

Hospital General Docente “Aleida Fernández Chardiet”, Hospital Psiquiátrico de La Habana.

CONSUMO SOCIAL Y ANORMAL DE ALCOHOL EN LOS TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES.

Dr. Orlando L. Rodríguez Calzadilla¹, Dr. Andrés Ernesto Rodríguez Cárdenas²

1. Especialista de I grado en Cirugía Maxilo Facial. Instructor.
2. Especialista de I grado en Psiquiatría. Ms. en Psiquiatría.

RESUMEN.

En nuestra experiencia cualquier personalidad puede sucumbir en la ingestión de bebidas alcohólicas, siempre que por algún mecanismo se viabilice el contacto frecuente con el tóxico. A nuestro cuerpo de guardia los pacientes con traumatismos cráneo-maxilofaciales acuden con mucha frecuencia y en su gran mayoría la causa que motivó el daño es la ingestión de bebidas alcohólicas. Los pacientes que han ingerido bebidas en cantidades anormales tienen un comportamiento inadecuado y no cooperan con el equipo médico para su atención de urgencia, en ocasiones el equipo médico no realiza un manejo adecuado con estos pacientes, ni tampoco una rehabilitación posterior en su evolución o tratamiento postraumático. Las ocupaciones del médico en la sociedad cubana responden a un ideal común, a un único propósito; luchar contra la enfermedad, mantener la salud y procurar la felicidad de los hombres. Motivados por la ética colectiva que comprende los principios que rigen la conducta de un grupo de trabajadores de la salud, y la conducta que debe asumir el equipo de traumatólogos de los hospitales territoriales en nuestra provincia se realizó esta revisión bibliográfica.

Descriptores DeCS: ALCOHOLISMO; CONDUCTA SOCIAL; PERSONALIDAD; TRAUMATOLOGÍA

La medicina surge como necesidad natural frente al dolor físico y la enfermedad, con el desarrollo de las civilizaciones y culturas, la medicina fue transformándose en ciencia, pero reconociendo como fin único la curación o la asistencia médica, pero lentamente fue adquiriendo una especial configuración frente a los problemas y necesidades de las colectividades, desplazándose en ocasiones al interés del hombre enfermo aislado, del individuo o toda la sociedad. El patrón técnico de la sociedad en desarrollo descansa en las constantes innovaciones y adelantos científicos: “Hoy más que nunca el saber es poder”¹.

Los filósofos de la antigua Grecia llamaban <<arte de la dialéctica>> al establecimiento de la

verdad mediante la controversia o la conversación, en la que se revelan contradicciones en las opiniones de los interlocutores^{2,3}.

El desarrollo de la ciencia y la técnica, en nuestro país, con la formación de un médico más integral y con una filosofía materialista dialéctica, se basa en tres principios fundamentales: no causar daño, hacer bien al paciente y abstenerse de emplear su pericia en actos coercitivos⁴. Apoyados en los valores como el respeto por la vida humana, por la dignidad del hombre, así como la gratitud, compasión, justicia y humildad, constituirán la “Carta Magna de la Ética Médica Profesional”^{5,6}.

El hombre posee una formación bio-psico-social. El aspecto biológico le da la vida, el aspecto psicológico lo diferencia de los animales, porque le permite el raciocinio y el social le permite vivir en sociedad. No existe un vínculo directo entre lo biológico y lo social, pero el mismo tiene lugar a través de la actividad psíquica, esto demuestra el importante papel del proceso psíquico en la actividad humana como mediador entre lo biológico y lo social⁷.

Es importante destacar que mientras más profundamente conozca un profesional su fundamento filosófico, cualquiera que este sea, tanto más armónica y efectiva será su práctica. La expresión práctica de la aplicación cotidiana de estos marcos referenciales implica: La valoración no perjudicada; el estudio y atención multilateral de los fenómenos; la concepción del hombre y su entorno como proceso en desarrollo, donde el conocimiento de los aspectos etnosocioculturales y vivenciales resultan esenciales para la comprensión de su conducta⁸.

