

**“PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO Y RELACIÓN A TRASTORNO DISOCIAL
DE LA CONDUCTA EN ADOLESCENTES DE JEREZ ZAC.”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

CECILIO GARCIA REYES

A U T O R I Z A C I O N E S

DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
ZACATECAS, ZAC.

DRA MA DEL CARMEN FRAIRE GALINDO
ASESORA CLINICA Y METODOLOGICA DE TESIS

DR. JOSE ARMANDO PÉREZ RAMÍREZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR #1
ZACATECAS, ZAC.

ZACATECAS ZAC.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS.

- Mi agradecimiento infinito al ser divino que nunca vemos, pero que sabemos que siempre está ahí ,a mi” DIOS “que me da la oportunidad de levantarme siempre que me encuentro derrotado y me ayuda a seguir adelante permitiendo mi superación, para ser un mejor profesional y ser humano con mis pacientes.

- A San Judas Tadeo que es el santo al que siempre recorro cuando mi camino se hace más pesado y difícil, y nunca me ha dejado solo cuando he necesitado de su ayuda divina.

- A mis padres quienes con mucho esfuerzo me dieron la oportunidad de ser alguien útil a la sociedad, nunca permitieron que tomara caminos equivocados y siempre han apoyado mis decisiones, por eso doy mil gracias a mis viejos.

- A mis hermanos sin omitir a ninguno, ya que siempre han estado cerca de mí, nunca me han dejado solo y siempre me han demostrado un gran amor y respeto, siempre les estaré infinitamente agradecido.

- A mi mujercita Antonia, quien estuvo en los momentos más difíciles de mi vida, sin su apoyo, ayuda y comprensión seguramente hoy no estaría el lugar donde estoy ahora.

- A mi maestra, la Dra. Carmen Fraire, quien fue más que maestra una gran amiga y de quien tuve siempre todo el apoyo para terminar con éxito la especialidad de Medicina Familiar.

- A mis compañeros y amigos, quienes son para mí como una familia, gracias por brindarme su amistad, siempre los recordare con cariño.

- A mis pacientes, que siempre me han demostraron cariño y respeto.

NUNCA DEJES DE SER UNA PERSONA HUMILDE.

- ❖ SIEMPRE TRATA DE SER HUMILDE, PORQUE LA HUMILDAD ES LA VIRTUD MAS GRANDE DE UN SER HUMANO.
- ❖
- ❖ EL SER UNA PERSONA HUMILDE TE ENSEÑARA A RECONOCER TUS ERRORES Y TE AYUDARA A APRENDER DE ELLOS.
- ❖
- ❖ LA HUMILDAD TE DARA LAS MAS GRANDES SATISFACCIONES, PORQUE TE DARAS CUENTA QUE LAS PERSONAS QUE ESTAN FRENTE A TI TE RESPETARAN Y TE DARAN SU CARIÑO.
- ❖
- ❖ NUNCA DEJES DE SER HUMILDE, POQUE EN ESE MOMENTO PASARAS AL MUNDO DE LA SOBERBIA Y TE DARAS CUENTA QUE EL SENTIRTE SUPERIOR A TODOS, AL FINAL TE LLEVARA A LA TRISTE REALIDAD DE LA SOLEDAD.
- ❖
- ❖ SIEMPRE SE HUMILDE, PORQUE TE PERMITIRA ESCUCHAR EL CONSEJO DE UN AMIGO, Y TE DARAS CUENTA DE QUE NADIE LO SABE TODO Y ES DE SABIOS CAMBIAR DE OPINION.
- ❖
- ❖ LA HUMILDAD TE ABRIRA TODAS LAS PUERTAS Y LO MAS BONITO, TE SENTIRAS UTIL FRENTE A LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN A TU ALREDEDOR.
- ❖
- ❖ LA HUMILDAD LLENARA TU ALMA Y CORAZON DE MUCHA PAZ Y AMOR.

INDICE

1.- Marco teórico (antecedentes)	2
2.- Planteamiento del problema	18
3.- Justificación	19
4.- Objetivos de investigación	21
4.1. Objetivo general	21
4.2. Objetivos específicos	21
5- Metodología	22
5.1 Clasificación del diseño de estudio	22
5.2 Población de estudio	22
5.3 Muestra	23
5.4 Variables de estudio	23
5.5 Operacionalización de las variables	24
5.6 Plan de análisis	26
5.7 Instrumentos de recolección	26
5.8 Procedimientos	26
5.9 Consideraciones Éticas	27
6.- Resultados	28
7.-Discusión	30
8.-Conclusiones	31
9.- Bibliografía	32
10.- Anexos	34
11.- Tablas y graficas	39

1.-MARCO TEORICO:

Alcoholismo.

