



141
2g.

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

**DESCRIPCION DE LAS SECUELAS
PSICOLOGICAS DEL SINDROME
ALCOHOLICO FETAL (SAF)**

T E S I S

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

Elvira Angélica Patiño Torres

Director y Asesor

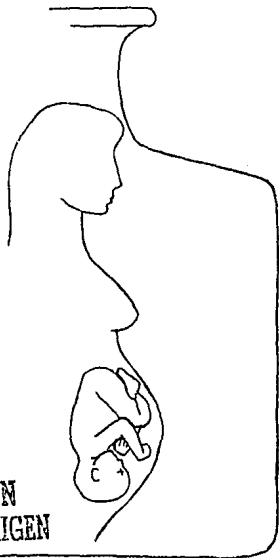
Dr. Héctor Ayala Velázquez

Director de la Facultad

Dr. Juan José Sánchez Sosa

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D.F. Marzo de 1994





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

_____ DESCRIPCION
_____ DE
_____ LAS
_____ SECUELAS
_____ PSICOLOGICAS
_____ DEL
_____ SINDROME
_____ ALCOHOLICO
_____ FETAL

Una cultura nace
cuando un alma grande despierta de su estado primario
y se desprende del eterno infantilismo humano;
cuando una forma surge de lo informe;
cuando algo limitado y efímero emerge
de lo ilimitado y perdurable.
Florece entonces sobre el suelo de una comarca,
a la cual permanece adherida como una planta...

Oswald Spengler

A Dios,
por haberme permitido
el don de la vida
y cultivarme como ser humano.

Muy en especial a mis padres

José Patiño Meléndez y Elvira Torres S. de Patiño

ya que les debo mi formación como ser humano
y como profesionista.

A mi hermano Alejandro

por su apoyo durante todos estos años
y por su colaboración al realizar este trabajo.

A mi hermano Oscar

por su comprensión y ayuda para mi formación.

A Rodolfo, mi esposo,

por su compañía, respeto y cariño.

A mi hija Mariel

por sus ocurrencias, ternura,
dulzura y seguridad.

A mis abuelitos

Gabriel Torres Gómez+

por su destacada fineza e inconfundible estilo.

Enedina Sánchez vda. de Torres

por su ternura y apoyo.

Cristobal Patiño Rodríguez

por su dedicada fé en Dios.

Natividad Meléndez de Patiño+

por su eterna sencillez y cariño.

A mis cuñadas y sobrinos,

a Christian

por su simpatía.

A mis suegros, cuñados, concuños y sobrinos.

A mi amiga Angélica

por su espíritu inquebrantable.

A los miembros de Educación Continua,
en especial a la Lic. Lydia Barragán

A Victoria Arroyo

A las siguientes Instituciones

Consejo Nacional Contra las Adicciones

Instituto Mexicano de Psiquiatría

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Secretaría de Salud

Centro de Atención Integral en Problemas de Adicción

Centro de Documentación de la Facultad de Psicología (UNAM)

por su ayuda para la realización de este trabajo.

A mi Director de Tesis

Dr. Héctor Ayala Velazquéz

por su dedicado esfuerzo.

Al Honorable Jurado

Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro

Lic. Georgina Cárdenas López

Lic. Lydía Barragán Torres

Lic. Ariel Vite Sierra

RESUMEN	I
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1. ALCOHOLISMO	5
1.1 Definiciones	7
1.2 Visión contemporánea del alcoholismo	14
1.3 Situación en México	19
1.4 Consumo de alcohol en mujeres	31
CAPITULO 2. SINDROME ALCOHOLICO FETAL (SAF)	34
2.1 Antecedentes	36
2.2 Características	40
2.3 Controversia epidemiológica	49
2.4 Indice de mortalidad infantil en México	55
CAPITULO 3. SECUELAS PSICOLOGICAS DEL SINDROME ALCOHOLICO FETAL	59
3.1 Retardo mental	61
3.2 Problemas conductuales	66
3.3 Conflictos familiares	69
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFIA	81
GLOSARIO	95

El alcoholismo es un problema sanitario, en el que todas las autoridades y sociedad en general deben comprender la multicausalidad del fenómeno.

En nuestro país no se ha profundizado de manera sistemática en el estudio de la problemática que lo conforma. En este sentido es justo reconocer los esfuerzos de algunos autores e instituciones que publican diversas obras y programas de prevención sobre esta cuestión.

Este trabajo, ha querido integrar los estudios de destacados investigadores que, con su calificada opinión, hacen posible la descripción de los factores que intervienen en la ingestión de alcohol, primordialmente en mujeres; así como la situación actual del alcoholismo en México.

La temática que integra este volumen intenta presentar el enfoque del síndrome alcohólico fetal, destacando sus causas y los problemas relacionados con el consumo de alcohol durante el embarazo.

La finalidad de esta tesis es la contribución de un tema aún no investigado en México, para que las instituciones, así como los profesionistas de la salud, dispongan de fundados elementos que permitan conocer y en su caso, fortalecer el material de que se dispone respecto al síndrome alcohólico fetal, con objeto de coadyuvar a resolver este agudo problema, en vista de los daños que causa al individuo, a la familia y a la comunidad en general.

El alcoholismo, tanto por sus nefastas consecuencias psicofísicas para quien lo padece, como por sus repercusiones en el entorno social del enfermo, es un problema sanitario de importancia. Este hábito cobra mayor significación si consideramos que, muchos individuos se inician en el alcoholismo prematuramente.

Muchos organismos nacionales e internacionales, reconocen que la manera más eficaz para disminuir el consumo del alcohol es elevar su precio. Por lo tanto, lograr este objetivo parecería más una tarea de políticos que de profesionales de la salud.

La industria del alcohol es tan importante y poderosa que mueve tantos millones de divisas en términos de exportación, recaudaciones fiscales y puestos de empleo que, quizá por eso, no se advierta de parte de los distintos gobiernos demasiado interés en desalentar su consumo.

La definición del alcoholismo presenta controversias. Tradicionalmente se le definió como un modo de consumo alcohólico regular o irregular, que conduce a trastornos sociales, psíquicos y corporales. Sin embargo desde el punto de vista sanitario esto no es adecuado, ya que parece considerar que la enfermedad sólo se instala cuando el organismo claudica ante la droga.

Cuando un paciente establece una relación patológica con la bebida, la que no le permite un consumo puramente voluntario, estará instalada una conducta de alcoholización. No obstante, también podríamos considerar que, inicia el camino del alcoholismo aquel individuo que recurre sistemáticamente a la bebida para calmar sus estados de depresión o ansiedad y que incrementa voluntariamente su ingestión en situaciones especiales de estrés.

El alcoholismo en la mujer es poco identificable ya que la condena social lo coloca como un asunto cuidadosamente encubierto.

La opinión pública en general subestima la gran repercusión que tiene el consumo de alcohol sobre la conducta familiar y social del individuo.

A través de su ingestión, ocasional o reiterada, puede provocar profundas alteraciones de conducta que redundarán en accidentes de tránsito, laborales o en discordias familiares; incluso comportamientos delictivos o criminales.

Durante muchos años se había sospechado que el alcohol podía dañar al ser humano desde que se encontraba en el vientre de su madre. Hoy en día, éste es un hecho comprobado, puesto que se ha identificado un complejo de signos y síntomas clínicos que se agrupan bajo el nombre de "síndrome alcohólico fetal".

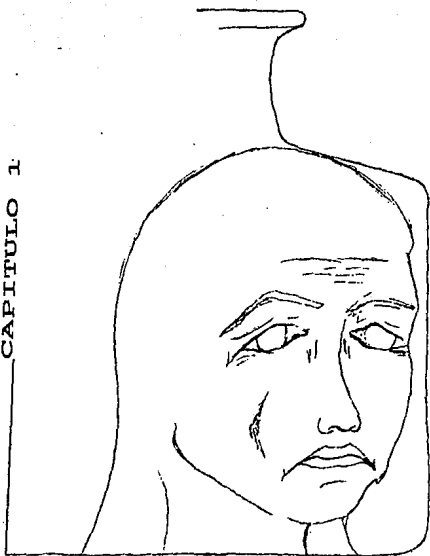
Este hallazgo ha servido para mostrar que el alcohol puede ser perjudicial desde los momentos más tempranos de la vida humana.

Actualmente, una de las principales causas de retardo mental, así como otras alteraciones de la conducta es el síndrome alcohólico fetal, él cual se provoca por el consumo materno de alcohol durante el embarazo.

Se ha encontrado que cuanto mayor es la cantidad de alcohol que bebe una embarazada es más grande la posibilidad y la intensidad de presentación del síndrome. No es posible decir si existe un límite de seguridad para la ingestión de bebidas alcohólicas durante el embarazo.

Esta situación ha causado alarma no solamente por el hecho mismo de su existencia sino porque se auna a la mayor frecuencia de consumo de alcohol entre las mujeres.

CAPITULO 1



1.1 DEFINICIONES

Ya en el Génesis se habla del vino y de la embriaguez, por tanto el alcoholismo es casi tan viejo como el mundo. La mitología nos presenta al Dios Baco como símbolo del vino y de las bebidas orgiales.

Los estudiosos de las más antiguas culturas han encontrado evidencia del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra, en un período cercano a los 4,000 años a.C..

Tal vez el más viejo producto vegetal que se hizo fermentar fue la miel; se deduce así, que el aguamiel de algunas plantas sirvió para hacer los primeros destilados. (Bellsola, 1979; Velasco, 1990).

Las bebidas alcohólicas producidas por fermentación, a partir de un sorprendente número de sustancias, ocuparon su lugar prácticamente en todas las sociedades humanas y aún permanecen en ellas.

Los males psicológicos, físicos y sociales a que da lugar el consumo excesivo de alcohol han acosado a la humanidad desde que según Sahagún, investigador de la cultura nahua, estas son las palabras que el emperador dirigía al pueblo azteca después de su elección:

"Este es el vino que se llama octli, que es raíz y principio de todo mal y de toda perdición, porque este octli y esta borrachería es causa de toda discordia y disensión y de todas revueltas y desasosiegos de los pueblos y reinos; es como un torbellino que todo lo revuelve y desbarata; es como una tempestad que trae consigo todos los males juntos". (Molina, 1985).

No se conoce a ciencia cierta el período durante el cual aparecieron en México las primeras manifestaciones del consumo de bebidas embriagantes, en virtud de que el origen del pulque (octli) como bebida sagrada y fundamental de los pueblos indígenas, esta lleno del encanto de los mitos y de lo incierto de las leyendas.

Lo cierto es el hecho de que en todas las civilizaciones de la antigüedad, el vino aparecía siempre como un regalo de los dioses. Por tanto, el consumo de dichas bebidas es uno de los problemas que, por los factores que lo producen y los efectos consecuentes, se considera uno de los fenómenos de mayor preocupación de nuestra sociedad. (Velasco, op. cit.; Román, 1983).

Entre los tratadistas de las ciencias jurídicas hay discrepancias con respecto a los distintos períodos en que se dividen los efectos del alcohol.

Consideramos, que dichos períodos evolutivos se reducen a tres, mismos que son, si se les califica de modo general, el de la exaltación, el de la excitación y el de la postración.

En el primero de ellos, crece el vigor intelectual y físico, se manifiesta la euforia y aparecen en la charla, salpicada de agudezas, reiteradas demostraciones de afecto y amistad.

En el segundo período tienen lugar el enervamiento, la perturbación de las ideas, los juicios equivocados, el criterio confuso, el surgimiento de los complejos y de las debilidades. Como la circulación de la sangre se acelera y varios órganos se congestionan, surgen de pronto la agresión verbal y otras formas de violencia.

En el tercer período, los músculos de la vida se debilitan, la voz se hace pastosa e ininteligible, los párpados se cierran y cuando ocurre el oscurecimiento del cerebro, el cuerpo cae y queda tirado, a veces, en medio de las conocidas inmundicias del borracho. (Román, 1984).

Desde que el fenómeno llamado alcoholismo existe, diferentes estudiosos han intentado definirlo en base a los conocimientos que se tienen a la mano y también de acuerdo con la formación profesional de cada quién. A la fecha no hay una decisión unánime sobre una definición de alcoholismo. (Bellsola, op. cit.; Velasco, op. cit.).

No se debe identificar el cuadro clínico del alcoholismo, con las complicaciones a las que suele conducir como problemas neurológicos o trastornos psiquiátricos aunque sea un padecimiento directamente relacionado con el consumo excesivo de alcohol.

Así mismo, el alcoholismo tampoco es una etapa de intoxicación aguda provocada por la ingestión excesiva de bebidas en el curso de unas horas.

Algunas autoridades médicas han propuesto sus definiciones basados en los errores anteriores.

Ford (1951) dijo que: "el alcoholismo es una enfermedad física, psíquica y espiritual", a lo que se puede oponer el pensamiento de un estudioso muy anterior a él, como lo fue Platón, quien en su famoso diálogo "Las Leyes", escribió: "El beber vino no es, en realidad, lo mismo que tantos otros llamados bienes de la vida, ni bueno ni malo en sí". Lo que importa, no es si el individuo bebe,

sino, si lo hace o no de manera responsable y esta idea se encuentra implícita en el aserto del filósofo. Nada de esto es, pues, el alcoholismo y en 1952 la Organización Mundial de la Salud publicó su definición: "Los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, o bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones". Esta fue una buena definición, ya que introdujo la palabra o la idea de dependencia y el alcohol es capaz de producirla tanto física como psíquica en el individuo.

Una definición del fenómeno alcoholismo aceptada por los especialistas, es la que Keller expresó en 1958: "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad con el trabajo".

Esta definición permite valorar cada situación individual. El alcoholismo tiene niveles de gravedad, situándonos desde la abstinencia, una ingesta moderada de alcohol y por último la ingesta excesiva.

Por lo tanto, la conducta del beber, requiere de una multiplicidad de dimensiones que la sinteticen. Como un problema multifacético y multicausal, el alcoholismo se ha enmarcado dentro del campo de estudio de la salud mental.

La definición de Keller nos permite valorar cada situación individual, sin embargo, existen grados de alcoholismo y las siguientes clasificaciones ayudan a comprender mejor la situación particular de cada persona que ingiere bebidas alcohólicas, sea o no un alcohólico:

Abstinencia. Es la ingestión de una cantidad muy moderada de bebidas alcohólicas, solo en situaciones excepcionales, nunca más de cinco veces al año y sin llegar en ningún caso al estado de ebriedad, así como también es abstinentes el que nunca consume alcohol.

Ingestión moderada de alcohol. Es el hábito de consumir aproximadamente dos copas de alcohol en un día, alcanzando menos de doce estados de embriaguez al año.

Ingestión excesiva de alcohol. Es la que comprende a los individuos que acostumbran ingerir bebidas alcohólicas en forma habitual por más de tres días a la semana y más de un cuarto de bebidas destiladas, cada ocasión. (Velasco, op. cit.; Elizondo, 1983; Velasco-Muñoz, 1983; Peregrina, 1983).