La sociedad actual se caracteriza por el énfasis de la tecnología, los cambios acelerados y la deshumanización. Por ella, la atención que se brinda al hombre en el campo de la salud debe fundamentarse en una formación humanista. Esto obliga a educar a las personas en una forma integral y no solo acumular y transmitir una cantidad de información. Todo buen profesional de la salud debe ser humanista.

La bioética abarca un campo mucho mayor que el de la estricta relación médico-paciente e incluye la responsabilidad profesional, las formas de la vida apoyadas en las formas modernas de la medicina institucionalizada y organizada, sienten las bases filosóficas de armonía y equilibrio que conforman la salud⁴.

A todo lo largo de la historia, y también en nuestros días, la dialéctica ha tenido y tiene que luchar con la metafísica como modo contrario de pensar y como concepción opuesta al conocimiento del mundo.

En el proceso de desarrollo del conocimiento científico y filosófico del mundo han sido descubiertas muchas formas y manifestaciones de la concatenación Universal de los fenómenos y se han creado los conceptos que los expresan; así son, por ejemplo, los conceptos de causalidad, interacción, necesidad, ley, casualidad, esencia y fenómeno, posibilidad y realidad, forma y contenido¹.

Aunque el abuso del alcohol fue reconocido desde épocas pretéritas como un problema de índole social, por su repercusión nociva sobre los colectivos humanos, la instauración de la categoría alcoholismo con la consiguiente inclusión de dicha toxicomanía en el ámbito médico, no ocurrió hasta 1849, en que Magnus Huss acuñó el término cuando Suecia era el país de mayor consumo de bebidas alcohólicas en todo el mundo⁹.

En Cuba las cifras de morbilidad son comparativamente bajas, en Europa y América del Norte se pueden generalizar groseramente la prevalencia del alcoholismo. Población de 16 años o más: consumo de 15 litros de alcohol per cápita por año, del 3 al 5% de dependientes alcohólicos; más de 5 a 8% de otros bebedores problemáticos que son también alcohólicos (Martínez M. El tratamiento del alcoholismo: estudio comparativo de tres métodos. Trabajo de Terminación de Residencia Hospital Psiquiátrico. Ciudad Habana. 1981), 25 % de admisiones en hospitales psiquiátricos y 5 a 8% del total de pacientes ingresados por psicosis¹⁰, 30% del total con cirrosis hepáticas^{11,12} y

12 años de reducción promedio de esperanza de vida¹³. Además se vincula a la ingestión de alcohol, el 50% de fatalidades de tránsito, 50% de arrestos policiales, 50% de muertes en incendios, 60% de muertes por inmersión, 50% de homicidios y asaltos, 30% de suicidios, del 30 al 40% de violaciones y 50% de actos de violencia hogareña^{14,15}.

Fue este el primer esfuerzo científico para liberar al paciente alcohólico de las ancestrales concepciones que lo valoraban como delincuente, perverso y en el mejor de los casos, débil moral. La situación es actualmente más favorable, aunque desgraciadamente todavía muchos facultativos en diferentes latitudes se resisten a considerar al alcohólico como un paciente, por tanto, lo excluyen de las responsabilidades preventivo-curativas-rehabilitatorias, mientras que otras veces reconocen solamente como enfermos a los que padecen afecciones asociadas a estas toxicomanías, como delirium tremens o la cirrosis hepáticas¹⁶.

Muchos países desarrollados reportan cifras irrisorias del 5% de alcoholismo en adultos, cuando realmente dicha entidad supera del 12 y 15%¹⁷⁻¹⁸.

El comité de expertos de la OMS plantea: "El alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor"¹⁹.

