatología** también desconocida, hay distintas hipótesis. Una de las más difundidas postula una alteración bioquímica explicable por un déficit dopaminérgico y en menor grado noradrenérgico.

Prevalencia: Entre el 3 al 5-8% de la población escolar. Predominio de varones 3-4 a 1.

Cuadro clínico

Los síntomas principales son el déficit de atención y la impulsividad con o sin hiperactividad.

El niño no se concentra en las tareas escolares, se distrae por cualquier motivo, se desconecta, está en "la luna", tiene dificultad para escuchar y cumplir instrucciones, desorganizado, descuidado, pierde los útiles, su desempeño académico es irregular, un día trabaja bien y al día siguiente no logra hacer nada, no termina las tareas. En cuanto a la impulsividad, ésta se manifiesta en una falta de autocontrol, actúa sin pensar, no puede esperar su turno, interrumpe a los otros, habla en exceso, es atolondrado, socialmente inmaduro, a veces agresivo, osado, no mide el peligro (anda en bicicleta o cruza la calle sin mirar). En los casos con hiperactividad, está siempre en movimiento, contornea manos o pies, toca todo lo que está a su alcance, en el colegio es muy inquieto, no puede permanecer sentado, deambula por el aula, molesta a los compañeros, se escapa, no hace caso a la maestra.

Es importante señalar que todas las conductas mencionadas son hasta cierto punto normales en la infancia en determinadas fases del desarrollo. Por ejemplo es esperable que a un niño pequeño le resulte difícil aguardar su turno y que no pueda permanecer sentado durante mucho tiempo. Sin embargo cuando el niño presenta un número significativamente alto de estas conductas e inadecuadas para su etapa evolutiva (por comparación con otros niños de su misma edad) se trata de un problema que merece ser analizado.

Diagnóstico

Siempre es clínico.

Todavía no existe ninguna prueba de laboratorio específica, ya sea bioquímica, electrofisiológica, anatómica, genética, etc., que permita diagnosticarlo de manera fehaciente. De ahí la gran importancia de una completa evaluación neuropsicológica que analice todos los probables factores (niño, familia, escuela) implicados en la situación, única forma de poder realizar luego una orientación terapéutica global, individualizada, coherente y útil a cada caso en particular.

Tratamiento de los déficits de atención

El programa de intervención puede incluir distintos recursos psicoeducativos (cognitivos, conductuales, pedagógicos, etc.). Si dadas las ca-

racterísticas del caso correspondiese administrar medicación, la droga más empleada es el metilfenidato, aunque existen también otros fármacos alternativos (clonidina, pemolina, antidepresivos, etc.).

Autismo

Concepto

El autismo es un síndrome conductual con inicio en la infancia, por lo general antes de los tres años de edad, caracterizado por una alteración cualitativa de la interacción social, de la comunicación verbal y no verbal, la actividad imaginativa y por la presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas.

Prevalencia: La prevalencia depende de cómo sea definido pero en general se acepta una proporción de 1:1.000, sin incluir el síndrome de Asperger (equivalente al autismo de alto funcionamiento, o sea los autistas con inteligencia normal), con predominio de varones en una relación de 3/4 a 1.

Etiología y fisiopatología: El autismo no es una enfermedad, es decir no es una condición con una sola etiología bien definida. A veces las causas pueden ser identificadas: rubéola congénita, esclerosis tuberosa, espasmos infantiles, etc. Sin embargo la mayoría de los niños que padecen estas enfermedades no son autistas, lo cual indica que más que la etiología sería su localización en el cerebro lo que determinaría la emergencia de la sintomatología autista. En cuanto a la fisiopatología existen muchas hipótesis interesantes pero ningún hecho definitivo.

Cuadro clínico

Los principales síntomas se relacionan con alteraciones en la conducta social, emocional y en las habilidades lingüísticas y comunicativas.

Los trastornos de la **conducta** social pueden variar desde un completo desinterés por las personas, que son ignoradas o tratadas como objetos, hasta un modo intrusivo y continuo de preguntas reiterativas en un intento forzado de mantener contacto con el otro. Los niños pueden ser distantes y evadir las miradas o entrometarse en el espacio del otro, acercándose demasiado, tocándolos inapropiadamente, besándolos, u oliéndolos.

Conducta emocional: lo más desorientador para la familia es la falta de respuestas emocionales adecuadas. No se trata de ausencia total de afecto, es erróneo pensar que ningún niño autista tiene capacidad para expresar afecto, ellos pueden demostrar alegría, miedo, enojo y otros estados de ánimo, pero sucede a menudo que esas expresiones emocionales no se ajustan a las expectativas sociales.

Respuestas sensoriales: pueden ser insensibles ante algunos estímulos auditivos como por ejemplo la voz humana, al punto de parecer sordos y al mismo tiempo ser hipersensibles a otros sonidos como el roce de un papel.

Funciones cognitivas: la mayoría de los niños autistas (75%) tienen retraso mental con un cociente intelectual (CI) global inferior a 70. El patrón cognitivo más frecuente muestra capacidades verbales disminuidas en relación a mejores capacidades visoespaciales. Algunos tienen una memoria mecánica muy desarrollada, pueden repetir comerciales de radio o TV, programas de video, respetando las mismas palabras y con la misma entonación, aunque habitualmente no comprenden lo que dicen. Pueden ser inatentos e hiperkinéticos y al mismo tiempo concentrarse por horas mirando una y otra vez el mismo video u ordenando autitos. Resistencia a los cambios, perseverancia y trastornos de sueño son también frecuentes.

Lenguaje y comunicación: suele ser el principal motivo de alarma para los padres y el que conduce a solicitar la ayuda profesional. Podemos encontrar todo tipo de trastorno de lenguaje, algunos son mudos, otros hiperverbales aunque detrás de esa fluidez se ocultan problemas de comprensión, a veces sutiles y difíciles de detectar. Aún los que tienen un CI alto y desarrollan lenguaje morfosintácticamente bien estructurado, siempre resulta lacónico y raro, hablan pero les cuesta dialogar y ajustar su discurso a las intenciones del interlocutor (fallas de comprensión y de uso o pragmática).



Diagnóstico

Por ahora el diagnóstico sigue siendo completamente clínico porque no existe ningún examen biológico que pueda validarlo a través de la demostración de una disfunción del sistema nervioso.

Diagnósticos diferenciales: deben establecerse con la sordera, disfasias, afasias epilépticas o síndrome de Landau-Kleffner, retraso mental inespecífico, depresión y carencias afectivas, esquizofrenia y psicosis infantil, síndrome de Rett, síndrome de Asperger.

Las diferencias entre Asperger y autismo están aún en discusión. A diferencia del autismo, el Asperger no presenta retraso mental ni del lenguaje (al menos en sus aspectos formales) por lo que para algunos autores sería asimilable al autismo de alto funcionamiento o sea autistas con inteligencia normal.

Tratamiento del autismo

Existen variadas propuestas y recursos terapéuticos: TEACCH, LOVAAS son programas psicoeducativos aplicables al tratamiento de las personas con autismo, también programas de intervención naturista, terapia de intercambio y desarrollo, terapia cognitivo-conductual, sistemas de

comunicación aumentativa y alternativa, etc. Pero más allá de las diferencias teóricas y metodológicas, el tratamiento de elección es siempre un buen programa educativo, basado en una exhaustiva evaluación y comprensión del niño y de su familia. No se trata de un programa fijo sino dinámico y flexible que se va ajustando de acuerdo a los progresos o evolución de cada sujeto y de su entorno familiar y social. En cuanto al tratamiento farmacológico, si bien juega un rol menor, en ocasiones puede ser útil para aliviar algunos síntomas perturbadores como la agresividad, hiperactividad, trastornos del sueño o conductas destructivas o autolesivas.

Es importante reconocer que aún cuando todavía no existe ningún recurso terapéutico que sea curativo, es mucho lo que hoy puede hacerse por el bienestar de los niños autistas. La detección temprana de los síntomas y la implementación de un programa educativo completo y personalizado, el trabajo en equipo de padres, maestros y profesionales, el apoyo social y político de la comunidad en su conjunto sosteniendo redes de servicios calificados y eficientes, todo ello si bien no alcanza a "curar", puede, en verdad, mejorar y de manera muy significativa la calidad de vida del niño y de su familia.

Trastornos de aprendizaje no verbal

Los niños con trastornos de aprendizaje no verbal presentan dificultades particulares en tres áreas principales

- 1) motora,
- 2) visoespacial,
- 3) social.

Tienen pobre juicio social y escasa adaptabilidad a situaciones interpersonales nuevas.

De pequeños son muy verbales, se expresan como adultos ya desde los 2 o 3 años. Son considerados como "superdotados" por parte de padres y maestros. A veces se observa "hiperlexia" (leen de memoria a edades muy tempranas), es un aprendiz entusiasta que memoriza y absorbe información a nivel verbal. Sus dificultades son menos aparentes a los 7 u 8 años que a los 10 o 14 años,

sin embargo tienen generalmente una historia de aprendizajes motores lentos y dificultosos.

En el colegio tienen dificultades en aritmética, buena lectura de palabras pero escasa comprensión del texto (opuesto a la dislexia). Vocabulario amplio con poco contenido, fallas en habilidades pragmáticas y comunicación no-verbal. Algunos hablan en un tono de voz muy alto con ligera disprosodia (por ejemplo, hablar con un acento que parece extranjero o imitado de una serie de TV).

En lo social, son rutinarios, dificultades para comprender gestos y expresiones emocionales, modo de relacionarse estereotipado y apático. Desarrollo motor torpe, trastornos en coordinación psicomotriz fina y/o gruesa pueden ocasionar disgrafía. También suelen presentar déficit en algunos aspectos de la atención.

En resumen déficits primarios en percepción visual y táctil, habilidades motoras complejas y adaptación a nuevos estímulos originan como resultado fallas en formación de conceptos y capacidad de razonamiento y habilidad para emplear símbolos y representaciones.

Hay varios aspectos que se solapan con otros trastornos, por lo que se debe hacer diagnóstico diferencial con síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento, ADHD, DAMP, TDC, desordenes emocionales, etc.

Etiología: se postula que los síntomas neuropsicológicos descritos son el resultado de distintas alteraciones en la sustancia blanca. Dado que de manera relativa el hemisferio derecho posee más sustancia blanca que el izquierdo, también se lo ha denominado síndrome de hemisferio derecho.

Trastornos globales de desarrollo

Retraso simple, rendimiento intelectual limítrofe, retraso mental leve

Existe un grupo de niños que presentan un déficit leve pero global de desarrollo que puede afectar su rendimiento escolar en las primeras etapas, lo que suele denominarse comúnmente como el niño inmaduro, pero que luego con un poco más de tiempo, sin necesidad de ninguna intervención específica se equipara con los niños de su edad. Este es el caso del llamado "retraso simple o retraso madurativo". Pero hay otro grupo de niños que tienen manifestaciones similares pero que no se equiparan de manera espontánea, sino que siempre permanecen atrás de sus compañeros de la misma edad. Son niños con capacidades intelectuales en el límite de la curva

normal (CI 70-90) o con retraso mental leve (CI 60-70). Esta capacidad cognitiva limitada es motivo frecuente de fracaso escolar.

Siendo un déficit intelectual leve puede pasar desapercibido por la familia e incluso por los maestros. El niño aparenta ser un niño muy normal en las actividades diarias, en el trato con los demás, sin embargo en la escuela tiene dificultades. Resuelve bien los problemas prácticos de la vida cotidiana pero no los problemas aritméticos o las tareas académicas que impliquen razonamiento abstracto. Cuando son correctamente identificados y la escuela respeta sus "tiempos" y su modalidad de aprendizaje, a veces quizás con un ajuste curricular y un apoyo pedagógico extra, pueden continuar sin mayores inconvenientes el curso escolar.

Evaluación diagnóstica de los trastornos de aprendizaje

La evaluación del niño con dificultades de aprendizaje tiende en general a cumplir con tres objetivos principales:

- 1) Lograr un diagnóstico: determinar si el niño tiene o no un trastorno y, si es así, aclarar la naturaleza y grado de severidad del mismo.
- 2) Detectar tanto las áreas de déficit como también las áreas de rendimiento normal e incluso superior, y la manera en que interactúan entre sí.
- 3) Brindar las bases para diseñar el programa de enseñanza: saber por dónde comenzar, qué técnicas y estrategias particulares usar, por lo

menos en la primera etapa de la intervención, ya que luego se irán haciendo ajustes progresivos según el resultado de las evaluaciones efectuadas dentro y a lo largo del propio proceso educativo y/terapéutico.

La evaluación neuropsicológica

La evaluación neuropsicológica (NP) constituye el examen de elección para el diagnóstico de toda esta serie de trastornos del desarrollo que afectan los aprendizajes escolares.

Una evaluación NP estándar comprende las siguientes etapas:

Cuadro III: Etapas de la evaluación neuropsicológica

- 1- Admisión y contrato. Revisión de la historia (médica, familiar, personal, escolar).
- 2- Administración de las técnicas neuropsicológicas.
- 3- Integración e interpretación de los datos obtenidos. Construcción del perfil NP.
- 4- Diagnóstico y devolución con orientación de tratamiento (informe oral y escrito).

1. Admisión y contrato

Una entrevista familiar semidirigida, seguida de otra individual con el niño, con un cierre familiar donde se efectúa el contrato, suele ser la manera habitual de iniciar el proceso diagnóstico. Pero si se dispone de tiempo, se prefiere realizar la primera entrevista a solas con ambos padres, sin la presencia del niño, quien será entrevistado en un segundo momento.

En este primer encuentro, con los datos de la HC, más los aportados por los padres, más las observaciones personales acerca de la conducta espontánea del niño, surgen las primeras hipótesis diagnósticas que nos permiten seleccionar las técnicas más adecuadas al caso para iniciar el examen propiamente dicho.

2. Administración de las técnicas

Aquí se intentan estudiar los procesos neurocognitivos, no en términos de la psicometría clásica, sino en términos de tratamiento de la información, concepto mucho más dinámico que estudia los subprocesos del conocimiento. En psicometría clásica, la rapidez de respuesta, el tiempo de reacción eran un índice de eficiencia intelectual. Desde la óptica NP la lentitud no significa en principio déficit intelectual sino que revela las estrategias cognitivas que utiliza el niño para resolver una tarea, buscar en la memoria, activar el léxico, toda una serie de subprocesos que llevan su tiempo.

Se insiste en la importancia de estudiar el proceso y no solamente el producto.

Interesa descubrir el por qué de un fracaso, cuáles fueron las estrategias equivocadas, tratamos de aislar variables, introducir modificaciones y ver los resultados.

Por ejemplo se observará si mejorando la atención, aumentando el tiempo de exposición del estímulo, verbalizando lo que hace, el niño logra o no mejorar su rendimiento. Son todos recursos clínicos que se usan para conocer mejor los subprocesos NP y a la vez obtener datos valiosos para la maestra y para la tarea de recuperación terapéutica.

Tampoco hay que olvidar la observación de la conducta espontánea. Conviene observar y comparar la conducta del niño en distintos ámbitos, no sólo en situación de examen, sino también en situaciones más libres como en la sala de espera, al terminar la consulta, en el juego interactivo con el médico. Últimamente se ha insistido y con razón en un abordaje más ecológico: conocer al niño real en un mundo real.

En cuanto a las técnicas específicas, el diseño de la batería varía según el objetivo del estudio, pero en general lo más frecuente es que se solicite un perfil completo de funciones cognitivas. Se trata entonces de abarcar todas las áreas en un rastreo tipo screening y luego agregar subtests adicionales para corroborar las hipótesis que se vayan postulando en el transcurso del examen. En el niño hay que comprobar cómo está ahora, pero también hay que saber cómo estaba antes y cómo predecir el funcionamiento futuro. Un alumno puede rendir razonablemente bien en el contexto actual pero con el examen NP revelar riesgos de dificultades en un futuro inmediato, cuando comiencen mayores exigencias escolares.

Duración del estudio NP: una evaluación estándar requiere aproximadamente 3-4 horas de examen, distribuidas en tres o cuatro sesiones para detectar mejor posibles fluctuaciones del comportamiento. En caso de urgencia, se efectúan en una sola jornada.

En cuanto a las funciones que se investigan en el examen NP infantil, la mayoría de los autores coinciden en explorar en mayor o menor grado los aspectos sintetizados en el Cuadro IV.

3. Integración de los datos y construcción del Perfil NP

Se debe efectuar un riguroso análisis de los datos obtenidos, correlacionar funciones entre sí y con respecto al síntoma. Por ejemplo, si se encuentra una alteración perceptiva debemos saber en qué medida está influyendo en la dificultad lectora. No todas las alteraciones encontradas afectan en la misma medida un determinado proceso como puede ser la lectura o escritura.

Cuadro IV: Funciones investigadas en el examen neuropsicológico

- Habilidad intelectual general (cognición, metacognición o conciencia de los procesos cognitivos, estilos cognitivos).
- Habilidades perceptivas y psicomotoras (gnosias y praxias).
- Lateralidad y especialización hemisférica.
- Lenguaje (expresión, recepción, fonología, sintaxis semántica, pragmática).
- Aprendizajes académicos (lectura, escritura, cálculo).
- Memoria y aprendizaje memorístico.
- Atención y funciones "ejecutivas" frontales.
- Conducta emocional y social.

Se trata de actividades muy complejas, por lo que es necesario conocer tanto las deficiencias como las competencias, los puntos débiles y los fuertes y la flexibilidad en el uso de estrategias, lo que llamamos "sinergismo neurocognitivo". Se debe conocer la fórmula NP propia de cada paciente, su modo particular de procesar la información.

Luego se vuelcan los datos en un perfil, transformándolos en edades equivalentes de desarrollo. La traducción en edades de desarrollo es estadísticamente menos exacta que otras medidas como los percentilos o los puntajes T, pero tiene la ventaja de resultar más familiar y comprensible tanto para los padres como para el pediatra y los docentes. Evidentemente no es posible volcar en un diagrama toda la riqueza de datos obtenidos en una evaluación clínica NP, sin embargo el perfil resulta útil y práctico ya que con una simple inspección visual se observan de inmediato los aspectos más significativos de la fórmula NP de un sujeto y como control de evolución y tratamiento refleja más claramente los progresos efectuados por el paciente.

4. Diagnóstico y devolución

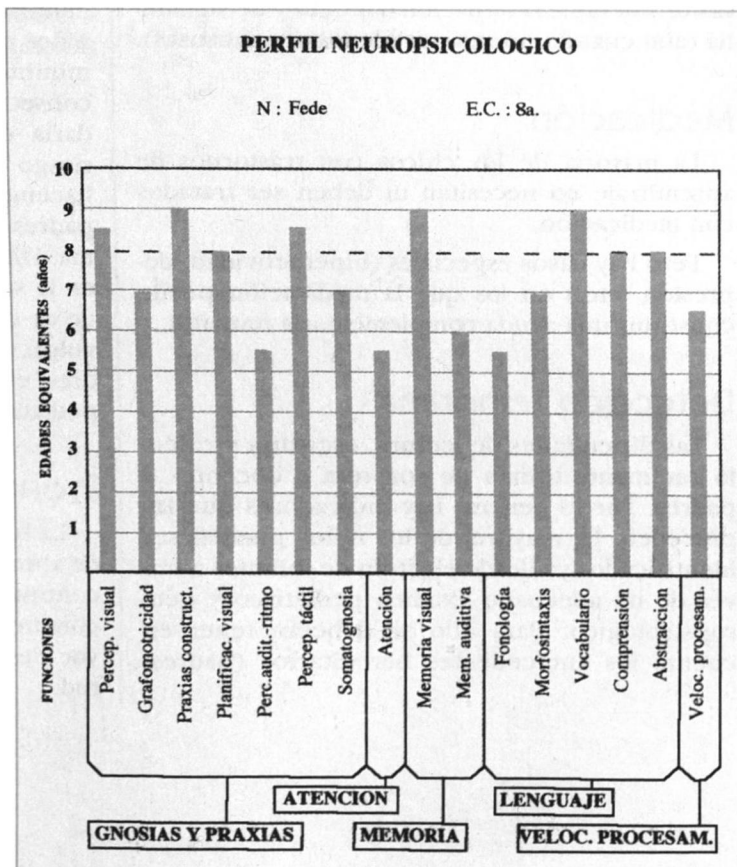
La devolución de los resultados se hace primero al niño en la medida de sus posibilidades y luego a los padres, profesionales y docentes. Además de la

devolución oral, se debe entregar siempre un informe escrito con la síntesis de los resultados y las recomendaciones pertinentes al caso. Al respecto es importante que el neuropsicólogo tenga una sólida formación en pedagogía y didáctica especial, para poder brindar orientación concreta a los padres e intervenir junto con los terapeutas en el diseño del plan de tratamiento. De otro modo la utilidad de la evaluación NP se reduciría al diagnóstico puro, desaprovechándose la información que permite la selección y adecuación del programa terapéutico a las características particulares de ese paciente.

Ejemplo de un caso

Fede llega a nuestra consulta a los 8 años de edad, después de haber cursado dos veces el primer grado y sin haber podido aprender a leer ni escribir, a pesar de ser un niño de inteligencia normal (CI 102). Tuvo distintos diagnósticos: "bloqueo emocional", ADD, etc. Pero nunca se había realizado una evaluación exhaustiva.

Figura 1: Perfil neurológico



En este caso el examen neuropsicológico permitió precisar el diagnóstico poniendo de relieve un perfil característico de una dislexia (ver figura 1) por probable disfunción izquierda (descenso selectivo en las pruebas de procesamiento fo-

nológico, reproducción de ritmos, memoria verbal (working memory) y atención sostenida. Basándonos en los datos del estudio se diseñó un programa pedagógico personalizado que hizo posible la adquisición de la lecto-escritura.

Tratamiento de los problemas de aprendizaje

La mayoría de los trastornos de aprendizaje no tienen "cura" en el sentido estricto del término. Quizás convenga más usar la palabra "intervención" ya que la misma sugiere la idea de "manejo", de "qué hacer". Es decir más que una cura (que en general no es posible), lo que hay que encontrar es una forma adecuada de manejar el problema.

Los distintos recursos para la intervención (diferentes métodos del área de la enseñanza especial, psicopedagogía, psicomotricidad, etc.) implementados de acuerdo a los resultados de la evaluación diagnóstica, podrán mejorar de manera considerable la situación del niño y de su familia (aún cuando no sea posible tratar las causas).

Medicación

La mayoría de los chicos con trastornos de aprendizaje no necesitan ni deben ser tratados con medicación.

Pero hay casos especiales (hiperactividad, depresión, etc.) en los que la medicación puede constituir una ayuda complementaria muy útil.

Detección temprana

Las dificultades de lectura, escritura y cálculo raramente toman de sorpresa a docentes y padres. Por lo general hay indicadores que las preceden. La mayoría de los niños pueden ser identificados ya desde el jardín de infantes a través de un adecuado examen pediátrico y neuropsicológico. Para ello se deberán tener en cuenta los antecedentes hereditarios (padres,

hermanos con trastornos de aprendizaje y/o conducta), historia personal (otitis media, convulsiones) y en especial retrasos en la adquisición del lenguaje. Aunque por definición los trastornos de aprendizaje no se deben a factores ambientales, sociales o familiares, dichos aspectos deben ser considerados en cualquier evaluación ya que pueden aumentar la severidad de las dificultades e interferir en el desarrollo de habilidades compensatorias.

