

# El alcoholismo como urgencia psiquiátrica

M. HENRY BENITEZ, C. DE LAS CUEVAS CASTRESANA. J. L. GONZALEZ DE RIVERA Y REVUELTA.

*Cátedra de psiquiatría y psicología médica. Facultad de medicina. Universidad de La Laguna. Islas Canarias.*

## RESUMEN

Los pacientes que precisaron asistencia psiquiátrica urgente en relación con el consumo de alcohol durante el año 1988 en el Hospital Universitario de Canarias significaron el 7,7% del total de las urgencias psiquiátricas. La intoxicación alcohólica constituyó el diagnóstico más frecuente (48,9%). La instauración de una pauta de deshabitación alcohólica y medidas de sostén fue la actitud terapéutica registrada más frecuentemente (53,3%). La mayoría de los pacientes fue remitida a los Centros de Ayuda al Toxicómano (CAT) (36,5%) y a nuestra policlínica (19%). Analizamos las distintas variables demográficas y psiquiátricas, señalando modificaciones necesarias para una adecuada asistencia de este tipo de patología.

**PALABRAS CLAVE:** Alcoholismo, Urgencias Psiquiátricas.

## INTRODUCCION

A pesar del auge de otras drogas, es el alcohol el que ocupa, en la actualidad, el lugar de mayor frecuencia en consumo, abuso y dependencia. El alcohol, que desde tiempos inmemoriales ha servido para facilitar los contactos sociales, a menudo con un significado ritual o simbólico, ha pasado a ser utilizado cada vez más por sus propiedades ansiolíticas y desinhibidoras, en parte como resultado de los cada vez mayores niveles de estrés a que se ven sometidas las poblaciones humanas, tanto para tratar de coregir las vivencias desagradables de soledad y desesperanza como para encontrar la anulación de la tristeza vital o simplemente para promocionar la vivencia de bienestar (Alonso Fernández, 1981), aún en las sociedades tecnológicamente más avanzadas.

Según Freixa y col. (1986), el alcohol se encuentra entre las sustancias neurotóxicas, es decir, capaces de afectar el sistema nervioso tanto central como periférico, pudiendo la perturbación generada ser funcional o evolucionar a lesiones estructurales. En ambos casos puede

## SUMMARY

Alcohol related psychiatric pathology plays a relevant role in psychiatric emergencies. During 1988 in the emergency room of the Hospital Universitario de Canarias, 7.7% of the total figure of psychiatric emergencies were due to alcohol related problems. Alcohol Intoxication was the most frequent diagnosis (48.9%). The majority of patients were sent to Local Drugdependency Centres (36.5%) and to our Outpatient Service (19%) for followup. The various demographic and psychiatric variables are analyzed, underlining necessary improvements for an adequate assistance of these patients.

**KEY WORDS:** Alcoholism. Psychiatric Emergencies.

alterarse la conducta. Es necesario anadir que la acción tóxica funcional y/o lesional del alcohol afecta a otros muchos órganos y sistemas.

La palabra alcoholismo nace para agrupar una serie de manifestaciones conductuales u orgánicas que tienen como variable dependiente el uso de las bebidas alcohólicas (Freixa y col., 1986). Jellinek (1960) habla de alcoholismo cuando el uso de bebidas alcohólicas comporta un perjuicio o daño para el individuo, la sociedad o ambos. Para Feuerlein (1982) implica una pérdida de libertad ante el consumo de alcohol.

La APA (American Psychiatric Association) en su clasificación diagnóstica DSM III (1983) diferencia el Abuso de Alcohol, es decir, la utilización patológica del alcohol por un período de por lo menos un mes implicando un deterioro del funcionamiento social o laboral del individuo, de la Dependencia del Alcohol, en la cual, además de un uso patológico del mismo con disfunción social o laboral, aparecen fenómenos de Tolerancia (necesidad de aumentar progresivamente la cantidad de alcohol para conseguir los mismos efectos), o Síndrome de Abstinencia (temblor matutino, malestar aliviado por la ingesta tras abandonar o reducir la cantidad de alcohol habitualmente bebida). Más inclusiva es la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

---

*Correspondencia: M. Henry Benítez. Camino La Rúa, 106. 38208 La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.*

de la Organización Mundial de la Salud (1979) que define el Síndrome de Dependencia al Alcohol como «un estado psíquico, y generalmente también físico, resultante de la ingesta de alcohol, caracterizado por respuestas de comportamiento, que siempre incluyen la compulsión a beber alcohol de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia, pudiendo haber tolerancia, aunque ésta pudiera no estar presente».