Nuestros especialistas como integrantes del equipo de politraumatizados, recepcionan en el cuerpo de guardia pacientes con traumas faciales que previamente habían ingerido bebidas alcohólicas. Motivado por la conducta de estos pacientes en el cuerpo de guardia, el manejo inadecuado y la falta de comunicación del personal médico y paramédico que en ocasiones traen como resultado una inadecuada comunicación o trato frente a pacientes que presentan múltiples lesiones maxilofaciales y asociadas a otras regiones del organismo, hacen más desagradable su comportamiento; la conducta equivocada que asumen nuestros profesionales y el paciente, sin que exista falta de humanidad, maleficencia e ignorancia teórica, conlleva a abordar este fenómeno como problemática social y necesidad psicoterapeuta, es por ello que se realiza este artículo de revisión con el objetivo de fundamentar el proceso de desarrollo del conocimiento científico y filosófico los conceptos de causa-efecto, necesidad, casualidad, realidad, fenómeno y posibilidad en pacientes de consumo social y anormal de alcohol, así como de explicar las causas del consumo social y anormal de alcohol y los efectos que ocasiona, destacar el consumo social y anormal de alcohol como factor predisponente en los traumatismos maxilofaciales, orientar a nuestros especialistas la importancia del enfoque dialéctico incorporado a la terapéutica del paciente alcohólico y señalar la necesidad de rehabilitar al individuo de consumo social y anormal de alcohol e incorporarlo a la sociedad.

EFFECTOS Y CAMBIOS DE LA PERSONALIDAD COMO CAUSA DE LA INGESTION DE ALCOHOL.

La forma más conocida de relación que se encuentra siempre en todas partes, es la causa y efecto o relación de causalidad; habitualmente se designa causa de cualquier fenómeno a lo que lo origina, el fenómeno producido se llama acción y efecto.

En nuestra experiencia cualquier personalidad puede sucumbir ante los embates de un tóxico, siempre que por algún mecanismo, se viabilice el contacto frecuente con el tóxico. Nuestro interés en abordar conceptualmente la personalidad que se motiva en lo fundamental, en las grandes transformaciones que esta sufre bajo el efecto de las drogas, determinando este último tanto su acción mediata e inmediata, durante los cuadros de embriaguez, que se evidencia por consecuencias del consumo prolongado de esas sustancias²⁰.

Si se tiene en cuenta los mecanismos de acción de las drogas ante los efectos, consideramos tres fundamentalmente:

- **Liberación subcortical secundaria a la afectación de la corteza cerebral:** El comportamiento humano no se caracteriza por el control cortical; al basarse en el conocimiento y la voluntad se denomina comportamiento cognitivo-volitivo. La subcorteza es totalmente ajena a los sentimientos más puro, a la precaución, la cortesía, el autocontrol y también a las precauciones; por ello su liberación determina una cierta alegría artificial así como un comportamiento totalmente carente de crítica. El alcohol, afecta seriamente el funcionamiento de la corteza y libera la subcorteza.
- **Modificaciones de los neurotransmisores:** Estas sustancias que sirven como intermediarios químicos para transmitir el impulso nervioso de unas neuronas a otras, y juegan un importante papel en el comportamiento humano. El alcohol modifica su funcionamiento ya sea por el mecanismo de “gasto adelantado”, que después el organismo no podrá reponer, dando lugar al “efecto rebote” o por el mecanismo de sustitución antinatural de acciones, aquí puede ocurrir el peligro o fenómeno.
- **Estimulación artificial del centro de las gratificaciones:** El alcohol produce un efecto similar esclavizante, aunque afortunadamente existe una función exclusiva en el hombre que viene a su rescate para evitar efectos nocivos o que comprometan la vida del toxicómano debido a conductas de autoestimulación que inhiben necesidades esenciales para el mantenimiento de la vida. Esa función es la conciencia. Entre la causa y el efecto existe cierta sucesión en el tiempo: primero surge la causa y después viene el efecto.

DIFERENTES MODALIDADES DE COMPORTAMIENTO SEGÚN EXPOSICIONES DEL INDIVIDUO Y PERMANENCIA EN INGESTION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.