Prevención

La prevención primaria de los problemas biológicos es difícil. La mayoría tienen una base genética que por el momento no es posible evitar o modificar. Sin embargo, ello no significa que los niños no puedan ser ayudados, ya que es posible minimizar o compensar la dificultad y prevenir consecuencias adicionales. La prevención secundaria comienza cuando somos concientes del riesgo de un trastorno de aprendizaje, cuando hacemos un diagnóstico correcto y orientamos a padres y maestros sobre cómo manejar el problema. Difundir conocimientos acerca de este tema en la sociedad en general, colaborar en el dictado de cursos y conferencias, publicaciones de divulgación, cooperar con las asociaciones de padres, etc., son todas acciones que puede hacer el pediatra y que contribuyen a la prevención.

Pronóstico

La historia natural de los chicos con trastornos de aprendizaje no es buena. Cuatro de cada cinco continuarán con dificultades académicas y/o de conducta durante la adolescencia y tendrán mayor riesgo de trastorno psiquiátrico en su juventud.

Rol del pediatra frente a un trastorno de aprendizaje

- 1) En primer lugar el pediatra debe escuchar con atención la inquietud o queja de los padres o del maestro. Observar al niño, conversar o jugar un momento con él, realizando alguna tarea interactiva. Pedir un informe de la escuela, revisar los cuadernos de clase y el borrador o las carpetas de jardín si se tratase de un pre-escolar. En síntesis, intentar obtener un panorama general del problema planteado.
- 2) Habrá que descartar causas médicas del trastorno (alteraciones de la visión, audición, enfermedades neurológicas o sistémicas, etc.).
- 3) No habiendo problemas médicos suficientes para explicar la dificultad y ante la sospecha de un trastorno de desarrollo, será conveniente solicitar una evaluación neuropsicológica y pedagógica completa, incluyendo información básica sobre el niño, su familia y su escuela de modo de arribar a un diagnóstico más preciso y poder -de acuerdo a ello- sugerir el programa de intervención personalizado y adecuado al caso particular. Ello permite evitar pérdidas de tiempo frente a indicaciones rápidas y automáticas, basadas en apreciaciones superficiales por ejemplo, "si escribe mal que vaya a la psicopedagoga", "si habla mal que vaya a la fonoaudióloga". Pero quizás ese problema de habla es un síntoma de un autismo. En este caso el tratamiento lo debe hacer una fonoaudióloga, pero especializada en autismo y dentro de un programa más global y específico acorde a la complejidad de esta patología. Igualmente frente a un trastorno de escritura, si la base es psicomotora, la reeducación quizás corresponda a la psicomotricista, pero si es verbal conviene una psicopedagoga especializada en dislexias y así sucesivamente.
- 4) Una vez iniciado el tratamiento establecido según los resultados de la evaluación diagnóstica previa, el pediatra deberá seguir acompañando al niño y a su familia, mostrarse interesado en la evolución, apoyar y alentar los esfuerzos, mantener cada tanto algún tipo de comunicación con los terapeutas y con la escuela. En cierta forma supervisar de manera indirecta el logro de los objetivos propuestos y reorientar la intervención en caso necesario.

Ejercicio N° 2

1. Relacione la columna de la izquierda con la de la derecha.

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. Trastornos de lectura, escritura y cálculo | a) rendimiento intelectual límite |
| 2. Trastornos del lenguaje y la comunicación | b) espectro autista |
| 3. Trastornos de las habilidades motoras | c) dislexias |
| 4. Trastornos generalizados de desarrollo | d) síndrome de Asperger |
| 5. Trastornos globales de desarrollo | e) disortografías |
| | f) discalculias |
| | g) disfasias |
| | h) dispraxias |
| | i) retraso simple |
| | j) disgrafías |
| | k) retraso mental leve. |

2. Identifique cual de los siguientes enunciados relacionados con la dislexia es **INCORRECTO**.

- El disléxico se presenta como un niño normal e inteligente que sin embargo lee y escribe mal.
- La principal dificultad estriba en la posibilidad de transformar un grafema (la letra) en un fonema (sonido).
- Estas dificultades no guardan relación con la edad del sujeto ni con otras habilidades cognitivas y académicas.
- Raramente la dislexia se acompañe de disortografía.

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados:

3. La disgrafía es un trastorno psicomotor que suele manifestarse como parte de un síndrome dispráxico.

☐ V ☐ F

4. Lo que distingue a un niño disléxico no es tanto el tipo de faltas que comete, sino la persistencia y variabilidad de las mismas.

☐ V ☐ F

5. Las disfasias pueden ser definidas como trastornos primarios y específicos del lenguaje oral ligados al desarrollo.

☐ V ☐ F

6. Los niños con trastornos de aprendizaje no verbal presentan, en el colegio, dificultades en la lectura y comprensión de textos, aunque no tienen dificultades en aritmética.

☐ V ☐ F

Ejercicio N° 2

7. La evaluación neuropsicológica (NP) constituye el examen de elección para el diagnóstico de trastornos del desarrollo que afectan los aprendizajes escolares.

☐ V ☐ F

8. La historia natural de los chicos con trastornos de aprendizaje podrá ser mejorada con abordajes diagnósticos y terapéuticos oportunos.

☐ V ☐ F

9. La mayoría de los chicos con trastornos de aprendizaje no necesitan, ni deben ser tratados con medicación.

☐ V ☐ F

10. Enumere por lo menos tres "marcadores" frecuentes de la disfasia:

.....
.....
.....

11. Describa algunas características de niños autistas.

.....
.....
.....

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.

12. Llega a la consulta Ana, la mamá de Marisa. Ud. la ve por primera vez en su consultorio del Centro de Salud. Marisa está por cumplir 9 años y consulta por tos y rinitis.

Cuando realiza el examen físico nota cierta hipotonía, algunos movimientos anormales ... que no terminan de cerrarle. Al finalizar el examen le pide que se vista sola (debe parar a la mamá que ya estaba intentando vestirla). Marisa tiene dificultades para abrocharse los botones de la camisa y especialmente para atarse los cordones de las zapatillas. Al bajarse de la camilla se tropieza con la silla que estaba a un costado al mismo tiempo que se le cae el pañuelo de la mano. Ud. le pregunta si le gusta andar en bici y ella le dice que no sabe andar, que intentó con la de su hermano mayor pero que se cae y se golpea.

La mamá le cuenta que Marisa es "muy buena nena, tranquilita pero un poco torpe: no sabe ni peinarse, por eso le corto el pelo tan corto, ni una gomita es capaz de ponerse".

¿En qué piensa en primera instancia?

.....
.....
.....

Ejercicio N° 2

¿Qué otras cosas indagaría?

¿Qué sugerencia puede hacer a la mamá?

13. Llega al consultorio la mamá de Federico de 7 años, para el control de salud. Federico comenzó la escuela este año. En la entrevista, la madre con tono de reto, mirando a Fede, como para que escuche, le comenta lo siguiente: "Y ... ahí estamos con la escuela, la maestra ya me mandó a llamar dos veces, es que él es muy distraído, está todo el tiempo en "la luna", hay días en que no se puede concentrar, otros sí, por eso yo le digo que cuando quiere, puede: ayer, sin ir más lejos, se sacó un "Muy Bien" en el cuaderno".

A su pregunta: ¿en casa, cómo andamos?, la mamá le dice: "Más o menos, es muy desprolijo y descuidado, ya le compré lápices tres veces, pierde todo. Si no lo pierde, lo rompe, es atolondrado. Lo que mejor hace es hablar, nos vuelve locos, está todo el día hablando, parece una radio..."

Ud. en el transcurso de la consulta observó que:

1. Federico interrumpió la conversación varias veces, a pesar del señalamiento de la madre: "¡Dejáme hablar con el doctor!"
2. Comenzó a jugar con el oso, lo dejó tirado y agarró los muñequitos del escritorio abandonándolos rápidamente para usar su birome...
3. Estuvo de pie casi todo el tiempo y salió a la sala de espera, volviendo a entrar en dos oportunidades.

¿En qué piensa en primera instancia?

¿Qué otras cosas indagaría?

¿Qué sugerencia puede hacer a la mamá?

Conclusiones

Se refuerza la idea de la heterogeneidad de las dificultades de aprendizaje: los chicos fallan en las mismas cosas pero por distintas razones. El peligro de las apreciaciones rápidas y simplistas: "El nene no tiene nada", "es inteligente, no aprende porque no quiere", "es vago", "tiene un bloqueo emocional", "celos del hermanito", "es inmaduro pero ya va a madurar, (sin dar ninguna explicación). "Es disléxico" (sólo porque se observaron faltas de ortografía en el cuaderno), o "no importa que tenga faltas, todos los chicos de ahora tienen faltas de ortografía".

No desestimar la importancia del problema ni alarmar de manera innecesaria. Primero calmar la angustia y ansiedad de los padres y luego intentar hacer una evaluación completa de la situación, de modo de brindar una orientación terapéutica sensata y útil. Pedir la colaboración si fuese posible de un especialista en el área de aprendizaje, efectuar una detallada evaluación neuropsicológica y pedagógica y de acuerdo a sus resultados encarar un programa de trabajo con intervención de padres, docentes y profesionales.

Muchas veces no hay posibilidad de hacer una evaluación exhaustiva especializada. La intuición, el sentido común, y la creatividad siguen vigente. Una maestra común o incluso la mamá que se siente todos los días media hora con el nene, con constancia, afecto y firmeza puede lograr mucho. Lo fundamental es que el pediatra no desestime la importancia de un problema de aprendizaje. Un chico que fracasa en la escuela, que no alcanza a aprender bien a leer y escribir, en la sociedad actual está condenado a ser un ciudadano de segunda. Además un adolescente excluido del sistema escolar, tiene un alto riesgo de marginación, abuso de drogas, conducta delictiva, etc. Entra en un efecto "bola de nieve" muy peligroso.

La palabra del pediatra tiene mucha influencia en la familia y en la escuela y debe ser bien aprovechada.

En síntesis y por todo lo expuesto, resulta indudable que al pediatra le cabe compartir esa enorme responsabilidad pero también el enorme privilegio de ser un agente esencial en la detección, prevención y orientación de los problemas de aprendizaje.

Bibliografía recomendada

1. Fejerman N, Fernández Alvarez E. Neurología Pediátrica. 2ª ed. Cap. 7: Trastornos del aprendizaje, lenguaje y conducta. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1997
2. Soprano A.M, Chevrie Muller C. Evaluación de los Aprendizajes Escolares: lectura, escritura y cálculo. En: Narbona J, Chevrie Muller C. (ed). El lenguaje del niño. 2ª ed. Masson. Barcelona, 2001.
3. Soprano A.M. La hora de juego lingüística. Afasias, disfasias, autismo. 2ª ed. Editorial Lumiere. Buenos Aires, 2001.
4. Tallis J, Soprano A.M. Neuropediatría, Neuropsicología y Aprendizaje. 4ª ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1999.
5. Whitmore K, Hart H, Willems G. A Neurodevelopmental Approach to Specific Learning Disorders. Mac Keith Press. London, 1999.

capítulo 3

Alcoholismo

Introducción

Historia del alcohol

Para comenzar a abordar la problemática que nos ocupa, consideramos adecuado repasar someramente cuál fue la historia de la relación entre el hombre y el alcohol, principalmente porque, como veremos, diversas culturas lo han usado en sus ritos, algunas lo han sacralizado, y otras abolieron su ingesta; para algunas es fuente importante de ingresos económicos, de placer. Pero recién a mediados del siglo XX, se describe al alcohol como agente causal de trastornos de la conducta.

El hombre de la prehistoria ya conocía el alcohol y su efecto: **la embriaguez**. No así, en cambio la enfermedad alcoholismo, que se fue propagando con el avance y complejización de las civilizaciones, entroncándose con la cultura y participando de la historia misma de la humanidad, traspasando las barreras geográficas, fue diseminándose por todo el universo sin respetar -prácticamente- país o región, constituyendo uno de los mayores flagelos en la actualidad. En nuestro país sólo superado por la enfermedad de Chagas-Mazza y la desnutrición infantil.

Podría asegurarse que desde muy antiguo y muchos miles de años antes de la era Cristiana, el hombre conocía los efectos del alcohol en los ritos sociales. Para algunos autores la historia del alcoholismo está ligada directamente con el nacimiento del vino y por lo tanto con el cultivo de la vid. Son muchas las fábulas, mitos y leyendas que dificultan el estudio de sus orígenes y "destino" inicial. Algunos estudios más modernos permiten suponer que el hombre prehistórico y, por lo tanto, aún no agrupado socialmente, había descubierto la fermentación de los azúcares de ciertos frutos silvestres que le producían euforia (alegría), retrotrayendo aún más los orígenes del alcohol y sus efectos al advenimiento del ser humano sobre la tierra.

La Biblia dice que Noé plantó la primera viña, bebió su jugo y conoció la embriaguez.

Se admite que desde los orígenes de la humanidad, los primeros hombres habían observado que un jugo de fruta azucarada expuesto al aire libre durante algunos días se convertía, debido a los fermentos, en un brebaje que tenía propiedades psicotrópicas especiales. Probablemente, éstas se utilizaron con fines místicos y sagrados. Un antropólogo, Donald Horton, afirma que esta bebida



Dr. Camilo Verruno

- Director del Programa Nacional de Control del Uso Indevido del Alcohol -CUIDA-. Ministerio de Salud de la Nación
- Secretario de la Comisión Nacional de Alcoholismo. Ministerio de Salud de la Nación.
- Profesor Regular Adjunto de Salud Mental. Facultad de Medicina. UBA.

mágica, de la cual las mujeres se mantenían apartadas, tenía tres funciones en las sociedades primitivas: alimenticia, sedante y religiosa.

Cuatro mil años antes de Cristo, los sumerios ya conocían el vino y la cerveza y, quizás, en la misma época, ya se usaba el vino en China, donde se han encontrado fósiles de viña (*Vitis Vinifera*). Se sabe con certeza que primero los griegos (si creemos a Homero en *La Ilíada* y *La Odissea*, 3.000 años antes de Cristo) y luego los romanos, conocieron el arte de cultivar, cortar la viña y seleccionar las plantas.

Antiguos documentos chinos refieren la existencia de vides en ese pueblo 3 ó 4 mil años antes de Cristo. Estos documentos refieren los efectos del brebaje resultante de la vid, difundida por un nativo llamado Yu, quien popularizó su consumo en aquellas lejanas comarcas. La misma leyenda cuenta como el emperador que lo probó y sufrió sus efectos desterró a Yu de la región, prohibiendo el uso de esa bebida, profetizando que la misma sería la ruina de cuanto pueblo colocase en su boca este producto. Yu fue la primera víctima, legalmente considerada, en la literatura del alcoholismo.

También los egipcios conocían los efectos del vino y de una bebida parecida a la cerveza, pero de gran fuerza alcohólica y según consta en sus jeroglíficos también conocían los efectos de la embriaguez.

Hipócrates y Galeno manifiestan su preocupación por el consumo excesivo del vino y del alcohol en general, junto con Asclepiades, quien relaciona la cirrosis hepática con el alcoholismo.

Cuando se produjo la caída final del Imperio Romano de occidente, los estragos debidos al alcohol habían llevado a la población a sufrir todo tipo de atropellos y desmanes relacionados, en su mayoría con el consumo excesivo del vino; delitos en la vía pública, homicidios, muertes directa e indirectamente producidas por el abuso del alcohol eran presagio de la difusión del flagelo, en todos los estratos sociales, atacando al magistrado, al soldado, al artesano. Más tarde, el alcohol se filtró en las regiones gala, germánica, nórdica, no sólo ya como producto de la fermentación del fruto de sus vides sino también debido a la destilación de frutas o cereales ricos en hidratos de carbono.

Parecería que su hábito está ligado al ser humano desde siempre, sin haber dejado rincón en la tierra respetado por sus efectos.

La Biblia y sobre todo el Antiguo Testamento se refiere 500 veces al vino, ya sea para elogiarlo o, por el contrario, para poner en guardia a los hombres contra su maleficio.

Los pueblos semitas consumían alcohol habitualmente con los alimentos y en ocasión de algunas fiestas, a excepción de diversas sectas estrictamente abstinentes, como los Recabitas.

Durante la Última Cena, Jesucristo lo consagró de manera eucarística. A partir de los primeros siglos de nuestra era, en la Galia, primero en Romanía y luego en el Reino Franco, la expansión del cristianismo se produjo a la par que la extensión hacia el norte del cultivo de la viña. De Romanía precisamente, más tarde territorio galo, la viticultura se convirtió progresivamente en patrimonio monástico, luego burgués y finalmente popular.

- En el siglo VII, Mahoma prohibió a sus discípulos el consumo de sustancias que pudieran dañar la pureza del alma y, particularmente, el vino, cuyos estragos había comprobado él mismo en Medina. Las gigantescas conquistas árabes que desde la muerte del profeta se extendieron tanto hacia el este como hacia el oeste, erradicaron totalmente el uso de estas bebidas durante siglos.
- El descubrimiento del arte de la destilación es controvertido: las palabras alcohol y alambique, ambas de origen árabe, pueden hacernos creer que se trata de una invención árabe. Marcellin Berthelot afirma que los árabes se iniciaron tempranamente en la tradición alquimista griega (al'anbiq, vocablo que proviene del griego, significa en árabe vaso para destilar). De todas maneras, gracias a la Escuela de Salerno y más tarde a Ramon Llull (quien promulgó la rectificación por la potasa) y a Arnau de Vilanova (quien lo trajo de España, donde florecía la medicina árabe), el aguardiente empezó a conocerse en Europa a partir del siglo XIII.

La palabra *alcohol* proviene probablemente del árabe "al" (artículo) y "qochl" (cuerpo muy tenue, muy sutil, espiritual), otras acepciones lo consideraron como "lo más fino", "el más delicado polvo", "el cosmético de ojos"...

En América ya existía el consumo de alcohol a través de bebidas autóctonas, conociéndose también sus efectos perturbadores en las llamadas fiestas religiosas, para las que se reservaba dicho consumo, castigándose severamente el uso fuera de las mismas.

Las vides, realmente útiles, se incorporan en América con el segundo viaje de Colón en 1494. Cortés las lleva a México en 1531. Perú también contó rápidamente con dichas plantaciones y en 1556 se producía vino utilizable tanto en Perú como en Chile.

Respecto a las bebidas autóctonas en Latinoamérica que se consumían antes de la llegada de Colón, tal vez la más importante fuere la "chicha" para el altiplano sudamericano y el "pulque" en México. La primera de esas bebidas provenía de la fermentación del maíz y la segunda era originaria de diversos cereales como el trigo y la cebada además de frutos silvestres, de árboles y arbustos, como la quinoa, el molle, el hui-gán, etc. Ambas bebidas causan estragos en la población indígena por lo cual se toman medidas restrictivas en 1658. El Oidor de Lima, prohibió la fabricación, venta y distribución de la chicha, bajo pena de multa y azotes medidas que se extendieron hasta Colombia. Un siglo más tarde, Fernando VI reafirma las medidas restrictivas con respecto a la chicha en el Nuevo Reino de Granada y el pulque para México.

Sin embargo, a pesar de las prohibiciones, la persistencia del hábito hacía olvidar las disposiciones legales restringiendo su consumo. Fue el uso real sostenido y extensivo de la población que vencía una y otra vez todas las reglamentaciones, lo que facilitó el alcoholismo.

El impulso final para la propagación de la cultura vinica lo trajo la Iglesia Católica, que difundió ampliamente el sembrado de vides, siendo una importante propulsora de la vitivinicultura, al menos en nuestro país. Para 1786, el censo agrícola de Mendoza arrojó que de 30.500 plantas censadas, 26.500 pertenecían a cultivos propulsados por la Iglesia Católica, es decir más de 70% de los viñedos pertenecían a los religiosos.

En nuestro país se introducen las primeras plantas en el año 1561 en la zona cuyana, produciendo vino en cantidades industriales en el año 1618, es decir que 60 años después eran comercializados en Buenos Aires los vinos producidos en San Juan y Mendoza. Posteriormente Felipe II prohíbe la producción de vino en esa zona, reafirmada por Felipe III y Felipe IV; sin embargo siguen efectuándose plantaciones en fincas clandestinas hasta que en 1631 se dicta la ley 18 de las leyes de Indias por la cual se autoriza a plantar a cambio de entregar un 2% de lo que se produce a la corona.

El alcoholismo a través del tiempo

Conceptos básicos

La expresión alcoholizar fue utilizada por Lemerz en el sentido de reducir una sustancia a polvo impalpable, Boerhabe dio el nombre de alcohol a la porción más purificada del espíritu del vino, nombre que luego se extendió a compuestos de propiedades semejantes.

El término alcoholismo fue creado por Magnus Hüs (Estocolmo 1856) para designar con él, al conjunto de fenómenos físicos y psíquicos que produce el "envenenamiento" por las bebidas alcohólicas.

En 1793 Baillie llama la atención entre la relación del alcoholismo y la cirrosis hepática, hecho observado también por Liebermeister (1833-1901) y Minkowski (1858-1931).

Es necesario puntualizar que, desde un principio, tanto médicos como filósofos comprendieron que el uso de estas bebidas podía ocasionar enfermedades e, incluso, la muerte (desde Platón a Montesquieu, Benjamín Rush, Sutton, Trotter, Magnus Huss, etc). La cuestión reside en saber si se puede hablar de alcoholismo en el sentido moderno del término. Las condiciones patológicas que hemos descripto se refieren sobre todo a la embriaguez, pero debido a razones de producción, conservación y distribución no podemos afirmar con certeza que primero los clásicos y luego los galos y los franceses hayan podido constituir, antes de finales del siglo XVIII, los estados alcohólicos que nosotros conocemos en la actualidad.

Realmente, hasta finales del siglo XVIII y principios de la Revolución Industrial del siglo XIX y debido a los enormes cambios sociológicos y demográficos, no se produce la variación radical de las estructuras de consumo. El vino cuya producción aumenta, ya no es patrimonio exclusivo de los ricos, y un incipiente proletariado se verá afectado en forma masiva. En Francia y en los países latinos aparece una curiosa confrontación. Se declara al vino, cuyo secreto de conservación acaba de descubrir Pasteur, como bebida higiénica, mientras que se denuncia a las bebidas higiénicas como las únicas capaces de generar alcoholismo. Aparecen las ligas antialcohólicas y los movimientos para la "rehabilitación de los bebedores", pero su incidencia es aún muy débil e impregnada de moralismo.

A finales del siglo XIX, el químico alemán E. Buchner descubre los mecanismos de la fermen-

tación alcohólica de la glucosa, la cual puede realizarse con extractos de levadura totalmente acelular (enzimas). A partir de entonces se distingue entre:

- bebidas fermentadas
- bebidas destiladas.

El término "congéneres" designa a la vez las impurezas extraídas de la destilación (aldehídos, ésteres, otros alcoholes no etílicos) y las sustancias añadidas (ajeno).

Aparte del alcohol "para beber", el alcohol industrial (de remolacha o de síntesis) se utiliza como componente de numerosas preparaciones, como pólvoras, barnices, perfumes, productos farmacéuticos, materias plásticas, entre otras.

Posteriormente, ya en la época contemporánea, los médicos conocen al alcoholismo por sus complicaciones en los distintos aparatos y sistemas (cirrosis hepática, polineuropatías, encefalopatías, etc.) correspondiendo al Profesor Jellinek, durante la década del 50, el conocimiento del alcoholismo como un trastorno procesal de la conducta humana, dentro de la cual se presentan diversas fases o estadios.