El alcoholismo tiene niveles de gravedad y para comprender mejor el proceso de la enfermedad pasaremos de las definiciones a la clasificación de Jellinek (1960):

Alcoholismo alfa. Dependencia exclusivamente psicológica, que se debe al hecho de que el alcohol aporta al individuo un alivio a sus molestias físicas o a sus conflictos emocionales. No existe en

este caso ni la pérdida del control, ni la incapacidad para abstenerse. Tampoco se puede apreciar una evolución progresiva y, en realidad, no se trata aún de una forma neurótica de consumo de alcohol. Afecta a quienes tienen problemas del carácter y sufren conflictos relacionados con la ansiedad y la frustración; el alcohol es para ellos un tranquilizante muy efectivo.

Alcoholismo beta. Se caracteriza por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis y la cirrosis. Como no existe la dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia o supresión.

Alcoholismo gamma. En este tipo de alcoholismo, de mayor gravedad, sí hay dependencia física y psicológica con pérdida de control o pérdida de la libertad para moderarse en la bebida. El bebedor puede dejar el alcohol durante semanas y aún meses, pero al volver a ingerirlo pierde totalmente el control. Puede presentarse el síndrome de abstinencia.

Alcoholismo delta. Aquí también existe una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo gamma, el sujeto no puede abstenerse de beber ni aún por unos días. Se presenta el síndrome de abstinencia.

Alcoholismo épsilon. Es el alcoholismo periódico, también llamado "dipsomanía", siendo un impulso patológico incoercible de ingerir alcohol pero no en forma continua, sino de vez en cuando. No debe confundirse con el tipo gamma, que tiene también períodos de abstinencia. (Velasco, op. cit.).

Debido a las grandes variaciones individuales de respuestas al alcohol, ciertos sujetos reaccionan incluso ante ingestiones moderadas, de una manera tal que un observador no experto podría clasificarlos como alcohólicos. En realidad podrían si reúnen reacciones patológicas, éstas se caracterizan por una respuesta anormal entre la ingestión de dosis bajas de alcohol: desorganización de la conducta, cambios espectaculares del humor, agresividad explosiva y amnesia variable. (Bellsola, op. cit.; Velasco, op. cit.).

1.2 VISION CONTEMPORANEA DEL ALCOHOLISMO

Los problemas derivados del consumo del alcohol constituyen actualmente uno de los problemas sanitarios más críticos tanto a nivel mundial, como en el ámbito nacional. La fenomenología derivada de dichos problemas esta siendo estudiada a la luz de diferentes disciplinas, desde la neurobioquímica hasta la antropología social. Se han elaborado diferentes modelos que, en forma unitaria y reduccionista, han tratado de explicar esta fenomenología y ninguno de ellos ha sido capaz de explicarlo plenamente, por si solo. Es por ello, que la única manera de entender los complejos fenómenos derivados del consumo excesivo de alcohol, es a través de un enfoque multidisciplinario en donde concurren varios modelos como el psicológico, el social y el médico, entre otros. (Elizondo, 1989).

En 1991 los grupos de presión, han señalado como límites prudentes al consumo de bebidas alcohólicas un máximo de 14 unidades a la semana en mujeres y 21 unidades en hombres. Sin embargo, esto es ambiguo al no precisar si representan un consumo moderado o el inicio de un hábito peligroso.

La Organización Mundial de la Salud desconoce a cuanto asciende un consumo diario razonable de bebidas con contenido alcohólico, por lo tanto, no define cuando se convierte en un peligro. También existe una gran discrepancia entre los especialistas acerca de los límites y posiblemente en un par de décadas se sugiera la

abstinencia, meta con la que los grupos de presión no desean identificarse.

Se sostiene que los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas no amenazan sólo a una pequeña minoría de alcohólicos, al contrario, es casi al 90% de la población de consumidores.

La creciente exageración sobre los problemas provocados por las bebidas alcohólicas, así como la mayor influencia de los grupos de presión e investigadores en este campo, se asocian también con otro ambicioso argumento conocido como la teoría del control, según la cual, el número de problemas derivados del alcohol en una sociedad proviene o se relaciona con su consumo total. Esta teoría constituye el razonamiento científico necesario para convertir el problema de una minoría en un problema social que reclama soluciones.

Esta exageración también ha sido impulsada por el creciente número de problemas que se atribuyen o asocian con el consumo de bebidas alcohólicas, como los daños al hígado, los accidentes automovilísticos, la delincuencia, el síndrome alcohólico fetal, el ausentismo laboral, etc.. Como no son problemas individuales, existe un mayor ímpetu por convertirlos en una preocupación social. (Armor, 1981; Borges, 1988; Anderson, 1991).

Los argumentos acerca de la naturaleza y extensión del problema han generado soluciones extremas de carácter social. Por ejemplo, la obligación del gobierno de disponer de una política sobre el problema de las bebidas alcohólicas dirigida a la población en

general, que oriente, eduque y emprenda campañas publicitarias con el propósito de persuadir a la población a beber menos y que sea penetrante y coercitiva e incluya la prohibición de anuncios publicitarios sobre bebidas alcohólicas, así como advertir en las etiquetas de las botellas sobre los daños que pueden provocar y restringir el número de establecimientos autorizados para su venta.

El gobierno también debe reducir el límite legal de consumo de alcohol, al conducir vehículos e introducir fuertes gravámenes para elevar su precio y de acuerdo con la teoría del control, disminuir los problemas relacionados con las bebidas alcohólicas y sus costos sociales.

Mientras más se analiza el problema, más complicado resulta. No todos los especialistas tienen el mismo punto de vista sobre el problema del alcohol, ni concuerdan en soluciones.

Cualquier evaluación sobre los efectos de las bebidas alcohólicas no debe concentrarse solo en su abuso, hay que considerar también sus pros y contras.

Stuttaford mencionó en 1990 que el consumo moderado de alcohol es beneficioso, pero su consumo excesivo es perjudicial.

El aspecto más evidente de sus beneficios es su carácter social y estético, la gente disfruta de la bebida y de las reuniones sociales donde se acostumbra y en cantidades moderadas reduce riesgos de contraer enfermedades cardiovasculares, alivia el estrés en un amplio rango de la población, aporta calorías libres de grasa, etc.

Beber en exceso puede convertirse en un problema pero sólo ocurre en una minoría. Incluso, los detectadores de las bebidas alcohólicas concuerdan que el 90% de la población adulta que beben con regularidad lo hacen con moderación. (Anderson, op. cit.).

Un consumo excesivo de bebidas alcohólicas puede ocasionar hepatitis alcohólicas, deterioro mental o daños en las funciones reproductoras en dosis altas afectar al feto. (Armor, op. cit.; Anderson, op. cit.; Borges, op. cit.; Jurado, 1988).

Heath en 1991 opinó que la teoría del control no tiene bases científicas. Compara la infundada afirmación del director general de la Organización Mundial de la Salud: "Cualquier reducción en el consumo per cápita de bebidas alcohólicas disminuirá de manera significativa los problemas relacionados con el consumo desmedido", con los resultados del International Study of Alcohol Control Experiences, auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, donde sostiene: "Existen diferencias culturales en cuanto al grado que alcanzan los problemas, de acuerdo con los diversos niveles de consumo. Incluso en un determinado contexto cultural, es difícil precisar la relación entre el consumo y los problemas generados".

Además cuestiona que los especialistas y partidarios de fuertes medidas gubernamentales sostengan que la reducción del consumo total de bebidas alcohólicas disminuirá de manera automática los problemas, cuando el teórico original, Brunn, en 1991, sólo opinó de manera dubitativa que: "Los cambios, en el consumo total de bebidas alcohólicas tienen relación con la salud de la población en cualquier sociedad".

También Heath considera que la solución está en la presión social ya que se puede instruir a la población en los controles sociales y a beber de manera responsable.

La teoría del control se deriva del trabajo del investigador francés Sully Lederman, la cuál en la actualidad se considera insuficiente y Duffy señala el empleo inadecuado de modelos estadísticos y la introducción de supuestos falsos. Por lo que concluye que pueden surgir mayores problemas cuando la población en su conjunto bebe más, de hecho, puede haber más problemas con los consumidores moderados que con los excesivos, por la sencilla razón de que su número es mucho mayor, aunque quizá estos problemas no tengan soluciones políticas viables.

La aportación más valiosa de Duffy radica en sus aspectos técnicos. Quienes proponen políticas de control al consumo de bebidas alcohólicas sostienen no tener prejuicios en su contra, sino información científica; y es precisamente este argumento el que el doctor Duffy considera poco claro, ya que sus conclusiones simplistas y sus exigencias de políticas "urgentes" contrastan con lo complejo y técnico del tema, que en ningún momento requiere de políticas. (Anderson, op. cit.).

1.3 SITUACION EN MEXICO

Las historias bíblicas así como otros relatos que nos han legado las primeras civilizaciones, hacen referencia al consumo de bebidas fermentadas y los efectos que estas provocaron en quienes las ingerían.

Las civilizaciones prehispánicas de Mesoamérica no fueron una excepción y son bien conocidos los testimonios de los Toltecas y de los Mayas para destacar algunos de los más significativos. Tal parece que el hombre, al volverse sedentario, al arraigarse a la tierra y extraer de ella los insumos fundamentales para su supervivencia se encontró en diversas formas al fenómeno químico de la fermentación de los azúcares y con su característica curiosidad probó en sí mismo los efectos farmacológicos del alcohol sobre su sistema nervioso. Fue así sujeto de experiencias gratas y desagradables, que prevalecieron en sus juicios y lo incorporó a su cultura, muchas veces con tendencias rituales y religiosas, admirado probablemente de los cambios de conducta que se operaban, sin poder explicarlos, pero sí tratando de utilizarlos en su beneficio en muy diferentes situaciones y ocasiones.

Así, el alcohol ha sido testigo en todos los cambios políticos, religiosos e ideológicos, de las más encontradas y contradictorias normas morales. El hábito se adapta siempre a las circunstancias, ha provocado muertes, escándalos y caída de imperios, pero el hombre ha encontrado siempre la forma de obtenerlo por encima de las más estrictas normas y de las más rigurosas vigilancias. (Fernández, 1983; Bellsola, op. cit.).

Al llegar la era industrial, se vale de sus principios y de sus técnicas, se desarrolla al unísono, se difunde y se constituye en una fuente de tabajo para unos y una fuente de riqueza para otros. El desarrollo de los medios de comunicación la potencializa y trastoca nuestros valores. El beber se convierte en un símbolo de status digno de imitación y la publicidad de masas no distingue ni discrimina edades, llega a todos y atrapa a los más vulnerables, como son los jóvenes.

En México, como en la mayoría de los países del mundo, desde hace muchos años han sido reconocidos diversos problemas asociados al consumo inmoderado de bebidas alcohólicas, cuya problemática ha sido analizada desde diversas perspectivas teórico-metodológicas, que han dado por resultado enfoques cualitativamente distintos y, por consiguiente, acciones diferenciales para su control. (Velasco Muñoz, op. cit.).

El alcoholismo y el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas son problemas multifacéticos y multicausales que atañen a toda la sociedad y que deben tenerse en consideración no sólo por su relación con la salud física, también en cuanto a sus consecuencias en la salud individual y comunitaria.

Los efectos dañinos del abuso de bebidas alcohólicas a nivel del individuo, la familia y la sociedad no necesitan comprobarse. Son manifestación permanente de los estragos que ocasiona el mal uso que se hace de estas sustancias. (Kumate, 1983; Berruecos, 1983; Velasco Muñoz, op. cit.).

La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en 1979, dejó formalmente establecido que: "Los problemas relacionados con el abuso del alcohol están entre los más importantes problemas de salud pública en el mundo".

Para 1983 la Asamblea expresó que el incremento del consumo de alcohol y los problemas relacionados con ello, son incompatibles con la meta de alcanzar la salud para todos en el año 2,000.

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1988 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, arroja cifras y datos que nos señalan el hecho de que uno de cada ocho adultos mexicanos mayores de 24 años tiene problemas con el alcohol y un gran número de ellos son alcohólicos; sin embargo es importante señalar que estas cifras sobrestiman la magnitud del problema por considerar solamente a la población urbana.

El Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas debe enfrentar este gran problema de salud, ya que está como un derecho de toda la población e incluido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La dinámica del consumo se ve influida por las estrategias de comercialización, entre ella, la publicidad y la promoción de los productos, ya que ésta es un elemento que orienta la demanda, estimulando conductas asociadas a modelos de prestigio que pudieran promover el consumo de determinadas marcas entre nuevos consumidores, como las jóvenes y las mujeres.

Las compañías productoras destinan importantes cantidades de dinero a la publicidad; las principales firmas de bebidas alcohólicas erogan aproximadamente el 13% de sus ventas a este gasto. Para la publicidad de sus productos, las compañías utilizan todos los medios de comunicación, pero la televisión es, sin duda, el de mayor atractivo. De acuerdo con cifras del Instituto Nacional del Consumidor, la publicidad relativa a las bebidas embriagantes representó en 1991 alrededor de un billón 73 mil 518 millones de pesos, en la difusión de casi 15,000 promocionales. Sin embargo, debe considerarse que en los últimos años algunas compañías incluyen dentro de su publicidad, una invitación al consumo moderado, así como la evitación de riesgos. (Belsasso, 1993; Bellsola, op. cit.; Velasco, 1986).

Uno de los indicadores que se utiliza para estimar la magnitud del consumo de alcohol en la población es el consumo anual per cápita. Este se obtiene como resultado de la suma de la venta más las importaciones, menos las exportaciones, dividido entre la población en general. Para el caso del alcohol, se suele tomar a la población mayor de 15 años. El consumo per cápita anual debe tomarse con reservas debido al número de abstemios que señalan las encuestas.

El consumo per cápita a partir de la venta de bebidas alcohólicas industrializadas sujetas a control sanitario y fiscal, fue en 1972 de 28.7 litros para la población general, y de 54.4 litros para la población mayor de 15 años.

A partir de este año, el consumo per cápita registró aumentos hasta alcanzar su punto máximo en 1980: 40.9 litros de bebidas y 3.1 litros de etanol para la población genral; 73.4 litros de bebidas y 5.5 litros de etanol para los mayores de 15 años.

El consumo per cápita en litros de etanol para los distintos tipos de bebidas de 1972 a 1982 fue progresivo y de 1984 a 1988 hubo ligeros descensos, incrementándose de 1.97% en 1972 a 3.01% en 1989 (Gráfica 1).

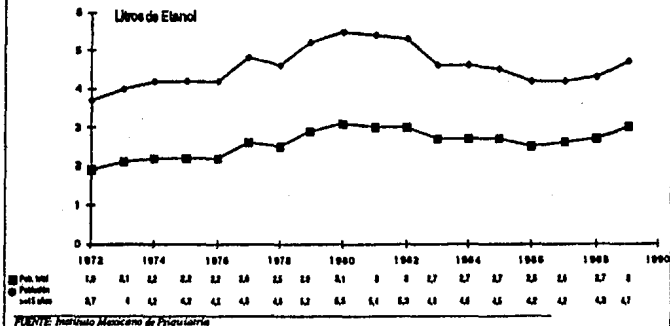
Con respecto a la cerveza, el consumo de 1989 fue del doble que en 1984 (Gráfica 2).