- Conductas normales. Abstinencia y consumo social: En estos casos no hay exceso de ingestión de bebidas alcohólicas, por lo que el efecto es ocasionado distancialmente o no tiene efecto.
- Conducta intermedia entre lo normal y lo anormal. Consumo de riesgo: aquí el sujeto viola los criterios de cantidad y frecuencia, pero no está presente el daño ni el de esclavitud, pero ya el individuo tiene probabilidades de ser accidentado.
- Conductas anormales. Consumo dañino: Se cumple el criterio de cantidad, frecuencia y nocividad, son los que acuden accidentados a nuestro cuerpo de guardia.
- Dependencia: Se cumplen todos los criterios, pues el consumidor anormal demora en percatarse de su problema, se manifiestan las complicaciones (corporales o psíquicas) o se evidencia deterioro grave de la personalidad y la memoria, suficiencia para hablar de demencia, en estos individuos la posibilidad de ser dañado y ser rechazado socialmente es el resultado evidente.

Ejemplo: Un individuo que interactúa durante la ingestión de bebidas violando criterios de cantidad y frecuencia, recibe daños en el sistema nervioso central que trae como resultados cambios en la personalidad y la conciencia, si el sujeto asume la conducción de un vehículo y el efecto de la droga le ocasiona mareo, somnolencia, visión borrosa o inhibición de sus reflejos, ocasionará un accidente como causa de haber ingerido bebidas alcohólicas o estar en un período inmediato al consumo de alcohol.

VÍAS PATOGENICAS O CAUSAS QUE CONLLEVAN AL CONSUMO FRECUENTE Y EXCESIVO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

Se describen seis grandes vías valoradas en el establecimiento de su adicción²⁰:

1. La socio cultural.
2. La hedónica.
3. La asertiva.
4. La evasiva.
5. La sintomática.
6. La constitucional.

Vía sociocultural.

El adolescente dice si a la droga para demostrar audacia ante sus congéneres que lo “subvaloran” por no haber iniciado. “Paradójicamente”, ese mismo grupo durante su adultez rechazará como “flojo o tarado” a quienes no se han podido liberar de la droga.

Vía hedónica.

Aunque se vincula a la primera, se caracteriza por ser la búsqueda del placer, la motivación mas importante para el consumo reiterado, frecuente e sujetos con rasgos disociales y también en jóvenes precedentes de medios familiares económicamente muy holgados y erróneamente habituados a la satisfacción excesiva de sus necesidades de recreación.

Vía asertiva.

Se utiliza el tóxico como “Muleta” para enfrentarse a situaciones en algún grado tímidas o determinantes de inseguridad y ansiedad. Se establece frecuentemente en personas tímidas.

Vía evasiva.

El consumo del tóxico persigue olvidar experiencias penosas o situaciones dolorosas y pretende lo que en el modelo de alcoholismo se conoce popularmente ahogar las penas.

Vía Sintomática.

Donde existe patología subyacente generalmente psiquiátrica como la depresión, la manía, las fobias y otros.

Vía constitucional.

El sujeto combina una carga familiar de toxicómano con un inicio temprano, ausencia de otros mecanismos hegemónicos y tendencia sociales.

La ingestión irresponsable de bebidas alcohólicas son causas de peleas, riñas, accidentes, de conductas inadecuadas, que puedan llegar a causar la muerte del individuo.

Un paciente alcohólico es rechazado socialmente, pierde sus relaciones humanas, tiene repercusión familiar y económica, se asocia a enfermedades cardiovasculares y el cáncer; si se valora por su repercusión humana en general, la existencia de unos 16 millones de alcohólicos lo convierte en el primer problema de salud de Estados Unidos y de muchos otros países. Según estudios efectuados en Cuba, la cifra de dependientes alcohólicos en la población mayor de 15 años ronda el 2%, pero el Ministerio de Salud Pública, con sus tradicionales proyecciones preventivas, ofrece la posibilidad de combatir los patrones de consumo no recomendables que pueden conducir a esta toxicomanía, convirtiéndose en una necesidad del personal de Salud, pero además de la sociedad, por tanto la atención y el trabajo con estos pacientes deberá realizarse en grupo o equipos de salud.