Debe tenerse en cuenta el hecho frecuente de que muchos individuos alcohólicos tienden a ocultar su condición, se considera que son alcohólicos del 4 al 12% de las personas, según la población y zona de estudio (Grau, 1985). Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (1985), la población afecta por el consumo de alcohol en España oscila entre 1.900.000 y 2.300.000 personas.

Una sustancial parte de los pacientes que se presentan para un tratamiento de urgencia tienen problemas relacionados con el alcohol, incluida la intoxicación y abstinencia alcohólica, traumatismos, trastornos neurológicos, enfermedades orgánicas relacionadas con el alcohol como la hemorragia digestiva, y depresión (Hyman y Bierer, 1987).

En el presente trabajo nos proponemos valorar las urgencias relacionadas con el consumo de alcohol que precisaron la intervención del psiquiatra de guardia del Hospital Universitario de Canarias.

## MATERIAL Y METODO

El estudio abarca las urgencias relacionadas con el consumo de alcohol asistidas por el psiquiatra de guardia en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias durante el año 1988. La fuente utilizada ha sido el sistema de registro de urgencias del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias. Utilizamos el paquete estadístico SIGMA para el análisis de las siguientes variables: sexo, edad y estado civil del paciente, con quién vive y de quién acude acompañado, quién lo remite al Servicio de Urgencias, el nivel cultural y la situación laboral del paciente, el motivo de consulta urgente, la existencia o no de antecedentes psiquiátricos o de problemática social asociada, el diagnóstico del paciente, la actitud terapéutica y el destino o derivación del mismo.

## RESULTADOS

De los 1.777 casos considerados como urgencias psiquiátricas por los facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, 137 estuvieron relacionadas con el consumo del alcohol y fueron asistidas por el psiquiatra de guardia. Esta cifra supone un porcentaje del 7,7% del total de casos registrados, ocupando el cuarto lugar en cuanto a demanda de asistencia psiquiátrica urgente, siendo superada por los trastornos afectivos (21,6%), los trastornos psicóticos (19,2%) y los trastornos por ansiedad (17,6%).

Con respecto al sexo, el 77,4% eran varones y el 22,6% mujeres.

La edad media de los pacientes fue de 36,05 años, con una desviación típica de 10,8 y un rango que oscilaba entre los 15 y los 64 años. La edad media de las mujeres fue de 35,26 años (d.s. 9,39) y en los varones de 35,99 años (d.s. 11,24).

En cuanto a la distribución por edades observamos que el grupo etario de mayor porcentaje es el comprendido en la década de los 30 a los 39 años constituyendo el 33,6% de los casos, seguido del de la década de los 20 a los 29 años que registró el 25,5% de la muestra. El 61,3% de los pacientes era menor de 40 años. Por sexo, y para este grupo etario, dicha distribución suponía el 65,1% para los varones y el 54,8% para las mujeres.

Respecto al estado civil de los pacientes, el 51,1% eran casados, el 32,8% solteros, el 13,1% separados, el 2,2 divorciados y el 0,7% viudo.

El 78,9% de los pacientes vivía con su familia, de los que el 21,2% vivía con su cónyuge exclusivamente. El 14,6% vivía solo. En los varones el 84% vive con su familia y el 10,4% solo, mientras que en las mujeres, el 61,3% vivía con su familia y el 29% a solas.

El 54,7% de los pacientes acudió acompañado por sus familiares, haciéndolo el 14,6% exclusivamente de su cónyuge. El 15,3% acudió solo, mientras que el 11,7% lo hizo conducido por agentes del Orden Público.

La iniciativa de acudir al Servicio de Urgencias partió en el 37,2% de los casos de los familiares del paciente (8% iniciativa conyugal), el 29,1% de la muestra acudió remitido por diversos dispositivos asistenciales, mientras que el 19% lo hizo por iniciativa propia. El 10% lo hizo a instancias de la Policía.