Cuando se analiza la problemática del alcoholismo y el abuso del alcohol, resulta importante conocer algunos aspectos relacionados con la diversidad sociocultural de las diferentes regiones que integran al país y con la multiplicidad de bebidas regionales y tradicionales de cuya producción y consumo no se tiene control.

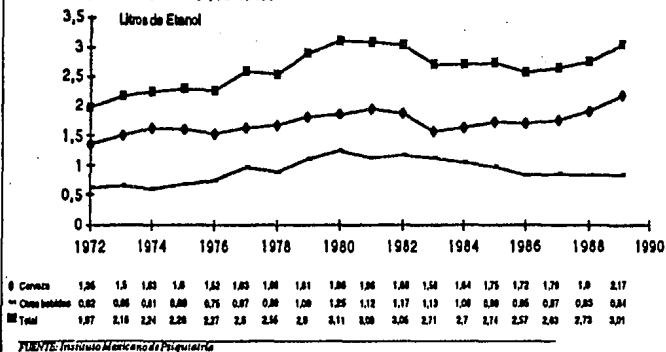
Existen varios estudios epidemiológicos sobre alcoholismo en México, pero se dificultan por los parámetros empleados y por la diversidad de grupos a los que se hace referencia, por lo que es difícil lograr su integración y resulta más confiable desarrollar estudios nacionales, mediante la selección de una muestra representativa.

La Encuesta Nacional de Adicciones en 1988 revela que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población urbana de 12 a 17 años es de 27.6% y para los individuos de 18 a 65 años es de 33.5%. Estos tienen una frecuencia de embriaguez de cuando menos una vez al mes.

GRAFICA 1
CONSUMO PER CAPITA POR LITROS DE ETANOL
REPUBLICA MEXICANA (1972-1989)



GRAFICA 2
CONSUMO PER CAPITA POR LITROS DE ETANOL DE LAS BEBIDAS
REPUBLICA MEXICANA (1972-1989)



La cerveza es la bebida alcohólica de preferencia para el 80% de los encuestados, seguida por los destilados con un 75%.

Los abstemios representan el 46.5% de la población urbana de 18 a 65 años de edad (26.6% de los hombres y 63.5% de las mujeres; el 6.4% de la población masculina considera alcanza el estado de embriaguez por lo menos una vez a la semana y el 11.6% de una a tres veces por mes, entre la población femenina las porciones son de 0.4% y 0.3%, respectivamente).

Si consideramos que el etanol se encuentra presente en una gran proporción de las muertes debidas a accidentes, homicidios, lesiones infringidas por terceros, suicidios, y a otro tipo de padecimientos, se aprecia más claramente la magnitud del problema. (Belsasso, op. cit.; Velasco, op. cit.).

Durante 1991 y 1992 la Secretaría de Educación Pública a través del Instituto Mexicano de Psiquiatría, llevó a cabo una Encuesta Nacional del Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, en lo que se refiere a prevalencia de uso, de drogas más usadas, problemas asociados con el consumo y subgrupos de población más afectados; en donde se ha encontrado que el consumo del tabaco y el abuso de bebidas alcohólicas son los problemas más importantes en esta población estudiantil.

El consumo de alcohol, ya sea en forma ocasional, moderada o excesiva, tiene su origen en patrones sociales y culturales; entre los que destacan por la frecuencia con la que aparecen son aquellos que se comparten bebidas alcohólicas, bien sea como un mediador de las relaciones sociales e interpersonales o por su efecto estimulante y desinhibidor.

La ingesta de etanol generalmente se inicia de esta manera en la adolescencia o en la edad adulta joven, habitualmente para sociabilizar, frecuentemente como una forma de aceptación o de adquirir prestigio, como una manera de explorar la sensación de estar dentro de la categoría de "adulto independiente".

Existen otros factores que se relacionan con motivos de índole psicosocial, como es el grado en el cual una sociocultura genera en los individuos fuertes necesidades de adaptación o tensiones internas, en cuyo caso la ingesta de alcohol es favorecida como un reductor de la tensión, así como las actitudes que propicia la comunidad entre sus miembros respecto al consumo de bebidas alcohólicas y la medida en que posee sustitutos para la satisfacción de sus necesidades.

Otros elementos que inciden en forma directa en la personalidad del bebedor excesivo o del alcohólico, son las experiencias que sufren dentro del seno familiar, sobre todo dentro de las familias disfuncionales y en donde aparece un familiar alcohólico, que puede tener problemas laborales y sociales, creando así estadios de depresión en el individuo y por tanto puede recurrir a la imitación, provocandose problemas psicosociales tanto en la familia como en la sociedad. (Berruecos, op. cit.; Belsasso, op. cit.; Velasco Muñoz, op. cit.; Fernández, op. cit.).

Dentro de los problemas sociales generados por el abuso de bebidas alcohólicas, se encuentran los problemas médicos en grandes grupos de la comunidad, relacionados principalmente con enfermedades crónico degenerativas, las cuales sirven como un indicador del

alcoholismo, como ocurre en la cirrosis hepática y la mortalidad causada por ésta; las trasgresiones a las leyes establecidas bajo el influjo del alcohol, como sucede en la relación de éste con los accidentes, homicidios, suicidios y la delincuencia; los problemas familiares ocasionados por el alcoholismo, lo que trae por consecuencia agresiones físicas o verbales, problemas conductuales y de aprendizaje en los hijos, problemas conyugales, merma de los ingresos familiares, etc. También existe deterioro en la economía debido al gasto generado por la atención de enfermedades debidas al alcoholismo, los accidentes de trabajo y el ausentismo laboral. Enfrentar el problema del alcoholismo, no es tarea fácil, no basta con responsabilizar a una estructura de efectuar al programa contra el alcoholismo, se requiere de la participación de todos los sectores, de cada grupo organizado, de cada familia y en suma, de todos los individuos. Para que la sociedad participe es necesario que este informada de la magnitud del problema, de su trascendencia y de su costo social, se requiere de un cambio de conductas y actitudes que rectifiquen nuestras características culturales, que se modere y racionalice el consumo, buscando un mejor equilibrio.

Es por ello, que se ha formado el Consejo Nacional Antialcohólico, encabezado por la Secretaría de Salud y que convoca a todos los sectores a facilitar la coordinación con organismos afines para realizar acciones educativas a todos los niveles, proponer reglamentación a la venta y al consumo, restricciones a la publicidad, contribuir a la prestación de servicios preventivos y

curativos, a la rehabilitación física y social de los alcohólicos, promover la investigación pertinente y mejorar el estado de salud de la población.

El Consejo Nacional Contra las Adicciones, en 1991, revisa los Programas existentes para actualizarlos y llegar hasta los avances científicos más recientes y analizar las acciones llevadas a cabo. (Belsasso, op. cit.).

La mejor manera de entender los complejos fenómenos derivados del consumo excesivo del alcohol, es a través de un enfoque multidisciplinario en donde concurren varios modelos como el psicológico, el social y el médico, entre otros. (Elizondo, op. cit.).

El modelo médico ha sido un enfoque predominante que tiene como criterio de éxito y objetivo de tratamiento, la abstinencia. Por otra parte, la investigación de las ciencias sociales y sobre todo la psicología ha resaltado lo controversial de usar la abstinencia como único indicador de efectividad o como la meta única de tratamiento.

Se ha desarrollado una concepción sobre el alcoholismo y el comportamiento de beber alcohol que está más acorde con la evidencia sobre la variabilidad en la conducta de beber y su moldeabilidad por medio de influencias externas. Esto se conoce como "el modelo psicológico de aprendizaje social" del uso y abuso del alcohol y de la recuperación de períodos de beber incontrolados.

Desde el punto de vista de este modelo se sugiere la posibilidad de que existen diversos procesos causales a los problemas

relacionados con el alcohol, lo que implica que algunos alcohólicos difieren de otros en formas significativamente diferentes. Por ello, en este modelo se consideran tan importantes las diferencias como las similitudes entre los alcohólicos. Esto se debe al creciente interés en las diferencias individuales y en examinar la interacción de éstas con procesos psicológicos.

Los problemas en el consumo del alcohol no se consideran como una enfermedad física o mental, sino como patrones de comportamiento socialmente adquiridos.

También considera que las etapas del alcoholismo no son necesariamente progresivas, ya que propone la des-agregación del concepto de alcoholismo en un número de componentes algunos de los cuales preceden otros, sin mantener forzosamente una relación temporal. La teoría del aprendizaje social es la que con mayor énfasis propone la necesidad de des-agregar y de especificar los problemas del alcohol, así como la aplicación diferencial de diversas conceptualizaciones teóricas a estos problemas. Por lo tanto, la teoría de la expectancia sugiere que las diferentes expectativas pueden influir en la iniciación del beber alcohol y no necesariamente en forma excesiva, mientras que la aproximación de autoconciencia intenta explicar la conducta de intoxicación y el beber excesivo.

Así, la visión psicológica del alcoholismo plantea la necesidad de una reconceptualización del uso y abuso del alcohol como del alcoholismo, ya que reconoce que modelos integrativos multivariados dirigidos a dar cuenta de ciertos aspectos altamente

específicos del uso de bebidas embriagantes, proveerán una mejor explicación de los problemas asociados con su uso.

Actualmente existe mayor conciencia social sobre los problemas que ocasiona el consumo del alcohol y que el debate político sobre el control de su expendio y su promoción en medios masivos de comunicación se agudiza. (Ayala, 1993).

1.4 CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES

La mayoría de la gente relaciona el problema del alcoholismo con concepciones de moral, de vicio o de alguna manera con una subcondición que coloca al alcohólico ante la crítica y el desprecio implacable de aquellos que no entienden ni pueden aceptar una manera incontrolable de ingerir alcohol, o ante la lástima, el dolor y la impotencia de aquellos seres que rodean a quien padece este mal.

Para la mujer, tal problema se complica aún más, porque ser alcohólica según el criterio común es ser una "mujer sin virtudes y sin moral"; situación ésta, que si en el alcohólico es grave, en la mujer toma dimensiones realmente insospechadas.

Las consecuencias psicológicas y sociales del alcoholismo femenino son extremadamente graves. En primer término, la mujer no reacciona ante su propio hábito igual que el hombre, diferencia atribuible sobre todo a la falta de congruencia de sus procesos de socialización. La mujer tiende a sumir una culpabilidad extrema y se condena por sus hábitos de bebida, interioriza el desprecio de la sociedad y con frecuencia se detesta a sí misma. Esto da lugar a una pérdida de identidad y a una actitud autodestructora que conduce a agravar el problema. (Benavides, 1985; Borges, op. cit.; Mau, 1980).

La condena social que recae sobre el alcoholismo femenino lo coloca como un asunto cuidadosamente escondido.

Las grandes bebedoras son objeto de mayor menosprecio que sus análogos masculinos. Se les considera personas irresponsables y perturbadas, provocando su propia destrucción y la de sus familias; en consecuencia, las mujeres no desean ser identificadas como alcohólicas, a lo que colaboran sus familiares ocultando el hecho para salvar la reputación de la familia.

La mujer alcohólica no escapa de la situación de negar su enfermedad, originándose por la trampa mental colocada por ella misma. Sin embargo, existen otras circunstancias que complican aún más este cuadro desolador y ellas están a cargo de sus familiares.

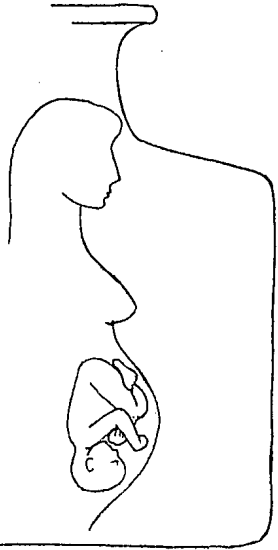
Por regla general, los parientes tratan a toda costa de ocultar los indicios que pudieran indicar a la gente externa que existe un problema de alcoholismo en casa. De esta manera se vuelven cómplices en el afán, que ya de por sí existe como tendencia innata en la alcohólica, de ocultar por todos los medios su adicción por el alcohol. (Mau, op. cit.).

El alcoholismo se manifiesta como un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia hacia el alcohol. Este hábito ocasiona deterioro físico, trastornos mentales y repercute ampliamente en perjuicio de las relaciones familiares y sociales del individuo.

Varias son las repercusiones atribuidas al alcoholismo de las mujeres y cuando son madres producen efectos negativos en sus hijos, los cuales se encuentran en el proceso de desarrollo físico, emocional e intelectual; mayores posibilidades para las

bebedoras excesivas, de dar a luz a niños con anomalías congénitas, el síndrome alcohólico fetal, partos prematuros o malogrados, así como mayor número de desórdenes ginecológicos y mayores tasas de esterilidad que las no alcohólicas. (Kaim, 1972; Benavides, op. cit.; Jurado, op. cit.).

CAPITULO 2



_____ **SINDROME**

_____ **ALCOHOLICO**

_____ **FETAL**

_____ **(SAF)**

2.1 ANTECEDENTES

Se ha definido el alcoholismo como un trastorno crónico de la conducta caracterizado por un grado de dependencia hacia el alcohol. Este hábito ocasiona deterioro físico, problemas psicológicos y repercute ampliamente en perjuicio de las relaciones familiares y sociales del individuo.

Aún cuando el consumo del alcohol y la descripción de sus efectos se conocen desde la más remota antigüedad, la posibilidad del daño a la descendencia sólo se esboza en algunas referencias históricas aisladas y así, un viejo ritual cartaginés prohibía a las parejas el consumo del alcohol durante la noche de bodas para evitar la concepción de un hijo defectuoso. También se dice que Aristóteles alertaba a los griegos de que su descendencia sería "morosa y lánguida si las casadas engendraban tontamente durante un estado de embriaguez". (Serenó, 1985; Jurado, op. cit.; Clarren y Jones, 1985).

En la cultura mexicana, las disposiciones contra la embriaguez entre los jóvenes eran rígidas y llegaban incluso a la pena de muerte para los reincidentes. Además la pareja recién casada debía purificarse mediante el reposo, la invocación a los dioses y la abstinencia durante los cuatro días posteriores a su boda, antes de consumar la unión conyugal. (Sahagún, 1979).

A mediados del siglo pasado, en Inglaterra, los reportes de un comité creado para el estudio del alcoholismo, refieren que los hijos de madres alcohólicas estaban desnutridos, con la piel arrugada y tenían un desarrollo imperfecto.

En 1900, Sullivan, médico de una prisión de Liverpool, Inglaterra, publicó lo que algunos consideran el primer estudio científico acerca de los efectos de la ingestión de etanol en mujeres embarazadas. Su muestra comprendió 120 prisioneras y su progenie. Entre los hijos de las mujeres que se embriagaron durante el embarazo, detectó un número elevado de mortinatos y un 56% de mortalidad neonatal durante los primeros dos años, más del doble de lo que se observó en el grupo de mujeres no alcohólicas. Sullivan concluyó que la intoxicación materna con el alcohol había sido la principal causa del daño fetal. (Jurado, op. cit.; Sereno, op. cit.).