CONDUCTA A SEGUIR POR EL EQUIPO DE SALUD.

Es desagradable cuando a nuestro cuerpo de guardia acude un paciente que a causa de la ingestión irresponsable de alcohol ha sufrido u ocasionado un accidente, donde la persona acude con múltiples traumatismos maxilofaciales y asociados a otras regiones del organismo, que conllevan a incapacitarlos de su trabajo, temporal o definitivamente debido a las secuelas y mutilaciones que le pudieran quedar posterior a su tratamiento médico, quirúrgico o postquirúrgico, además se debe tener en cuenta que muchos de estos traumas comprometen la vida de del individuo politraumatizado o de otras personas que pudieran estar involucradas en el accidente.

Cuando el equipos de traumatólogos se enfrentan a un paciente en el cuerpo de guardia, es importante evitar un comportamiento inadecuado, ya que pudiéramos estar enfrentando a un paciente embriagado, en este caso nuestra conducta debe favorecer la identificación inmediata con el individuo y sus familiares, como conducta de apoyo al fenómeno ocurrido y que en muchas ocasiones puede ser evitado, se tomaran todas las medias postoperatorias que posibiliten la recuperación del paciente y su incorporación social, sin secuelas y mutilaciones. En el postoperatorio se mantendrán las medias necesarias para lograr el éxito deseado, y se trabajará en la identificación del fenómeno acción efecto y la familiarización del equipo médico con el paciente y familiares para su recuperación, ya que una vez recuperado el enfermo tiene conciencia plena de su condición de agente moral autónomo y establecen relación con sus médicos adultos que se necesitan y se respetan. La función en estos momentos del médico es prevenir, aliviar, curar y rehabilitar al enfermo de su sufrimiento, que puede estar dado por el trauma, la toxicomanía o ambos.

La ética colectiva comprende los principios que rigen la conducta de un grupo de trabajadores de la salud²¹.

El paciente tendrá confianza en su médico y aceptará el tratamiento. La responsabilidad de la salud debe ser compartida por el grupo médico de trabajo, pacientes y familiares, fundamentada en el conocimiento, el respeto mutuo y en la combinación de la pericia y la ética.

Cuando se decide el egreso de nuestra institución, debemos planificar nuestro trabajo a un exitoso y notable esfuerzo cognitivo-afectivo-selectivo, a su rehabilitación, ya que de continuar exponiéndose al alcohol la recidiva como causa y el trauma como efecto, continuarían a pesar de los esfuerzos terapéuticos realizados, constituyendo un pronóstico muy desfavorable que pudiera llegar a ser fatal.

Utilizando la relación médico- paciente como paridigma de este importante aspecto en la atención del alcohólico, algunos estudios han evidenciado la frecuente actitud de rechazo hacia el paciente por parte del profesional²²⁻²⁴, aspecto este que se menciona anteriormente, actitud generalmente determinada por prejuicios eticomorales, condicionamientos fóbicos hacia el paciente, sentimientos ambiguos derivados de la identificación del paciente con familiares del terapeuta afectado por el alcoholismo²⁵.

Hoy se conoce internacionalmente que uno de los factores mas significativos en la evolución del enfermo alcohólico es seguimiento por un equipo de profesionales, con el cual se hubiese establecido una relación positiva²⁶, donde en lugar de los señalamientos críticos y consejos de amigos y familiares, se encuentra comprensión y disposición total para combatir y triunfar en la lucha contra el tóxico²⁷.