En cuanto al nivel cultural de los pacientes, el 80,3% había cursado estudios primarios o básicos, el 7,3% poseía estudios medios (BUP, FP o similar), y tan sólo el 5,1% estudios superiores, siendo el 7,3% analfabeto. En las mujeres el 9,7% había realizado estudios superiores, mientras que en los hombres sólo el 3,8%.

Con respecto a la situación laboral, el 49,7% estaba en activo, de ellos, el 40,9% desarrollaba el trabajo fuera del hogar y el 8,8% se dedicaba a las labores domésticas exclusivamente. El 29,2% estaba inactivo (el 21,2% estaba en paro laboral y el 8% de los pacientes estaba de baja).

El 62% de los pacientes tenía una problemática social considerable asociada a la precipitación de la urgencia. Para los varones esta problemática se evidenció en el 67% de los pacientes y en las mujeres en el 45,2%.

El 94,9% de los pacientes poseía antecedentes personales de contactos previos con psiquiatras o facultativos de la red asistencial de tratamiento de las toxicomanías.

El motivo de consulta urgente más frecuente fue la propia toxicodependencia con un 47,4% de los pacientes, seguido por la aparición de trastornos de conducta o agitación psicomotriz en el 21,9% de los casos, y por las conductas suicidas con un 12,4%. La vivencia subjetiva de tristeza o ansiedad suponía el 5,1%. En la Tabla I figura el motivo de consulta en relación con el sexo.

En cuanto a los diagnósticos efectuados, el 48,9% fueron diagnosticados de intoxicación alcohólica, el 19,3% de dependencia del alcohol con decisión de aban-

donar el hábito tóxico, el 10,4% de trastorno mental orgánico por uso de sustancias, el 9,6% de trastorno distímico, y el 6,7% de trastorno por ansiedad. En el 5,2% el diagnóstico fue de importante síndrome de abstinencia al alcohol. En la Tabla II figuran los diagnósticos con respecto al sexo.

La actitud terapéutica más frecuentemente seguida correspondió a la instauración de una pauta de deshabitación (vitaminoterapia y/o pauta de desintoxicación) y medidas de sostén en el 53,3% de los casos. También cabe destacar el 18,2% de los pacientes que recibió tratamiento ansiolítico (benzodiazepínico) y el 17,5% que fue objeto de psicoterapia, consejo, orientación e información pertinente a la alcoholdependencia. Los neurolepticos fueron empleados en el 8% de los casos. El 77% de los pacientes poseía dependencia del alcohol.

**TABLA I**  
**MOTIVO DE URGENCIA**

	% Total	% Varones	% Mujeres
Toxicodependencia	47,4	70,8	29,2
Trastorno de conducta o agitación psicomotriz	21,9	90	10
Conductas suicidas	12,4	70,6	29,4
Ansiedad	2,2	100	0
Tristeza	2,9	50	50
Manejo de psicotropos	3,6	100	0
Síndrome confusional	2,9	100	0
Ideas extravagantes o percepciones anómalas	3,6	100	0
Otros	3,1	66,7	33,3

En esta Tabla se puede observar la frecuencia de los distintos motivos de asistencia y su distribución por sexos.

**TABLA II**  
**DIAGNOSTICO**

	% Total	% Varones	% Mujeres
Intoxicación alcohólica	48,9	78,8	21,2
Alcohol dependencia con decisión de abandonar el hábito tóxico	19,3	65,4	34,6
Trastorno Mental Or- gánico por uso de sustancias	10,4	85,7	14,3
Trastorno distímico	9,6	61,5	38,5
Trastorno por an- siedad	6,7	88,9	11,1
Síndrome de absti- nencia al alcohol	5,2	100	0

La relación de frecuencias de diagnósticos se detalla, así como la distribución de diagnósticos respecto al sexo.

El 36,5% de los pacientes fue remitido a los Centros de Ayuda al Toxicómano. El 19% fue dirigido a nuestras propias consultas externas. Ingreso el 16,7% de los pacientes, el 13,1% en nuestra unidad hospitalaria y el 3,6% en el hospital psiquiátrico tras su traslado a dicho centro. El 14,6% de los pacientes fue remitido a otros servicios asistenciales.