A pesar de los resultados de estos estudios, poco se hizo en los siguientes 50 años y hubo aún quienes, como Haggard y Jellinek, reflejando la actitud y los conocimientos prevalentes en 1942, señalaron que los problemas de los hijos de madres alcohólicas se debían a la mala nutrición y al ambiente caótico de las familias y no a la exposición intrauterina del feto al alcohol.

Sin embargo, Rouquette en 1957, en su tesis médica, describió claramente las malformaciones, el deficiente crecimiento y el paupérrimo desarrollo observado en un grupo de niños aislados, hijos de mujeres alcohólicas.

Lamen y colaboradores en 1968, publicaron un estudio en el que en 25 de 54 nacidos de madres alcohólicas encontraron un patrón de malformaciones físicas y psicológicas.

A partir de las investigaciones de Jones y Smith en 1973, una gran cantidad de investigación clínica y básica se ha producido, estableciendo firmemente al alcohol como un teratógeno, esto es, un

agente que produce defectos en las crías en útero. Abarcan desde defectos morfológicos brutos en un extremo hasta los más sutiles malfuncionamientos de conducta cognoscitiva en el extremo menos severo. Por lo que al alcohol se le clasifica como un teratógeno de la conducta. (Streissguth, 1976).

Es así como en los últimos 20 años investigadores han dedicado su tiempo en estudiar la progenie de mujeres alcohólicas, en 1984 se hizo la publicación del Simposio 105 de la Fundación CIBA, en la que 25 participantes de seis países, analizaron cuidadosa y ampliamente el problema prenatal que causa la ingestión de etanol. Los resultados en la literatura médica permiten reconocer sin duda alguna el daño que el alcohol produce en el producto de la concepción, alteraciones que han sido agrupadas en el llamado "Síndrome Alcohólico Fetal". (Jurado, op. cit.; Sereno, op. cit.; Shannon, 1990).

El alcohol fácilmente se difunde a través de las membranas de las células y es distribuido aproximadamente por igual en todos los tejidos del cuerpo, en proporción a su contenido de agua. La distribución en el sistema nervioso central de la misma manera corresponde al contenido de agua y ningún área específica de éste sistema es impermeable al alcohol.

Con anterioridad al desarrollo de la placenta, poco alcohol alcanza al feto por vía de la circulación materna. Después de la formación de la placenta, estudios hechos sobre humanos y animales, incluyendo hamsters, monos, borregos y ratones, muestran que el

alcohol pasa de madre a feto y que la concentración fetal se aproxima a la concentración materna. (Dilts, 1970; Fritchie, et al., 1972).

En los fetos, el alcohol es distribuido en el fluido amniótico, placenta, hígado, páncreas, riñones, pulmón, timo, corazón y cerebro. En este último el alcohol tiende a concentrarse más en la materia gris, la cuál tiene el mayor contenido de agua, más que en la materia blanca.

El metabolismo del alcohol se efectúa principalmente vía enzima hepática que deshidrogeniza el alcohol. En el humano adulto, la proporción en que el etanol es eliminado del cuerpo, es aproximadamente de 100 mg/Kg/hora y en el recién nacido, la eliminación del alcohol es de un 50% menor a la proporción del adulto.

Esta eliminación en el feto se efectúa primariamente vía difusión pasiva regresando a través de la placenta; consecuentemente la proporción de eliminación del alcohol en el cuerpo de la madre. El acetaldehído, el más importante metabolizador del etanol, se efectúa en la placenta y poco alcanza al feto desde la madre. (Kesaniemi, 1975; Wallgren y Barry, 1970).

Actualmente no hay duda de que el alcohol es un teratógeno para el ser humano; se conocen ya varios cientos de casos con problemas del desarrollo prenatal que están correlacionados con la ingestión de bebidas embriagantes durante el embarazo.

2.2 CARACTERISTICAS

El consumo excesivo del alcohol en la mujer embarazada provoca alteraciones en la gestación y repercusiones fetales, tales como:

1. Aborto.
2. Parto Prematuro. (Parto antes de la semana 32).
3. Postmadurez. (Parto después de la semana 38).
4. Obito Fetal. (Muerte del feto, nace el bebé muerto).
5. Síndrome Alcohólico Fetal.

La relación entre el aborto espontáneo y la muerte fetal con el alcoholismo de la madre, sugiere que el alcohol puede actuar mediante un mecanismo letal antes de causar el síndrome alcohólico fetal.

En el momento de la concepción y durante las primeras semanas del desarrollo, el etanol ocasiona la muerte celular, es tóxico para el embrión y para los cultivos de células durante la etapa de división mitótica; esto puede provocar pérdida fetal y mortinato.

El Síndrome Alcohólico Fetal se define como una embriofetopatía de gravedad variable que se representa con una frecuencia elevada en la progenie de mujeres alcohólicas. Se caracteriza por retraso pre y postnatal del crecimiento, deficiencias mental y psicomotora graves, microcefalia, dismorfogénesis de predominio facial y otras malformaciones, sobre todo cardíacas. (Jurado, op. cit.; Kyllerman, 1985; CEPNEC, 1986; Barron, 1987).

El consumo de cualquier cantidad de etanol durante el embarazo es

sumamente peligroso para el feto, aunque es evidente que a mayor cantidad ingerida, mayor es el riesgo.

Cuando se trata de investigar los posibles efectos del alcohol durante el embarazo es necesario tomar en cuenta varios factores:

1. Sus propiedades teratogénicas intrínsecas.
2. Período del embarazo en que ocurre la exposición.
3. Tiempo de la misma.

Aproximadamente entre la cuarta y la décima semana del desarrollo embrionario, es muy probable que el etanol tenga un efecto citotóxico sobre las neuronas y provoquen alteraciones en el proceso de migración celular, provocando microencefalia.

La ingestión del alcohol en el lapso comprendido entre la octava y la décima semana del embarazo, desorganiza o retarda la migración celular y, por ende, la estructuración del cerebro y cerebelo, la diferencia con las otras semanas es que aquí el daño es menos intenso y puede incluso completarse posteriormente, sin embargo la recuperación puede no ser total.

El mayor riesgo para que se dé el síndrome alcohólico fetal ocurre cuando la madre ingiere alcohol durante el período de la organogénesis, esto es, entre la segunda y octava semana de la gestación. Cuando la ingesta se limita a etapas posteriores del embarazo, la alteración predominante disminuye tan solo en el crecimiento lineal con talla corta y peso bajo.

Hagber y colaboradores, en 1982, muestran que la acción nociva del alcohol sobre el producto de la gestación es una de las principales causas de deficiencia mental y le adscribe el 8% de todos los

casos de deficiencia mental. Por otro lado, Smith, en 1976, indica que el síndrome alcohólico fetal constituye la tercera causa de deficiencia mental, después del síndrome de Down y de los defectos del tubo neuronal, como el meningomielocelo. (Benavides, op. cit.; Shannon, op. cit.; Jurado, op. cit.; Sereno, op. cit.; Abel, 1980).

Los investigadores en este campo están aprendiendo cada vez más acerca de las persistentes incapacidades emocionales y de aprendizaje, así como acerca de los defectos físicos y problemas de salud atribuibles al alcohol y a otro tipo de drogas a que se expone al feto.

Evidencia de diversas revisiones, sugieren que el consumo diario de 89 ml. de alcohol absoluto o su equivalente por día y que es más o menos el contenido de seis cocteles o bebidas fuertes, representa ya un alto riesgo para el feto. Como el consumo de bebidas alcohólicas puede ofrecer grandes variantes, para establecer un criterio comparativo se habla en general de tres tipos de gestantes alcohólicas:

1. Grandes bebedoras que consumen como mínimo diario la cantidad señalada anteriormente.
2. Bebedoras moderadas que consumen de una a tres copas diarias.
3. Bebedoras ocasionales.

Numerosos casos del síndrome alcohólico fetal procedentes de todo el mundo han sido descritos en la literatura científica. Con motivo de no haber usado para los diagnósticos, criterios estandarizados, el Grupo de Estudio de Alcohol Fetal, de la Sociedad de

Investigación sobre Alcoholismo propuso criterios específicos en 1980. Los cuales requerían que por lo menos una característica de cada una de las tres categorías, estuviera presente para poder diagnosticar el síndrome:

1. Retraso en el crecimiento antes y/o después del nacimiento.
2. Un patrón de rasgos anormales de la cara y cabeza, incluyendo pequeña circunferencia de cabeza, ojos chicos o evidencia de retraso en la formación del área media facial, incluyendo un puente aplastado y tamaño pequeño de la nariz, aplastamiento de la acanalura vertical entre la nariz y la boca.
3. Evidencia de anomalía del sistema nervioso, incluyendo conducta anormal de recién nacido, retraso mental u otra evidencia de retardo en el desarrollo neuroconductual.

Ninguno de los anteriores rasgos solo es específicamente característico de exposición fetal al alcohol. De hecho muchas otras anomalías no determinadas son vistas conjuntamente con el síndrome alcohólico fetal, así como aisladamente, lo que dificulta el diagnóstico. (Streissguth, op. cit.; Clarren y Jones, op. cit.; Abel, op. cit.; Rosett, 1980).

La problemática del síndrome alcohólico fetal puede agruparse en las siguientes cuatro categorías:

1. Disfunciones del sistema nervioso central.
2. Alteraciones en el crecimiento.
3. Dismorfismo craneofacial.
4. Malformaciones mayores o menores variables.

Los tres primeros tipos de alteraciones se clasifican de acuerdo a los siguientes cuadros:

DISFUNCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
Neurológicas	Conductuales	Intelectuales
Microencefalia Hipotonía Mala coordinación (marcha, lenguaje)	Hiperactividad Inestabilidad Irritabilidad Escolaridad anormal	Debilidad o retardo mental que se agrava con la edad; el CI oscila entre 36 y 83

ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO	
Prenatales	Posnatales
El peso y la longitud corporal al nacer, es inferior a dos desviaciones estándar del promedio o por debajo del percentil 10 correspondiente a la edad gestacional	Crecimiento lento Disminución proporcional del tejido adiposo

ALTERACIONES CRANEOFACIALES			
Anormalidades craneanas			
El perímetro craneano al nacer y durante el crecimiento es inferior al normal, lo cuál se designa como microcefalia y se relaciona con la microencefalia; es inferior a dos desviaciones estándar del promedio o por debajo del percentil 10 correspondiente a la edad cronológica			
Anormalidades faciales en			
ojos	nariz	boca	maxilar inferior
Separación exagerada de las órbitas Fisuras palpebrales cortas	Puente nasal hipoplásico Corta, con la punta levantada	Labio superior adelgazado Surcos nasolabiales borrados Comisuras labiales caídas	Pequeño y en retrognatia

Las malformaciones mayores o menores variables se agrupan de acuerdo con su localización y frecuencia:

MALFORMACIONES MAYORES O MENORES VARIABLES		
Localización	Frecuente	Ocasional
Ojos	Ptosis palpebral Estrabismo Pliegues epicantales	Miopía Microftalmía Blefarofimosis
Orejas	Rotación posterior	Malformación de la concha
Boca	Prominencia lateral de los puentes palatinos	Labio leporino Paladar hendido Dientes pequeños Esmalte defectuoso
Corazón	Soplo auricular Defectos del tabique auricular	Comunicación inter-ventricular Anomalías de los grandes vasos Tetralogía de Fallot
Aparato urogenital	En mujeres, hipoplasia de los grandes labios	En el hombre, hipospadias Hidronefrosis Malrotación renal
Esqueleto	Pectus excavatum	Polidactilia Sinostosis radiocubital Xifoides bífido Escoliosis Hipoplasia ungueal Limitación de los movimientos articulares (codos, dedos)
Sistema muscular		Diastasis de los rectos abdominales Hernias diafragmáticas

(Serenó, op. cit.; Shannon, op. cit.; Jurado, op. cit.).

Aunque el diagnóstico del síndrome alcohólico fetal se basa en el reconocimiento de la deficiencia en el crecimiento y claros rasgos faciales; el retraso mental ha sido observado en casi todos los reportes del síndrome. Con grados de inteligencia fluctuando entre el retardo en el desarrollo mínimo y severo. Aproximadamente el 85% de todos los niños que fueron identificados como afectados marcaron dos o más desvíos estándar abajo de los principales en pruebas cognoscitivas estandarizadas. (Clarren y Smith, 1978; Dehaene, 1977; Fryns, 1977; Hall y Orenstein, 1974; Schwenk y Gradtke, 1976; Jones y Smith, 1973; Lemoine, 1978; Mulvihill, 1976; Palmer, 1974; Root, et al., 1975; Streissguth, op. cit.). Dehaene, et al., en 1977 clasificó el síndrome alcohólico fetal, en el sentido de que la intensidad de sus manifestaciones parece ser consecuencia de la dosis ingerida y del momento biológico, así como de la susceptibilidad o vulnerabilidad del individuo (madre y feto).

La clasificación es la siguiente:

Tipo 0 Forma Hipotrófica. Estos niños presentan un retardo del crecimiento intrauterino pero sin el dimorfismo craneofacial y rara vez tienen otras malformaciones mayores.

Tipo 1 Forma Ligera. En estos casos, además de la hipotrofia, pueden presentarse uno o dos datos del dimorfismo pero sin malformaciones mayores.

Tipo 2 Forma Media. Aquí el dimorfismo es completo; algunas veces se asocia con una o dos malformaciones mayores.

Tipo 3 Forma Severa. Implica la presencia de todas las manifestaciones del síndrome y se acompaña siempre de múltiples malformaciones asociadas.

Tipo 4. Es el que presentan los hijos de madres alcohólicas sospechosos de dimorfismo craneoencefálico al nacer, pero cuyo diagnóstico no se confirma ulteriormente.

Estudios recientes señalan que la frecuencia del síndrome alcohólico fetal es de uno a dos casos por cada mil nacidos vivos, aunque cabe hacer notar que la frecuencia de las manifestaciones parciales del síndrome es de 3.5 por cada mil nacidos vivos. La probabilidad de que una embarazada alcohólica induzca el síndrome en su progenie es del 38% según Sokol (1980); y del 56% de acuerdo con Mestre-Estartus (1981).

El síndrome alcohólico fetal constituye, como ya se mencionó anteriormente, la tercera causa de retardo mental grave entre las enfermedades malformativas y de acuerdo con Seixas (1980), tal vez sea la primera causa de retraso mental evitable.

Las anteriores estimaciones están basadas en diagnósticos por observaciones de rasgos físicos de este síndrome, la más frecuente característica es un daño cognoscitivo y no una deformación física. Tanto estudios en perspectiva como retrospectivos indican que los niños nacidos de madres tratadas con alcoholismo se desempeñan pobremente en pruebas de habilidad cognoscitiva. Sin embargo, a menos que existan anomalías físicas acompañando al síndrome, los niños nacidos con él, no pueden ser diagnosticados como tales. Por tanto, es probable que el número de niños nacidos

con síndrome alcohólico fetal cada año excedan con mucho las estimaciones presentes.