El problema del individuo interesa y preocupa a todos, la marcha de la historia mundial ha hecho que cada persona se detenga a pensar, sienta que su destino personal depende de la solución de los problemas sociales de nuestra época, de los que defienden también el porvenir de la humanidad.

El hombre es una creación de la naturaleza la cual repercute en el desarrollo individual de cada personalidad. El desarrollo social del hombre posee siempre bases y premisas biológicas que se transforman bajo el efecto de las condiciones sociales. Por ejemplo: las diferencias de sexo, las diferencias raciales, el desarrollo de hábitos, sus facultades de actuar y de pensar, la diferencia de edad²⁸.

Las ocupaciones del médico en la sociedad cubana dentro de un régimen socialista, responde a un ideal común, a un único propósito: El bienestar del pueblo, que empleando las palabras de Sigerist: "de todo el pueblo, sin distinción de ninguna clase; elevar el nivel material y cultural de la población; liberar al hombre del yugo de la miseria; de la ignorancia y de la enfermedad. En una sociedad así estructurada, basada en la filosofía racional, la medicina debe entenderse como actividad profesional, supeditada al interés social común, y que conjuga una orientación científica con una técnica, y muchas veces condicionada a formulismo legales o necesitada de trámites administrativos, y que debe llenar la triple función de luchar contra la enfermedad, mantener la salud y procurar la felicidad de los hombres²⁸.

CONCLUSIONES

1. Tratar integralmente al alcohólico simultaneando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
2. El alcoholismo ocasiona daños personales y sociales teniendo como criterio unánime, que es una de las entidades de más compleja etiopatogenia y de mayor polimorfismo en su expresión biopsicosocial.
3. El profesional que conozca profundamente el fundamento, como ciencia que estudia la esencia, propiedades, causa y efecto de la naturaleza, mayor comprensión y análisis hará en beneficio de la autonomía e integridad, contribuyendo a su educación en su comportamiento y desarrollo social, así como a su integridad física y mental, a la prevención y promoción de la salud, evitando daños personales y sociales.
4. Todo profesional de la salud tiene que ser humanista, transmitir cantidad de información, tener una formación integral, principios de conductas, morales y éticos en el lugar o medio donde se desarrollen, enfrentar con responsabilidad y ejercicio profesional y ayudar a los demás.
5. Todo paciente tiene el derecho de ser informado, consultado y rehabilitado independiente de la enfermedad que haya adquirido.
6. La prevención y la rehabilitación del alcohólico requiere de un manejo adecuado y una terapia de grupo como se prevee en nuestro programa de salud.
7. El conocimiento y actualización de nuestros especialistas en los servicios de traumatología, en la recepción, atención, conducción y tratamiento del paciente alcohólico, favorece el respeto por la vida humana, por la dignidad del hombre, así como la gratitud, composición justicia y humanidad de un profesional de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Grupo de Estudios Sociales de la Ciencia y la Técnica. Problemas sociales de la ciencia y de la técnica. La Habana: Centro Félix Varela; 1994.
2. Cátedra de la Dialéctica Materialista. Capítulo VIII. Ensayo de divulgación. En: El materialismo dialéctico e histórico. Moscú: Progreso; 1976. p. 197-211.
3. Hans Martín S. La Bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. Boletín de la Oficina