El 7,4% de los pacientes tenía asociado un consumo o dependencia de otros tóxicos (patron politoxicomano) jugando un papel primordial el alcohol.

Cabe destacar en el grupo diagnóstico de Síndrome de Abstinencia que el 85,8% de los pacientes poseía sólo estudios primarios y que el 14,2% era analfabeto. En cuanto al motivo de la urgencia, el 57,1% acudió por la propia toxicodependencia (vivencia subjetiva de patología a tratar) mientras que el 42,9% acudió a causa de la aparición de un síndrome confusional. La conducta terapéutica en el 71,4% de los pacientes consistió en la imposición de tratamiento de deshabitación y medidas de sostén, y en el 28,6% se usaron ansiolíticos (benzodiazepinas) exclusivamente hasta contactar con el servicio de seguimiento. El 71,4% fue derivado a diversos dispositivos asistenciales (Centro de Ayuda al Toxicómano, Psiquiatra previo, Médico de cabecera, etc.) mientras que el 28,6% fue remitido a nuestro Departamento (poli-clínica o unidad de hospitalización).

En los pacientes diagnosticados de intoxicación alcohólica, el 53% estaba activo laboralmente. El motivo de la urgencia en el 40,9% corresponde a la propia toxicodependencia, el 33,3% por trastornos de conducta o agitación psicomotriz, y el 12,1% por conductas suicidas. En el 53% la actitud terapéutica consistió en medidas de sostén e instauración de vitaminoterapia y/o pauta de deshabitación, el 24,2% fue objeto de psicoterapia, consejo u orientación respecto a programa de deshabitación y seguimiento adecuado. El 21,1% recibió ansiolíticos. El 80,2% fue remitido a diversos dispositivos asistenciales (el 42% lo fue el CAT), el 13,6% se derivó a nuestra policlínica, y tan sólo el 4,5% motivó ingreso (el 3% en nuestra unidad hospitalaria).

En los pacientes con trastorno por ansiedad, el 44% acudió por iniciativa propia. El 55,6% acudió por la propia toxicodependencia, el 33,3% por la vivencia subjetiva de ansiedad y el 11,1% por tentativa de autolisis. La terapéutica utilizada en el 66,7% consistió en la instauración de una pauta de deshabitación, en el 33,3% se pautó tratamiento ansiolítico exclusivamente. El 44,4% fue remitido a nuestras consultas externas.

En el grupo afecto de trastorno distímico el 76,9% poseía estudios primarios, mientras que el 15,4% los poseía medios o superiores. Destaca el 53,8% que acudió por conductas suicidas y el 23,1% que lo hizo por experimentar vivencia subjetiva de tristeza. El 30,8% recibió tratamiento ansiolítico, otro 30,8% fue objeto de pauta de deshabitación, y el 23,1% recibió psicoterapia o información pertinente a seguimiento apropiado. En el 15,4% se instauró tratamiento antidepresivo, bien solo o asociado a tratamiento ansiolítico. El 46,2% motivó ingreso (el 38,5% en nuestra unidad de agudos y el 7,7% en el Hospital Psiquiátrico). El 23,1% fue remitido a

nuestra policlínica, y el 15,4% de los pacientes se derivó al CAT.

En los pacientes con trastorno mental orgánico por uso de sustancias, el 21,4% acudió acompañado por agentes del Orden Público. El 92,8% poseían estudios primarios, y ningún paciente de este grupo poseía estudios superiores. El 42,8% de los pacientes motivaron asistencia urgente por agitación psicomotriz o trastornos de conducta, y el 35,7% por la aparición de ideas extravagantes o percepciones anómalas. La conducta terapéutica en el 71,4% de los casos fue el uso de neurolépticos, y en el 21,4% la instauración de pauta de deshabitación y medidas de sostén. El 78,5% motivó ingreso (el 57,1% en nuestra planta y el 21,4% en el Hospital Psiquiátrico) y el 21,4% fue remitido a nuestras consultas.

En los pacientes con Síndrome de Dependencia al alcohol y deseo expreso de abandonar el hábito, el 30,8% acudió por decisión propia. En el 73,1% la actitud terapéutica consistió en la imposición de una pauta de deshabitación, el 19,2% recibió psicoterapia o información pertinente al abandono del hábito. El 61,5% fue remitido al CAT, recibiendo nuestro servicio de policlínica el 19,2% de los pacientes.