Aunque, las mujeres alcohólicas tienen muchas más probabilidades de tener hijos con este síndrome, está claro que las mujeres que beben moderadamente pueden tener también niños afectados hasta cierto grado por tal exposición al alcohol en útero. Las estimaciones presentes consideran que hay peligro para que un feto tenga signos característicos de síndrome alcohólico fetal, si la cantidad de alcohol que la madre bebe durante el embarazo es de 6 copas o más por día, los límites "seguros" no han sido determinados. (Jurado, op. cit.; Abel, op. cit.; Shannon, op. cit.; Kyllerman, op. cit.).

Si bien, las características físicas asociadas con el síndrome alcohólico fetal parecen estar relacionadas con la bebida materna durante el embarazo, es todavía incierto si los varios signos asociados con este síndrome son debidos a efectos directos del alcohol sobre el feto, o se deben a efectos secundarios asociados con la embriaguez materna. El alcohol puede afectar el desarrollo físico directamente o el desarrollo cognoscitivo indirectamente.

Encuestas de conducta actual de uso de drogas entre mujeres en edad fértil proporcionan indicadores útiles; aunque muchas mujeres suspenden o reducen su consumo de alcohol y otras drogas con anticipación al embarazo, no todos los bebés son planeados y el embarazo puede no ser confirmado sino hasta dos meses después de la concepción, un período durante el cuál el embrión en desarrollo es particularmente vulnerable a los efectos de las drogas. (Shannon, op. cit.; Mau, op. cit.).

2.3 CONTROVERSIA EPIDEMIOLOGICA

Actualmente el síndrome alcohólico fetal está reconocido como una entidad clínica específica, sin embargo, todavía existen algunos problemas en su caracterización y del papel que juega el alcohol en su ocurrencia.

El planteamiento de que los casos con síndrome alcohólico fetal son terminales y de que el consumo moderado de alcohol también puede traer consigo efectos dañinos al producto, ha dado lugar a una gran serie de trabajos de investigación.

Se ha estudiado la relación del consumo del alcohol en mujeres embarazadas con la presencia de sangrado, aborto, muerte fetal, infección neonatal, diversas alteraciones del crecimiento y desarrollo (circunferencia craneal, retardo del crecimiento, alteraciones del desarrollo mental, etc.) y prematurez.

A continuación se presentan dos cuadros en los que se resumen las principales investigaciones sobre este tema, comentando los hallazgos positivos que informan de la existencia de asociaciones entre el consumo de bebidas alcohólicas y los problemas investigados y los hallazgos negativos que fallan en encontrar las relaciones propuestas.

CUADRO I
Consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo y bajo peso al nacer

Autor y año	Diseño	Resultados Positivos	
		Muestra	Hallazgos y comentarios
Littler RE; 1977	cohorte concurrente	283	El consumo de una onza de AA/día en los seis meses previos al embarazo se asoció con una disminución de 91 g en el peso promedio; la misma cantidad consumida entre el quinto y el octavo mes del embarazo se asoció a una baja de 160 g.
Ouellet EM y col; 1977	cohorte concurrente	633	Las bebedoras ocasionales (mujeres que consumen cinco o más copas por ocasión y tienen un consumo diario promedio de más de 45 ml de alcohol absoluto) tenían una proporción mayor de hijos con bajo peso al nacer.
Ramer RM; 1977	casos y controles	310	Las mujeres con un diagnóstico pediátrico relacionado con el alcohol tuvieron hijos con menor peso que las mujeres de la población general o que mujeres con otros diagnósticos pediátricos.
Kamlesh M y col; 1978	cohorte concurrente	9 234	Las mujeres que consumían más de 1.6 onzas AA/día daban a luz a productos cuyo peso promedio al nacer era menor en 58 g (relación que persistió al utilizar controles para una serie de variables tales como edad, estado civil, tabaquismo, etc.), la relación sólo se mantuvo para cruvasa al controlar por tipo de bebida consumida.
Russell M y Sigler C; 1978	estudio de tamizado	499	Las mujeres que en el tamizado fueron diagnosticadas como con problemas debidos al consumo de bebidas alcohólicas tenían productos con menor peso que las mujeres sin estos problemas; sólo utilizaron controles para tabaquismo y edad.
Little RB y col; 1980	casos y controles	190	Mujeres alcohólicas que no se abstuvieron durante la gestación tuvieron hijos con un peso promedio al nacer menor en 69 g y el tiempo varió con los hijos de mujeres abstinidas, mientras que mujeres alcohólicas que se abstuvieron dieron a luz a hijos con peso promedio menor en 250 g.
Sebol RJ y col; 1980	cohorte concurrente	12 127	Mujeres con un diagnóstico clínico de alcohol daban a luz a hijos con un promedio de peso menor en 150 g; el RR para el bajo peso en las mujeres con abuso de alcohol sin tabaquismo fue de 1.4 y de 1.8 para el bajo peso en las mujeres sin abuso de alcohol pero con tabaquismo fue de 1.8; con ambos factores de riesgo, fue de 3.3.
Olsen J y col; 1983	cohorte concurrente	2 239	El consumo de alcohol (medido en copas por semana de AA) se asoció con el bajo peso al nacer, siendo posible identificar relación de dosis-respuesta después de utilizar controles para una serie de variables.
Weight JT y col; 1983	cohorte concurrente	900	Las mujeres que consumían más de 100 g de AA/semana tenían un RR=2.25 de dar a luz a un niño por debajo del percentil 10, controlando por tabaquismo y clase social.
Mills ML y col; 1984	cohorte concurrente	51 604	Después de un ajuste múltiple, se encontró una relación dosis-respuesta en donde las mujeres que consumían 11 copas o la semana tuvieron hijos con un peso promedio de menos de 14 g al nacer; las de 1-2 copas, hijos con -85 g; las de 3-5 copas, hijos con -165 g, y las de más de 5 copas, hijos con -127 g.
Little RB y col; 1986	cohorte concurrente	194	En mujeres de bajo riesgo, no fumadoras, se encontró que un consumo diario promedio de 10 g de AA en la semana previa al reconocimiento del embarazo se relacionaba con una baja de 225 g en el peso al nacer.
Resultados Negativos			
Tennes K y Blockard C; 1980	cohorte concurrente	278	El consumo de bebidas alcohólicas no logró explicar la variación de peso al nacer después de considerar variables como la edad gestacional, peso materno durante el embarazo, número de anomalías fetales-muertas, tabaquismo y paridad.
Hingson R y col; 1982	cohorte concurrente	1 890	El consumo de bebidas alcohólicas, antes o durante el embarazo no se relaciona con medidas del crecimiento después de realizar un control; el consumo de mariposas se muestra como un mejor predictor de la ocurrencia de características compatibles con S.A.P.
Kusman JW y Sebel RJ; 1982	cohorte concurrente	6 093	Después de considerar hasta 14 determinantes potenciales del crecimiento intrauterino, se encontró que medidas globales de consumo como el AA no se asociaban con el bajo peso al nacer; pero en cambio, que la frecuencia del consumo de cerveza sí lo hacía.
Murphy MC y col; 1983	cohorte concurrente	17 640	No se encontró relación entre el bajo peso y el consumo de alcohol con una RM de 1,1 y un intervalo de confianza IC de 0.4 a 3.4.

CUADRO II
Consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo y parto prematuro

A. Resultados Positivos

Autor y año	Diseño	Muestra	Hallazgos y comentarios
Ouellete EM y col; 1977	cohorte concurrente	633	El porcentaje de prematuros pasaba del 5% en el grupo de las mujeres que se abstuvieron de beber durante el embarazo, del 5% en el grupo de bebedoras moderadas, y del 17% en el grupo de bebedoras conasuetudinarias.
Tennes K y Blackard D; 1980	cohorte concurrente	278	La disminución en la edad gestacional se relaciona con incrementos en el consumo de alcohol, aunque no se controló por otras variables relacionadas con el PP y el consumo de bebidas alcohólicas sólo da cuenta del 2% de la varianza total observada.
Berkowitz GS; 1981	casos y controles	488	Después de realizar un control extenso de variables se observó que el consumo semanal de siete copas de bebidas alcohólicas antes del primer trimestre del embarazo aumentaba el riesgo de alumbramiento prematuro en 83%.
Hington R y col; 1982	cohorte concurrente	1 690	El consumo de bebidas alcohólicas antes, pero no durante el embarazo, se asociaba con una disminución en el período de gestación, aunque este factor tenía una contribución pequeña para explicar la varianza observada.
Wilnack RW y col; 1984	transversal	917	Las mujeres que consumían seis o más copas por día, por lo menos tres días a la semana durante el año anterior, reportaron, en 26% de los casos, haber tenido algún PP, en contraste con el 10% de las demás mujeres.

B. Resultados Negativos

Karinsky M y col; 1978	cohorte concurrente	9 236	No se encontró asociación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la frecuencia de prematuros.
Sokol RJ y col; 1980	cohorte concurrente	12 127	No se encontró relación entre abuso de bebidas alcohólicas e incremento de partos prematuros.
Marbury MC y col; 1983	cohorte concurrente	12 440	Después de ajustar por una serie de variables, la RM es de 1.5 (IC= 0.9 a 2.5, para la relación consumo de alcohol y edad gestacional).
Shono FH y col; 1986	cohorte histórica	30 896	El RR de dar a luz a un infante prematuro fue de 0.9 para las mujeres que consumían menos de una copa al día, y de 1.3 para las que consumían más de una copa al día; al considerar únicamente a los niños muy prematuros los riesgos relativos ajustados disminuyen y carecen ya de significancia.

Como se puede observar en estos cuadros que resumen los principales trabajos epidemiológicos realizados sobre los efectos del alcohol durante la gestación, los resultados son sumamente polémicos.

Se puede decir que las discrepancias entre los autores surgen debido a que en algunos estudios en los que no se encuentra relación entre el consumo y el bajo peso, se informa también de una relación con el parto pretérmino, es posible que infantes de crecimiento retardado se estén clasificando erróneamente como prematuros.

Algunos autores mencionan que es posible que los diseños diferentes pueden explicar parte de los resultados controversiales. Es lógico pensar que los estudios de casos y controles presenten más problemas de sesgos de memoria y que éstos aumentarán en función de la divulgación que hayan tenido los resultados previamente obtenidos sobre el tema, pero la mayoría de los estudios han sido de tipo prospectivo. (Borges, op. cit.).

Un problema muy importante ha sido el de las dificultades para separar los efectos del alcohol de los correspondientes a otras variables, es decir, los procedimientos de control y ajuste. Las diferencias en la cantidad de variables controladas y su naturaleza, explican una parte de la discrepancia en los resultados, ya que no todos los autores manejan ni el mismo número, ni las mismas variables en sus estudios.

La determinación en la exposición al alcohol es uno de los elementos principales de la controversia, debido a que existe dificultad

para recolectar la información ya que si bien muchos estudios son prospectivos, se pide información anterior sobre el consumo de bebidas alcohólicas, es común que cuando una mujer sabe que esta embarazada disminuya la ingesta de alcohol, sin embargo, puede no reflejar el verdadero nivel de consumo alrededor del momento de la concepción.

Existe dificultad para establecer el período crítico del consumo, y el efecto puede ser diferente según el resultado específico que interese estudiar. Se ha comentado que hay una tendencia general al subreporte del consumo en las mujeres, lo que explicaría el hecho de que dosis muy bajas estuvieran asociadas a los resultados obtenidos. Hay también problemas para detectar episodios de intoxicación aguda y evaluar su efecto, solo o en combinación con el consumo habitual; los estudios se diferencian por la forma en que se representa el consumo.

No se puede decir, que la controversia epidemiológica esté resuelta, porque hay demasiadas contradicciones y cabos sueltos, por lo que se hacen necesarias más y mejores investigaciones. (Jones y Smith, 1973).

La exacta cantidad de alcohol que podría ser inofensiva no se conoce.

La evidencia disponible sugiere que lo que para algunos sería "moderada" puede poner al feto en riesgo. Por tanto, varios investigadores opinan que el más seguro y más sabio curso de acción para una mujer embarazada es abstenerse del alcohol.

El problema, sin duda, tiene una gran importancia para la salud

pública. Si bien no parece correcto afirmar que actualmente las mujeres estén incrementando fuertemente su consumo de alcohol, el hecho es que sí ha aumentado el consumo moderado y leve. Esto debe ser motivo de preocupación, puesto que aún las dosis bajas podrían provocar el síndrome alcohólico fetal.

En México, el consumo de bebidas alcohólicas por mujeres embarazadas no ha llamado la atención como factor de riesgo en los servicios ginecológicos, obstétricos y psicológicos, ni tampoco la costumbre de consumirlas, especialmente el pulque y la cerveza, durante la lactancia, según para "fortalecer la leche".

Por lo antes descrito, podemos concluir que hacen falta investigaciones que arrojen a la luz sobre la situación actual del consumo de bebidas alcohólicas en mujeres mexicanas embarazadas.

2.4 INDICE DE MORTALIDAD INFANTIL EN MEXICO

Dentro de las siguientes estadísticas se manejan las afecciones originadas en el período perinatal, en las cuales no está incluido como diagnóstico el síndrome alcohólico fetal, ya que en México no se ha investigado este fenómeno.

Principales causas de muerte en México (1980)

Número de orden	Causas	Defunciones	Tasa
1	Enfermedades del corazón	51917	74.5
2	Accidentes	48098	69.1
3	Influenza y neumonías	38818	55.0
4	Infección intestinal mal definida	37125	53.3
5	Tumores malignos	26427	37.9
6	Afecciones del p. perinatal	26399	37.9
7	Enfermedades cerebrovasculares	15215	21.8
8	Cirrosis hepática	14888	21.4
9	Diabetes mellitus	14626	21.0
10	Homicidios	12225	17.6

FUENTE: Compendio de Estadísticas Vitales de México, DGE/SSA, 1980.
Tasa x 100 000 habitantes.

Principales causas de muerte en México (1988)

Número de orden	Causas	Defunciones	Tasa
1	Enfermedades del corazón	55857	67.5
2	Accidentes	41626	50.3
3	Tumores malignos	39378	47.6
4	Enfermedades infecciosas intestinales	25644	31.0
5	Diabetes mellitus	25092	30.3
6	Afecciones del p. perinatal	22080	26.7
7	Enfermedades cerebrovasculares	19564	23.7
8	Influenza y neumonías	19390	23.4
9	Cirrosis hepática	17010	20.6
10	Homicidios	15204	18.4

FUENTE: Tabulaciones de Defunciones, INEGI/SSA, 1988.
Tasa x 100 000 habitantes.