- Sanitaria Panamericana 1990; 108(5-6): 391-98.
4. Goic CA. El juramento hipocrático: ¿una veneración ciega?. Boletín de la Oficina Panamericana 1993; 115(2): 145.
 5. Ramos Domínguez BN, Aldereguía Henríquez J. Medicina social y salud pública Ciudad Habana: Pueblo y Educación; 1990.
 6. Araujo González R, Borroto Cruz R. El problema de la determinación del proceso de salud-enfermedad: análisis crítico para su evaluación. Boletín Ateneo 1994; 2(3-4): 18.
 7. González Méndez R. Capítulo 2. Psicoterapia del alcohólico y otros toxicómanos. En: Psicoterapia: conceptos básicos. La Habana: Científico – Técnica; 1996. p. 53-77.
 8. González Méndez R. Capítulo 1. El alcoholismo: concepto. En: El alcoholismo y su atención específica. La Habana: Ciencias Médicas; 1992. p. 11-5.
 9. Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Tratado de psiquiatría. Ciudad Habana; Pueblo y Educación; 1982.
 10. Department of Health and Cientific Affairs of US. First special report to the congress on alcohol and health. Philadelphia: Elsevier; 1971.
 11. Pitts F, Winokar G. Alcoholism hopelessness and suicidal behavior. J Studies on Alcohol 1966; 37(1): 66-77.
 12. Beck A. Alcoholism hopelessness and suicidal behavior. J Studies on Alcohol 1976. 37(1): 66-77.
 13. González Méndez R. Apreciaciones populares sobre el consumo de alcohol. Rev Hosp Psiq Hab 1981; 22(4): 579-93.
 14. Gessep M. Hostility crime an drug dependence. Br J Psych 1977; 30(5): 272-78.
 15. Acosta C. Glosario cubano de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas, GC2. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana; 1983.
 16. González Méndez R. El alcoholismo en la apreciación del estudiante de medicina. Rev Hosp Psiq Hab 1982; 23(1): 29-36.
 17. González Méndez R. La epidemiología del alcoholismo: sus objetivos y obstáculos. Rev Hosp Psiq Hab 1986; 27(2): 117-90.
 18. OMS. Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra: OMS; 1976.
 19. González Méndez R. Capítulo 1. Términos equivalentes para designar estas enfermedades. En: Diálogo y ayuda en el tratamiento de alcohólicos y otros toxicómanos. Bogotá: Artes Gráficas Univalle; 1997. p.17-28.
 20. Tealdi JC. Silos y bioética: racionalidad moral de las decisiones comunitarias. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1990; 109(5-6): 471.
 21. González Méndez R. La relación médico paciente alcohólico: apreciación de los pacientes. Rev Hosp Psiq Hab 1984; 25(4): 485-96.
 22. . Evan C, Whaite. Training health professionals in substance abuse a review. Intern J Addict 1982; 17(7): 1211-330.
 23. Davies P. Motivation, responsibility an sickness in the psychiatric treatment of alcoholism. Br J Psych 1979; 13(41): 449-98.
 24. Freixa F, Masferrer J, Sala L. Urgencias en drogodependencias. Barcelona: Sandoz; 1986.
 25. Geralt M. Treatment results in an english mental hospital alcoholic unite. Acta Psiqui Scand 1961; 37(134): 407-12.
 26. González Méndez R. Capítulo 16. Tratamiento del alcoholismo. En: El alcoholismo y su atención específica. La Habana; Científico – Técnica; 1996. p. 134-57.
 27. Kelle V, Kovalzon M. Capítulo 9. La sociedad y el individuo. En: Materialismo histórico. La Habana: Orbe; 1976. p. 292-321.
 28. MINSAP. Lecciones de medicina legal. La Habana:Pueblo y Educación; 1986.

SUMMARY

In our experience any person may succumb in the ingestion of alcoholic beverages whenever some mechanisms make easy the frequent contact with toxic element. Patients with craniomaxilofacial injuries attend our emergency department in most of them the cause which motivated the injury is the ingestion of alcoholic beverages. The patients who have taken beverages in abnormal quantities have an inadequate behavior and do not cooperate with the doctor's staff for their emergency care , neither in their rehabilitation nor in their evolution or activities posttraumatic treatment. The activities of the Cuban doctors in our society respond to a common ideal to one purpose to fight against the illness to keep the people's health and to provide happiness. A bibliographic medicine review was done by ethics which includes the principles and rules, and behavior of a group of health's workers.

Subject headings: ALCOHOLISM; SOCIAL BEHAVIOR; PERSONALITY; TRAUMATOLOGY

[**Indice Anterior Siguiente**](#)