El alcoholismo es un síndrome que consiste en 2 fases: ingestión problema y adicción al alcohol. La primera es el uso repetido de alcohol, a menudo para aliviar tensiones o resolver problemas emocionales. La segunda es una toxicomanía verdadera similar a la que se produce después del uso repetido de otros sedantes hipnóticos; con una gran frecuencia entre individuos sin hogar. Las personas que abusan del alcohol y otras drogas, tienen una prevalencia mucho mayor de trastornos psiquiátricos durante su vida. Aunque la relación de varón a mujer en los centros de tratamiento de alcohólicos continúa de 4:1, existe evidencia de que los índices tienden a converger. Las mujeres tardan en buscar ayuda y cuando lo hacen tienden a buscarla en atención médica o de salud mental.¹

El alcoholismo es una dependencia con características de adicción a las bebidas alcohólicas. Su causa principal es la adicción provocada por la influencia psicosocial en el ambiente social en el que vive la persona. Se caracteriza por la constante necesidad de ingerir sustancias alcohólicas, así como por la pérdida del autocontrol, dependencia física y síndrome de abstinencia. El alcoholismo supone un serio riesgo para la salud que a menudo conduce a la muerte como consecuencia de afecciones de tipo hepática como la Cirrosis hepática, hemorragias internas, intoxicación alcohólica, accidentes o suicidio. El alcoholismo no está fijado por la cantidad ingerida en un periodo determinado: personas afectadas por esta enfermedad pueden seguir patrones muy diferentes de comportamiento, existiendo tanto alcohólicos que consumen a diario, como alcohólicos que beben semanalmente, mensualmente, o sin una periodicidad fija. Si bien el proceso degenerativo tiende a acortar los plazos entre cada ingesta. El consumo excesivo y prolongado de esta sustancia va obligando al organismo a requerir cantidades crecientes para sentir los mismos efectos, a esto se le llama "tolerancia aumentada" y desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo hasta que llega a un límite en el que se invierte la supuesta resistencia y entonces "asimila menos", por eso tolerar más alcohol es en sí un riesgo de alcoholización.²

En nuestro país un 25.7% de los adolescentes a nivel nacional entre 12 y 17 años bebió alcohol por lo menos en una ocasión en el último año, representando más de 3 millones de personas. El consumo es mayor en las zonas urbanas que en las rurales y se presenta con más frecuencia en hombres.³

En relación al consumo de alcohol en la población de adolescentes, la prevalencia de esta conducta en Zacatecas es menor a 17.7%, este consumo de alcohol fue mayor en los hombres que en mujeres.⁴

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002, permite caracterizar de varias maneras a las personas dada su condición de consumo de alcohol.

Al analizar la frecuencia de consumo (número de veces que se consume por tiempo), es posible señalar que 41.7% de la población de 12 a 29 años es bebedora actual (consumió alcohol al menos una vez durante el año anterior a la entrevista). Entre las personas de 12 a 17 años, el porcentaje de bebedores actuales es de 25.8%, desagregándose en 30.7% para los hombres y 20.9% para las mujeres; los porcentajes correspondientes al grupo de 18 a 29 años son de 52.5%, con 68.5% de los varones y 40.4% de las mujeres.

Otra forma de caracterizar el consumo de alcohol de las personas es por medio del patrón de consumo (cantidad de alcohol ingerida por tiempo). Entre los jóvenes de 12 a 17 años, destacan los que nunca han ingerido alcohol o no lo hicieron durante el último año (abstemios, 74.3%) en un extremo, y los que consumen de una a cuatro copas por lo menos una vez a la semana o cinco copas o más hasta tres ocasiones por mes (bebedores frecuentes, 1.4%) junto con los que beben diariamente y que al menos una vez a la semana consumen cinco copas o más por ocasión (bebedores consuetudinarios, 1.1%) en el otro extremo. Para los jóvenes de 18 a 29 años los porcentajes son de 47.5%, 4.1% y 5.3% en cada uno de los patrones de consumo.

El porcentaje de personas que reportó la bebida específica que consume, indica que entre los jóvenes de 12 a 17 años el primer lugar corresponde a la cerveza (39.3%), seguida por los vinos de mesa (22.3%) y los destilados (ron, brandy, etc, 21.6%); para las personas de 18 a 29 años, el orden es: cerveza (45.6%), destilados (29.3%) y vinos de mesa (12.7%).⁵

A nivel mundial, se consume al año un promedio de 5 litros de alcohol puro procedente de la cerveza, el vino y los licores. Europa posee el consumo medio de alcohol más elevado, seguida por América y África. Suele aumentar con el desarrollo económico. Sin embargo, el consumo se mantiene bajo en algunas regiones en las que la población es mayoritariamente musulmana.

Las preferencias nacionales por determinados tipos de bebidas son muy variadas. Por ejemplo, algunos países de Europa y África prefieren la cerveza, mientras que el vino es el favorito en los países vinícolas europeos y los licores, en la Europa del Este, en Asia y en algunos Estados insulares. Sin embargo, los consumidores se abren cada vez más a bebidas diferentes a las que se producen habitualmente en sus países.