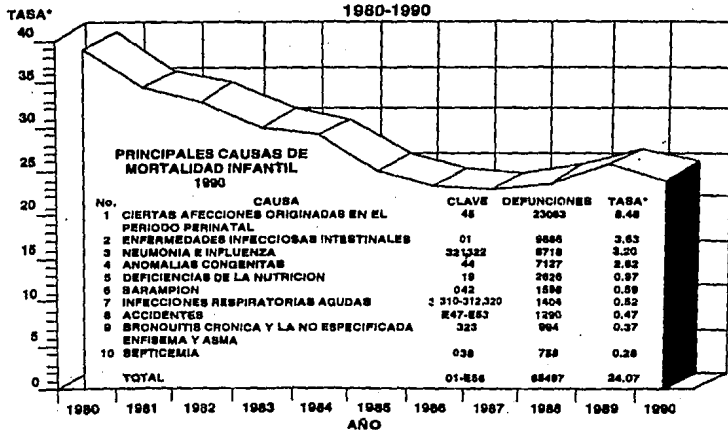
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1990
TOTAL

NUM. DE ORDEN	CAUSAS	CLAVE C.I.E. 9ª REV.	DEFUN- CIONES	TASA (1)
	TOTAL	01-E56	65,497	24.07
1	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	45	23,063	8.48
	- HIPOXIA, ASFIXIA Y OTRAS AFECCIONES DEL FETO O DEL RECIEN NACIDO.	454	13,325	4.90
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES.	01	9,886	3.63
3	NEUMONIA E INFLUENZA	321, 322	8,718	3.20
4	ANOMALIAS CONGENITAS	44	7,127	2.62
	- DEL CORAZON Y DEL APARATO CIRCULATORIO.	442	2,271	0.83
5	DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION	19	2,626	0.97
6	SARAMPION	042	1,598	0.59
7	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.	310-312, 320	1,404	0.52
	- BRONQUITIS Y BRONQUITIS AGUDAS	320	934	0.34
8	ACCIDENTES	E47-E53	1,290	0.47
9	BRONQUITIS CRONICA Y LA NO ESPECIFICADA, ENFISEMA Y ASMA	323	994	0.37
10	SEPTICEMIA	038	758	0.28
11	MENINGITIS	220	437	0.16
12	ENFERMEDADES DEL CORAZON	25-28	364	0.13
13	ANEMIAS	200	331	0.12
14	TOSFERINA	034	270	0.10
15	NEFRITIS, SINDROME NEFROTICO Y NEFROSIS	350	232	0.09
16	OBSTRUCCION INTESTINAL SIN MENCION DE HERNIA	344	161	0.06
17	HOMICIDIOS Y LESIONES INFLINGIDAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA.	E55	143	0.05
18	TUMORES MALIGNOS	08-14	128	0.05
19	NEUMOCONIOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS.	326	102	0.04
20	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	29	100	0.04
	DISRITMIA CARDIACA	281	288	0.11
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	46	1,662	0.61
	LAS DEMAS CAUSAS		3,815	1.40

(1) TASA POR 100,000 HABITANTES DE 1 A 4 AÑOS

FUENTE: TABULACIONES DE MORTALIDAD DE INEGL DQZIE-SSA.

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL 1980-1990



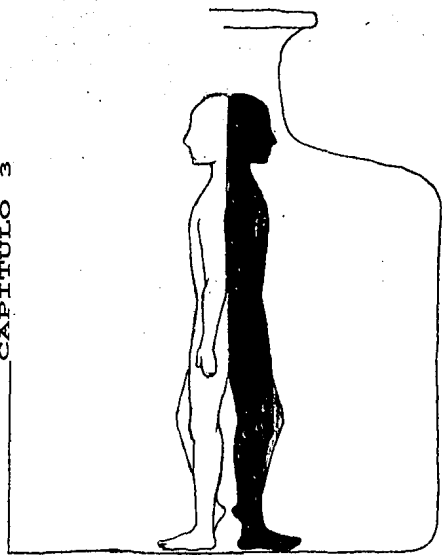
FUENTE: TABULACIONES DE MORTALIDAD INEGI-DGEE

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL,
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1991**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA	CLAVE DE LISTA BÁSICA DE LA CIE	DEFUNCIÓNES	TASA
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	45	22356	810.6
2	Enfermedades infecciosas intestinales	01	7678	278.4
3	Influenza y neumonías	321,322	7359	266.8
4	Anomalías congénitas	44	6887	249.7
5	Deficiencias de la nutrición	19	2187	79.3
6	Infecciones respiratorias agudas	310-312, 320	1235	44.8
7	Accidentes	E47-E53	1224	44.4
8	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	737	26.7
9	Septicemia	038	645	23.4
10	Enfermedades del corazón	25-28	583	21.1
11	Meningitis	220	338	12.3
12	Anemias	200	271	9.8
13	Obstrucción intestinal y hernia	343,344	218	7.9
14	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	213	7.7
15	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	143	5.2
16	Enfermedad cerebrovascular	29	132	4.8
17	Tumores malignos	08 - 14	102	3.7
18	Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas	E56	94	3.4
19	Epilepsia	225	74	2.7
20	Hepatitis vírica	046	59	2.1
	Las demás causas		4556	165.2
	TOTAL	01-E58	57091	2070.0

Tasa por 100,000 Nacidos vivos registrados (cifras preliminares)

CAPITULO 3



_____ SECUELAS
_____ PSICOLOGICAS
_____ DEL
_____ SINDROME
_____ ALCOHOLICO
_____ FETAL
_____ (SAF)

3.1 RETARDO MENTAL.

El término retardo mental, denominado también oligofrenia, discapacidades en el desarrollo, retraso mental, deficiencia mental, deficiencia intelectual o subnormalidad, no expresa una sola discapacidad en el desarrollo, sino que más bien comprende un grupo variado de ellas, cuya principal característica es una deficiencia en el desarrollo de la inteligencia.

Los niños afectados acusan una escasa capacidad de razonamiento, de comprensión, de juicio y de memorización, lo que dificulta el aprendizaje y la adaptación social.

Las discapacidades en el desarrollo se distinguen de otras enfermedades psicológicas en que la disminución de la capacidad cognoscitiva está presente desde el nacimiento o aparece durante los primeros años en que tiene lugar el desarrollo del individuo.

Se han efectuado muchos intentos para definirla en forma precisa, desde el punto de vista estadístico según el grado de inteligencia, se considera deficientes a todos los casos situados por debajo de lo normal. Este concepto se define en términos de Coeficiente Intelectual (CI), índice que se emplea para valorar la inteligencia de un individuo y obtenido mediante pruebas psicológicas apropiadas.

Numerosos autores sugieren la adopción de un coeficiente intelectual por debajo de 70 como perteneciente al retardo en el desarrollo, aunque en este rango influye la validez de las escalas de los test, así como los factores de ambiente cultural, subjetividad en la corrección y disposición del sujeto ante la prueba.

Debido a lo anterior y en un intento de tener en cuenta todos los factores que influyen para la definición del retardo en el desarrollo se sugieren seis criterios esenciales:

"El retardo en el desarrollo es un estado de incompetencia social debida a la subnormalidad mental por detención en su desarrollo, que aparece durante la maduración en el individuo, es de origen constitucional y esencialmente incurable".

1. Incompetencia social, o incapacidad funcional para desenvolverse en los asuntos personales con la habitual soltura, procurar su sostenimiento económico sin la ayuda de otros y cumplir con las responsabilidades ordinarias de todo ciudadano.
2. Subnormalidad mental, es decir, un grado de inteligencia bajo, que produce incompetencia social; incompetencia, por tanto, que no es debida a incapacidad física, enfermedad o circunstancias socioeconómicas desafortunadas.
3. Detención en su desarrollo, para dejar claro que el retardo proviene de una interrupción del desarrollo intelectual, y no de un deterioro mental posterior, propio de la psicosis o epilepsia.
4. Aparece durante la maduración del individuo, es decir, en algún momento del proceso de desarrollo intelectual.
5. Es de origen constitucional, bien por un defecto hereditario, bien por causa de algún suceso desfavorable que afecte al organismo físico hasta el punto de impedir un normal desarrollo intelectual.

6. Y es esencialmente incurable, si se mira a la raíz del mal, lo que no quiere decir que no sea posible el mismo mediante la puesta en práctica de una serie de procedimientos que, generando hábitos, alivian sustancialmente la vida, tanto al deficiente como a sus familiares.

Es importante señalar, que la deficiencia en el desarrollo no suele estar determinada por uno solo de estos criterios, sino por el conjunto de ellos. (Cervera, 1988).

Sin embargo, en algunos casos si la causa es diagnosticada y tratada a tiempo, es susceptible de remisión en algunos casos; por otro lado, se dan casos como la deficiencia mental en niños causada por ingerir bebidas embriagantes o fármacos en mujeres embarazadas. (Clarren y Jones, op. cit.; Sereno, op. cit.; Jurado, op. cit.).

La definición del retardo en el desarrollo que más se aproxima a la realidad y magnitud del problema es la de la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental: "La deficiencia mental está constituida por un grupo de síntomas que aparecen antes de que se complete el crecimiento y desarrollo de la persona y caracterizada por una reducción de la capacidad intelectual, de tal grado que llega a impedir la facultad de aprendizaje y una correcta adecuación social".

Para la Organización Mundial de la Salud, el concepto de subnormalidad mental se define, simplemente, como "un incompleto e insuficiente desarrollo de las capacidades mentales". Este concepto demasiado vago, se formula debido a que los criterios para

determinar el retardo en el desarrollo no dependen sólo del individuo afectado y su capacidad, sino que han de considerar también la actitud -siempre compleja- que adopte la sociedad frente al caso concreto: posturas generosas de asistencia al deficiente, o reacciones egoístas de autoprotección frente a algo que molesta e incomoda. Actitudes, por otro lado, que dependen del medio cultural en que se producen. (Cervera, op. cit.; Solomon, 1976; Atkinson, 1992).

El porcentaje de población que padece retraso en el desarrollo es un dato que en la actualidad es inexacto, pero las cifras recogidas indican claramente que esta disfunción está muy extendida en todos los países.

En estas estimaciones se incluyen los pocos estudios realizados en este campo, el limitado alcance de las investigaciones, la falta de un criterio adecuado para valorar la deficiencia mental, así como, los diversos métodos empleados, no todos ellos dotados de una base científica. (Cervera, op. cit.).

Para poder disponer adecuadamente los servicios asistenciales para los individuos con discapacidades en el desarrollo, es necesario conocer el número de casos que precisan esta ayuda. En varios países se han hecho los estudios pertinentes y la Organización Mundial de la Salud estimula constantemente la realización de trabajos de esta naturaleza.

La cuestión de si el retardo en el desarrollo va en aumento, o sí, por el contrario, disminuye, está muy debatida. Los avances de la medicina clínica y social, la mejora de los servicios asistenciales, etc., producen un efecto sustancial en el descenso de

aquellas formas de deficiencia mental que tienen lugar en el nacimiento o en las primeras etapas de la vida. Pero estos mismos avances quizá sirven para aumentar los niveles de supervivencia de niños subnormales que anteriormente hubiesen muerto. Por otro lado, los servicios de rehabilitación hacen posible que algunos individuos con discapacidades en el desarrollo sean capaces de su propio sostenimiento, parcial o total.

Las disfunciones en el desarrollo cognitivo son los más comunes y serios problemas del daño fetal ocasionado por el alcohol.

Se reporta que existe una reducción del coeficiente intelectual en niños con síndrome alcohólico fetal que va de 36 a 83. (Clarren y Jones, op. cit.; Streissguth, 1985; Christoffel y Salafsky, 1979; Palmer, op. cit.; Tenbrink y Buchin, 1978).

En la revisión de las series de casos publicados, las discapacidades en el desarrollo se reportan en más del 80% y se manifestó por haber encontrado en los test realizados, variaciones de dos desviaciones estándar en el coeficiente intelectual, por debajo de las medias controles. Streissguth, Herman y Smith, en 1978, evaluaron el coeficiente intelectual en 20 pacientes entre 9 meses y 21 años de edad que nacieron con síndrome alcohólico fetal y encontraron que el promedio del CI fue de 65, con un rango entre 16 y 105. Además observaron que había una relación aparente entre las manifestaciones fenotípicas del síndrome y el grado de las discapacidades en el desarrollo. (Serenó, op. cit.).

3.2 PROBLEMAS CONDUCTUALES

La hiperactividad en los niños, ha sido también vinculada con la exposición prenatal al alcohol.

Las características de la hiperactividad es que ocurre temprano en la vida, principalmente en niños y está asociada con distracción, impetuosidad, excitabilidad, dificultad de aprendizaje y problemas disciplinarios. (Cantwell, 1972; Goodwin, et. al., 1975; Morrison y Stewart, 1979).

Estudios sobre este tema indican que los llamados niños hiperactivos, con frecuencia provienen de hogares en los que el alcoholismo es un problema y que los padres biológicos, más que los adoptivos, son los agentes transmisores. (Morrison y Stewart, op. cit.).

Puesto que es probable que estos padres beban antes, durante y también después del nacimiento de estos hijos, sigue siendo una encrucijada si la hiperactividad es debido solamente a herencia genética, a exposición prenatal al alcohol o a una combinación de ambos. (Lemoine, op. cit.; Streissguth, op. cit.).

La hiperactividad no se ha definido exactamente, debido a que no hay un sólo síntoma que la defina, ninguna prueba de sangre o cualquier otro procedimiento médico, mediante el cual se diagnostique con precisión aceptable.

A veces parecería que el definir como hiperactivo a un niño activo y rebelde es más bien cuestión de que hace las cosas equivocadas, en un lugar inconveniente, en el momento inadecuado o ante los ojos observadores de la gente errónea. Por ello es sumamente

importante que al diagnosticar el síndrome alcohólico fetal en un menor, se siga observando su desarrollo para constatar adecuadamente sus alteraciones, o sus deficiencias. (Rosemond, 1992). Spohr y Steinhausen, observaron el desarrollo de niños con síndrome alcohólico fetal y en un artículo publicado en 1984 mencionan que los niños que presentan hiperactividad debida a este síndrome pueden no tener mucho en común, pero los problemas dominantes en sus familias generalmente son similares. Es típico que dentro de estas familias los padres no estén lo suficiente o satisfactoriamente unidos como fuente del círculo y que no hayan encontrado fórmulas funcionales para manejar la responsabilidad gigantesca de educar a un hijo. De muchas maneras, la conducta inestable del pequeño parece reflejar inconfundiblemente la falta de estabilidad de vivir dentro de una familia que no tiene un centro, un núcleo consistente y firme.

Los niños nacidos de madres alcohólicas también muestran poco interés por la comida y experimentan perturbaciones del sueño, tales como movimiento menos rápido del ojo, temblores y bajos niveles de toda la actividad del cuerpo.

Mientras mayor es el consumo de alcohol en las mujeres embarazadas, en su progenie, son más intensas las perturbaciones del sueño. (Sander, 1977; Streissguth y Keller, 1977; Landesman, et al., 1978).

Otra característica del síndrome alcohólico fetal es el bajo rendimiento escolar, lo cuál puede deberse a deficiencias físicas, conflictos emocionales y/o baja capacidad mental. Esto

desgraciadamente provoca que el niño en la escuela reciba críticas, amenazas, comparaciones, burlas, rechazo e indiferencia, por parte de sus compañeros o dentro de la familia misma.