Jellinek describe con mucho acierto la evolución progresiva del alcoholismo en el hombre durante la década del 50, siendo sensiblemente adaptada a los países vitivinícolas en los últimos años.

El alcohol es una sustancia químicamente denominada etanol o alcohol etílico. Se la obtiene a través de un proceso de fermentación o destilación de los hidratos de carbono. Es difícil encontrarlo en estado natural y puro, y no resulta necesario como parte de la alimentación del hombre.

Para consumirlo, a través de diversas bebidas de uso corriente debe extraérselo de diversas frutas, cereales, granos o raíces que contengan "hidratos de carbono".

Por lo tanto, la inclusión del alcohol en los hábitos humanos, responde a diferentes tendencias de consumo, determinadas por la cultura de cada país o región.

Es una droga fundamentalmente depresora del sistema nervioso central. Su transitorio efecto estimulante es debido a su acción sobre centros nerviosos que produce desinhibiciones de la personalidad.

Es una droga legal, socialmente aceptable, junto con el TABACO. Se debe tener en cuenta que

el límite entre lo tolerable socialmente y lo patológico no está claramente definido.

En los Estados Unidos, el abuso del alcohol ocupa el cuarto lugar entre los problemas más serios de salud, precedido sólo por las enfermedades cardíacas, el cáncer y las enfermedades mentales. Resultan asombrosos los costos económicos del abuso del alcohol; tan sólo en Suiza esos costos se calculan en 210 millones de francos suizos anuales. Las estimaciones correspondientes a los Estados Unidos fluctúan según los métodos empleados, en alrededor de los 50.000 millones de dólares al año.

Pese a esto, es frecuente que en materia de consecuencias se suela encontrar cierta subestimación por parte de algunos sectores de la población. Esto puede responder a varias razones entre las que se cuentan:

1. La mayoría de la gente ignora que incluso una cantidad moderada puede tener consecuencias importantes de acuerdo a la situación donde se produzca.
2. Se tiende a percibir como problemática del alcohol aquella correspondiente al alcohólico. Lo habitual es que la problemática del alcohol quede restringida a una enfermedad crónica "caracterizada por una perturbación fundamental del Sistema Nervioso Central, que se manifiesta por un conjunto de síntomas y signos que le confieren un carácter imperioso al deseo de tomar alcohol".

Las formas o perfiles que asume la alcoholización de manera más constante para algunos lugares, llevó a diferentes autores a establecer que diversas formas de relación con la bebida implicaban culturas distintas sobre estos aspectos.

Si seguimos el modelo del Bales, citado por Alonso, podemos caracterizar *cuatro tipos de cultura* de acuerdo a cómo es pauta la relación con la bebida alcohólica. Por un lado se distinguen las *culturas abstinentes* cuyas normas prohíben el disfrute del alcohol, tal es el caso de la cultura hinduista o la islámica. Las *culturas ambivalentes*, resultado clásico de la influencia del protestantismo, donde coexisten tendencias contrapuestas y de importante ambivalencia personal, como es el caso de la actitud hacia el alcohol de países como Inglaterra, Estados Unidos y los países escandinavos. Las *culturas permisivas* moderadas donde está aceptado el disfrute de la bebida alcohólica en pequeños círculos, pero se rechaza la embriaguez, como es el caso de mu-

chos países mediterráneos. Por último, las *culturas permisivas incondicionales*, cuya tolerancia hacia el consumo se hace extensiva para la embriaguez. Algunos autores citan en este grupo a países como Francia, Bolivia y Chile.

Dentro de este esquema clasificatorio es difícil ubicar a un país con una variedad cultural tan importante como es el caso de Argentina, si bien puede hacerse una ubicación provisional especialmente de los habitantes de Buenos Aires dentro del tercer grupo de las culturas permisivas moderadas. Esto especialmente por el fuerte rasgo itálico-español de sus costumbres, que pautan un beber alimentario, no farmacológico. El vino es parte de la mesa familiar, se toma desde temprana edad sujeto a un cuidadoso control paterno. La embriaguez no es tolerada y el individuo que transgrede esta norma es rechazado.

Estas modalidades de ingestión como resultado de lo que determinada formación social establece como tolerable para un período dado, son las que explican las diferencias y cambios del consumo alcohólico y dan significado a los datos.

Dependencia: La dependencia es un estado especial causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga.

Se manifiesta por la necesidad imperiosa de obtener y consumir drogas sin reparar en sus consecuencias.

La falta de la droga, una vez producido el acostumbramiento del organismo (o sea, una vez logrado un "estado de equilibrio con la droga" -estado de equilibrio adaptativo) produce una serie de trastornos psicosomáticos. Entonces, para seguir manteniendo el equilibrio organismo-psi-quis-droga, el sujeto debe, por lo general, aumentar gradualmente el consumo, con lo cual se incrementa también, en forma gradual y progresiva, la tolerancia.

La dependencia es una reacción de adaptación del organismo a las drogas, que puede ser psíquica y/o, física (orgánica), sociocultural; es aquella que una comunidad ejerce sobre el individuo relacionándolo con el consumo de una o más sustancias ("presión social").

- **Dependencia Psíquica:** Al principio la droga, a través de sus principios activos, produce una sensación de satisfacción que, para mantenerse, exige su administración periódica o continua, y la droga se convierte así en un fac-

tor cada vez más importante para el individuo que la consume, quien llega a utilizar la mayor parte de su tiempo en pensar en ella, buscarla y usarla. Fuera del efecto de la droga el individuo está ansioso, inquieto, malhumorado; cambia su carácter.

El uso de la droga, a esta altura, se convierte en una reacción automática ante cualquier estímulo interno o externo, positivo o negativo (el sujeto se droga porque le va bien y se droga porque le va mal).

- **Dependencia Física:** Esta dependencia se caracteriza por la presencia del llamado síndrome de privación o abstinencia, compuesto por los siguientes signos y síntomas, que pueden variar según la droga consumida: ansiedad, inquietud, temblores, convulsiones, transpiración, náuseas, vómitos, diarreas, secreción lagrimal y nasal, calambres, trastornos de la percepción visual, insomnio, delirio y, en casos muy graves, "shock" y muerte. Por lo tanto existen síndromes de abstinencia, leves, moderados y graves.

El síndrome de privación mejora con la aplicación de la misma droga o de otras llamadas análogas.

Una persona puede llegar al estado de dependencia debido a la interacción de tres factores:

- Su personalidad.
- El medio sociocultural que lo rodea.
- Las características farmacológicas de la droga, la frecuencia, la cantidad y la vía por la que es administrada.

Tolerancia: La tolerancia es un fenómeno biológico mediante el cual las células se adaptan a la presencia de una droga.

A medida que la tolerancia de la célula aumenta, es necesario incrementar la dosis de la droga, para lograr el mismo efecto anterior. En ciertas circunstancias el individuo consumidor, cambia el uso a otra más poderosa (escalada adictiva).

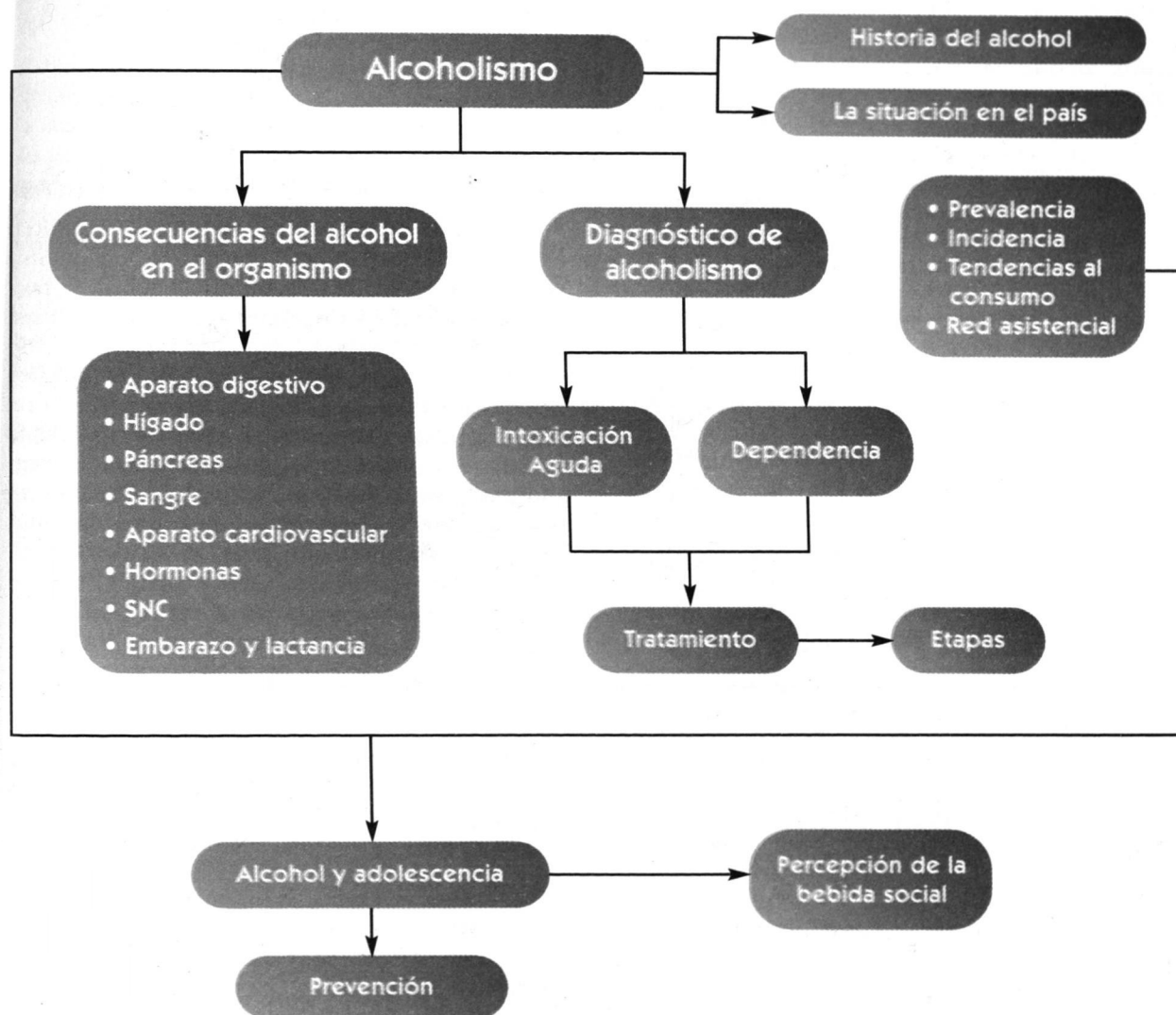
Hábito: Se adquiere por el consumo repetido de una droga y se caracteriza por el deseo intenso pero no compulsivo de tomarla, aunque sin aumentar su cantidad. Existe cierto grado de dependencia psíquica pero no física. No deteriora o deteriora poco al individuo.

Objetivos

Esperamos que al finalizar la lectura de este capítulo Ud. sea capaz de:

- Conocer la situación del alcoholismo en la Argentina.
- Recordar las consecuencias del consumo de alcohol en el organismo humano.
- Identificar los indicadores iniciales del uso de alcohol.
- Identificar las diferentes etapas y la metodología del tratamiento del paciente alcohólico.
- Relacionar alcohol y adolescencia, a través de la percepción de los jóvenes del consumo de drogas sociales y de la tasa de prevalencia de consumo de alcohol.
- Valorar el rol de la familia y del pediatra en la prevención de esta patología.

Esquema de Contenidos



Las bebidas alcohólicas

Se consideran bebidas alcohólicas todas aquellas bebidas para el consumo del hombre que contienen alcohol etílico. El contenido de alcohol está determinado, en cada una, por su tipo y forma de elaboración y se expresa por medio del grado alcohólico, que se establece determinando el porcentaje, volumen en volumen, de etanol que la misma contiene. Así una bebida de 39° contiene 390 ml de alcohol puro por litro. *No obstante el Código Alimentario Nacional -compatibilizado con el MERCOSUR- considera bebidas alcohólicas a aquellas que tengan un grado (GL) mayor de 0,5°.*

¿Qué grado alcohólico tienen las bebidas de consumo corriente?

Para el cálculo estadístico consideramos el siguiente porcentaje alcohólico:

- CERVEZA 5%
- VINOS 10%
- VINOS FORTIFICADOS 20%
- DESTILADOS 50%

Consumo aparente de alcohol en la Argentina.
(Cuadro 1)

Recordemos que:

Si informamos correctamente a nuestra población acerca del contenido alcohólico que cada bebida posee, alertando de su uso peligroso al conductor de vehículos, al trabajador, a las mujeres jóvenes y a los adolescentes en general, habremos dado un paso hacia adelante en el control del uso indebido, a través de un consumo moderado y responsable.

Es decir beber inteligentemente.

La bebida problemática o abusiva

La bebida problemática, abusiva o perjudicial es una enfermedad que constituye, en nuestro país, un serio problema sanitario y social. Se puede estimar, en su definición estricta y rigurosa que más de 2.000.000 de personas sufren en forma directa sus consecuencias, ven sus hogares afectados y restan a la Nación un importante recurso humano y económico. Si a esta cantidad le sumamos el núcleo familiar con el que conviven, podemos decir que alrededor de 8.000.000 de personas viven perturbadas (involucradas) por los problemas que plantea esta enfermedad a nivel nacional.

Cuadro 1: Producción de bebidas alcohólicas en la Argentina. Por segmento (destilados, cerveza y vino).
Año 1980 y período 1990/98. Expresados en litros corrientes y litros de alcohol absoluto.

Año	Destilados		Cerveza		Vinos		Totales	
	Litros corrientes	Litros absolutos	Litros corrientes	Litros absolutos	Litros corrientes	Litros absolutos	Litros corrientes	Litros absolutos
1980	92.860.441	40.858.594	228.131.800	11.406.590	2.348.997.500	270.134.713	2.669.989.741	322.399.897
1990	51.533.085	22.674.557	616.979.700	30.848.435	1.403.630.000	161.417.450	2.072.132.785	419.010.442
1991	65.651.676	28.886.737	797.752.300	39.887.615	1.450.027.200	166.753.128	2.313.431.176	235.527.480
1992	74.507.723	32.783.398	951.532.800	47.576.640	1.435.074.500	165.033.568	2.461.115.023	245.393.606
1993	80.127.965	35.256.305	1.030.515.200	51.525.760	1.447.084.200	166.414.683	2.557.727.365	253.196.748
1994	77.676.632	34.177.718	1.127.233.000	56.361.650	1.817.291.000	208.988.465	3.022.200.632	299.527.833
1995	67.652.370	29.767.043	1.042.323.100	52.116.155	1.644.305.500	189.095.133	2.754.280.970	270.978.331
1996	72.438.158	31.872.790	1.028.743.100	51.437.155	1.268.100.600	145.831.569	2.369.281.858	229.141.514
1997	76.441.583	33.634.297	1.083.373.400	54.168.670	1.350.029.200	155.253.358	2.509.844.183	243.056.325
1998	73.121.374	32.173.405	1.061.651.200	53.082.560	1.667.338.200	145.743.893	2.402.110.774	230.999.858

Fuente: Programa CUIDA (Control del Uso Indebido del Alcohol). Ministerio de Salud y Acción Social. Sobre datos suministrados y validados por la Cámara Argentina de Destiladores Licoristas, la Cámara de Productores y Destilados del Whisky, la Cámara de la Industria Cervecería Argentina, la Asociación Vitivinícola Argentina y el Instituto de Vitivinicultura.

Afecta, en el mundo, la salud de millones de personas y su magnitud da una idea de cómo gravita en un porcentaje importante en la tasa de los accidentes de tránsito y laborales.

El alcohólico se puede recuperar. Para ello es necesario desterrar viejos conceptos de vicio, fatalidad y vergüenza y hacer comprender al enfermo y a sus familiares la necesidad de someterse a un adecuado tratamiento médico-social. La consulta médica oportuna supone mejores posibilidades de recuperación.

Muchos bebedores habituales no parecen, a simple vista, alcohólicos, ya que no reproducen la imagen popular y común del hombre derrotado por la bebida. Los muy avanzados en su enfermedad presentan graves perturbaciones orgánicas y psíquicas, que afectan su trabajo y vida social. Se estima que llegan a este estado un porcentaje importante de los enfermos alcohólicos.

En la actualidad se ven implicadas, cada vez en mayor medida, todas las clases sociales sin distinción alguna.

El enfermo alcohólico, tiene problemas, de los cuales aparentemente, no puede desligarse y entonces bebe para olvidarlos, aunque más no sea momentáneamente. Otros beben cantidades importantes de alcohol porque dentro de su medio ambiente ello es costumbre y hábito. Los cierto es que un grupo de unos y otros desarrollan dependencia física hacia el alcohol. Son los llamados alcohólicos propiamente dichos.

Durante las últimas décadas, y más exactamente a partir del período de la post-guerra, la población mundial vió aumentar año tras año la producción del alcohol a través de las bebidas de uso corriente.

Transcurrieron varios años más para esclarecer la real situación en los países desarrollados, que observaron un notable incremento en el consumo del mismo. No pasó sino un poco de tiempo más para consolidar los impactos que acusaban el exceso de la bebida en todos sus campos, transmitiéndose, años más tarde, al resto del mundo, reiterando una vez más la clásica historia del alcohol. Sustancia descubierta por el hombre casi desde el Génesis mismo, que se pro-

Aquellos afectados solamente por la dependencia psicopatológica o socio cultural se constituyen en Bebedores Excesivos.

Bebedores excesivos y Alcohólicos son los denominados "Bebedores Problemas", constituyendo un problema sanitario ya que en su conjunto suman una cifra próxima al 12% de la población mayor de 15 años.

Debe tenerse en cuenta que este problema, no sólo afecta a la población masculina adulta; sino que también los adolescentes constituyen un grupo de alto riesgo. Para los niños y las mujeres, el alcoholismo adquiere gran trascendencia; ya que la ingestión excesiva durante el embarazo puede ser responsable de malformaciones congénitas, produciendo el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF).

Dentro de la población juvenil lo más frecuente es observar una bebida abusiva del fin de semana. Es difícil encontrar alcoholistas en fase de cronicidad dentro de los adolescentes y adultos menores de treinta años. Ello es debido que el alcohol toma varios años en demostrar sus consecuencias. Por ello debe tenerse en cuenta que las complicaciones del beber abusivamente en los jóvenes lleva a un aumento de la accidentología de tránsito y a la violencia. Si al consumo del alcohol se le añaden otras drogas, estaremos hablando de un policonsumidor juvenil que ha comenzado la escalada adictiva a partir del etanol.

El planteo del problema

pagó por todo el orbe sin respetar región o país alguno afectando por igual la salud y el desarrollo de individuos y naciones; con severas implicancias en el orden social, político, y económico de cada una de ellas.

Poco tiempo más transcurrió para que a la cantidad de alcohol producido se le sumase la diversificación de calidades, resultando aún más tentadora la oferta, pudiéndose ingerir alcohol, a cualquier hora y en cualquier lugar; solamente debía disponerse del dinero necesario para ello.

El desarrollo de una política explícita y clara frente a los problemas planteados por el uso indebido del alcohol tenderá a aunar esfuerzos en todos los sentidos, nacionales e internacionales,

estableciendo responsabilidades conjuntas y sostenidas entre los pueblos y los gobiernos del mundo.

Asimismo deberían confrontarse los peligros comprobados para la salud que entrañan los consumos riesgosos como el alcohol, con los dudosos beneficios económicos que acarrea su comercialización actual, en los países productores, cuyo saldo final sería incierto.

Ello indica que habrá de tenerse en cuenta, en el momento de explicitar una política, las costumbres locales, configurando una resultante final que es la tendencia expresada por los términos de la ecuación universal:

Alcohol + Cultura + Individuo + Grupo Social = Alcoholización

Nuestro país no ha permanecido insensible a la llamada internacional, siendo el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación el organismo que creó el Comité Técnico Asesor sobre Alcoholismo en 1977 y que sirvió de basamento para el Programa Nacional de Control del Uso Indevido del Alcohol -CUIDA- desde 1991 hasta la sanción de la ley 24.788 donde se remozan y mejoran sus acciones.

Descripción de la situación actual del país

Presentamos una breve síntesis de la situación actual (Socio Epidemiológica), prevalencia y distribución de la patología, en continuo aumento.

Estimación del número de bebedores problema o patológicos: en números absolutos (Cifras oscuras medias)

2.500.000 afectados sobre censo 1991. Adultos mayores de 15 años (sin contar al grupo familiar afectado indirectamente). En el último estudio a nivel nacional (1999) el Lic. Hugo Migués destaca un grupo de niños bebedores que oscilan desde los 12 a los 15 años. Por lo tanto en próximos estudios deberá incluirse a este grupo como de alto riesgo.

En porcentuales 12% de la población mayor de 15 años

7% de bebedores excesivos sintomáticos regulares.
5% dependientes físicos (alcoholistas)
(Clasificación Internacional de las Enfermedades, DSMIV
Clasificación Internacional Síndrome de Dependencia del Alcohol)

Estos bebedores problema (o patológicos) ocasionan un sensible aumento en:

1. Accidentología (tránsito y laborales).
2. Ausentismo laboral y pérdida de empleo.
3. Actos ilícitos: delincuencia asociada a la bebida patológica, violencia (homicidio-suicidio-lesiones), otros delitos contra las personas.
4. Aumento de los ingresos a efectores sanitarios por patologías directa o por complicación consecuentes.
5. Lucro cesante y disminución de la capacidad productiva del país.
6. Consumo habitual del alcohol junto a otras poliadicciones utilizando el mismo como "puerta de entrada" (en jóvenes, especialmente).
7. Aumento de migraciones (huidas geográficas).
8. Conflictos y/o rupturas familiares subsecuentes.

Prevalencia. Grupo etario principalmente afectado

- Hombres trabajadores de 25 a 59 años con tasa de prevalencia ajustadas a edad y sexo de 29 a 54 años (grupo de alto riesgo). Tanto en áreas urbanas como rurales (obrando factores diversos). No hay diferenciación (en términos generales) por status social, afectando igualmente todos los estratos de la pirámide, nivel ejecutivo, nivel de conducción, nivel operatorio (beben entonces: presidentes, gerentes, profesionales, empleados y operarios).
- Debe destacarse que el entrecruzamiento de variables como zona geográfica, trabajo, educación y oferta de los servicios de salud afecta la tasa de prevalencia en forma notable.

Incidencia (casos nuevos)

- Predominio de casos nuevos afectados especialmente a partir de grupos juveniles (púberes y adolescentes) a partir de 12 años en adelante, junto a otros consumos tóxicos.
- Aumento significativo del consumo excesivo en mujeres, jóvenes y fértiles, con el gran riesgo de producción del Síndrome Alcohólico Fetal.
- Incremento del abuso de bebidas alcohólicas en mayores de 65 años confinados a situaciones de aislamiento, ligados a otros factores sociales nocivos productores de depresión y enfermedad social.
- Actualmente junto a los trabajadores en actividad los adolescentes y mujeres constituyen grupos de alto riesgo a padecer la enfermedad.