## DISCUSION

El colectivo de pacientes que precisó asistencia psiquiátrica urgente en relación con el consumo de alcohol representó la cuarta causa demandante de este tipo de asistencia, poniéndose de manifiesto la relevancia de este tipo de patología en el ámbito de las urgencias psiquiátricas, superando en frecuencia a las toxicomanías no alcohólicas, coincidiendo en ello con lo observado en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (Seva y col., 1983) y en el Hospital Clínico de Salamanca (Pérez Urdániz y col., 1987). Este hecho también se ha constatado en el Hospital Clínico Provincial de Barcelona (García Giral y Treserra, 1985), si bien en este estudio el alcoholismo suponía la primera causa demandante de asistencia psiquiátrica urgente.

En cuanto al sexo cabe destacar el franco predominio de los varones, registrándose una relación superior a 3,5/1 a su favor respecto a las mujeres, mientras que en las urgencias psiquiátricas globalmente consideradas el predominio correspondió a las mujeres: 56% de mujeres y 44% de varones (De las Cuevas y col., 1989). Para Grau (1985), en la población general, el cociente varía según los distintos autores, señalando un predominio de los varones que oscila entre el 5,5/1 al 13/0,43, apuntando que el 25% de los alcoholismos es femenino en la mitad septentrional de España, y señalando que asistimos a un incremento de la incidencia del alcoholismo en las mujeres. Nuestra proporción es similar al 80% observado por Boyajt (1978). Bird (1987) ofrece una relación de 2,5/1 a favor de los varones e insiste en que la detección del alcoholismo es más difícil en la mujer, y que las estadísticas resultan de más difícil valoración en ésta, que desempeña el trabajo que tradicionalmente se le ha encomendado (labores domésticas) pudiendo así disimular más fácilmente el alcoholismo que los varones, ade-

más la gran intolerancia que muestra la sociedad hacia el hábito alcohólico en la mujer dificulta aún más su detección (Grau, 1985).

Por otro lado, la alcoholización femenina está marcada por el hecho de que la mujer es biológicamente más susceptible al alcohol, desarrollando más tempranamente fenómenos de tolerancia (Morgan y Sherlock, 1977).

La edad media registrada por nosotros (36,05) es inferior a los 43 años registrados por Boyajt (1978) en población alcohólica general. Bird (1987) indica un aumento en la incidencia en los adolescentes, no obstante señala una edad media de 44 años para los varones y de 47 para las mujeres, medias éstas superiores a la de nuestras urgencias (35,99 y 36,25 años). El carácter joven de nuestra muestra se pone de manifiesto al considerar que el 61,3% era menor de 40 años.

En cuanto al estado civil, la mayoría de los pacientes (51,1%) estaban casados. En el estudio de Boyajt (1978) los casados constituían el 64% de los alcohólicos, en cambio para Bird (1987) el alcoholismo es más frecuente en divorciados, separados y mujeres solteras. Para Wilkins (1974) también serían los separados y solteros los que ocuparían el primer lugar.

El 14,6% de la muestra vivía solo frente al 9,1% que registraron los pacientes que vivían solos en el estudio de las urgencias psiquiátricas totales (De las Cuevas y col., 1989). La mayoría de los pacientes (54,7%) acudió acompañado o conducido por sus familiares, lo que quizás se explica por el carácter invalidante de este tipo de patología que dificulta el acceso del paciente por sí mismo al servicio de urgencias. Conviene destacar que, en nuestro estudio el 11,7% de los pacientes acudió conducido por agentes del Orden Público, en contraste con el 5,8% registrado en la muestra de las urgencias psiquiátricas globales.

La mayoría de los pacientes acudieron a instancias de su familia, haciéndolo tan sólo el 19% por iniciativa propia.

El nivel cultural de los pacientes de nuestra muestra fue más bajo que el del estudio de las urgencias globales de De las Cuevas y col. (1989). Para Bird (1987), la prevalencia de alcoholismo es más baja en «middle classes», en contraste con Boyajt (1978) que dice que lo más frecuente en su perfil de alcohólico es la clase media. Según Freixa (1986) son las clases socioeconómicas más favorecidas las que presentan los mayores porcentajes de bebedores excesivos.