Por todo esto, es sumamente importante que el niño sea atendido por un profesional, ya que él puede ayudar a controlar sus emociones, como la inestabilidad, irritabilidad y también su rendimiento escolar puede superarse, conociendo adecuadamente el diagnóstico del menor y así observar sus capacidades, para que sea canalizado a una institución en donde se cuente con el personal y material adecuados que ayuden a lograr su estabilidad. (Shannon, op. cit.; Sander, op. cit.).

3.3 CONFLICTOS FAMILIARES

Existe una tendencia creciente a admitir que la presencia en una familia de una persona incapacitada con síndrome alcohólico fetal puede constituir una pesada carga y una tensión emocional, e influir desfavorablemente en el bienestar y la eficacia social de toda la familia.

El propósito de la mayoría de los estudios del síndrome alcohólico fetal ha sido indagar acerca del origen o de la extensión de la enfermedad. Sin embargo, pocos trabajos se han hecho sobre las dificultades que estos sujetos o sus familias encuentran en el campo de la adaptación social.

Smith en 1981 mencionó, que las capacidades de los bebés con síndrome alcohólico fetal están limitadas, lo cuál significa que ellos están limitados para vivir.

Como en el caso de los niños normales, la educación de los niños con síndrome alcohólico fetal es principalmente la labor de progenitores. Los especialistas pueden ayudar al niño y a sus padres a resolver los problemas que no han estado capacitados para hacerlo. Los períodos de crisis cuando las familias pueden necesitar ayuda adicional incluyen la primera sospecha del diagnóstico, el período durante el cual se llevan a cabo los estudios diagnósticos, la entrada al colegio, los problemas de ajuste con los compañeros y hermanos, crisis familiares, problemas sexuales, el hallazgo de un trabajo, el matrimonio, la colocación en una institución, así como los complejos de culpa por parte de la madre.

El problema comienza desde que el diagnóstico del síndrome alcohólico fetal debe ser transmitido a los progenitores. Este es un período de tensión máxima. Deberá de hacerse algo más que un mero reporte de hechos, se les proporcionará ayuda a los progenitores para que puedan manejar sus sentimientos.

La ansiedad provocada por un diagnóstico de síndrome alcohólico fetal resulta en un período de desintegración emocional. Posteriormente terminan por aprender a aceptar el diagnóstico y resuelven ayudar al niño, sin embargo, en esta fase puede aparecer la separación de los cónyuges debido a que el padre culpe a su esposa de ésta enfermedad en el menor, ya que ella fue la que ingirió las bebidas alcohólicas durante su embarazo, siendo ésta la causa de las disfunciones que presenta su hijo.

La investigación para demostrar dicho diagnóstico debe ser lo suficientemente detallada y minuciosa para que se convenza a los progenitores de que se hizo todo lo posible para llegar a una valoración precisa del verdadero grado de disfunción del niño.

Los sentimientos de culpa por parte de los padres pueden dificultar los esfuerzos para educar al niño en la forma más adecuada.

La mayoría de los progenitores al final aceptan y acaban queriendo al niño y lo manejan en una forma constructiva sin una tensión emocional significativa.

El síndrome alcohólico fetal se muestra de manera distinta en cada niño. Se pueden observar bebés tan deformes físicamente que la conducta de los seres allegados sea aberrante, así como sujetos que pueden inspirar compasión; se manejan estos dos extremos ya

que el abarcar todo lo que puede provocar a su alrededor un niño, o niña con estas disfunciones, dependerá de la información que se tenga sobre esta enfermedad. (Mau, op. cit., Abel, op. cit.).

En los conflictos familiares se manifiestan severos sentimientos de culpabilidad por parte de la madre, provocando así, una protección excesiva hacia su hijo, tratando de reducir esos sentimientos, e inconscientemente causándole más daño ya que ella no tiene la menor idea de cuánto será el tiempo de vida de su hijo.

Algunos menores diagnosticados con síndrome alcohólico fetal mueren durante su primer semana de vida, otros llegan a la mayoría de edad, sin embargo, no se han realizado estudios sobre el rango de existencia vital en seres afectados de esta enfermedad.

Por lo tanto, la sobreprotección, puede disminuir aún más sus capacidades para poder enfrentarse a la vida por sí mismo.

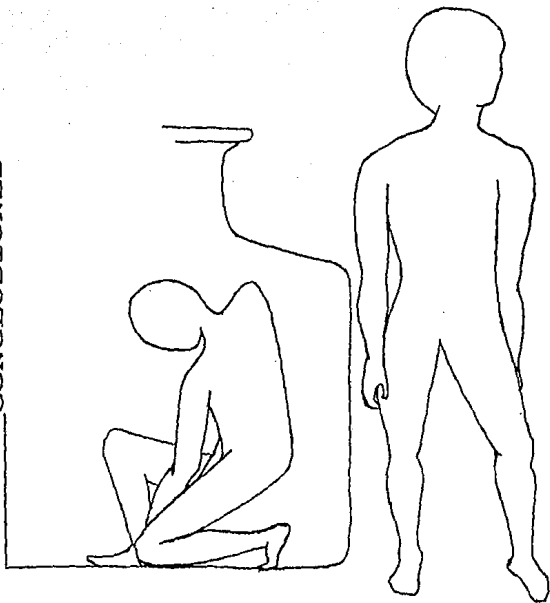
En algunos casos se han observado padres que rechazan a su esposa debido a que la encuentran culpable de que su hijo presente el síndrome alcohólico fetal, generando agresiones tanto verbales como físicas hacia su pareja y en muchas ocasiones también hacia su hijo, provocando la desintegración o disgregación familiar. (Berham, 1985; Abel, op. cit., Shannon, op. cit.).

"Lo realmente triste es cómo enfrentarán la vida estos niños sin que sean señalados", dice Streissguth (1991), una especialista en niños con síndrome alcohólico fetal: "Es precisa la capacitación para tratarlos, incluso a los severamente retardados. Con respecto a quienes sufren el efecto fetal alcohólico, infantes con ligero retraso mental, con frecuencia son evaluados incorrectamente

debido a que tienden a ser muy comunicativos y sociables. Nadie sueña que sus sistemas nerviosos están dañados". (Steinmetz, 1992).

Conforme crecen los niños con el efecto del síndrome alcohólico fetal, sus aspectos positivos pueden mudarse en defectos relacionados con el alcohol, como son, daños a la memoria, distracción, falta de juicio y de capacidad para aprender de la experiencia. Algunas víctimas abandonan los estudios debido a la frustración o son arrojados al margen de la sociedad. (Abel, op. cit.; Mau, op. cit.).

CONCLUSIONES



El uso del alcohol es un problema importante de salud pública y lo continuará siendo en nuestra nación en el futuro, porque la tradición, las actitudes sociales, políticas y religiosas favorecen su consumo; por lo muy extendido de su empleo entre la población en general; por los elevados índices de morbilidad y mortalidad que provoca; por los problemas familiares, laborales, económicos y sociales que ocasiona; por la enorme facilidad con que se puede adquirir; porque resulta una fuente importante de ingresos para el país, vía impuestos y por la ausencia de políticas y estrategias efectivas que controlen su uso dentro de una perspectiva de salud pública, así como por la enorme publicidad que se le dedica.

Debido a que el síndrome alcohólico fetal produce alteraciones en el desarrollo del producto de una mujer embarazada, es necesario alertar a las mujeres que se embarazan, ya que no sólo se dañan ellas al consumir alcohol, sino que arriesgan el que su hijo nazca con daño neurológico.

La destacada incidencia del síndrome alcohólico fetal lo convierte en una de las principales causas de defectos de nacimiento asociados a las discapacidades en el desarrollo y lo más importante es que puede ser prevenida.

Es relativamente poca la información acerca del umbral del alcohol que provoca el síndrome alcohólico fetal. No todos los expertos en este tema coinciden en la forma en que el síndrome se provoca, esto ha sido mencionado por Steinmetz (1992); ya que algunos creen, que cualquier cantidad de alcohol consumida por la madre pone al niño en riesgo; mientras que otros afirman que las

borracheras ocasionales son peligrosas sobre todo en las 12 primeras semanas de gestación.

Probablemente se necesita un nivel alto de alcohol en la sangre durante un período crítico del desarrollo embrionario para producir el síndrome alcohólico fetal. El consumo de alcohol normal puede no ser tan importante como las concentraciones máximas producidas por una borrachera de parranda en períodos críticos.

Indudablemente, hay muchos más casos en los que sólo parte del síndrome es encontrado. Estos pueden ser los ejemplos de deformaciones solas, retardo en el desarrollo, retraso en crecimiento o patrones de conducta tales como hiperactividad, sin el síndrome completo. Tales individuos pueden constituir el componente de una gran población a la que se ha diagnosticado como portadores de disfunción mínima del cerebro.

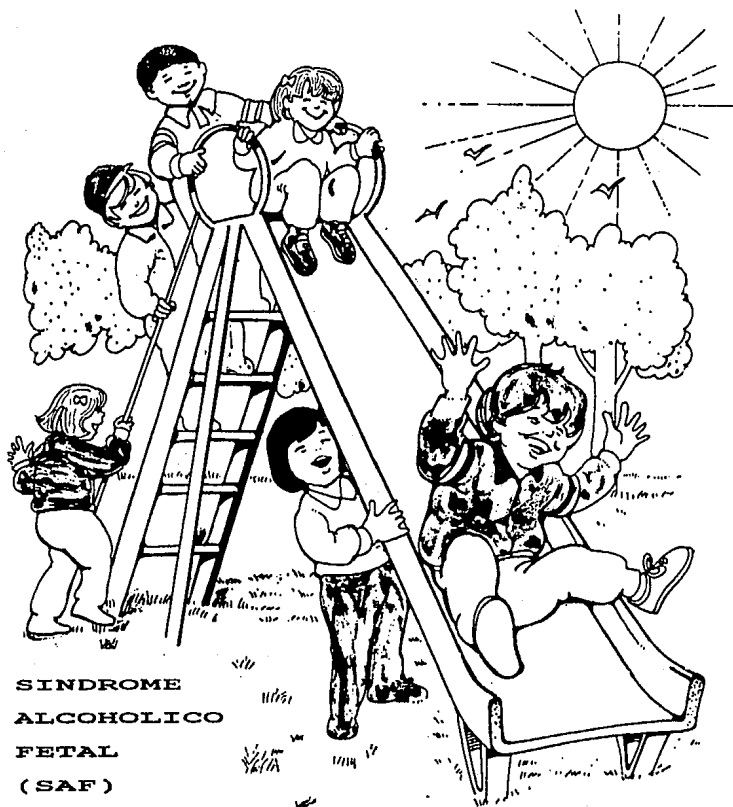
Sobre el síndrome alcohólico fetal no hay estudios en México, pero se pueden calcular las cifras ya que aproximadamente a partir de los 20 años, al enrolarse al proceso productivo, la mujer comienza a beber sistemáticamente. Las bebedoras en nuestro país lo hacen de manera oculta; lo que no podrán ocultar después será un niño condenado a sufrir de por vida este síndrome.

La problemática que representa el síndrome alcohólico fetal representa un campo de acción, el cual necesita de la intervención del psicólogo y de otros profesionistas de la salud que trabajando conjuntamente se capaciten y asesoren oportunamente a la población en riesgo y se puedan evitar efectos irreversibles en el feto de las madres que ingieren alcohol inmoderadamente.

El primordial propósito de este trabajo es proporcionar información exacta y actualizada a los profesionales del cuidado de la salud y a los trabajadores de la prevención, para usar al dar consejo a las madres y a las futuras madres antes de la concepción, antes y después del nacimiento de sus hijos.

Los padres potenciales necesitan conocer los efectos psicoactivos del alcohol sobre su fertilidad y su funcionamiento sexual, así como sobre su impacto en el embarazo y el alumbramiento.

Como ya se dijo con anterioridad, hace falta que la gente conozca más acerca del fenómeno llamado Síndrome Alcohólico Fetal, por lo que me permití traducir y presentar a continuación un folleto editado por Addiction Research Foundation y Association of Iroquois and Allied Indians, el cual podría utilizarse en los programas de prevención primaria.



**SINDROME
ALCOHOLICO
FETAL
(SAF)**

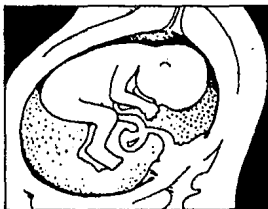
EL DEFECTO PREVENIBLE DEL RECIEN NACIDO

¿QUE ES EL SINDROME ALCOHOLICO FETAL?

El SAF es una enfermedad que incluye los siguientes defectos en el recién nacido:

- bajo peso al nacer
- cabeza pequeña, ojos pequeños y alargados, labios delgados y nariz corta
- retraso para caminar y hablar
- retardo mental

Un bebé afectado por el alcohol puede tener algunos o todos estos síntomas.

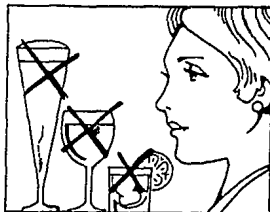


¿COMO AFECTA EL ALCOHOL AL FETO?

El feto adquiere su alimento a través de la placenta. Si la madre bebe alcohol, éste va al organismo del bebé también.

¿QUE CANTIDAD DE ALCOHOL SE PUEDE BEBER SIN CORRER RIESGOS?

Las investigaciones demuestran que el riesgo para el feto es mayor dependiendo de como y con que frecuencia beba la madre. igualmente una borrachera ocasional puede ser perjudicial. Por lo que, muchos doctores recomiendan que las mujeres embarazadas no consuman alcohol, incluyendo cerveza y vino.



¿QUIEN ES AFECTADO POR EL SAF?

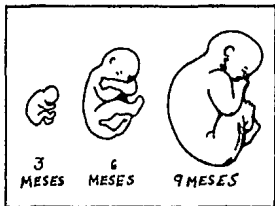
El Síndrome Alcohólico Fetal puede afectar a cualquiera. Sin distinguir raza, sexo, edad o posición, nadie es inmune.

Cualquier bebé, que su mamá haya tomado durante el embarazo, esta en peligro.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

¿EN QUE PERIODO DEL EMBARAZO PUEDO BEBER ALCOHOL?

Mucha gente cree que solamente durante los tres primeros meses del embarazo el feto puede ser afectado. Esto no es verdad, ya que el desarrollo del feto continúa justo hasta al parto. Por lo tanto, no es seguro durante ningún momento del embarazo que una mujer beba alcohol.



¿QUE DEBO EVITAR DURANTE MI EMBARAZO?

Además del alcohol, toda mujer embarazada debería evitar el tabaco y consultar con su médico acerca del uso de cafeína, fármacos y sobre el contenido de los medicamentos, así como de vitaminas, calmantes y remedios.

¿LOS PADRES BEBEDORES PUEDEN AFECTAR AL BEBE?

Los científicos no están seguros si los padres bebedores pueden causar genéticamente daño a sus hijos. Pero si alguno o ambos padres son bebedores activos y se apoyan cada uno por evitar el alcohol y otras sustancias potencialmente perjudiciales, el bebé será beneficiado.