Tendencia al consumo (hábitos poblacionales generales) (patterns)

Desde 1980, se observa un cambio en la tendencia del consumo vínico, dentro del seno familiar, por un hábito más desordenado relacionado con bebidas de alto contenido alcohólico que, junto con la cerveza, modifican pautas culturales de nuestra población, bebiendo en cualquier momento y a cualquier hora. Dicho cambio conductual esta dado, principalmente, por el efecto perjudicial de la propaganda y persuasión difundida a través de los medios masivos de comunicación, ligando la ingestión de bebidas alcohólicas al poder y al éxito constante. Los jóvenes adhieren rápidamente -junto a la mujer- al consumo de bebidas claras de aromas frutados, como la cerveza, los vinos blancos gasificados y ciertos tragos de fantasía.

Insuficiencia de la Red Asistencial de Servicios de Salud

1. Esto no sólo se debe al sector público que realmente es ineficaz desde todo punto de vista, sino también desde el sector de la seguridad social (Obras Sociales) que aún no ha reconocido esta patología y continúan ejerciendo una cobertura bajo otros diagnósticos, disfrazando la realidad del problema.

2. Falta de integración al sistema de salud de recursos extrasectoriales como son los Alcohólicos Anónimos, que ejerciendo sus acciones durante 35 años de permanencia en nuestro país, asistiendo diariamente alrededor de 10.000 prestaciones a través de 800 grupos que funcionan a lo largo de todo el territorio de la República Argentina conforman, junto a otras instituciones comunitarias un verdadero sistema informal de salud que deberá articularse convenientemente con la cobertura asistencial propuesta proveniente de los recursos genuinos del sector salud.

Podría decirse que el alcohol -a través de los tiempos- ha penetrado en la arquitectura social en todas las regiones del mundo por 4 causas:

1. Gran prestigio de las bebidas alcohólicas dentro de las reuniones sociales de todo tipo.
2. Extensa diversificación de la oferta (existen más de 2.000 tipos de bebidas pertenecientes a los distintos segmentos productivos).
3. Insuficiencia del marco legal (leyes) que regule el mercado y proteja al individuo.
4. Bajo precio.

Puede consultarse el DSM IV, Temas de Abuso de Sustancias. Dependencia. Abstinencia. Intoxicación por Sustancias.

Consecuencias del alcohol etílico en el organismo humano

I. Alcohol y aparato digestivo

El consumo crónico de alcohol produce alteraciones estructurales y funcionales sobre el conjunto del aparato digestivo.

1. Esófago

Es un órgano clave en cuanto a denunciar el consumo de alcohol. La patología inducida o agravada por la bebida a nivel esofágico es variada:

- lesión directa por contacto de la mucosa
- desequilibrio entre factores agresivos y defensivos.

Esofagitis por reflujo: Es la patología inflamatoria local que genera más cantidad de consultas; el alcohol es el principal agente etiológico.

Carcinoma de esófago: Tercero en frecuencia entre los cánceres digestivos, los estudios epidemiológicos demuestran su relación directa con el consumo crónico de alcohol.

Síndrome de Mallory-Weiss: Una importante proporción de los afectados son alcohólicos, que mejoran notablemente cuando se elimina el consumo etílico.

Várices gastroesofágicas: La ruptura y la hemorragia suelen ser las principales complicaciones, con una mortalidad de casi el 50% en el primer episodio.

2. Estómago

La gastritis aguda es la entidad ligada más directamente con el alcoholismo. Los pacientes refieren anorexia, náuseas, vómitos y malestar di-

fuso epigástrico que duran 2 ó 3 días. El papel del consumo crónico de alcohol en la úlcera gástrica y en la gastritis crónica es discutido.

3. Intestino

En la intoxicación aguda, el duodeno y el yeyuno se ven expuestos a altas concentraciones de alcohol que llegan por vía directa canalicular y por vía hemática. En el alcoholismo crónico, la afección de la mucosa intestinal es secundaria a factores nutricionales como el déficit de tiamina y de folato. En uno u otro caso, la consecuencia inmediata es la diarrea y el síndrome de malabsorción.

Probablemente, la mayor activación de sustancias procancerígenas y cancerígenas que se verifica experimentalmente tras la administración de alcohol, desempeña cierto papel en el aumento de incidencia de determinados cánceres digestivos en los pacientes alcohólicos.

II. Alcohol y hepatopancreatopatías

1. Hígado

El alcohol ha mostrado poseer una toxicidad directa para el hígado.

Aproximadamente, entre 90 y 100% de los bebedores más importantes muestran evidencia de hígado graso, entre el 10 y 35% desarrollan hepatitis alcohólica, y en 10 a 20% de estos pacientes se instala una cirrosis. El hígado graso es reversible con la abstinencia, lo mismo sucede por lo general con la hepatitis alcohólica; a pesar que la cirrosis es frecuentemente progresiva y fatal, puede obtenerse su estabilización con la abstinencia.

Según los datos estadísticos, el daño hepático aparece antes y con más frecuencia en el sexo femenino que en el masculino. En relación a la mortalidad, en los EE.UU. es la segunda causa de muerte entre los varones de 25 a 44 años. La mortalidad por cáncer hepático, íntimamente relacionado con la hepatopatía alcohólica ha ido en aumento en EE.UU., Francia, Inglaterra, Alemania y España.

La abstinencia es la piedra basal de la terapia de las hepatopatías. El hígado graso y la hepatitis alcohólica son frecuentemente reversibles, mejorando la supervivencia de los pacientes, incluso aquellos con cirrosis. Para los pacientes con enfermedad terminal, el transplan-

te de hígado continúa siendo el único tratamiento efectivo.

Por otra parte, el consumo de alcohol puede aumentar los efectos colaterales adversos de medicaciones utilizadas para tratar otras condiciones. En particular, la abundante utilización del analgésico paracetamol, se ha asociado con daño hepático en personas que beben intensamente.

2. Páncreas

El páncreas reacciona con lesiones inflamatorias de dos formas:

- la necrosis hemorrágica aguda o
- la pancreatitis intersticial crónica.

Pancreatitis aguda. Los síntomas dominantes en la pancreatitis aguda hemorrágica son el dolor y el shock, en tanto que en las formas edematosas predominan el dolor y el desequilibrio electrolítico. La evolución es favorable, con o sin complicaciones, en el 90% de los pacientes.

Pancreatitis crónica. Las manifestaciones clínicas de la primera etapa incluyen dolor epigástrico, profundo, irradiado a la espalda, que puede acompañarse de náuseas y vómitos, ictericia, escalofríos y taquicardia. En una segunda etapa aparecen los trastornos metabólicos, con disminución de peso a pesar del buen apetito y la buena ingesta alimentaria, debido a malabsorción, secundaria al déficit enzimático.

III. Alcohol y sangre

El alcohol provoca múltiples efectos patológicos sobre el tejido hemopoyético, ya sea por efecto directo como por las deficiencias nutricionales o la hepatopatía que presentan con frecuencia estos pacientes. Estos tres mecanismos etiopatogénicos no son excluyentes y pueden coexistir en la alteración de los eritrocitos, glóbulos blancos, plaquetas y/o de la hemostasia.

1. Alteraciones en la serie roja

Anemias premedulares. Frecuente en alcohólicos crónicos caracterizado por macrocitos ovalocitosis e hipersegmentación de los leucocitos polimorfonucleares.

Es consecuencia de la depleción de folato producida por el etanol. Cuando se suma la mala nutrición y/o la hepatopatía, el resultado es la anemia megaloblástica.

Las características clínicas de la deficiencia de folato son inespecíficas, pero la falta de trastornos neurológicos la distingue de la deficiencia de vitamina B 12.

Anemias por hipoplasia medular. Los efectos de la intoxicación alcohólica grave sobre la médula ósea son semejantes a las producidas por el cloranfenicol, observándose disminución de la eritropoyesis y vacuolización de los precursores eritrocíticos. Estas vacuolas pueden aparecer también en elementos mieloides y desaparecer algunos días después de suspender la ingestión de alcohol. La abstinencia de alcohol va seguida de reticulocitosis y el número máximo ocurre aproximadamente a la semana.

Anemias postmedulares. La esplenomegalia congestiva que resulta de la hepatopatía y de la hipertensión portal es componente de importancia en las anemias hemolíticas que se observan en los alcohólicos. En la mayoría de ellos aparece una anemia moderada con macrocitos en diana con un volumen corpuscular medio de entre 100 y 106 μ . Estas células en diana se producen cuando el glóbulo rojo normal quiere mayor concentración de colesterol y fosfolípidos a partir de lipoproteínas plasmáticas. La actividad de la lecitín-colesterol-ociltransferasa (LCAT) es frecuentemente baja en pacientes con hepatopatía alcohólica y podría contribuir a producir estos eritrocitos, al influir en su contenido de lípidos.

Otros elementos morfológicos anormales observables en las anemias del alcohólico incluyen células espinosas, estomatocitos (células unicóncavas en forma de taza) y microesferocitos.

Policitemia. Se ha implicado al alcohol como posible factor etiológico en la poicitemia relativa. Se trata de una masa eritrocitaria normal o ligeramente aumentada con un volumen plasmático bajo.

2. Alteraciones en plaquetas y hemostasia

El etanol afecta las propiedades hemostáticas de las plaquetas con producción de agregación, hipercoagulabilidad y consumo o secuestro de trombocitos.

Intoxicación alcohólica aguda: hay trombocitopenia como consecuencia de la disminución de la producción y de la vida de las plaquetas.

Luego de 48-72 horas de abstinencia, el recuento plaquetario aumenta y alcanza un valor superior al normal a los 10-14 días, volviendo a

cifras basales en 2-3 semanas más; durante el período de trombocitosis existe riesgo de tromboembolia.

Intoxicación alcohólica crónica. Los factores de la coagulación son sintetizados por el hígado: cuando no existe compromiso hepático es raro que estos últimos se encuentren afectados. La antitrombina 3 (AT3), también de origen hepático, puede hallarse normal, aumentada o disminuida en alcohólicos crónicos. Cuando existe un cuadro de tromboembolia, deberá considerarse la posibilidad de déficit de (AT3) pudiendo requerirse dosis mayores de heparina para obtener la actividad anticagulante deseada.

Uno de los mayores peligros en aquellos alcohólicos que tienen seriamente comprometido su parénquima hepático, es la coagulación intravascular diseminada (CID). La CID puede desencadenarse por necrosis celular, infección, traumatismos y otros muchos factores. La cirrosis avanzada se considera una de las causas de CID.

IV. Alcohol y aparato cardiovascular

Independientemente del estado nutricional del paciente, el alcohol es capaz de alterar el metabolismo y producir daños estructurales a nivel del miocardio. La alteración en la estructura y en la función de las membranas y los trastornos del transporte iónico (fundamentalmente calcio), podrían desempeñar un papel central en el desarrollo del daño celular y de la hipertensión arterial en alcohólicos crónicos. El magnesio sería otro ion cuya deficiencia estaría involucrada en la patogenia. La hipomagnesemia podría ser el resultado de una excreción excesiva de lactato cuya concentración aumenta como consecuencia del consumo alcohólico.

1. Miocardiopatía alcohólica

A pesar de que los datos clínicos suelen ser muy difusos y variables, llama la atención que este cuadro tan abigarrado tenga un buen pronóstico y llegue a desaparecer con normas dietético-medicamentosas muy simples como:

- abstinencia absoluta de alcohol,
- reposo en cama,
- dieta adecuada, y eventual digitalización.

La ingestión aguda de alcohol también puede originar alteraciones de la función mecánica o de las propiedades electrofisiológicas del corazón.



En ambos casos, la gravedad de las anomalías provocadas depende de los antecedentes de consumo alcohólico crónico y de la presencia de cardiopatía subyacente.

2. Cardiopatía isquémica

Los estudios más importantes realizados sobre el tema indican que el consumo de alcohol en moderadas cantidades podría disminuir la incidencia de muerte por infarto agudo de miocardio. Por otro lado, las evidencias sugieren que el alcoholismo severo favorece el desarrollo de aterosclerosis. Más aún, se ha asociado el consumo de alcohol en cantidades importantes con la inducción de arritmias cardíacas y de daño miocárdico.

3. Hipertensión arterial (HTA)

Independiente de la edad, sexo, raza, peso, consumo de cigarrillos, niveles sanguíneos de colesterol, nivel cultural y clase social; las complicaciones de la HTA, especialmente la enfermedad cerebro vascular, también parecen ser más frecuentes entre bebedores importantes.

La relación entre HTA y alcohol es lineal en la gama del ingreso moderado a abundante, con umbral de aproximadamente tres tragos diarios. Los sujetos con ingreso bajo de alcohol, en realidad pueden tener una presión arterial más baja que quienes no ingieren alcohol. En ellos, el etanol actuaría directamente sobre el músculo liso vascular produciendo vasodilatación.

En las últimas décadas se asiste a crecientes aumentos paralelos en el consumo per cápita de alcohol y la incidencia de HTA. Se ha estimado que entre 10 y 30% de las HTA consideradas esenciales, responden a un consumo excesivo de alcohol.

V. Alcohol y hormonas

Las hormonas controlan cuatro importantes áreas de funcionamiento corporal: producción, utilización y almacenamiento de energía; reproducción; mantenimiento del medio interno (por ejemplo: presión arterial y masa ósea); crecimiento y desarrollo. Para que las hormonas funcionen adecuadamente, sus cantidades y los tiempos de su liberación deben estar finamente coordinadas, en tanto que los tejidos blanco deben ser capaces de

responder eficazmente a ellas. El alcohol puede deteriorar las funciones tanto de las glándulas liberadoras de hormonas, como de los tejidos blanco, ocasionando graves consecuencias médicas.

1. Deterioro de la glucemia

Las dos hormonas secretadas por el páncreas y que regulan los niveles de glucemia son la insulina y el glucagon. La insulina reduce las concentraciones hemáticas de glucosa; el glucagon las eleva. Debido a que la prevención de la hipoglucemia es vital para el organismo, varias hormonas de las glándulas suprarrenales y pituitaria apuntalan la función del glucagon.

El consumo de alcohol interfiere con todas las fuentes de glucosa y con las acciones de las hormonas reguladoras. Los bebedores crónicos intensos tienen con frecuencia un ingreso de glucosa dietario insuficiente. Sin ingreso de alimentos, los depósitos de glucógeno se agotan en unas pocas horas. Adicionalmente, la producción de glucosa orgánica se encuentra inhibida mientras se está metabolizando el alcohol. La combinación de esos efectos puede ocasionar hipoglucemia grave entre 6 y 36 horas después de un episodio de abuso de bebida.

En contraste, el bebedor crónico abundante se ha asociado con niveles excesivos de glucemia, por reducción de la respuesta orgánica a la insulina, con intolerancia a la glucosa manifiesta tanto en individuos sanos como en alcohólicos con cirrosis hepática. De hecho, entre 45 y 70% de los pacientes con enfermedad hepática de origen alcohólico tienen intolerancia a la glucosa o son francamente diabéticos.

2. Alteración de las funciones reproductivas

El consumo intenso y en forma crónica puede interferir con todas las funciones del sistema reproductivo. Sus más severas consecuencias, tanto en hombres como en mujeres, incluyen el inadecuado funcionamiento de testículos y ovarios, resultando en deficiencias hormonales, disfunción sexual e infertilidad.

3. Alteración del metabolismo cálcico y la estructura ósea

El alcohol puede interferir con el metabolismo cálcico y óseo de varias maneras. El consumo agudo puede llevar a una deficiencia transitoria

de parathormona y a un aumento de la excreción urinaria de calcio, con el resultado de una pérdida de calcio corporal. El alcoholismo crónico e intenso puede trastornar el metabolismo de la vitamina D, llevando a una inadecuada absorción de calcio dietario.

Los estudios en alcohólicos han mostrado que el alcohol es directamente tóxico para las células formadoras de hueso e inhiben su actividad. Adicionalmente, la ingestión crónica intensa puede afectar adversamente de manera indirecta el metabolismo óseo, contribuyendo, por ejemplo, a la deficiencia nutricional de calcio o de vitamina D. La hepatopatía y los niveles alterados de hormonas sexuales producidos por el alcohol, afectan el metabolismo óseo.

VI. Alcohol y Sistema nervioso central (SNC)

Entre las drogas neurotóxicas más consumidas en la actualidad se destaca, con triste privilegio, el alcohol. Su abuso constituye un gran problema en el mundo entero. El alcoholismo es una enfermedad de carácter crónico y se asocia a numerosos trastornos neurológicos. No obstante el mecanismo a través del cual ejerce sus efectos varía ampliamente de un grupo de trastornos a otros.

Enumeraremos los efectos producidos por el alcoholismo en el SNC y describiremos algunos de ellos.

1. Intoxicación alcohólica aguda. Embriaguez simple, complicada y patológica, "Lagunas amnésicas posteriores".
2. Síndrome de abstinencia o privación: desde temblores, alucinosis, delirium tremens.
3. Enfermedades, carencias nutricionales del sistema nervioso, secundarias al alcoholismo:
 - a) Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
 - b) Polineuropatía.
 - c) Neuropatía óptica ("ambliopatía tóxica tabaco-alcohol").
 - d) Pelagra.
4. Enfermedades de patogenia no bien determinada, asociadas al alcoholismo:
 - a) Degeneración cerebelosa.
 - b) Enfermedad de Marchiafava-Bignami (poco frecuente).
 - c) Mielinólisis pontiva central (poco frecuente).
 - d) Deterioro alcohólico (demencia alcohólica).
 - e) Atrofia cerebral.

5. Síndrome alcohólico fetal.

6. Trastornos neurológicos consecutivos a cirrosis alcohólica de Laennec y a anastomosis portosistémica:

- a) Estupor y coma hepáticos.
- b) Degeneración hepatocerebral crónica.

1. Síndrome de Wernicke-Korsakoff

El Síndrome de Wernicke-Korsakoff es un desorden neurológico nutricional causado por déficit de tiamina. Este síndrome es más común encontrarlo en alcohólicos graves, aunque no de manera exclusiva, y constituye estimativamente el 3% de todos los desórdenes relacionados con el alcohol, aunque esta cifra puede subestimar su verdadera prevalencia. Afecta por igual a hombres y mujeres, la edad de aparición se distribuye de modo bastante uniforme entre los 30 y 70 años.

Mientras que la encefalopatía de Wernicke es la fase aguda, la psicosis de Korsakoff representa la etapa crónica de la encefalopatía. Dicho de otro modo, en el paciente alcohólico con déficit nutricional de vitamina B1, la psicosis de Korsakoff es la manifestación psiquiátrica posterior a la enfermedad de Wernicke.

La tríada clínica característica descrita por Wernicke son manifestaciones: oftalmológica, ataxia, y confusión mental.

En el Síndrome de Korsakoff llamó la atención, en su descripción original, la amnesia crónica y su coexistencia con neuropatía periférica.

2. Polineuropatía alcohólica

Al abordar esta entidad, es útil tener presente la definición propuesta por la O.M.S. en 1980: "llámase polineuropatía periférica a los trastornos persistentes de las neuronas motrices inferiores, de la médula y del tallo encefálico, de las neuronas sensitivas primarias o de las neuronas autónomas periféricas, con manifestaciones clínicas, electrográficas y morfológicas, juntas o separadas, que denotan la afección axonal o de las estructuras de soporte (mielina) o de ambas".

Las causas que llevan a su desarrollo son: el abuso del alcohol de larga duración y una alimentación carenciada cuanti y cualitativamente en vitaminas del grupo B.

Monteverde y Figini en el país proponen el término toxínutricional como el más apropiado

para describir etiopatogénicamente esta condición clínica.

Los síntomas motores y sensitivos se manifiestan, en general, en forma simultánea. En la mayor parte de los casos, el trastorno principal está representado por alguna forma de alteración de la motilidad, casi la cuarta parte de los sujetos presentan dolores y parestesias en forma casi exclusiva.

3. Neuropatía óptica (ambliopía nutricional o carencial, o ambliopatía tabaco-alcohol)

Se trata de un disturbio visual frecuente en pacientes alcohólicos. Se caracteriza por visión débil o borrosa, de objetos próximos y distantes, que evoluciona progresivamente en un período de varios días o semanas.

4. Pelagra

Es unánime el concepto de que esta enfermedad se produce por un déficit pluricarencial vitamínico, además del producido por la niacina.

Clásicamente está integrada por una tríada sintomática: dermatitis, demencia, y diarrea a la que podría agregarse, en algunos casos, la muerte -deceso- (las 4 D). En su inicio pueden confundirse con los síntomas de una psicosis.

5. Degeneración cerebelosa

El término corresponde a un tipo común y característico de degeneración cerebelosa en alcohólicos. Este trastorno es dos veces más frecuente que la enfermedad de Wernicke pero a diferencia de esta última, su aparición es más constante en hombres que en mujeres. El daño cerebeloso se observa en más del 27% de las autopsias de pacientes alcohólicos crónicos.

6. Atrofia cerebral

La atrofia cerebral alcohólica crónica es un concepto anatómo-patológico, aunque normalmente, el diagnóstico se establece a partir de los hallazgos radiológicos; representados por dilataciones de los ventrículos cerebrales, especialmente, a nivel de la prolongación frontal del ventrículo lateral, aumento del espesor de los surcos cerebrales, cerebelosos, cisuras interhemisféricas y silvianas.

VII. Alcohol, embarazo y lactancia

1. Síndrome alcohólico fetal

Desde los estudios de Sullivan sobre la mortalidad en niños de madres alcohólicas, el efecto del tóxico sobre la descendencia ha sido objeto de importantes revisiones. El consumo excesivo del alcohol durante el embarazo produce diversas anomalías en el desarrollo del feto referido como síndrome alcohólico fetal. Estos niños son de menor talla en relación con el peso y la mayoría se encuentran por debajo del percentil 3 de perímetro cefálico. Se distinguen también por sus cortas hendiduras palpebrales (probablemente como reflejo de microftalmia) epicanto, hipoplasia maxilar, micrognatia, paladar hendido, luxaciones de cadera, junto a deformidades en la flexión de los dedos de la mano y ciertas limitaciones en la movilidad de otras articulaciones, anomalía cardíaca (a nivel del septum), genitales externos anómalos y hemangiomas capilares. Estos recién nacidos tienen succión débil, un sueño alterado y la mayoría presenta irritabilidad, hiperactividad y temblor, síntomas que recuerdan a los síndromes de abstinencia alcohólica.

La anatomía patológica, en numerosas series destaca unas extensas heterotopías neurogliares, leptomeníngicas y una hidrocefalia obstructiva, probablemente secundarias a las demás heterotopías existentes en torno al tronco del encéfalo. También estas lesiones se encuentran en la sustancia blanca cerebral. La agenesia del cuerpo calloso es otro hallazgo importante. Otros autores observan malformaciones cerebrales similares a las del Síndrome de Dawdy-Walker, esquizoencefalia y signos de arrinencefalia.

Aunque la relación del alcoholismo materno y la aparición del cuadro es indudable, los mecanismos mediante los cuales se produce la injuria no se conocen totalmente. Lo mismo sucede con el estadio crítico del alcoholismo necesario para producirlo (pasaje del alcohol a través de la barrera hemato-placentaria).

Actualmente se aconseja a la mujer embarazada no beber alcohol durante la embriogénesis, debido a que una sola toma de alcohol en forma excesiva puede producir daños irreversibles en el sistema nervioso del feto. Algunos autores agregan que también es peligroso beber alcohol abusivamente durante el octavo mes.