El 149,7% de los pacientes estaba en activo. Se registró el 77,4% de mujeres en activo frente al 41,5% de varones. Esta gran proporción de mujeres está artefactada por una 38,7% que se dedica exclusivamente a las labores del hogar, mientras que todos los varones trabajaban fuera de su domicilio.

El 62% de la muestra tenía una importante problemática social asociada a la urgencia, mientras que ésta tan sólo se evidenció en el 15% de los pacientes de la muestra de las urgencias psiquiátricas globales (De las Cuevas y col., 1989).

Casi la totalidad de los pacientes (94,9%) poseía antecedentes personales de asistencia psiquiátrica o en

dispositivos de tratamiento de toxicomanías a causa del consumo de alcohol o dependencia del mismo, incluyendo fracasos en tratamientos previos.

El motivo de consulta urgente más frecuente fue la propia toxicodependencia, seguido de la agitación psicomotriz y trastornos de conducta. Segui (1989) resalta la importancia de las conductas violentas en los trastornos por uso de sustancias, pero en su estudio no desglosa la toxicomanía alcohólica de la no alcohólica. El tercer motivo de asistencia urgente fueron las conductas suicidas, más relevantes en las mujeres, suponiendo en ellas el segundo motivo de asistencia. Hawton y col. (1988) registran más tentativas de autolisis en mujeres desempleadas que padecían alcoholismo, y que adoptaban un patrón de tentativas repetitivas. Entre las cinco condiciones que Glickman (1980) considera que favorecen las tentativas suicidas en el ámbito del Hospital General figura el alcoholismo. El 25% de los suicidios en EE.UU. se producen en alcohólicos (Hyman y Bierer, 1987).

Los facultativos del Servicio de Urgencias realizan un screening médico previo a la derivación o consulta al psiquiatra de guardia, de tal manera que en nuestro estudio fueron considerados urgencia psiquiátrica todos aquellos que presentaban una patología relevante subsidiaria de tratamiento especializado. Un alto porcentaje de los pacientes asistidos fue remitido al Servicio de Medicina Interna para valoración de la patología orgánica asociada al consumo de alcohol.

Para Freixa y col. (1986), las situaciones más frecuentes en las urgencias son la intoxicación aguda, el síndrome de abstinencia y las alteraciones conductuales. En nuestro estudio, el 48,9% correspondió a la intoxicación alcohólica. Hemos de señalar que las intoxicaciones leves sin problemas conductuales son asistidas por los médicos de puerta del servicio de urgencias. Wilkins (1974) observa que el 75% de los pacientes en la práctica general con halitosis alcohólica son alcohólicos.

El 9,6% de los pacientes fue diagnosticado de trastorno distímico además de su toxicodependencia. La depresión es un frecuente acompañante del alcoholismo (Penick y col., 1988). Brown y Schuckit (1988) señalan que el 42% de los alcohólicos de su estudio, en régimen de ingreso, padecía depresión al ingreso, pero que sólo el 6% la padecía al cabo de 4 semanas sin precisar tratamiento antidepressivo. El cociente hombre/mujer es menor a 2/1; y para las mujeres representó el 16,1% de los pacientes asistidos. Sin embargo, el trastorno por ansiedad representó el 6,7% de los diagnósticos, con una frecuencia relativa mayor en los varones, al contrario de lo que hemos registrado en pacientes con trastorno por ansiedad (Henry y col., 1989), en los cuales había un predominio femenino. Krauzler y Liebowitz (1988) proponen un modelo de relación alcoholismo-ansiedad insistiendo que la ansiedad es efecto del alcoholismo más que causa del mismo.

El diagnóstico menos frecuente en nuestra muestra fue el de síndrome de abstinencia del alcohol, no registrándose ninguna mujer. Este bajo registro es debido a que el Servicio de Medicina Interna se ocupa de la ma-

yoría de estos casos al tratarse de una complicación orgánica del alcoholismo.