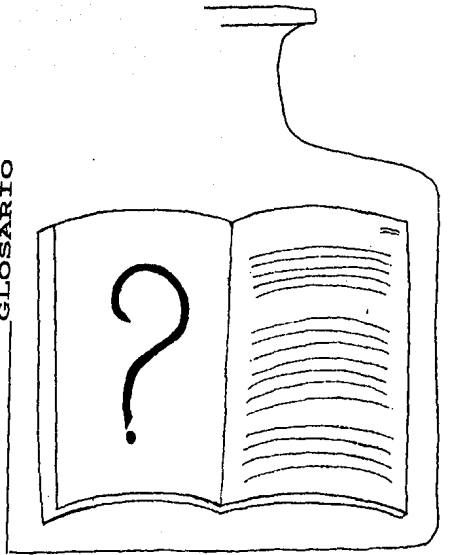


¿SE PUEDE PREVENIR EL SINDROME ALCOHOLICO FETAL?

El SAF puede presentarse solamente si la madre bebe alcohol durante el embarazo. Si ella no consume alcohol, el SAF no se presenta.

EL SAF ES TOTALMENTE PREVENIBLES

BIBLIOGRAFIA
GLOSARIO



Abel, E.L. (1980). Psychological Bulletin. Fetal alcohol syndrome: Behavioral teratology. 87, 29-50.

Anderson, D. (1991). Las bebidas y la salud social: Controversias y evidencias. México: Fundación de Investigaciones Sociales.

Armor, D.J., et al. (1981). The curse of alcoholism: Four years after treatment. New York: Wiley-Interscience.

Atkinson, L. (1992). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Fetal alcohol syndrome. 31, 563.

Ayala-Velázquez, H. (1993). El curso del alcoholismo: Una visión psicológica. Revista de Investigación Psicológica. Facultad de Psicología. UNAM.

Barron, J. (1987). Fetal alcohol syndrome. New England.

Bellsola, G.D. (1979). Alcohol y tabaco. México: Olimpo.

Belsasso, G. (1992). Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas 1992-1994. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Consejo Nacional contra las Adicciones.

Berham, R.E., et al. (1985). Enfermedades del feto y del recién nacido. (Houghton, Trad.). (3a. ed.). New York.

Berruecos, L. (1983). Aspectos antropológicos del alcoholismo. En Molina, V.P., et al. El alcoholismo en México: III. Memorias del seminario de análisis. (pp. 31-50). México: Fundación de Investigaciones Sociales.

Blane, T.H. y Leonard, E.K. (1987). Psychological theories of drinking and alcoholism. New York: Guilford.

Boletín Mensual Epidemiología. (1992). Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. 7 (9): 168. México.

Borges, G. (1988). Salud Pública de México. Consumo moderado de bebidas alcohólicas por mujeres embarazadas. Una controversia epidemiológica. 30 (1), 14-24.

Calderón, N.G. (1981). Problemas psicosociales: Alcoholismo, en salud mental comunitaria. México: Trillas.

Cantwell, D.P. (1972). Psychiatric illness in the families of hyperactive children. 27, 414-417.

Cervera, E.S. (1988). No te rindas ante la deficiencia mental. Madrid: Rialp.

Christoffel, K.K. y Salafsky, I. (1975). Fetal alcohol syndrome in dizygotic twins. 87, 963-967.

Clarren, S.K. (1978). The alcohol syndrome. New England.

Clarren, S.K. (1985). JAMA. Recognition of fetal alcohol syndrome. 23.

Clarren, S.K. y Smith, D.W. (1978). New England Journal of Medicine. The fetal alcohol syndrome: A review of the world literature. 298, 1063-1067.

Curso para padres de familia. (1986). Las bebidas alcohólicas y la salud. Centro de Psiquiatría y Neurofisiología Clínica, A.C. (CEPNEC). 156.

Dehaene, P.H. (1977). Revue de l'Alcoolisme. Le syndrome d'alcoolisme foetal dans le nord de la France. 23, 145-158.

Dilts, P.V. (1970). American Journal of Obstetrics and Gynecology. Placental transfer of ethanol. 108, 1195-1198.

Dobbie, J. y Philipa, B. (1977). Addictions. Fetal alcohol syndrome. pp. 4-15.

Elizondo, J.A.L. (1983). La influencia de los factores psicológicos en el abuso del alcohol y el alcoholismo. En Molina, V.P., et al. El alcoholismo en México: III. Memorias del seminario de análisis. (pp. 157-160). México: Fundación de Investigaciones Sociales.

Elizondo, J.A.L. (1989). Evolución histórica del concepto de alcoholismo. En Velasco-Fernández, R. Alcoholismo: Visión integral. (pp. 39-47). México: Trillas.

Encuesta Nacional de Adicciones. (1989). Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.

Fernández, H.V. (1983). El alcoholismo en México, aspectos de salud pública. En Molina, V.P., et al. El alcoholismo en México: III. Memorias del seminario de análisis. (pp. 229-235). México: Fundación de Investigaciones Sociales.

Fritchie, M.H. (1972). El alcohol, tabaco y otras drogas pueden afectar al los niños por nacer. England.

Fryns, J.P. (1977). Acta Paediatrica Belgica. The fetal alcohol syndrome. 30, 117-121.

Goodwin, D.W., et al. (1975). Alcoholism and hyperactive child syndrome. 160, 349-353.

Guevara, L. (1974). Alcoholismo. Alcoholismo y sus consecuencias. Aspectos anatomofisiológicos. pp. 213-227.

Hall, B.D. y Orenstein, W.A. (1974). Lancet. Noonan's phenotyne in a offspring of an alcoholic mother. 1, 680.

Hawkins, D., et al. (1991). Psychological Bulletin. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems, in adolescence and early adulthood. Implications for substance abuse prevention.

Herrman, J., Pallister, P.D. y Opitz, M.J. (1980). European Journal of Pediatrics. Tetraectrodactyly an other skeletal manifestations in the fetal alcohol syndrome. 133, 221-226.

Jones, K.L. y Smith, D.W. (1973). The Lancet. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. 6, 1-13.

Jones, K.L. y Smith, D.W. (1973). The Lancet. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. 11, 999-1001.

Jurado, E.G. (1988). Efectos del etanol en el proceso de la reproducción humana. En Velasco-Fernández, R. Alcoholismo: Visión integral. (pp. 226-240). México: Trillas.

Kaim, E. (1972). Alcohol use and abuse among womwn. En Third Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. (pp. 50-53). U.S.A.

Kesaniemi, W. (1975). The fetal alcohol syndrome. New York.

Krieger, H.P. (1965). *Complicaciones médicas, quirúrgicas y ginecológicas en el embarazo*. (Blengio, Trad.). (2a. ed.). New York: Interamericana.

Kumate, J.R. (1992). *Presentación*. En Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas 1992-1994. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Kyllerman, H. (1985). *The child of alcoholic mothers*. New York.

Landesman, D.S. (1978). *Neurobehavioral Toxicology and Teratology. Behavioral correlates of prenatal alcohol exposure: A four year follow up study*. 3, 187-193.

Lemoine, P. (1978). *Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées*. 25, 476-482.

Mann, I.L., Bhakthavathsalan, A., Liu, M. y Makowski, P. (1976). *American Journal Obstet Gynecol. Effect of alcohol on fetal cerebral function and metabolism*. 122 (7), 845-851.

Mann, I.L., Bhakthavathsalan, A., Liu, M. y Makowski, P. (1975). *Fetus, Placenta and Newborn. Placental transport of alcohol and its effect on maternal and fetal acid-base balance*. pp. 837-844.

Mau, G. (1980). European Journal of Pediatrics. Moderate alcohol consumption during pregnancy and child development. 133, 233-237.

Molina, V.P., et al. (1985). El alcoholismo en México: I. Patología. México: Fundación de Investigaciones Sociales.

Montesano, B. (1991). Consejo Nacional Contra las Adicciones. Alarmante consumo de drogas entre mujeres embarazadas. 3, 6. México.

Morbilidad. (1989). Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. México.

Morbilidad. (1992). Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. México.

Morrison, J.R. y Stewart, M.A. (1973). Archives of General Psychiatry. The psychiatric status of legal families of adopted hyperactive children. 28, 888-891.

Mulvihill, J.J. y Yeager, A.M. (1976). Teratology. Fetal alcohol syndrome. 13, 345-348.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1987). Program strategies for preventing fetal alcohol syndrome and alcohol-related birth defects. pp. 3-16.

Palmer, R.H., et al. (1974). Congenital malformations in offspring of a chronic alcoholic mother. 53, 490-494.

Peregrina, R. (1983). Aspectos agrícolas, industriales y comerciales. En Molina, V.P., et al. El Alcoholismo en México: III. Memorias del seminario de análisis. (pp. 93-103). México: Fundación de Investigaciones Sociales.

Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. (1986). Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones. México.

Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. (1992-1994). Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Consejo Nacional Contra las Adicciones. México.

Rice, P.D., et al. (1990). U.S. Department of Health and Human Services. The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness. pp. 152-154.

Román, C.C., et al. (1984). El alcoholismo en México: IV. Historia y legislación. México: Fundación de Investigaciones Sociales.

Root, A.W. (1975). Journal of Pediatrics. Hypothalamic-pituitary function in the fetal alcohol syndrome. 87, 585-587.

Rosemond, K.J. (1992). Porque lo mando yo. (3a. ed.). México: Libra.

Rosett, H.L. (1980). Alcoholism. A clinical perspective of the fetal alcohol syndrome. 87, 29-50.

Sahagún, Fray B. de (1979). Historia general de las cosas de la Nueva España. (4a. ed.). México: Porrúa.

Sander, L.W., et al. (1977). Effects of alcohol in take during pregnancy on newborn state regulation. 1, 233-241.

Schroeder, C.R. (1983). El mundo de las drogas. (2a. ed.). México: Edamex.

Schwenk, H. y Gradtke, M.E. (1976). Síndrome de alcohol en fetos y otros efectos del alcohol sobre productos del embarazo. New York.

Sereno, J.A.C. (1985). Daño fetal en el embarazo de la mujer alcohólica. En Molina, V.P., et al. El alcoholismo en México: I. Patología. (pp. 159-164). México: Fundación de Investigaciones Sociales.

Seventh Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. (1990). Fetal alcohol syndrome and other effects of alcohol on pregnancy outcome. pp. 139-161.

Severo, I. (1981). Principios del método de la investigación científica. México: Tiempo y Obra.

Shannon, C.P., et al. (1990). U.S. Department of Health and Human Services. Alcohol, tobacco, and other drugs may harm the unborn. pp. 3-21.

Sixth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. (1987). Fetal alcohol syndrome and other effects of alcohol on pregnancy outcome. pp. 80-96.

Smith, D.F., et al. (1981). Neurobehavior. Intrinsic defects in the fetal alcohol syndrome: Studies on 76 cases from British Columbia and the Yukon territory. 3.

Solomon, P. y Patch, V.D. (1976). Manual de psiquiatría. (2a. ed.). México: Manual Moderno.

Spohr, H.L. y Steinhausen, H.C. (1984). Clinical, psychopathological and developmental aspects in children with the fetal alcohol syndrome: A four year follow up study. Londres: Pitman.

- Steinmetz (1992). *Pediatric Annals*. Fetal alcohol syndrome. 10, 6.
- Streissguth, A.P. (1976). *Maternal alcoholism and the outcome of pregnancy: A review of the fetal alcohol syndrome*. New York: Grune y Stratton.
- Streissguth, A.P. (1985). *Annals of the New York Academy of Sciences*. Psychological handicaps in children with fetal alcohol syndrome. 273, 140-145.
- Streissguth, A.P. y Keller, C.P. (1977). *Journal of Pediatrics*. Intellegence and dysmorphogenesis in the fetal alcohol syndrome. 90, 350-362.
- Tenbrink, M.S. y Buchin, S.Y. (1978). *Journal of the American Medical Association*. Fetal alcohol syndrome.
- Third Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. (1978). *The fetal alcohol syndrome and other effects on offspring*. pp. 171-193.
- Velasco-Muñoz, M.P.L. (1983). Aspectos sociológicos del alcoholismo. En Molina, V.P., et al. *El alcoholismo en México: III. Memorias del seminario de análisis*. (pp. 57-66). México: Fundación de Investigaciones Sociales.

Velasco, R.F., et al. (1986). Las bebidas alcohólicas y la salud. Centro de Psiquiatría y Neurofisiología Clínica, A.C. México.

Velasco, R.F. (1990). Esa enfermedad llamada alcoholismo. (8a. ed.). México: Trillas.

Wallgren, H. y Barry, H. (1970). Actions of alcohol. Amsterdam: Elsevier.

ACETALDEHIDO. Sustancia química más tóxica que el alcohol etílico, resultado de la degradación química del alcohol en el organismo.

EMBRIAGUEZ. También llamada borrachera, es la pérdida de la razón causada por el consumo excesivo de alcohol.

EMBRIOFETOPATIA. Serie de formas por las cuales pasa un organismo desde el huevo o espora hasta el estado adulto.

ETANOL O ALCOHOL ETILICO. Nombre químico de la sustancia contenida en todas las bebidas alcohólicas que les da su característica de intoxicantes.

FARMACO O DROGA. Cualquier sustancia que contiene elementos químicos y que al ser introducida en el organismo produce cambios en el funcionamiento de algún aparato o sistema.

FETAL. Perteneciente o relativo al feto.

FETO O EMBRION. Producto de la concepción antes de su cabal desarrollo.

ORGANOGENESIS. Relativo a la formación y desarrollo de los órganos; principalmente se refiere a las primeras semanas de gestación de una mujer.

SIGNO. Manifestación de una enfermedad que es percibida por el médico mediante la exploración del paciente.

SINDROME. Conjunto de síntomas característicos de una enfermedad.

SINDROME ALCOHOLICO FETAL. Enfermedad que se presenta en algunos recién nacidos cuyas madres bebieron alcohol durante su embarazo, fundamentalmente las primeras doce semanas. Se caracteriza principalmente por la presencia de discapacidades en el desarrollo, deficiencias en el crecimiento y deformaciones faciales.

SINDROME DE SUPRESION (AL ALCOHOL). Conjunto de síntomas y signos que se presentan en un alcohólico cuando deja de beber. Los más frecuentes son la angustia, el insomnio, las pesadillas, el sudor, los miedos motivados. En casos más graves se presentan delirios y alucinaciones.

SINTOMA. Manifestación de una enfermedad, que es percibida por el paciente y que puede comunicar verbalmente.

TERATOGENO. Agente que produce defectos en el organismo, refiriéndose al alcohol.

TOLERANCIA (AL ALCOHOL). Fenómeno por medio del cual el individuo se va acostumbrando a los efectos del alcohol, lo que da lugar a que pueda beber mayor cantidad sin emborracharse, de tal modo que paulatinamente necesitará beber más para obtener los mismos efectos que antes lograba con menor cantidad.

TOXICO. Perjudicial al organismo.

TUBO NEURONAL, DEFECTOS DEL. También conocido como espina bífida, se refiere a la columna vertebral hendida en dos.