2. Lactancia

La cantidad de alcohol que se transfiere a la leche es generalmente bajo. Un trabajo reciente sugiere reducción en la producción de leche después de la ingestión de cerveza y una modificación en su olor. La disminución en la bajada de la leche aparentemente sería dosis-dependiente y requiere consumos de alcohol de 1,5 a 1,9 gr/kg de peso corporal.

Se puede encontrar sueño profundo, fatiga y crecimiento lento en el niño. Los niveles de alcohol en sangre materna deben ser altos (300 mg/dl) antes que sean reportados efectos significativos en el niño.

Se sugiere evitar el pecho por 2 ó 3 horas después de beber alcohol (Hale T. 1999). Pequeñas y ocasionales cantidades de cerveza o vino pueden ser admitidas, las prohibiciones excesivas pueden desalentar a las mujeres que sienten muy limitado su contacto social.

VIII. Alcohol e interacciones medicamentosas

Muchos medicamentos pueden interactuar con el alcohol, aumentando el riesgo de enfermedad, lesión o muerte. Como ejemplo, se estimó que las interacciones alcohol-medicación pueden constituir un factor en por lo menos 25% de todas las admisiones de emergencias. También pueden desarrollarse numerosas interacciones menos serias de manera solapada o sin llegar a registrarse.

¿Son frecuentes las interacciones entre alcohol y fármacos?

Aproximadamente un 70% de la población adulta consume alcohol por lo menos ocasionalmente, un 10% lo bebe con una periodicidad diaria. El 60% de los varones y 30% de las mujeres han tenido uno o más acontecimientos vitales adversos relacionados con el consumo de alcohol. Cuando se adiciona la utilización de fármacos, las estadísticas sugieren que, el uso concurrente de alcohol y medicamentos es inevitable.

Algunos adolescentes tienen una especial predisposición a mezclar fármacos y alcohol, presentando un riesgo particular para las consecuencias adversas de tales combinaciones

A pesar que los jóvenes prepuberales cometen muchas transgresiones, por diversos motivos, cabe señalar que aquí los efectos indeseados de es-

te tipo de combinaciones se complican debido a que el hepatocito recién está comenzando a desarrollar el sistema enzimático oxidativo encargado del metabolismo del alcohol. Este sistema enzimático necesita la inducción de las hormonas sexuales para desarrollarse normalmente. Por lo tanto la ingestión del alcohol solo o con fármacos estaría forzando al organismo a metabolizar sustancias que le resultan difíciles debido a la inmadurez del mismo.

¿Cómo interactúan alcohol y fármacos?

El efecto de un fármaco disminuirá en la medida que es procesado (metabolizado) por enzimas y eliminado del organismo. El alcohol es llevado por la corriente sanguínea y actuando sobre el cerebro para causar intoxicación, siendo finalmente metabolizado y eliminado, principalmente por el hígado. La cantidad de dosis administrada de un fármaco que alcanza su sitio de acción puede denominarse disponibilidad del mismo. El alcohol puede influir sobre la efectividad de un fármaco alterando su disponibilidad. Las interacciones típicas alcohol-fármaco son de varios tipos.

1. Una dosis aguda de alcohol (un trago simple o varios tragos en el transcurso de varias horas) puede inhibir el metabolismo de un medicamento mediante un mecanismo de competencia por el mismo grupo de enzimas. Esta interacción prolonga y aumenta la disponibilidad del fármaco, incrementando potencialmente el riesgo de efectos colaterales peligrosos.
2. La ingestión crónica de alcohol puede activar enzimas metabolizadoras del fármaco, disminuyendo la disponibilidad del medicamento y sus efectos. Después que esas enzimas han sido activadas, permanecen incluso en ausencia de alcohol, afectando el metabolismo de ciertos fármacos varias semanas después. De tal forma, un bebedor crónico recientemente abstinentes puede necesitar dosis más elevadas de ciertos fármacos que aquellos que nunca han bebido para alcanzar el nivel terapéutico.
3. Las enzimas activadas también transforman algunos medicamentos en productos químicos tóxicos que pueden dañar al hígado u otros órganos.

4. El alcohol puede magnificar los efectos inhibitorios de los sedantes y narcóticos en sus lugares de acción en el cerebro.

Para agregar complejidad a esas interacciones, algunos medicamentos afectan el metabolismo del alcohol, alterando el potencial de intoxicación y los efectos adversos.

Algunas interacciones específicas se producen con: Anestésicos, Antibióticos, Anticoagulantes, Antidepresivos, Medicación antidiabética,

Antihistamínicos, Antipsicóticos, Anticonvulsivantes, Antiulcerosos, Medicación cardiovascular, Analgésicos narcóticos, Analgésicos no narcóticos, Sedantes e hipnóticos

Ante la aparición de efectos indeseables de medicaciones específicas, antes de contemplar la suspensión del fármaco, investigar con profundidad la posible existencia de un consumo agudo importante o crónico de bebidas alcohólicas. En muchos casos, la interrupción del consumo de alcohol resulta suficiente para eliminar los efectos adversos.

Diagnóstico biológico del alcoholismo

Determinación de intoxicación aguda (embriaguez)

1. Alcoholemia (alcohol en sangre)

Equivale a medir alcohol en el aire espirado. Los alcoholímetros actuales son aparatos digitales de alta precisión y confiabilidad, que miden la concentración del alcohol en el alveolo pulmonar ($1 = 1$) con el capilar sanguíneo. Han reemplazado a las extracciones de sangre, mucho más complicadas.

2. Alcohol en saliva

(Alcoholímetros de saliva). Determinaciones cualitativas y semicuantitativas. Relación s /alcohol en saliva/sangre= 1,12/1.

3. Alcohol en orina

Sólo podría determinar cuando el individuo consumió alcohol un tiempo antes.

Estas pruebas, salvo la de orina, son muy utilizadas en accidentología de tránsito.

Exámenes más frecuentes para diagnosticar la dependencia

Rara vez está alterado uno sólo de estos parámetros. Tampoco se ven afectados todos en su totalidad. Siguiendo el manual de alcoholología de R. Malka, I. Fouuet y G. Valchonfrance (1^{ra} Edición, 1988).

Tenemos las siguientes determinaciones:

1. Leuconeutropenia.
2. Aumento de la glucemia.
3. Disminución de la glucemia.
4. Hipercolesterolemia total.
5. Hipercolesterolemia total con disminución de la fracción esterificada.
6. Disminución del colesterol HDL.
7. Hiperlipemia.
8. Suero icterico o subictérico.
9. Hiperuricemia.
10. Hipoazoemia con creatinina.
11. Hiper-trigliceridemia que con frecuencia, determina un aspecto lechoso, turbio, quilooso y opalescente en el suero.
12. Trombocitopenia.
13. Aumento de las transaminasas (GOAT - GPT).
14. Macrocitosis superior o igual a 100 m^3 con anemia o sin ella.
15. Aumento de la gama glutamil transpeptidasa (GGT).
16. Aumento de la fosfatasa alcalina (FAL).

En los adultos la asociación de tres o más parámetros alterados es casi significativo del padecimiento de un alcoholismo crónico, pero siempre deberá confrontarse con la clínica médica. En los jóvenes, en cambio, es poco frecuente encontrar macrocitosis, salvo que consuman abusivamente durante algunos meses, además de una dieta deficiente en nutrientes -hipoalimentación cuali y cuantitativa. Es más fácil hallar las transa-

minasas elevadas. El colesterol disminuido se ve, generalmente, en adultos luego de una hipofunción hepática; es poco frecuente en jóvenes, salvo que los mismos presenten una hepatopatía grave, además del alcoholismo.

Parámetros significativos

1. Macrocitosis

Es un dato encontrado con frecuencia en el alcoholismo crónico. Se debe a:

- Una carencia de folatos (Ácido fólico y / o vitaminas B12).
- Un bloqueo metabólico en la utilización de los folatos debido a etanol.
- Ambas cosas.

En ciertas oportunidades, a parte, se detecta la anemia.

Es un parámetro muy fiable y poco costoso ya que se efectúa con el hemograma de rutina, debe hacerse dentro de las tres horas de la extracción.

Tener presente los "falsos positivos" que pueden presentarse por hemoterapias, regímenes vegetarianos, gastrectomías, cáncer de estómago, embarazos repetidos y enfermedad hepática, síndrome de malabsorción y cirrosis, entre otros. Tener en cuenta que del 15 al 20% son falsos negativos.

2. Gamma glutamil transpetidasa (GGT)

Es una enzima que interviene en la síntesis proteica y participa en el transporte de membrana. Se presenta en forma soluble e insoluble. Esta última fracción se halla en riñón, páncreas, hígado (retículo endoplásmico). La pequeña fracción soluble es esencialmente hepática y dosificable en el suero.

Se dosifica rápida y fácilmente y está bien codificada. En términos generales, todo valor superior a 40 UI/L se considera patológico, si bien no es patognomónica del consumo continuado y sostenido de alcohol (40 g de alcohol puro por día en un hombre de talla y pesos normales y 35 g para la mujer).

Tener presente los "falsos positivos" que pueden presentarse por infarto de miocardio, diabetes, mononucleosis infecciosa, neuropatías, cirrosis, cáncer de hígado, consumo de fenobarbital y fenitoína, entre otros. Tener en cuenta que del 15 al 20% son falsos negativos.

Refuerzo de la especificidad de la GGT

- Ante un valor elevado de la GGT se evitará que el paciente continúe bebiendo, por lo menos 5 días (la GGT desciende rápido pero recién en 3 ó 4 meses se normaliza).

Si disminuye bruscamente, sabremos que el alcohol fue el inductor.

Si no disminuye, investigar consumo de barbitúricos o anticonvulsivantes

Si continúa ingiriendo alcohol, a pesar de las medidas restrictivas, la enfermedad está en período de rápida progresión, y se mantendrá alta la GGT o, incluso se incrementará.

En forma práctica, durante la fase de desintoxicación debe pedirse:

- Hemograma completo (buscar neutropenia y megaloblastos).
- Proteínograma (hipoproteínemias, hipoalbuminemia).
- Lípidograma (dislipemias, hiperlipemias).
- Triglicéridos (aumentados).
- Enzimas GOAT / GPT (aumentadas).
FAL (aumentadas).
GGT (aumentada).
- Glucemia (hiper o hipoglucemia).
- Uricemia (hiperuricemia).
- Creatininemia (aumentada), generalmente con urea baja.
- Colesterol (HDL/disminuido/ Colesterol LDL/aumentado).
- Tiempo de quick-Protrombina (aumentado).
- Enzimas: 5' nucleotidasa, colinesterasa sérica y lactato dehidrogenasa (LDH), (aumentadas).
- Orina completa.

Durante los últimos años se han mejorado las técnicas sobre nuevos métodos, más específicos, sobre la detección del consumo del alcohol. Se trata de la enzima Transferrina deficiente en carbohidratos o transferrina D.C. Es un nuevo tipo de marcador biológico que permite detectar un consumo diario de 50/80 gr. de etanol por día. Puede ayudar a la detección precoz de las recaídas con una mayor sensibilidad (81-94%) y especificidad (91 al 100%) que la GGT, o el Volumen Corpuscular Medio (VCM) eritrocitario.

Junto al examen clínico completo; deberá incluirse el laboratorio básico, solicitando además:

- 1) Placa de tórax frente y perfil (si la situación lo justifica).

- 2) EEG (Electroencefalograma).
- 3) Tomografía Axial Computada (TAC); si es necesario.

Si el paciente lo requiere: interconsulta neurológica y evaluación cardiológica. Con el ECG y la clínica se descartarán alteraciones como Miocardiopatía alcohólica, trastornos en la conducción, etc.

Cabe destacar que:

Un clínico con amplia trayectoria en el conocimiento de las consecuencias que el alcohol produce en el organismo, es suficiente para interpretar todos los estudios básicos evaluando los distintos aparatos o sistemas. La pesquisa de alguna complicación, más allá de la frecuente, obligará a interconsultar convenientemente a la especialidad que corresponda.

Deberá pensarse que un equipo experimental sólo pide lo justo y necesario y no efectuará sobreprestaciones inútiles y costosas. La conducción del tratamiento de cada paciente, estará a cargo de un responsable, especialista en consultas adictivas, que podrá ser psiquiatra o no. De él dependerán el resto de los profesionales, sabiendo compatibilizar los roles, de todas las áreas asistenciales, médicas, psicológicas y sociales intervinientes en el proceso terapéutico del paciente alcohólico.

En las emergencias: laboratorio rápido

Esquema 1

Hemograma Completo

- Macrocitosis (c/sin anemia)
- Leucopenia

- Eritosedimentación

- Transaminasas GOAT GPT (aumentadas)

- Fosfatasa alcalina (FAL) (aumentada)

- GGT (aumentada)

- Colesterol (disminuido)

- Proteinograma (Hipoalbuminemia)

1. Diagnóstico presuntivo

Sospecha de alcoholismo en fase crónica o crítica

2. Diagnóstico de certeza de la intoxicación aguda

Determinación de alcoholemia.

- 1) Aire espirado o saliva (principalmente): certeza de intoxicación al consumo de alcohol dentro de las horas anteriores.

- 2) Si el laboratorio lo acompaña c/macrocitosis, hipocolesterolemia, transaminasas y GGT elevadas, además de la entrevista específica que corresponda (escalas y preguntas dirigidas) -Las escalas Cage, Mast y Audit. pueden ser útiles en jóvenes abusadores que tienen incorporado el hábito desde hace algunos años (Seguridad en el diagnóstico de alcoholismo en la fase que corresponda).



Tratamiento del paciente alcohólico en la Argentina. Propuesta para un modelo de atención médica

Normativas que se incluyen en el estudio de la Comisión de Garantía y Calidad de la Atención Médica. (Síntesis)

Introducción

El presente trabajo propone un modelo de asistencia, que puede ser aplicado tanto por los hospitales estatales como por establecimientos especiales pertenecientes a los otros subsectores (de obras sociales e institutos privados) incluyendo prestaciones integrales dentro del marco institución-paciente-familia, eje para una atención médica integral con el concurso de las especialidades inherentes a la patología en cuestión (clínica médica, gastroenterología, psicología, psiquiatría, neurología, asistencia social, urgencias, etc.).

Entendiendo al alcoholismo como un problema de orden nacional y asignándole al mismo por sus variables epidemiológicas, la magnitud del daño en Salud Pública, es que surge la necesidad de conceptualizar las diferentes modalidades de atención médica que se requiere, según el momento del proceso patológico por el que el paciente se hallare cursando, articulando convenientemente para una correcta reinserción sociofamiliar.

Basado en la práctica diaria, en la que se desenvuelve un Hospital General inmerso en el seno mismo de la comunidad, tratamos de aproximar un modelo de atención médica que parte desde el instante mismo de la consulta y se prolonga por espacio de más de dos años, tiempo por el cual transcurre el proceso terapéutico.

Desde un comienzo pudimos diferenciar etapas por las que atraviesa un paciente alcohólico, empleándose en cada una de ellas diferentes instrumentos y prestaciones, como son también distintos los objetivos y los tiempos de cada una de ellas.

1ª etapa: contacto y desintoxicación

Inicialmente nos encontramos con un individuo intoxicado biológicamente, con un cuadro psiquiátrico o clínico que ha motivado su consulta, y una crisis concomitante del medio socio-familiar. Es en esta etapa donde la farmacología en

general y la psicofarmacología en particular cumplen una tarea relevante junto a las entrevistas operativas en la desintoxicación del mismo, como también en la remisión sintomática que lo trajo a la consulta llevando al paciente a un estado de abstinencia. Desde la admisión, tanto el individuo como su familia comienzan a recibir entrevistas orientadoras, preparatorias a una psicoterapia posterior individual, grupal y/o familiar. La duración de este período, ya sea que se efectúe ambulatoriamente o transcurra internado no excederá los 30 días.

2ª etapa: deshabitación

Durante la segunda etapa, el objetivo fundamental es la consolidación del vínculo Institución-Paciente-Familia, base para una adecuada reinserción sociofamiliar y de la posterior transformación de la dependencia del tóxico, a otras formas socialmente aceptables. La prestación más destacada comprende al grupo terapéutico de pares, a quien le compete el mantenimiento del vínculo y posterior profilaxis de las recaídas en la etapa siguiente. La duración de esta segunda etapa, de características fundamentales para la evaluación del paciente, es de aproximadamente un año.

Esta etapa es fundamental para la reconstrucción de un proyecto vital alternativo (sin alcohol) y con el aprendizaje que se irá logrando durante el desarrollo de esta fase se irán asentando los logros obtenidos. A lo largo de esta etapa pueden usarse los medicamentos deshabitadores como coadyuvantes al tratamiento general (anti-craving).

3ª etapa: reinserción sociolaboral

La última etapa, de control, por la que atraviesa el paciente se prolonga por espacio de otro año más, destacando en este período la labor de reinserción social y laboral definitiva. También deberá continuar con las consultas periódicas dentro del marco hospitalario, coronando un proceso terapéutico exitoso con la formación de promotores de salud a partir de los alcohólicos recuperados, realizando de esta manera una tarea de medicina preventiva. Si bien no todos los pacientes están en las mismas condiciones, al

menos deben intentar colaborar en la recuperación de otros pacientes que inician el tratamiento.

Deberá destacarse, a Nivel Nacional, que ambos equipos el médico y el de ayuda mutua, trabajarán completándose en las áreas que correspondan, reservando las acciones diagnósticas como así también las prescripciones medicamentosas y/o la metodología de estudios clínicos a los facultativos de la especialidad que corresponda.

Por lo anteriormente mencionado frente a las variables biológicas, psicológicas sociofamiliares e interaccionales intervinientes determinantes de la patología de fondo ha tenido que implementarse una normatización que aprovecha al máximo los recursos existentes con objetivos claros y prestaciones definidas y adecuadas para cada uno de esos "Momentos Terapéuticos" (o etapas) en forma general, reservando una cierta flexibilización para las particularidades que cada situación requiera, renunciando a lo superfluo, pero nunca a lo esencial.

Metodología

Del entrecruzamiento de las distintas variables intervinientes para la normatización de la asistencia médica del paciente alcohólico, se obtienen diferentes etapas, producto de las modificaciones que las medidas terapéuticas introducen en la evolución natural de la enfermedad, como se señala convenientemente en la tabla siguiente. Se señalan las prestaciones claves: Ambulatorias; Internación; Atención Domiciliaria

Seguimiento ambulatorio intensivo

El mismo depende del estudio de una serie de variables:

Individuales	Patología aguda del paciente Rasgos de personalidad previos Evolución a través de entrevistas de admisión
Familiares	Familia continente y colaboradora
Geográficas	Cercanía de la residencia del paciente Accesibilidad
Económicas	Accesibilidad financiera
Culturales	Comprensión de la enfermedad como problema social y su inserción en el proceso terapéutico

El seguimiento intensivo se desarrollará dentro de la etapa inicial y por lo tanto tendrá un

lapso tope hasta 30 (treinta) días, siendo las 2 (dos) primeras semanas decisivas en cuanto a la continuidad del tratamiento o al pasaje a otro tipo de prestación. La frecuencia de la asistencia durante el primer mes es diaria pudiendo luego pasarse a una frecuencia de 3 (tres) veces semanales. El tiempo insumido en cada prestación no sobrepasa los treinta (30) minutos y está a cargo de 2 (dos) profesionales que alternan la atención individual con la asistencia familiar complementaria.

Gracias a la eficacia en la instrumentación de este recurso es que se obtiene reducciones en las internaciones que oscilan entre un 50% y un 70% con la consiguiente ventaja de no desinserción social y familiar del paciente y un menor costo sanitario en la prestación.

Internación

Es la prestación de máxima complejidad, a la cual se llega luego de un cuidadoso estudio a las variables anteriores mencionadas, a las que se añaden otras de características sanitarias del Servicio como asimismo del resto del Hospital (o efector sanitario correspondiente).

Grupos de autoayuda (A.A.)

Los mismos serán coordinados por alcohólicos recuperados, miembros de esta organización. Estos grupos llegan a ser numerosos sin perder por ellos su eficacia en cuanto al índice de recuperabilidad. **Se obtienen mejores resultados complementando los recursos médicos con estos grupos bajo distintas modalidades.**

Pero teniendo en cuenta, como dijimos anteriormente, que el diagnóstico, los estudios del laboratorio y la prescripción de medicamentos corresponden a los profesionales.

Atención domiciliaria

Este es un recurso de fundamental importancia, no sólo porque permite asistir al paciente en su propio medio sociofamiliar, sino porque también incursiona dentro de la comunidad que rodea al hospital, allanando barreras culturales respecto a la enfermedad como a los agentes de salud. Se ha demorado muchos años en asignar recursos a este tipo de asistencia que va demostrando su efectividad en captar demanda que no consulta espontáneamente.

Conclusiones

La aplicación de estos fundamentos para la atención médica del paciente alcohólico, en forma sistematizada, hasta la fecha, han permitido cumplir con los objetivos inmediatos propuestos, encon-

trándonos aún en camino de concretar los más distantes.

Estas normativas están siendo consensuadas dentro de la Comisión de Garantía y Calidad de la Atención Médica que estudia la problemática en cuestión para posteriormente ser implementada por hospitales y la Seguridad Social.

Etapas del proceso terapéutico del paciente alcohólico

Ver Anexo 2

ETAPAS	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	PRESTACIONES
INICIAL Contacto y Desintoxicación	1. Desintoxicación. 2. Correcto diagnóstico clínico, psicológico y situacional. 3. Orientación general y encuadre del tratamiento. 4. Remisión sintomática. 5. Abstinencia y/o control de la ingesta.	1. Entrevistas operativas. 2. Examen clínico. 3. Análisis complementarios. 4. Interconsultas/Especialidades. 5. Farmacoterapia: general y especializada. 6. Enlace con A.A.	• Recepción. • Admisión. • Consultas preparatorias. • Seguimiento ambulatorio intensivo. • Atención domiciliaria. • Internación.
INTERMEDIA Consolidación vincular y psicoterapéutica	1. Abordaje aspectos primarios de la enfermedad y de comorbilidad. 2. Consolidación y profundización del vínculo institución-paciente-familia. 3. Reformular el proyecto de vida. 4. Transformación social, laboral, familiar. 5. Conciencia de la enfermedad.	1. Psicoterapia: Individual, Grupal, Familiar. 2. Asistencia social. 3. Control clínico y laboratorio básico. 4. Control y seguimiento farmacológico periódico. Medicamentos "anticraving". 5. Grupos de autoayuda (A.A.).	• Sesión individual. • Sesión grupal. • Sesión familiar: Unifamiliar Multifamiliar • Grupos intrahospitalarios de A.A., AL ANON Y ALATEEN. • Grupos Profesionales en Instituciones
DE CONTROL Reinserción social definitiva	1. Mantenimiento del vínculo y profilaxis de las recaídas. 2. Prosecución del pasaje de la dependencia a formas sanas de vida. 3. Estimular los factores protectores y evitar las situaciones de riesgo. 4. Transformación del paciente recuperado en promotores de salud.	1. Entrevistas y controles periódicos. 2. Asistencia social. 3. Control clínico y laboratorio básico. 4. Control conjuntamente con A.A. en seguimientos y grupos de postura.	• Sesiones periódicas. • Visitas periódicas. • Grupos autocordinados A.A. (intra o extrahospitalarios) • Extensión grupal comunitaria. A.A. • Grupos Profesionales en Instituciones.

Fuente: Ministerio de Salud – Buenos Aires – Argentina.