La intervención terapéutica en situaciones de crisis debidas a la ingesta de alcohol ha de tener presente que, a pesar de la cotidianidad del fenómeno que puede minimizar la atención hacia el mismo, es necesario explorar e investigar la posibilidad de una complicación orgánica subyacente que esté relacionada de forma directa o indirecta con el consumo de bebidas alcohólicas (Freixa, 1986).

La conducta violenta maltrato físico (Roberts, 1988), antisocial o agresiva (Branchey, 1988) y el aumento de la criminalidad (Gottlieb, 1988) han sido asociados con el abuso de alcohol. La «borrachera beligerante» representa un problema grave en la sala de urgencias debido al potencial violento del paciente (Hyman, 1987).

La segunda condición en frecuencia correspondió a los pacientes con dependencia del alcohol y deseo expreso de abandonar su hábito tóxico, destacando en este grupo la alta proporción de mujeres, quizás por el rechazo en nuestra sociedad del alcoholismo femenino (Grau, 1985) que podría incrementar el deseo de abandonar dicho hábito.

La conducta terapéutica más frecuente respondió al intento de control de la toxicomanía y consistió en la instauración de una pauta de deshabitación y medidas de sostén, incluyendo la vitaminoterapia. Según Hyman (1987) todos los pacientes alcohólicos deben recibir tiamina, preferiblemente 100 mgr vía intramuscular al inicio de la valoración como medida profiláctica. Las benzodiazepinas constituyeron la segunda conducta terapéutica en frecuencia. Hyman (1987) recomienda el uso de las benzodiazepinas para la tranquilización del paciente. Los neurolépticos fueron empleados en los casos de conductas violentas con extrema agitación, que sólo registramos en varones.

En cuanto a la derivación de los pacientes, cuando éstos presentaban problemática psiquiátrica asociada fueron mayoritariamente derivados a nuestro servicio de policlínica. De no existir ésta fueron encauzados a los Centros de Ayuda al Toxicómano. El 11,3% de los pacientes fue ingresado en nuestra unidad hospitalaria, aunque un gran porcentaje del resto de los pacientes motivó ingresos de duración inferior a las 24 horas en el área de observación del servicio de urgencias, no siendo contabilizados como ingresos. Además los pacientes alcohólicos pueden también ingresar en la Unidad Hospitalaria de Tratamiento de Drogodependencias del Hospital Universitario de Canarias, vehiculizados a través de los CAT, cuando la desintoxicación del paciente así lo exige, conformando una red asistencial ajena al Servicio de Urgencias.

## CONCLUSIONES

Este tipo de patología se hace acreedor de asistencia psiquiátrica urgente por imperativos sociales y sanitarios, ocupando un primer plano la necesidad de iniciar una terapéutica de deshabitación o llevando a cabo una orientación e información adecuada en los pa-

pacientes que integran este colectivo.

Insistimos en la necesidad de un screening médico en el servicio de urgencias ya que éste puede abandonarse por la cotidianidad del fenómeno alcohólico.

Debemos progresar en la asistencia de este tipo de patología dotando los servicios asistenciales de los medios físicos y humanos necesarios para atender adecuadamente esta demanda social y sanitaria, ya que los fracasos terapéuticos se explican, aparte de la abigarrada conflictiva del alcohólico, por la limitación de recursos humanos y técnicos de la comunidad, pudiendo reducirse el número de ingresos al incrementarse los recursos sociales (Gerson, 1980).

El hecho de que la mayoría de los pacientes tuviera antecedentes pone de manifiesto que se precisa una mayor articulación de los dispositivos asistenciales extra-hospitalarios, pues la demanda asistencial urgente es una traducción del déficit existente en la atención primaria de estos pacientes.

Finalmente, nuestro perfil de población alcohólica que requiere asistencia psiquiátrica urgente en nuestro medio fue: personas jóvenes (menores de 40 años), varones, en activo laboralmente, casados y de nivel sociocultural bajo.

#### BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (1983): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM III*. Masson. Barcelona.
2. Alonso Fernández F. *Alcoholdependencia*. Pirámide. Madrid, 1981.
3. Branchey MH, Buydens-Branchey L. y Lieber CS. PE in alcoholics with disordered regulation of aggression. *Psychiatry Res.*, 1988; 25(1): 4958.
4. Brown SA, y Schuckit MA. Changes in depression among abstinent alcoholics. *J. Stud. Alcohol.*, 1988; 49 (5): 412-417.
5. Boyajit TG.: *Alcoholism within prepaid group practice HMOS*. Group Health Association of America. 1978. Washington D. C.
6. Bird JM, y Harrison G. *Alcohol dependence*, en «Examination Notes in Psychiatry». Bird (ed.), 2nd edit. Wright. Bristol, 1987.
7. De las Cuevas Castresana C, Henry Benítez M, y col. *Epidemiología Descriptiva de las Urgencias Psiquiátricas atendidas en el Hospital Universitario de Canarias*. Actas LusoEsp.:Neurol. Psiquiatr, (aceptado para publicación), 1989.
8. Feuerlein W. *Alcoholismo, abuso y dependencia*. Salvat. Barcelona, 1982.
9. Freixa F, Masferrer J, y Sala LL. *Urgencias en drogodependencias*. Sandoz SAE. Barcelona, 1986.
10. García Giral M, y Treserra J. *Estudio de las urgencias psi-quiátricas realizadas en el servicio de urgencias del Hospital Clinic i Provincial de Barcelona durante el año 1983*. Rev. Dpto. Psiquiatria Fac. Med. Barna. 1985; 12 (1): 25-38.
11. Gerson S, y Bassuk E. *Psychiatric emergencies: An overview*. Am. J. Psychiatry, 1980; 137 (1): 1-11.
12. Glickman LS. *The suicidal patient*, en «Psychiatric consultation in the general hospital». Glickman (ed.). Dekker, Nueva York, 1980.
13. Gottlieb P, Gabrielsen G, y Kramp P. *Increasing rates of homicide in Copenhagen from 1959 to 1983*. Acta Psychiatr. Scand., 1988; 77 (3): 301-308.
14. Grau A. *Alcoholismo*, en «Introducción a la psicopatología y la psiquiatria». Vallejo (ed.). Salvat. Barcelona, 1985.
15. Hawton K, Fagg J. y Simkin S. *Female unemployment and attempted suicide*. Br. J. Psychiatry, 1988; 152: 632-637.
16. Henry Benítez M, De las Cuevas Castresana, C. y col. *Características del síndrome ansioso en el servicio de urgencias de un Hospital General*. Psicopatología (aceptado para publicación), 1989.
17. Hyman SE, y Bierer BE. *Urgencias relacionadas con el alcohol*, en «Manual de urgencias psiquiátricas», Hyman (ed.). Salvat. Barcelona, 1987.
18. Jellinek EN. *The disease concept of alcoholism*. Yale University Press. New Haven, 1960.
19. Krauzler HR, y Liebowitz NR. *Anxiety and Depression in substance abuse: Clinical Implications*. Med. Clin. North Am., 1988; 72(4): 867-885.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid, 1985.
21. Morgan M, y Sherlock S. *Sex related differences among 100 patients with alcoholic liver disease*. Br. Med. J., 1977; 1: 939941.
22. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de las Enfermedades, 9' revisión*. OMS. Ginebra, 1979.
23. Penick EC, Powell BJ, y col. *The stability of coexisting psychiatric syndromes in alcoholic men after one year*. J. Stud. Alcohol, 1988; 49(5): 395-405.
24. Pérez Urdániz A, Prieto Mestre N, y Prieto Mestre P. *Urgencias psiquiátricas del año 1985 en Salamanca*. Acta Luso-Esp. Verol. Psiquiatr., 1987; 15(1): 45-47.
25. Roberts AR. *Substance abuse among men who batter their mates. The dangerous mix*. J. Subst. Abuse Treat., 1988; 5(2): 83-87.
26. Seguí Montesinos J. *Subgrupos de pacientes agresivos atendidos en el Servicio de Urgencias de un Hospital General*. Anales de Psiquiatria, 1989; 5(5): 205-208.
27. Seva Diez A, Morales Blanquer C, y Jiménez Morales JC. *El Servicio de urgencias psiquiátricas en un Hospital Clínico Universitario; estudio epidemiológico del año 1981*. Psiquis. 1983; 2: 13-27.
28. Wilkins RW. *The hidden alcoholic in general practice*. Elek Science. Londres, 1974.