Terminología equivalente dentro de las diferentes escuelas

AUTOR Dr. Asizpiri Díaz	Otros autores americanos	Definición
Recaída	Recidiva	Toda la enfermedad vuelve a cumplir su ciclo. A veces es necesario volver a desintoxicar.
Desliz o Traspie=	Recaída	Trasgresión que NO necesariamente ocurre cerrando el círculo de la enfermedad.

NOTA: En el presente texto la terminología empleada corresponde al Dr. Aizpiri Díaz (País Vasco).



En los pacientes con **patología dual**, la recuperación es más engorrosa, prolongada y de objetivos más limitados. Al desaparecer su conducta adictiva, tienen dificultades para mantener el autocontrol, allí consideramos seriamente un control de sostén continuo de su sintomatología psiquiátrica, limitando de esa manera la ingesta y la reducción del daño emergente.

*La abstinencia es el primer peldaño para lograr la **sobriedad**; lo cual significa una "nueva forma de vida".*

Resulta en un cambio conductual sustancial, modificando los objetivos de vida anteriores, fundamentalmente resignificando ciertos valores, otrora ocultos por la anestesia producida por el alcohol. Se redescubren la importancia de los afectos y las cosas sencillas de la vida.

Un recuperado de la Dependencia Alcohólica NO PUEDE VOLVER A BEBER MÁS EN SU VIDA, AUNQUE SE PROPONGA CONTROLARSE.

Percepción de la bebida social en jóvenes de secundaria. 1994

Existe una gran cantidad de sustancias que los hombres han aprendido a consumir con objeto de obtener sensaciones y emociones. Entre éstas, la bebida alcohólica, es probablemente la de mayor difusión cultural. Diferentes hipótesis han tratado de explicar su etiopatogenia en base a mecanismos sociodinámicos. Desde los primeros estudios de Mulford y Cahalan realizados en Estados Unidos en 1963 que mostraban cómo las tasas de prevalencia del alcoholismo variaban según la identidad cultural, étnica, social o religiosa de las poblaciones afectadas, hasta los trabajos de R. Bales, sobre los grados de tensión, las actitudes y las gratificaciones alternativas de una cultura.

Lo cierto es que el papel de la cultura en la determinación o validación de actitudes, creencias y prácticas en torno a la relación del hombre con el alcohol es complejo. La determinación de los riesgos que introducen determinadas representaciones sociales ha sido escasamente estudiado y cada vez más, desde el campo preventivo, se requiere el estudio de cómo ciertas creencias y prácticas condicionan comportamientos de riesgo frente a sustancias tóxicas, nuevas o ya largamente conocidas como es el caso del alcohol.

Resulta interesante tener una medida de lo que los adolescentes entienden como cantidades normales de alcohol para el consumo durante una reunión determinada a través de las bebidas de uso corriente. Esto daría un panorama somero del diagnóstico aproximado de situación entre los jóvenes de hoy.

Bajo esta idea, durante 1994 se llevó a cabo un estudio preliminar en estudiantes de la provincia de Corrientes, con edades entre los 16 y los 18 años, que tuvo como objetivo explorar la posición

de los jóvenes con respecto a diferentes situaciones que implicaban a las bebidas alcohólicas.

Los datos siguientes constituyen un avance parcial de un estudio mayor y están circunscriptos al tema de las cantidades socialmente aceptables y su relación con el uso y el abuso de alcohol. Frente a la probable situación de un fiesta juvenil cada uno de los jóvenes fue consultado acerca de las cantidades de bebida que cada uno estimaba como adecuada. La indagación diferenció por tipo de bebida incluyendo vinos, cerveza y destilados (representados estos últimos por el vodka). Cómo se esperaba la bebida con la que los jóvenes se manejaron con mayor familiaridad fue la cerveza. Sólo un 20% manifestó no saber cómo calcular las cantidades necesarias para una fiesta. Porcentaje significativo si se considera que en vodka fue del orden del 40% y en vino alcanzó a un tercio.

Los casos restantes, es decir los que tomaron una definición a la hora de calcular la bebida para sus pares en una situación de fiesta, fijaron las cantidades mayores de alcohol absoluto con la bebida de más baja graduación, la cerveza. En una relación que mostró a más del 60% estimando cantidades superiores a los 50 cc de alcohol puro por persona cuando se trataba de cerveza, en contraste con un 39% que lo hicieron en vinos y destilados.

Tus amigos no se deciden y cambian ahora por cerveza como bebida de la fiesta. En botellas de litro, ¿cuánto pensás que haya que comprar para la fiesta?

	%	Alcohol estimado
tres botellas por persona	20,4	150 cc
dos botellas por persona	21,0	100 cc
una botella por persona	18,8	50 cc
media botella por persona	11,8	25 cc
menos de media botella por persona	7,0	menos de 25 cc
No sabe	21,0	

Conversión de los datos anteriores a cc de alcohol absoluto (grados estimados: 11,5 el vino, 40 el vodka, 5 la cerveza; grados G.L.)

Acuerdo en cantidades de cc de alcohol absoluto: cerveza, vino, vodka para una fiesta de jóvenes:

	cerveza	vino	vodka
	%	%	%
No sabe	21,0	33,0	40,3
menos de 50 cc por persona	18,8	27,6	20,5
50 cc o más por persona	60,2	39,4	

¿Alguna vez en el colegio secundario te dieron información sobre las bebidas alcohólicas?

SI:	76,4 %	NO:	23,6 %
-----	--------	-----	--------

La información que recibiste fue: N: 161

Charlas informales o casuales de algún profesor	63,2 %
Como parte de una materia o una clase	36,8 %

Como principio general, se acepta que cada cultura crea condiciones específicas que dan los límites de la tolerancia social al uso del alcohol. Estas condiciones o posibilidades pueden disminuirse o potenciarse según la naturaleza de la coyuntura histórica y la estructura social considerada.

Es necesario que el consumo de alcohol en los adolescentes sea analizado en el contexto de una situación de cambio de los antiguos patrones de consumo y de multiplicación creciente

de la oferta. Una sociedad que construyó su relación con la bebida como parte de un patrón alimentarlo y que se reorienta hacia una angosta recreativa-evasiva difícilmente logra en forma rápida la adquisición de los reflejos culturales necesarios para advertir las consecuencias de estos cambios. Los viejos estereotipos de las "bebidas fuertes" oscurecen el papel de otras bebidas de menor graduación por donde hoy transcurre el exceso de los jóvenes. Los datos obtenidos reflejan parte de esta inadvertencia social que facilita la entrada de nuevos problemas.

Información inadecuada, obsoleta, no ha logrado impedir que el folklore que siempre ha legitimado el abuso alcohólico sirva de marco de referencia para jóvenes que no han tenido una oportunidad de formación acorde con los problemas que deben afrontar en la actualidad.

El examen de los problemas de la alcoholización juvenil muestra que nuevas bebidas y nuevas situaciones caracterizan la escena epidemiológica actual. Las defensas culturales que hace diez años se utilizaban para advertir sobre los problemas del alcohol hoy son eludidas por bebidas como la cerveza, los vinos blancos y los refrescos con alcohol, que en muchos casos ni siquiera son percibidas socialmente como productos que impliquen riesgos. Basta mencionar que algunos de estos casos no sólo no contienen advertencias en sus envases sino que ni siquiera indican la graduación alcohólica.

La educación sobre el alcohol como herramienta básica de la prevención requiere sin duda un replanteo, pero un replanteo que no surja una vez más de los viejos manuales de farmacología sino de un examen psicosocial minucioso, que dé a la epidemiología del problema la certeza y precisión necesaria. De esta manera la prevención en estos temas deberá dejar el campo de la declamación pseudomoral para transformarse en una herramienta de formación que le permita al joven encontrar y construir las salidas de una sociedad cada vez más consumista y solitaria.

Este estudio se completó con muestras similares en la ciudad de Ushuaia y Mendoza, arrojando cifras similares.

Resumen de la encuesta sobre sustancias adictivas. Marzo 1999

La preocupación en Argentina por el problema del uso y abuso del alcohol y las drogas lleva en 1999 a la Subsecretaría Nacional de Prevención y Asistencia de la Drogadicción a encomendar a investigadores del Programa de Epidemiología Psiquiátrica del Conicet el diseño y proceso de un estudio de prevalencia a nivel nacional sobre el uso de sustancias psicoactivas. Desde el alcohol, el tabaco y los medicamentos hasta el campo de las drogas ilegales fueron incluidos en una encuesta elaborada con base en instrumentos epidemiológicos reconocidos por organismos internacionales especializados en la materia y validados a su vez para Argentina. El cuestionario resultante de este procedimiento fue aplicado a una muestra probabilística en diferentes ciudades del país, obteniéndose los primeros resultados nacionales en esta materia para la Argentina.

La muestra de 2.699 casos fue probabilística, de hogares, con selección final del entrevistado de acuerdo a cuotas de sexo y edad distribuidas según parámetros poblacionales ajustados al Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 (INDEC). Se consideró un margen de error de $\pm 1,92\%$ estimado para un nivel de confianza del 95,5%.

De las 2.699 personas de la muestra el 48,3% correspondían al sexo masculino y el 51,7% al femenino. Con relación a la edad, el 24,5% tenía entre 16 y 24 años, el 23,6 % entre 25 y 34 años, el 30,2% entre 35 y 49 años y en el extremo superior, 21,7% se encuentra en personas con 50 y 64 años.

El análisis social aplicó un índice de Niveles Socioeconómicos (NSE) (bajo y medio-alto) basado en ocupación y nivel educativo. El 60,5% de los entrevistados se ubicaron en un nivel socioeconómico bajo y el 39,5 % en uno medio-alto.

El cuestionario utilizado se basó en las secciones B, J y L de la Entrevista Diagnóstica internacional Compuesta -CIDI- en su versión modular 2.1 correspondiente a enero de 1997 de la Organización Mundial de la Salud.

La versión en español de estas secciones fue realizada en la Universidad de Concepción, Chile y validada por el Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Buenos Aires. Previo a la salida a campo se hizo una encuesta piloto

con el objeto de probar el cuestionario. El trabajo de campo se realizó del 5 al 31 de marzo de 1999.

Resultados

Tasas de prevalencia del consumo de sustancias adictivas en la vida y en los últimos 30 días, en la población de 16 a 64 años.

Porcentajes ponderados. Argentina, 1999.

Sustancia	Prevalencia de consumo					
	en la vida			últimos 30 días		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
Alcohol	96,4	86,6	91,4	78,8	54,4	66,2
Tabaco	76,0	58,6	67,0	45,6	34,4	39,8
TOTAL Drogas sociales	81,0	79,7	80,3	81,0	62,6	72,5

Consumo de drogas sociales

Las tablas muestran el uso generalizado de alcohol y tabaco y aportan datos menos conocidos referidos a las conductas de abuso con estas sustancias. El consumo de alcohol fue expresado, de acuerdo al CIDI, convirtiendo las cantidades y bebidas mencionadas por los encuestados a unidades equivalentes, aproximadamente, a 9 gramos de alcohol absoluto. A partir de lo cual el abuso, definido como una ingesta de bebida mayor a los 70 gramos de alcohol absoluto diarios, alcanzó en los últimos 30 días anteriores a la encuesta al 6,6% de la población de 16 a 64 años. El perfil general del abuso en el mes anterior a la encuesta corresponde a un grupo predominantemente joven en situación de relativa vulnerabilidad social (educación y situación económica precaria).

El síndrome de dependencia, presente en el 4,3% de la población que bebió en el último año, mantiene un perfil similar al del abuso.

Tasas de prevalencia de abuso y dependencia al alcohol según variables seleccionables

Porcentajes ponderados. Población 16-64 años. Argentina, 1999.

	Total	Sexo		Grupos de edad				nivel socioeconómico	
		Masc.	Fem.	16-24 a.	25-34 a.	35-49 a.	50-64 a.	Bajo	Medio alto
Abuso de alcohol en los últimos 30 días	6,6	11,9	1,6	11,0	6,4	5,7	2,8	8,1	4,3
Síndrome de dependencia al alcohol en personas que bebieron en el último año	4,3	6,7	1,7	7,0	6,0	3,3	2,0	5,1	3,1

Tasas de prevalencia de abuso y dependencia al alcohol según variables seleccionadas

Porcentajes ponderados. Población 16-64 años. Argentina, 1999. Mayor nivel educativo alcanzado

	Sin Instrucción	Primario Incomp.	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secund. completo	Terciario Incomp.	Universit. Incomp.	Terciario comp.	Univers. completo
Abuso de alcohol en los últimos 30 días	55	12	55	10	52	38	47	0,7	58
Síndrome de dependencia al alcohol en personas que bebieron en el último año	99	96	55	67	24		28	15	18

La prueba de bebidas alcohólicas se sitúa en los 17 años de edad promedio y la de tabaco en los 16 años. El uso de tabaco tiene una prevalencia menor a la de la bebida alcohólica pero con una frecuencia de consumo que alcanza, en el

mes anterior a la encuesta, un promedio de 13,51 cigarrillos diarios. Los porcentajes de ex fumadores (más de un año de no fumar al momento de la encuesta) alcanzan el 22,8%.

La crisis de la adolescencia

En forma muy general, se puede decir que la adolescencia es el período de la vida que separa la niñez de la vida adulta.

Es un fenómeno con implicancia físicas, psíquicas y sociales del que participan ambos sexos, entre los 11 y 20 años de edad, aproximadamente.

Debe tenerse en cuenta que la adolescencia es un ESTADO DE CRISIS Y RUPTURA. Se pasa de un período de extrema dependencia infantil a otro a través del cual se procura lograr su individualización y autodeterminación, es decir su IDENTIDAD.

El fenómeno de "rebeldía" apunta a los deseos de lograr un mundo nuevo, donde los ideales del joven se contraponen con la realidad de los adultos.

El adolescente deja de sentir a los padres como "todopoderosos" y se convierten en figuras a las cuales hay que aceptar tal como son, con sus virtudes y defectos

Esta situación es de tal magnitud que no sólo participan el individuo y su familia, sino también el grupo de pares, la escuela, el trabajo, etc.

¿Cómo aparece este fenómeno?

En primer lugar son los cambios corporales, la modificaciones de la actividad de las glándulas de secreción interna con el flujo hormonal correspondiente a cada sexo, modificando el aspecto físico general y sin cambio de la conducta, especialmente la gran curiosidad sexual originada en esta etapa.

Este cambio comportamental está signado por sentimientos ambivalentes y actitudes contradic-



torias que llevan al joven a marginarse o a tener una aguda necesidad de estar con los demás.

La comunicación

Existe, generalmente, un primer período, el de los comienzos de la adolescencia, con una mayor tendencia al aislamiento. Este momento es breve y se pasa a un segundo tiempo donde el grupo de amigos adquiere una importancia relevante.

- 1) Permite colocar en el grupo de amistades toda la idealización que anteriormente era puesta en los padres.
- 2) Por otra parte, la realidad les muestra que han dejado de ser niños, y a la vez, no se hallan incluidos en el mundo adulto.

Esta situación contradictoria y confusa se expresa en frases tales como:

"Ya no sos un nene para hacer eso".

"Aún no sos grande para hacer tal cosa".

Esta circunstancia coloca a los jóvenes en una situación de desubicación y soledad, cuya única salida es la formación y participación de un grupo de pares, donde ensayarán sus primeras conducta "más maduras" alejadas de la "sanción" de los adultos.

La familia, su rol fundamental

La otra cara de la problemática adolescente la constituye el ámbito familiar, y por extensión el social.

El niño crece dentro de su familia y se convierte de manera acelerada (como ocurre en esta etapa de la vida) en adolescente, vive "su" crisis y hace participar de ella a todo su grupo familiar.

No son casuales ciertas conductas de los padres, como la imposibilidad de dialogar con el hijo adolescente, ya que este introduce otros valores, a partir de "su grupo". Desde la nueva subcultura, el joven desafía toda la estructura que sirvió para criarlo y educarlo, erigiéndose él en un juez implacable para los adultos.

Algunas familias toman una actitud negativa, cerrándose al cambio que el joven experimenta, de esta forma se lo aísla aún más. Otras, en cam-

bio, tratan de comprenderlo, acercándose al hijo "como otro amigo más".

Si bien puede haber momentos de hostilidad entre los padres y los hijos, lo cierto es que a la corta o a la larga, el adolescente desidealizará al grupo de amigos, "*los inseparables*" "*los del alma*", para verlos como amigos adultos iguales a él. De la misma manera necesitará comprender que los padres son los padres de un joven adulto que empieza a madurar.

El medio social, factor decisivo

La escuela, las instituciones de salud, de recreación y, fundamentalmente, el trabajo, deberían facilitar la mejor resolución de las crisis brindando oportunidades de desarrollo en una sociedad moderna, pero generalmente no ocurre así.

A partir de allí, algunos jóvenes tratarán de buscar modelos alternativos para paliar situaciones de angustia, desconocimiento, soledad, comunicación u otras.

Buscar un modelo saludable no es fácil. La historia del hombre parece demostrar una cierta tendencia a buscar forma rápidas que le permitan resolver sus conflictos, sin medir la consecuencias posteriores.

Por razones que no son sencillas el hombre recurre a la química para mitigar (erróneamente) su dolor.

Así aparecen las drogas y el alcohol, que se ofrecen como una solución eficaz contra los problemas cotidianos que no resultan difíciles de enfrentar.

Durante los últimos años en todo el mundo se observa, con gran perjuicio el incremento del uso indebido del alcohol y de las drogas por parte de los adolescentes y también de algunos adultos.

Uso indebido del alcohol y otras drogas

Debe entenderse que el uso indebido del alcohol y de otras drogas como un intento fallido, falso, de solucionar la crisis por la que se atraviesa.

Esto lleva a un doble problema:

- 1) La NO asunción de la autonomía adulta.
- 2) Queda "atrapado" por el abuso del alcohol o de otras sustancias, agregando un nuevo problema e imposibilitando la realización de "*un proyecto de vida auténtico e individual*".

La familia siglo XXI

Los padres de hoy significan muchas cosas, entre otras, participar de un continuo proceso de enseñar y aprender, en un mundo altamente tecnificado en el cual se desarrollan cambios cada vez más rápidos.

El hogar familiar es el lugar donde se nutre y se forma un ser humano, con momentos proporcionados por el amor responsable y exigente que imparte el afecto proveniente de los padres.

Tanto la responsabilidad, como los valores esenciales se cultivan dentro de este ambiente, creando condiciones prácticas y aptitudes para el futuro desarrollo del joven dentro de un abanico de roles sociales.

Entre otros valores, la responsabilidad, la confianza en sí mismo, la solidaridad, nacen en el seno familiar junto con una correcta evaluación de la autoestima, la valoración del cuerpo sano y estilos de vida saludable, dentro de la protección afectiva necesaria para que el joven vaya desarrollando su verdadera identidad.

Generalmente el abuso del alcohol en principio y el consumo de drogas después, se instalan en estos agujeros oscuros de las fragmentaciones familiares. Dentro de la población adolescente rápidamente se instala la subcultura del abuso del alcohol de los fines de semana para luego continuar con las drogas ilícitas.

Lejos de mejorar la incomunicación familiar, la profundiza, abordando deficiencias generacionales que se vuelven enfrentamientos, que muchas veces finalizan en rupturas familiares parciales o fragmentarias que ocasionan siempre sufrimiento a cada integrante.

Un niño que está creciendo dentro de una familia que no tiene los roles claros ni definidos, donde no hay una comunicación básica salvo la indispensable para mantener una convivencia formal, hace que el joven crezca inseguro de sí mismo, muchas veces con una muy baja autoestima. Sumemos a esta situación de interacción la posición social consumista, variedad química y tendremos que el adolescente comienza consumiendo alcohol y tabaco, con la finalidad de evadirse y para identificarse con los grupos de adultos; posteriormente, en muchos casos continúan abusando de estos o agregarán las drogas ilícitas.

Consumir alcohol en un momento del desarrollo, en que los cuerpos y el S.N.C. aún no están maduros, es decir antes de la pubertad, es

forzar al organismo, en su conjunto, en metabolizar un tóxico que debe oxidarse a través de un mecanismo oxidativo complejo. A partir de la pubertad recién comienza a desarrollarse el sistema apropiado para el metabolismo del etanol.

Los sistemas enzimáticos de la Alcoholdehidrogenasa (ADH) y de la Aldehidogenasa (ALDH) son catalizadores oxidativos que irán adaptando los organismos gradualmente a una ingesta moderada y gradual del alcohol. Cualquier otro forzamiento, producirá inexorablemente una adaptación obligada y forzosa al mismo.

Quizás deba insistirse que es poco frecuente observar transformarse a un adolescente en un alcohólico crónico; lo que sí es frecuente es verlos envueltos en escenas de violencia o participando de accidentes de tránsito.

La endemia del uso perjudicial del alcohol se propaga día a día, sin respetar sexo, edad o status socioeconómico, cuando los padres detectan que el joven bebe abusiva y riesgosamente durante los fines de semana, el hábito ya se ha instalado y muchas veces se acompañan del consumo de otras drogas.

Los padres son una fuerza poderosa, en la motivación de la vida de los hijos, debemos aprovechar consejos de la fundación FUNDARPRE.

- Si Ud. no tiene comunicación con su hijo, deje un poco sus cosas de lado e iníciela.
- Si Ud. piensa que su hijo no lo necesita, Ud. está en un error.
- Induzca a su hijo a practicar deportes y estimule conductas saludables.
- Si su hijo bebe alcohol o fuma, hable con él, trate de saber porqué lo hace. Si es necesario llévelo al médico
- Si Ud. cree que a su hijo no le puede pasar esta situación, está totalmente equivocado.

**Por lo tanto:
Reaccione a tiempo**

Ejercicio N° 3

1. Defina "alcoholismo":

.....
.....
.....

2. Identifique cuál de los siguientes enunciados es **INCORRECTO**.

- a) Los llamados "alcohólicos propiamente dichos" son las personas que desarrollan dependencia física hacia el alcohol.
- b) Los llamados "bebedores excesivos", son los afectados solamente por la dependencia psicopatológica o socio cultural.
- c) Los bebedores excesivos y alcohólicos son los denominados *bebedores problemas*.
- d) Los bebedores problemas suman una cifra próxima al 20% de la población mayor de 15 años.

3. ¿Qué grado alcohólico tiene la cerveza?

- a) entre 4,5 y 8.
- b) entre 8,5 y 12.
- c) entre 12,5 y 16.
- d) mayor de 16.

4. Enumere por lo menos tres consecuencias sociales o personales del alcoholismo:

.....
.....
.....

¿En qué categoría clasifica a los siguientes bebedores?

5. Al que bebe hasta embriagarse aunque puede dejar de beber durante determinados períodos.

.....
.....
.....

6. Al que, en fiestas o fines de semana bebe hasta llegar a una leve embriaguez.

.....
.....
.....

7. Al que bebe solamente durante las comidas y en poca cantidad.

.....
.....
.....



Ejercicio N° 3

8. ¿Cuáles son los órganos o sistemas afectados por el abuso del alcohol?

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados.

9. El hígado graso es reversible con la abstinencia, lo mismo sucede por lo general con la hepatitis alcohólica; a pesar que la cirrosis es frecuentemente progresiva y fatal, puede obtenerse su estabilización con la abstinencia.

☐ V ☐ F

10. Independientemente del estado nutricional del paciente, el alcohol es capaz de alterar el metabolismo y producir daños estructurales a nivel del miocardio.

☐ V ☐ F

11. Se ha estimado que entre 10 y 30% de las HTA consideradas esenciales, responden a un consumo excesivo de alcohol.

☐ V ☐ F

12. Una dosis aguda de alcohol puede inhibir el metabolismo de un medicamento, incrementando, potencialmente, el riesgo de efectos colaterales.

☐ V ☐ F

13. La ingestión crónica de alcohol puede aumentar la disponibilidad de un medicamento y sus efectos.

☐ V ☐ F

14. Es muy frecuente encontrar en los jóvenes, macrocitosis, como una de las determinaciones para diagnosticar dependencia.

☐ V ☐ F

15. Una persona recuperada de la dependencia alcohólica, no debe beber nunca más en su vida, aunque se proponga controlarse.

☐ V ☐ F

16. De acuerdo a los resultados de la Encuesta sobre Sustancias Adictivas (1999), el alcohol tiene una tasa de prevalencia de consumo más alta que el tabaco tanto en varones como en mujeres de 16 a 64 años.

☐ V ☐ F

Ejercicio N° 3

17. La prueba de bebidas alcohólicas se sitúa en los 17 años de edad promedio.

☐ V ☐ F

18. Analice y resuelva la siguiente situación:

Un viernes, común y corriente, del mes de septiembre de este año, tres jóvenes, Ramiro, Luis y Ariel, compañeros de 5° año discuten sobre lo que van a hacer el fin de semana.

Como siempre, cansados de estudiar y, próximos a finalizar el colegio secundario, programan salir a bailar a una "Disco" de moda en la ciudad.

Ramiro sugiere que antes de ir a buscar en auto a las chicas, pasen por su casa a tomar unas "birras" y luego salir todos desde allí.

Cerca de la medianoche Luis y Ariel pasan por la casa de Ramiro y saludan a sus padres mientras toman unas cervezas bien frías. El padre de Ramiro les aconseja no beber demasiado y menos aún si van a salir con el auto. Todos se ríen y se despiden alegremente sin tener en cuenta los consejos del padre de Ramiro.

Buscan a las compañeras en la casa de una de ellas y todos salen rumbo al baile, no sin antes comprar otras latas de cerveza en un quiosco cercano, para ir tomando dentro del automóvil, mientras llegan a la "Disco".

Una vez dentro del ruidoso local, con poca luz, todos se sientan juntos para "disfrutar de la música y el baile" mientras conversan de temas de actualidad.

Pasadas las tres primeras horas cada cual baila y conversa con su pareja. Cabe señalar que cada uno de ellos y ellas ha tomado ya por lo menos dos tragos largos (uno de los cuales es otorgado gratuitamente por el local como consumición mínima). Ramiro comienza elevando el tono de voz a Ariel con quien termina discutiendo por el partido de fútbol a realizarse el próximo domingo en una cancha vecina. El tono de voz sube y Ramiro y Ariel terminan discutiendo y tomándose a puñetazos. Luis y el personal de la "Disco" los separan mientras una de las chicas, descompuesta se retira al baño a vomitar. La noche se va poniendo cada vez menos agradable, ya que Ramiro está disgustado con Ariel y hay que llevar a casa a la chica descompuesta.

Ariel y Luis discuten para ver quién está más sobrio para manejar el auto y Ramiro decide que él manejará su auto, por lo cual Ariel y Luis deciden llevar a la compañera en un taxi porque ella no se ha repuesto del cuadro gastrointestinal agudo.

Ramiro, enojado, se aleja rápidamente en su automóvil con las otras dos chicas. Luego de dejarlas en sus casas siguió su camino velozmente rumbo a su domicilio. Lamentablemente no vio una motocicleta que circulaba muy despacio, por lo cual hizo una maniobra brusca que lo llevó a chocar contra una columna de luz. El SAME concurrió casi inmediatamente llevando a Ramiro con una fractura no expuesta en el peroné.



Ejercicio N° 3

Durante el viaje al hospital, cuando recobró el conocimiento por el impacto sufrido, recordó las palabras que repite siempre su padre: "Si bebes no conduzcas, si conduces no bebas, el alcohol puede ser tu enemigo".

1. Analice qué tipo de comportamiento tuvieron los tres jóvenes y sus amigas esa noche de fin de semana.

.....

.....

.....

2. ¿Cuáles fueron las complicaciones de la ingesta abusiva?

.....

.....

.....

3. ¿En qué medida se corresponden estas conductas con las que presentan los jóvenes en su comunidad?

.....

.....

.....

4. ¿Qué reflexiones le merece el caso? ¿Qué reflexiones se deberían hacer con los adolescentes?

19. Como ejercicio final le proponemos que reflexione unos minutos sobre su práctica cotidiana y "el alcohol".

¿Cuántos padres o madres de sus pacientes tienen algún tipo de problemas con el alcohol?

¿Ud. lo ha indagado específicamente o lo intuye?

¿Cómo averigua sobre el tema? ¿Cómo aborda el problema?

¿Cómo maneja el tema con sus pacientes adolescentes? ¿Tiene algún caso de problemas con la bebida?

¿Qué consejos le puede dar al adolescente? ¿Y a los padres?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conclusión

¿Desde cuando prevenir?

En lo posible desde siempre. Teniendo en cuenta que la salud o el "estado de buena salud" va más allá de un simple objetivo de vida sino una forma de vida que requiere de condiciones previas, que hay que tratar de construir. La madre embarazada NO debe beber bebidas alcohólicas, especialmente durante el primer trimestre y no fumar durante todo el embarazo. Si a esto le agregamos que todo medicamento que deba ingerir debe ser consultando al obstetra, estamos haciendo prevención del pasaje de sustancias como el alcohol, la nicotina y los medicamentos. La barrera hemotoplacentaria hace que todo lo que incorpore la madre pasa inmediatamente al embrión primero y al feto después.

Durante la adolescencia, etapa desdibujada desde sus inicios y también en sus finales, que significa adolecer, carecer, se quiebra la figura de los padres idealizados, todopoderosos de la infancia frente al choque de las figuras sociales, muchos de ellos modelos con los que bombardean la televisión y la prensa escrita.

El deseo de libertad del adolescente no se acompaña de la asunción de responsabilidades acordes con el crecimiento gradual. Las expectativas se desatan entre proyectos casi inalcanzables como de utopías universales como la paz, la felicidad, la justicia social, la solidaridad humana, la ecología, la igualdad de oportunidades, etc...

Al mediar la adolescencia entre los 16 y 18 años, especialmente, comprenden los mensajes que la sociedad mayor declama: "la etapa del mundo adulto", lo que se dice y lo que se hace confronta con los valores aprendidos desde la realidad.

A su vez éstos dejan de ser los ídolos. No son ni lindos, ni ricos, ni tienen todas las cosas que el mundo consumista dice que hay que tener; "quien más cosas tiene, más vale", estigmatiza la sociedad. Hay que estar en línea, estar lindo, ser feliz, comprendidos, y si no se puede al menos, parecerlo. Hay que gastar y consumir cada vez más. Los pobres y los enfermos que no gastan ni consumen quedan marginados.

Tal es el mundo de los medios masivos de comunicación donde se pierden los valores esenciales por otros circunstanciales, ligados al poder y al éxito permanente. Los cuales, estimulando la curiosidad, ponen en las manos del adolescente el lado oscuro de una democracia que se revuelve dentro de valores debilitantes. Finalmente la

familia tradicional, los padres y los abuelos, quedan de lado, el diálogo se rompe, se prefieren los mensajes placenteros que emite la televisión. Aquellos adolescentes aprenden, rápidamente, a manejarse en dos escenarios, el del lugar donde toman agua mineral y gaseosas, generalmente el propio hogar, y el externo, el comunitario, el del grupo de pares, aquel donde hay que beber, fumar y consumir lo que se pueda, porque es la moda, porque hay que evadirse del agobio de las obligaciones semanales. Dentro de ese contexto el abanico de bebidas alcohólicas se presenta como una oferta casi irrechazable. Los tres segmentos de la industria alcohólica: los vinos, la cerveza y los destilados a través de más de 400 bebidas, sin mencionar los "tragos de fantasía" que se ofrecen en discotecas, bares, pub y clubes de diversión, captan adeptos cada vez más jóvenes.

Las bebidas claras, transparentes, de aromas frutados, junto a la cerveza son el ingrediente ideal de una compañía para el fin de semana de los adolescentes de hoy.

Así los jóvenes ven pasar su fin de semana preocupados por una diversión novedosa -y ruidosa-; muchos de ellos, emprenden el periplo del viernes y del sábado por la noche (madrugada). Se bebe alcohol desde que salen, hasta que llegan; también dentro del boliche, entre ruidos y música estridente, acompañados de luces de mil colores, convirtiéndose en el peor condimento para una relación de conocimiento y acercamiento entre varones y mujeres.

Vuelven a sus casas, muchas veces después de haber protagonizado algún episodio de violencia urbana o accidentes de tránsito.

Algunos finalizan en una confrontación familiar, que lejos de entenderse mutuamente, ahonda aún más la brecha generacional entre padres e hijos. Otros en cambio, terminan el fin de semana en la guardia hospitalaria o en el propio domicilio vomitando los alimentos que ingirieron horas antes.

Tal es la problemática adolescente dentro de las grandes ciudades de nuestro país.

¿Podremos algún día, actuar a ciencia cierta sobre los determinantes que intervienen en "la entrega" de los jóvenes hacia el alcohol?; degradándolos primero y separándolos después, de la escala humana.

Lecturas complementarias

Ver Anexos 2 y 3

Bibliografía recomendada

1. Miguez, H.A. Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y Prevención comunitaria. Paidós; 1ª edición, 1998.
2. Verruno C. Definiciones operacionales. Módulo Introductorio. Curso a Distancia sobre "Uso indebido del Alcohol". Efectuado en colaboración con el Instituto de Epidemiología H. Jara de la ciudad de Mar del Plata. Año 2001.
3. DSM IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A. Barcelona, España, 1995.
4. Verruno C. El planteo del problema. Hacia una perspectiva Nacional sobre la problemática del alcohol. Publicación para profesionales del Ministerio de Salud 1988. Reimpresión (separata) 1991.
5. FUNDARPRE. Contención y afecto familiar, primera barrera contra la droga. Caligraf SRL. Argentina, 1993.
6. Verruno C. Tratamiento del paciente alcohólico en Argentina. Propuesta para un modelo de atención médica. (En estudio por la Comisión Nacional de Garantía y Calidad de la Atención Médica). 2001.
7. Miguez H, Verruno C, Vernego Cinollo R. Percepción de la bebida social en jóvenes de la secundaria. Muestra de 245 alumnos de 4º y 5º año de colegios secundarios de la ciudad de Mercedes. Corrientes, Publicación interna del Ministerio de Salud Pública, 1994.
8. Encuesta Nacional de Adicciones ENSA. Trabajo epidemiológico a nivel nacional efectuado por el Lic. Hugo Miguez, organizada por el SEDRONAR. 1999. Publicada en marzo de 2000.

Anexo 1

Claves de Corrección

Clave del Ejercicio N° 1

1. Defina "lactante hipotónico".

Es aquel niño que presenta dificultades para sostenerlo tanto en brazos como en posición de sentado y que aparece desmañado y flojo al tratar de cambiarlo de posición y que a pesar de todo no progresa o lo hace muy lentamente en sus pautas del desarrollo motor.

2. Diferencie hipotonía de debilidad muscular.

Mientras que la hipotonía habla de la resistencia disminuida al movimiento pasivo y la hiperextensibilidad al aumento anormal de la amplitud del movimiento articular, la debilidad se refiere a la disminución de la fuerza y por lo tanto al movimiento activo.

3. Describa alguna maniobra que le permita distinguir entre hipotonía y debilidad muscular.

La posibilidad de sostener un brazo elevado contra la gravedad o la intensidad de la respuesta de retirada ante un estímulo doloroso puede ser muy útil a la hora de hacer la distinción entre hipotonía y debilidad.

4. Enumere por lo menos tres aspectos importantes a considerar en la historia clínica orientada al problema.

Momento de comienzo. Evolución. Pautas madurativas. Presentación del parto. Historia Familiar. Compromiso respiratorio, etc.

Identifique Verdadero o Falso en las siguientes afirmaciones.

5. Un bebé puede ser hipotónico pero tener la fuerza muscular normal.

Verdadero.

6. La causa más frecuente de hipotonía es la central o superior.

Verdadero.

7. Las alteraciones de la motoneurona inferior afectan las funciones de alerta, comunicación y de respuesta al ambiente.

Falso.

8. Los lactantes prematuros suelen ser normalmente hipotónicos aun cuando no estén enfermos; por lo tanto, para valorarlos durante los primeros meses de vida deberá tenerse en cuenta su edad corregida.

Verdadero.

9. Cuando la motoneurona superior está afectada, los reflejos osteotendinosos suelen ser débiles o estar ausentes.

Falso.

Clave del Ejercicio N° 1

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.

10. Ud. recibe en consulta por primera vez a un bebé de 45 días derivado por el neonatólogo para su seguimiento. La madre de 35 años de edad, sana, refiere que Juan en los últimos 15 días comenzó a moverse mucho menos, lo levanta en brazos y siente que se le "escurre". Lo nota muy flojito y cuando lo alimenta su actitud es la habitual, la succión es fuerte pero se atora y regurgita. Está adinámico. Sigue con la mirada y esboza sonrisa social pero el llanto se debilitó y respira levemente agitado. Afebril. Tiene dos hermanos sanos.

¿Cuál de los siguientes diagnósticos se plantea en primer lugar?

- a) Miastenia gravis neonatal.
- b) **Atrofia Espinal Infantil tipo I.**
- c) Secuelas motoras por trauma de parto.
- d) Distrofia Miotónica Congénita.

Respuesta correcta: b.

En un bebé previamente sano y sin antecedentes perinatales ni familiares de enfermedad muscular y/o debilidad (sobre todo en la madre) que comienza a moverse menos y a perder fuerza muscular sin alterar su conexión con el medio y luego apareciendo trastornos de la deglución, hay que pensar en AEI tipo I y tratar de confirmarlo mediante EMG (potenciales gigantes de asta anterior) y biología molecular para el correcto asesoramiento a la familia.

11. Una niña de 6 años consulta por trastornos visuales progresivos y trastornos de aprendizaje. Como antecedentes refieren hipotonía en el primer año de vida y prolapso de la válvula mitral leve asintomático. Llama la atención la talla alta y la desproporción de los brazos con respecto al tronco. Los dedos largos y muy laxos. Ud. piensa, entre otras posibilidades, que podría ser un síndrome de Marfan.

¿Qué signos clínicos esperaría encontrar para reforzar más su presunción?

- a) **Estrías en cuello y hombros, escoliosis, iridodonesis.**
- b) Hipo-arreflexia rotuliana, escoliosis, iridodonesis.
- c) Escoliosis, iridodonesis.
- d) Iridodonesis, hipo-arreflexia rotuliana, estrías en cuello.

¿Qué conducta se debe asumir si se confirma su presunción?

Respuesta correcta: a.

Si bien el fenotipo del Marfan es sugestivo, la observación de los ojos permitirá detectar un fenómeno muy característico de la subluxación del cristalino que es la iridodonesis. Al mover los ojos el iris parece que estuviera flotando y hace una especie de "oleada" provocada por la acción del humor acuoso sobre un iris flácido. Si bien no es patognomónico y puede estar asociado a Homocistinuria entre otras, la suma de fenotipo; laxitud; escoliosis; estrías e iridodonesis deben hacer pensar en síndrome de Marfan. Este signo amerita una rápida consulta con el especialista en ojos para la resolución quirúrgica de la subluxación del cristalino.

Clave del Ejercicio N° 2

1. Relacione la columna de la izquierda con la de la derecha.

- | | |
|---|---|
| 1. Trastornos de lectura, escritura y cálculo.
c) – e) – f) – j) | a) rendimiento intelectual limítrofe
b) espectro autista |
| 2. Trastornos del lenguaje y la comunicación.
g) | c) dislexias
d) síndrome de Asperger |
| 3. Trastornos de las habilidades motoras.
h) | e) disortografías
f) discalculias |
| 4. Trastornos generalizados de desarrollo.
b) – d) | g) disfasias
h) dispraxias |
| 5. Trastornos globales de desarrollo.
a) – i) – k) | i) retraso simple
j) disgrafías
k) retraso mental leve. |

2. Identifique cual de los siguientes enunciados relacionados con la dislexia es **INCORRECTO**.

- a) El disléxico se presenta como un niño normal e inteligente que sin embargo lee y escribe mal.
- b) La principal dificultad estriba en la posibilidad de transformar un grafema (la letra) en un fonema (sonido).
- c) Estas dificultades no guardan relación con la edad del sujeto ni con otras habilidades cognitivas y académicas.
- d) Raramente la dislexia se acompaña de disortografía.

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados:

3. La disgrafía es un trastorno psicomotor que suele manifestarse como parte de un síndrome dispráxico.

Verdadero.

4. Lo que distingue a un niño disléxico no es tanto el tipo de faltas que comete, sino la persistencia y variabilidad de las mismas.

Verdadero.

5. Las disfasias pueden ser definidas como trastornos primarios y específicos del lenguaje oral ligados al desarrollo.

Verdadero.

6. Los niños con trastornos de aprendizaje no verbal presentan, en el colegio, dificultades en la lectura y comprensión de textos aunque no tienen dificultades en aritmética.

Falso.



Clave del Ejercicio N° 2

7. La evaluación neuropsicológica (NP) constituye el examen de elección para el diagnóstico de trastornos del desarrollo que afectan los aprendizajes escolares.

Verdadero.

8. La historia natural de los chicos con trastornos de aprendizaje podrá ser mejorada con abordajes diagnósticos y terapéuticos oportunos.

Verdadero.

9. La mayoría de los chicos con trastornos de aprendizaje no necesitan, ni deben ser tratados con medicación.

Verdadero.

10. Enumere por lo menos tres "marcadores" frecuentes de la disfasia:

Trastornos en la evocación de las palabras, dificultad para denominar (disnomias), circunloquios (rodeos) y parafasias fonémicas (sustitución, adición, omisión de fonemas) o semánticas (sustitución de una palabra por otra de la misma categoría).

Trastornos en la codificación sintáctica, fallas gramaticales, en las coordinaciones verbales.

Trastornos en la comprensión verbal no debidas a carencia de vocabulario o desatención.

Hipoespontaneidad.

Trastorno de la informatividad.

Disociación automático-voluntaria.

11. Describa algunas características de niños autistas:

El autismo es un síndrome conductual con inicio en la infancia, por lo general antes de los tres años de edad, caracterizado por una alteración cualitativa de la interacción social, de la comunicación verbal y no verbal, la actividad imaginativa y por la presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas.

Los principales síntomas se relacionan con alteraciones en la conducta social, emocional y en las habilidades lingüísticas y comunicativas.

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.

12. Llega a la consulta Ana, la mamá de Marisa. Ud. la ve por primera vez en su consultorio del Centro de Salud. Marisa está por cumplir 9 años y consulta por tos y rinitis.

Cuando realiza el examen físico nota cierta hipotonía, algunos movimientos anormales ... que no terminan de cerrarle. Al finalizar el examen le pide que se vista sola (debe parar a la mamá que ya estaba intentan-

Clave del Ejercicio N° 2

do vestirla). Marisa tiene dificultades para abrocharse los botones de la camisa y especialmente para atarse los cordones de las zapatillas. Al bajarse de la camilla se tropieza con la silla que estaba a un costado al mismo tiempo que se le cae el pañuelo de la mano. Ud. le pregunta si le gusta andar en bici y ella le dice que no sabe andar, que intentó con la de su hermano mayor pero que se cae y se golpea.

La mamá le cuenta que Marisa es "muy buena nena, tranquilita pero un poco torpe: no sabe ni peinarse, por eso le corto el pelo tan corto, ni una gomita es capaz de ponerse".

¿En qué piensa en primera instancia?

Es importante pensar en una dispraxia o trastorno de las habilidades motoras.

¿Qué otras cosas indagaría?

Otras causas médicas-neurológicas del trastorno. Preguntaría ¿cómo le va en el colegio?, en particular en escritura (caligrafía) y aritmética. Miraría el cuaderno de clases pero también el cuaderno borrador. Pediría informes de la maestra y también del profesor de educación física. Indagaría si además presenta trastornos de atención, (síntomas de ADD sin hiperactividad pueden pasar desapercibidos al ser una "nena buenita y tranquilita").

¿Qué sugerencia puede hacer a la mamá?

Si hay sospecha de otras causas neurológicas, habría que sugerir interconsulta con neurología. De lo contrario si se tratase de un trastorno simple de torpeza motriz, las sugerencias dependerán del grado y del ámbito en que dicha torpeza interfiera. Si es en el dominio escolar, habrá que realizar primero una evaluación completa y en base a ello hacer un plan de reeducación, por ejemplo de la disgrafía o en casos extremos usar métodos alternativos para los trabajos escritos (computadora, procesador de texto del tipo del alphasmart, etc.). Si la afectación abarcase a la motricidad general (y no a la motricidad fina), quizás una terapia psicomotriz pueda ser beneficiosa. En síntesis, luego de una evaluación neurocognitiva y psicomotriz completa, se diseñará el plan de intervención educativa, acorde a las necesidades y prioridades del caso.

13. Llega al consultorio la mamá de Federico de 7 años, para el control de salud. Federico comenzó la escuela este año. En la entrevista, la madre con tono de reto, mirando a Fede, como para que escuche, le comenta lo siguiente: "Y ... ahí estamos con la escuela, la maestra ya me mandó a llamar dos veces, es que él es muy distraído, está todo el tiempo en "la luna", hay días en que no se puede concentrar, otros sí, por eso yo le digo que cuando quiere, puede: ayer, sin ir más lejos, se sacó un "Muy Bien" en el cuaderno".

Clave del Ejercicio N°

A su pregunta: ¿en casa, cómo andamos? La mamá le dice: "Más o menos, es muy desprolijo y descuidado, ya le compré lápices tres veces, pierde todo. Si no lo pierde, lo rompe, es atolondrado. Lo que mejor hace es hablar, nos vuelve locos, está todo el día hablando, parece una radio..."

Ud. en el transcurso de la consulta observó que:

1. Federico interrumpió la conversación varias veces, a pesar del señalamiento de la madre: "¡Dejáme hablar con el doctor!"
2. Comenzó a jugar con el oso, lo dejó tirado y agarró los muñequitos del escritorio abandonándolos rápidamente para usar su birome...
3. Estuvo de pie casi todo el tiempo y salió a la sala de espera, volviendo a entrar en dos oportunidades.

¿En qué piensa en primera instancia?

Es importante pensar en un trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

¿Qué otras cosas indagaría?

Haría lo que se podría llamar rutina en todo problema relacionado con la escuela, mirar cuadernos de clase y borrador, pedir informe de los maestros, incluyendo si fuese posible el de los maestros especiales (música, educación física), ya que es importante corroborar que el problema se manifieste en distintos ámbitos (si fuese sólo en la casa o sólo con determinado maestro, se podría pensar en otros factores vinculados a esa situación específica).

Tomaría una pequeña muestra "pedagógica", leer y escribir algunas sílabas o palabras, hacer un cálculo simple, dibujo de una figura humana, mantener un breve diálogo abierto que me permita evaluar el lenguaje espontáneo, expresión y comprensión verbal, quizás con la mediación de algunos juguetes (ver "Hora de Juego Lingüística").

Todo esto tiene como objetivo investigar si además del trastorno de hiperactividad hay también otra dificultad de lenguaje o aprendizaje que quede oculta detrás de la espectacularidad de los síntomas del ADHD.

¿Qué sugerencia puede hacer a la mamá?

Hacer una evaluación neuropsicológica completa (cognitiva y conductual) que permita corroborar el cuadro de ADHD sospechado, hacer el diagnóstico diferencial (ya que los síntomas de ADHD, también se dan en otros trastornos como retraso mental, autismo, problemas de conducta de causa emocional-familiar, etc.).

Basándose en esta detallada evaluación, se podrá diseñar un programa de intervención psico-educativa multimodal (dar orientación y pautas concretas a la familia, a los maestros, al niño, manejo de los problemas asociados si los hubiere, medicación específica si correspondiese, etc.).

Clave del Ejercicio N° 3

1. Defina "alcoholismo".

El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta, caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas en una medida que causa perjuicios a la salud del bebedor y a sus relaciones con otras personas (perjudica a la sociedad, al individuo o a ambos).

2. Identifique cuál de los siguientes enunciados es **INCORRECTO**.

- a) Los llamados "alcohólicos propiamente dichos" son las personas que desarrollan dependencia física hacia el alcohol.
- b) Los llamados "bebedores excesivos", son los afectados solamente por la dependencia psicopatológica o socio cultural.
- c) Los bebedores excesivos y alcohólicos son los denominados *bebedores problemas*.
- d) Los *bebedores problemas* suman una cifra próxima al 20% de la población mayor de 15 años.

3. ¿Qué grado alcohólico tiene la cerveza?

- a) entre 4,5 y 8.
- b) entre 8,5 y 12.
- c) entre 12,5 y 16.
- d) mayor de 16.

4. Enumere por lo menos tres consecuencias sociales o personales del alcoholismo:

Los bebedores problema (o patológicos) ocasionan un sensible aumento en:

- 1. Accidentes (tránsito y laborales).
- 2. Ausentismo laboral y pérdida de empleo.
- 3. Actos ilícitos: delincuencia asociado a la bebida patológica, violencia (homicidio, suicidio, lesiones), otros delitos contra las personas.
- 4. Aumento de los ingresos a efectores sanitarios por patologías directa o por complicación consecuentes.
- 5. Lucro cesante y disminución de la capacidad productiva del país.
- 6. Consumo habitual del alcohol junto a otras poliadicciones utilizando el mismo como "puerta de entrada" (en jóvenes, especialmente).
- 7. Aumento de migraciones (huidas geográficas).
- 8. Conflictos y/o rupturas familiares subsecuentes.



Clave del Ejercicio N° 3

¿En qué categoría clasifica a los siguientes bebedores?

5. Al que bebe hasta embriagarse aunque puede dejar de beber durante determinados períodos.

Incapaz de detenerse –Alcohólico –dependiente físico–.

6. Al que, en fiestas o fines de semana bebe hasta llegar a una leve embriaguez.

Bebedor abusivo, generalmente de fin de semana.

7. Al que bebe solamente durante las comidas y en poca cantidad.

Bebedor moderado habitual.

8. ¿Cuáles son los órganos o sistemas afectados por el abuso del alcohol?

Hígado: entre 90 y 100% de los bebedores más importantes muestran evidencia de hígado graso, entre el 10 y 35% desarrollan hepatitis alcohólica, y del 10 a 20% de estos pacientes se instala una cirrosis.

SNC.

Estómago: La gastritis aguda es la entidad ligada más directamente con el alcoholismo.

Esófago: Esofagitis por reflujo.

Aparato cardiovascular.

Páncreas.

Tejido hematopoyético.

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados.

9. El hígado graso es reversible con la abstinencia, lo mismo sucede por lo general con la hepatitis alcohólica; a pesar que la cirrosis es frecuentemente progresiva y fatal, puede obtenerse su estabilización con la abstinencia.

Verdadero.

10. Independientemente del estado nutricional del paciente, el alcohol es capaz de alterar el metabolismo y producir daños estructurales a nivel del miocardio.

Verdadero.

11. Se ha estimado que entre 10 y 30% de las HTA consideradas esenciales, responden a un consumo excesivo de alcohol.

Verdadero.



Clave del Ejercicio N° 3

12. Una dosis aguda de alcohol puede inhibir el metabolismo de un medicamento, incrementando, potencialmente, el riesgo de efectos colaterales.

Verdadero.

13. La ingestión crónica de alcohol puede aumentar la disponibilidad de un medicamento y sus efectos.

Falso.

14. Es muy frecuente encontrar en los jóvenes, macrocitosis, como una de las determinaciones para diagnosticar dependencia.

Falso.

15. Una persona recuperada de la dependencia alcohólica, no debe beber nunca más en su vida, aunque se proponga controlarse.

Verdadero.

16. De acuerdo a los resultados de la Encuesta sobre Sustancias Adictivas (1999), el alcohol tiene una tasa de prevalencia de consumo más alta que el tabaco tanto en varones como en mujeres de 16 a 64 años.

Verdadero.

17. La prueba de bebidas alcohólicas se sitúa en los 17 años de edad promedio.

Verdadero.

18. Analice y resuelva la siguiente situación

Un viernes, común y corriente, del mes de septiembre de este año, tres jóvenes, Ramiro, Luis y Ariel, compañeros de 5° año discuten sobre lo que van a hacer el fin de semana.

Como siempre, cansados de estudiar y, próximos a finalizar el colegio secundario, programan salir a bailar a una "Disco" de moda en la ciudad.

Ramiro sugiere que antes de ir a buscar en auto a las chicas, pasen por su casa a tomar unas "birras" y luego salir todos desde allí.

Cerca de la medianoche Luis y Ariel pasan por la casa de Ramiro y saludan a sus padres mientras toman unas cervezas bien frías. El padre de Ramiro les aconseja no beber demasiado y menos aún si van a salir con el auto. Todos se ríen y se despiden alegremente sin tener en cuenta los consejos del padre de Ramiro.

Buscan a las compañeras en la casa de una de ellas y todos salen rumbo al baile, no sin antes comprar otras latas de cerveza en un quiosco cercano, para ir tomando dentro del automóvil, mientras llegan a la "Disco".

Una vez dentro del ruidoso local, con poca luz, todos se sientan juntos para "disfrutar de la música y el baile" mientras conversan de temas de actualidad.

Clave del Ejercicio N° 3

Pasadas las tres primeras horas cada cual baila y conversa con su pareja. Cabe señalar que cada uno de ellos y ellas ha tomado ya por lo menos dos tragos largos (uno de los cuales es otorgado gratuitamente por el local como consumición mínima). Ramiro comienza elevando el tono de voz a Ariel con quien termina discutiendo por el partido de fútbol a realizarse el próximo domingo en una cancha vecina. El tono de voz sube y Ramiro y Ariel terminan discutiendo y tomándose a puñetazos. Luis y el personal de la "Disco" los separan mientras una de las chicas, descompuesta se retira al baño a vomitar. La noche se va poniendo cada vez menos agradable, ya que Ramiro está disgustado con Ariel y hay que llevar a casa a la chica descompuesta.

Ariel y Luis discuten para ver quién está más sobrio para manejar el auto y Ramiro decide que él manejará su auto, por lo cual Ariel y Luis deciden llevar a la compañera en un taxi porque ella no se ha repuesto del cuadro gastrointestinal agudo.

Ramiro, enojado, se aleja rápidamente en su automóvil con las otras dos chicas. Luego de dejarlas en sus casas siguió su camino velozmente rumbo a su domicilio. Lamentablemente no vio una motocicleta que circulaba muy despacio, por lo cual hizo una maniobra brusca que lo llevó a chocar contra una columna de luz. El SAME concurrió casi inmediatamente llevando a Ramiro con una fractura no expuesta en el peroné.

Durante el viaje al hospital, cuando recobró el conocimiento por el impacto sufrido, recordó las palabras que repite siempre su padre: "Si bebes no conduzas, si conduces no bebas, el alcohol puede ser tu enemigo".

El abuso del alcohol entre los jóvenes, toma hoy la modalidad de fin de semana, y esto pareciese tratarse de una conducta universal.

Como indica el ejercicio las complicaciones más frecuentes son los accidentes de tránsito y la violencia doméstica o urbana. En el caso de la joven que se descompuso, que vomitó por intolerancia gástrica al alcohol, se debe reflexionar sobre el significado de la diversión entre los jóvenes, los días de recreación y alcohol: "Un día de diversión (con alcohol) puede convertirse en una verdadera tragedia para varias familias".

- 19.** Como ejercicio final le proponemos que reflexione unos minutos sobre su práctica cotidiana y "el alcohol".

¿Cuántos padres o madres de sus pacientes tienen algún tipo de problemas con el alcohol?

¿Ud. lo ha indagado específicamente o lo intuye?

¿Cómo averigua sobre el tema? ¿Cómo aborda el problema?

¿Cómo maneja el tema con sus pacientes adolescentes? ¿Tiene algún caso de problemas con la bebida?

¿Qué consejos le puede dar al adolescente? ¿Y a los padres?

Esta pregunta no tiene una clave de respuesta correcta.

El objetivo es la reflexión sobre su tarea.

Anexo 2

**Farmacoterapia para
el paciente alcohólico**

Indicaciones y dosificación

Monodrogas más utilizadas en la Farmacología del abuso y dependencia del alcohol recomendadas por el Programa Nacional Cuida.

Desintoxicación aparte de las mencionadas medidas de orden general como:

- Hidratación oral y/o parenteral (sueros glucosados y fisiológicos adecuados a cada caso).
- Vitaminoterapia Complejo B (B1, B6, B12) (dosis 100-200 mg/ día) - Vitamina C 2 g/ día- Ácido Fólico (1 a 2 mg/ día) - Niacina.
- Oligoelementos Mg, Na, MN, CA, K (si fuese necesario), (Otro). Asociaciones Medicamentosas indicar lo necesario. Uso racional de los medicamentos (oligoelementos en la fase de desintoxicación).

NOTA: En el caso de la Vitamina B1, tener en cuenta la dosis útil en alcohólico oscilan entre 100 a 200 mg/día teniendo en cuenta la baja absorción intestinal.

Mencionaremos el uso de los fármacos (monodrogas más importantes recomendadas en el tratamiento de los cuadros más comunes del alcoholismo (Uso sintomático) en cuadros acompañados de abstinencia, ansiedad, fobias, convulsiones, etc.

1.- BENZODIAZEPINA (BDZ) (Etapa de desintoxicación/ deshabitación)

Se preferirán benzodiazepinas de larga duración, como diazepam, clordiazepóxico clorazepato dipotásico, prazepam, alprazolam, clonazepam. Constituyen una de las medicaciones de elección durante la 1ª Etapa de desintoxicación y muchas veces se continúan en la 2ª Fase de deshabitación.

Si bien es cierto que no todos los pacientes alcohólicos necesitan ser medicados, el fármaco más utilizado es el grupo de los Benzodiazepinas (BDZ). Tanto como ansiolítico miorelajante, como tranquilizantes menores, anticonvulsivantes o hipnoinductores. Las dosis y los usos específicos de cada uno dependerán del estado general de cada paciente en particular.

2.- CLONIDINA Catapresan (r) (etapa de desintoxicación) (B bloqueantes)

Usado en la fase de desintoxicación. Es conveniente usar dosis bajas 0,025 g cada 4 a 6 hs. Dependiendo de la tolerancia al efecto hipotensor de la droga.

Se utiliza en casos de abstinencia alcohólica con grandes manifestaciones de actividad noradrenérgica.

3.- ANTIDEPRESIVOS. IRSS

Utilizados en cualquier de las 3 etapas del tratamiento. Tienen pocas contraindicaciones y son anti-cravings moderados. Fluoxetina (Prozac-Foxetin) Sertralina (Zoloft) Paroxetina Tianertina (Starlon) Aropax.

4.- ANTIPSICÓTICOS (cualquier etapa)

Se prefiere desintoxicar antes al paciente.

Tener presente aquellos que son hepatotóxicos como las fenotiazinas, deben usarse limitadamente y con precaución.

Tener presente que los antipsicóticos, cualquiera de ellos disminuyen los umbrales convulsivos, por lo tanto deberán vigilarse las dosis de los mismos o acompañarlos de algún anticonvulsivo.

Se recomienda su uso una vez diagnosticado el cuadro de comorbilidad, trastorno de la personalidad, psicosis o Borderline.

5.- BUSPIRONA (1ª y 2ª Etapa)

Es un ansiolítico no BDZ que no actúa sobre el receptor gabaérgico no produce sedación, ni relajación muscular, ni efecto anticonvulsionante. Presenta cierto efecto antidepresivo leve.

Puede usarse en la 1ª o 2ª Etapa del tratamiento.

6.- CARBAMACEPINA (CBZ) (Cualquiera de las etapas)

Este medicamento es utilizado con bastante frecuencia, primero como anticonvulsivo y segundo en la abstinencia alcohólica junto a otros fármacos como los BDZ o antipsicóticos (reduce temblores y tiene un efecto anticraving discreto).

Debe vigilarse porque puede producir Neutropenias.

7.- OXCARBAZEPINA

Algunos profesionales prefieren su uso al anterior por no producir inducción microsomal. Las dosis son ligeramente superiores a su antecesora (300 a 1.800 g/día).

8.- VALPROATO (1ª o 2ª etapa)

Esta monodroga ha sido utilizada durante un tiempo por varios expertos no sólo como anti-convulsivo, sino también como coadyuvante en los trastornos afectivos. Debe vigilarse la función hepática (coadyuvante en bipolares que ciclan permanentemente).

9.- LITIO (Sales) (2ª y 3ª Etapa) (Carbonato de Litio)

Algunos profesionales le asignan una acción "anticraving" con respecto al consumo del alcohol. Lo cierto es que "el litio" depende de la acción serotoninérgica moduladora del humor y también antiagresivo.

Su uso es complicado y debe monitorearse en sangre periódicamente. Aparte produce muchos efectos adversos.

Vitamimoterapia (Principalmente 1ª etapa)

1.- Tiamina y Complejo B:

Es la vitamina más importante en el tratamiento de las distintas complicaciones del alcoholismo (puede extenderse a la 2ª etapa).

En el alcoholismo es conveniente usar dosis altas de Tiamina no menor de 100 mg/día durante largo tiempo (a veces exceden el período de desintoxicación y se continúa por varios meses). Es siempre conveniente, debido a la baja absorción enteral, administrado por vía intramuscular. Si bien es molesta esta vía, los resultados que se obtienen a las pocas semanas son satisfactorios. Un esquema general es el de dar una ampolla diaria del complejo B por 3 semanas, pero esto se evaluaría en cada caso particular.

2.- Ácido Fólico y Folatos:

Tenerlo presente en los cuadros de anemia megaloblástica.

3.- Vitamina C:

En pacientes mal nutridos deberá incorporarse la misma ya sea a través de los alimentos que la contienen o a través de dosis farmacológicas que van de 1 a 2 g diarios. El exceso se excreta por orina.

4.- Antioxidantes:

Vitamina E o Tocoferol, Vitamina A, otros antioxidantes, Recordar que los radicales libres dañan al hígado. Usarlo solo o en asociaciones medicamentosas (etapas 1 y 2 especialmente).

5.- Ácido Tióctico:

Se indica a pacientes intoxicados durante la 1ª etapa junto a las medidas de orden general (hidratación y vitanoterapia. Puede suministrarse paraenteral o en forma oral (no menos de 100 mg de ácido tióctico diarios). Biletan®

6.- Magnesio:

En la práctica son pocos los pacientes que no lo necesitan. Existen pérdidas por vía renal, gastrointestinal, acidosis y/o alcalosis.

Este mineral protege la función cardíaca y la matriz ósea y es necesario en el intercambio de iones en la membrana celular.

Farmacología específica para el alcoholismo

1-ABSTINENCIA:

Prevención del Delirium Tremens

CLOMETIAZOL

DALBOS (NR)

El clometiazol es una molécula con propiedades hipnosedantes y anticonvulsivantes.

El Clometiazol incrementa la transmisión GABA-érgica en el SNC.

Su principal indicación es el tratamiento de deshabitación alcohólica, para evitar el Síndrome de Abstinencia. Además es eficaz en la prevención y tratamiento del Delirium Tremens y los índices de mortalidad asociados.

Las vitaminas del complejo B y la hidratación, completan el tratamiento.

Los tratamientos habituales del síndrome de abstinencia por alcohol, llevan a la combinación de varias moléculas como anticonvulsivos neuro-lépticos e hipnosedantes. Esta polifarmacia, además de generar una sobrecarga en el hígado dañado por la adicción, también genera una serie de efectos secundarios indeseables como los de las benzodiacepinas. El uso de clometiazol solo, cubre todas las propiedades de los fármacos anteriormente mencionados, evitando la polifarmacia y los efectos secundarios.

En Europa existe una amplia experiencia en su empleo, al igual que en la Argentina (más de 25 años) de uso continuado.

2- (Anticraving) (Deshabituador)

2.1- Antagonistas opioides: NALTREXONA (NR Revez)

Existe una línea de investigación que establece una relación entre el sistema opioide endógeno (endorfinas y encefalinas) y el consumo de alcohol.

En el hombre se ha hallado que bajos niveles de β -endorfina convierten a estos sujetos en personas de alto riesgo a enfermarse de alcoholismo. Ya que pequeñas administraciones de etanol produce un incremento en la β -endorfina plasmática, aumentando la satisfacción por el consumo de alcohol. Otro estudio, con enfermos alcohólicos, encuentra niveles bajos de β -endorfina plasmática, en sujetos que han dejado de beber, y que se renormalizan a las 6 semanas de abstinencia.

2.2- ACAMPROSATO

(Acetil Homotaurinato de calcio)

CAMPRAL®

Deshabituador (Anticraving)

El acamprosato es un nuevo fármaco que se viene utilizando en Europa con notable éxito, ya que el suministro del mismo a los alcohólicos en fase de recuperación -deshabitación- ha disminuido la frecuencia de recaídas, perdiendo el apetito por beber etanol.

Al acamprosato se le supone un efecto agonista del receptor **GABA-A** y probablemente antagonista del receptor **NMDA**. Ambos sistemas son moduladores de otros sistemas de transmisión nerviosa como la dopamina y la serotonina alcohol.

Puede superponerse al uso de **NALTREXONA**, ya que ambos ejercen una acción complementaria.

El Acamprosato siempre debe suministrarse dentro del marco de un tratamiento de recuperación alcohólica como un elemento más, no asignándole características mágicas al fármaco.

Anexo 3

Tema Alcoholismo



Declaración de Propósito

Preámbulo de Al-Anon sugerido para los Doce Pasos

Los Grupos de Familia Al-Anon son una hermandad de parientes y amigos de alcohólicos que comparten sus experiencias, fortaleza y esperanza, con el fin de encontrarle solución a su problema común. Creemos que el alcoholismo es una enfermedad de la familia, y que un cambio de actitud puede ayudar a la recuperación.

Al-Anon no está aliado con ninguna secta ni religión, entidad política, organización ni institución; no toma parte en controversias; no apoya ni combate ninguna causa. No existe cuota alguna para hacerse miembro. Al-Anon se mantiene a sí mismo por medio de las contribuciones voluntarias de sus miembros.

En Al-Anon perseguimos un único propósito: ayudar a los familiares y amigos de los alcohólicos. Hacemos esto practicando los Doce Pasos, dando la bienvenida y ofreciendo consuelo a los familiares de los alcohólicos y comprendiendo y animando al alcohólico.

Hay ayuda disponible para el que lo solicite. Dedique un momento y reflexione: ¿Se molesta por la bebida de otra persona? O: ¿Se crió junto a un bebedor con problemas? Si se identifica con alguna de estas preguntas es importante que sepa que hay ayuda y esperanza para los familiares y amigos de los alcohólicos, sólo llámenos por teléfono.

Datos obtenidos de las siguientes páginas:

<http://www.alanon.com>

<http://www.al-anon.org/alaspan.html>

Los grupos de familia Al-Anon, que incluyen Alateen, existen desde hace más de 50 años como un recurso comunitario que provee ayuda a aquellos afectados por el beber compulsivo de otro. Hoy hay más de 26.000 grupos de Al-Anon y Alateen en 115 países. Nuestras reuniones son anónimas y confidenciales. No hay que pagar cuotas ni honorarios para ser miembro.

Información Básica

Al-Anon:

- Es una hermandad separada de Alcohólicos Anónimos (AA). Al-Anon se basa en los Doce Pasos y las Doce Tradiciones adaptadas de AA.

Alateen:

- Es parte de la hermandad Al-Anon para los familiares y amigos más jóvenes del alcohólico hasta los 19 años.
- Los miembros conducen sus propias reuniones guiados por un padrino de Al-Anon.
- Siguen los mismos Doce Pasos, Doce Tradiciones y principios de Al-Anon.

La gente llega a las reuniones de Al-Anon y Alateen

- Para obtener información sobre el alcoholismo como enfermedad y cómo ha afectado sus vidas física y emocionalmente.
- Para beneficiarse al hablar con otros que tienen problemas similares.
- Para mejorar sus propias actitudes y comportamientos a través del estudio y práctica de los Doce Pasos y las Doce Tradiciones.

Llama al 1-888-4AL-ANON, para información sobre reuniones, de lunes a viernes de 8:00 de la mañana a 6:00 de la tarde hora del Este, a excepción de los días festivos.

Los Doce Pasos

El estudio de estos Pasos es esencial para progresar en el programa de Al-Anon. Los principios que abarcan son universales y se aplican a toda persona sea cual fuere su credo. En Al-Anon, nos esforzamos por lograr una comprensión cada vez más profunda de estos Pasos y oramos para adquirir sabiduría para aplicarlos a nuestra vida.

1. Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol, y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.
3. Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de Él.
4. Sin temor, hicimos un sincero y minucioso examen de conciencia.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.

7. Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestras culpas.
8. Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado, y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.
9. Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más daño, o perjudicado a un tercero.
10. Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.
11. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de Él, y le pedimos tan solo la capacidad para reconocer Su voluntad y las fuerzas para cumplirla.
12. Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos Pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas, y practicar estos principios en todas nuestras acciones.

Direcciones de Alcohólicos Anónimos en la Argentina

Oficina de Servicios Generales:

LOYOLA 1178/82
(1414) CAPITAL FEDERAL
TEL: 4855-1813

Intergrupo Capital:

HIPOLITO YRIGOYEN 2858
(1207) CAPITAL FEDERAL
TEL: 4931-6666

Intergrupo Capital Norte:

ECHEVERRIA 1360
(1428) CAPITAL FEDERAL
TEL: 4788-6646

Intergrupo Capital Oeste:

PERGAMINO 1055
(1406) CAPITAL FEDERAL
TEL: 4612-5191

Indice

PRONAP Informa	Pág. 5
Capítulo 1:	
El lactante hipotónico	
<i>Dr. A. Marcelo Di Biasi</i>	Pág. 11
Capítulo 2:	
Trastornos de aprendizaje	
<i>Dra. Ana María Soprano</i>	Pág. 23
Capítulo 3:	
Alcoholismo	
<i>Dr. Camilo Verruno</i>	Pág. 43
Anexo 1:	
Claves de Corrección	Pág. 79
Anexo 2:	
Farmacoterapia para el paciente alcohólico	Pág. 91
Anexo 3:	
Tema Alcoholismo	Pág. 97

Este libro se terminó de imprimir
en el mes de diciembre de 2001 en



Tte. Gral. Perón 935
1038 Ciudad de Buenos Aires