El consumo de alcohol durante el embarazo pone en peligro el desarrollo del feto. El abanico de posibles efectos incluye un crecimiento lento, defectos de nacimiento o retraso mental. Además puede causar el aborto espontáneo o el nacimiento prematuro.

En comparación con aquellos que no beben alcohol en absoluto, un consumo de bajo a moderado puede suponer ciertos beneficios para la salud, sobre todo cuando se bebe durante las comidas. Puede reducir el riesgo de padecer un tipo común de apoplejía, enfermedades coronarias, así como determinados tipos de diabetes. Sin embargo, un consumo mayor de alcohol puede aumentar el riesgo de contraer dichas afecciones.

La violencia doméstica se produce a menudo cuando uno de los miembros de la pareja, o ambos, han estado bebiendo. El consumo excesivo de alcohol se ha relacionado sobre todo con la violencia dentro de la pareja y, en menor medida, con la violencia hacia terceros.

Esto se debe probablemente a que la proximidad proporciona más oportunidades para la violencia. No obstante, se necesita más información para poder explicar el complejo papel que desempeña el alcohol en estos incidentes. Es necesario poner en marcha observatorios nacionales para realizar un seguimiento del consumo del alcohol y sus consecuencias, que despierten una mayor conciencia sobre el problema y propicien el debate entre la ciudadanía y los responsables políticos.⁶

Familia.

Para algunos autores, el origen etimológico de la palabra familia es muy incierto. Unos sostienen que proviene de la voz latina *fames* ("hambre"); otros afirman que proviene de la raíz latina *famulus* ("sirviente" o "esclavo doméstico") que se utilizaba para designar el conjunto de esclavos de un romano. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la familia era regida por el *pater familias*, quien ostentaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos huérfanos. La razón de la existencia de la familia no puede abordarse únicamente como la respuesta a la necesidad de reproducción biológica de las sociedades. La reproducción de una sociedad, esto es, la incorporación de nuevos miembros en el tejido de relaciones sociales, no se realiza únicamente por medios biológicos. Si se considera que la familia debe reproducirse biológicamente, esta concepción de la institución que se aborda en el artículo no serviría para calificar como «familias» a aquellos grupos donde *Ego* o su consorte (o ambos) están incapacitados de reproducirse biológicamente. Antropólogos y sociólogos han desarrollado diferentes teorías sobre la evolución de las estructuras familiares y sus funciones. Según éstas, en las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares, a menudo unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban juntos parte del año pero que se dispersaban en las estaciones con escasez de alimentos. La familia era una unidad económica: los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños. En este tipo de sociedad era normal el infanticidio (muerte dada violentamente a un niño de corta edad) y la expulsión del núcleo familiar de los enfermos que no podían trabajar.

Después de la Reforma protestante en el siglo XVI, el carácter religioso de los lazos familiares fue sustituido en parte por el carácter civil. La mayor parte de los países occidentales actuales reconocen la relación de familia fundamentalmente en el ámbito del derecho civil, y no es sino hasta el siglo XVIII que incorporan el concepto de infancia actual: Según expone Claude Lévi-Strauss, la familia encuentra su origen en el matrimonio, consta de esposo, esposa e hijos nacidos de su unión y sus miembros se mantienen unidos por lazos legales, económicos y religiosos. Además, establece una red de prohibiciones y privilegios sexuales y a una cantidad variable y diversificada de sentimientos psicológicos como amor, afecto, respeto, temor, etc. En oposición a este enfoque, Radica Coomaraswamy defiende que "no se debería definir la familia mediante una construcción formalista, nuclear, la de marido, mujer e hijos. La familia es el lugar donde las personas aprenden a cuidar y a ser cuidadas, a confiar y a que se confíe en ellas, a nutrir a otras personas y a nutrirse de ellas".

Para la sociología, una familia es un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco. Los lazos principales son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.

También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros:

- familia nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar»;
- familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines;
- familia compuesta, es sólo padre o madre y los hijos, principalmente si son adoptados o si tienen un vínculo consanguíneo con alguno de los dos padres;

- familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres;
- otros tipos de familias: aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en la mismo espacio por un tiempo considerable.

Existen sociedades donde al decir "familia" se hace referencia a la familia nuclear, y otras en las que se hace referencia a la familia extensa. Este significado es de origen cultural y depende en gran parte del grado de convivencia que tengan los individuos con sus parientes. En muchas sociedades, principalmente en Estados Unidos y Europa occidental, también se presentan familias unidas por lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legales. Entre este tipo de unidades familiares se encuentran las familias encabezadas por miembros que mantienen relaciones conyugales estables no matrimoniales, con o sin hijos.⁷

Adolescencia

La adolescencia es un periodo de transición y enlace entre la infancia y la condición del adulto. Esta etapa marca un aumento brusco y considerable, que se ha llamado brote de crecimiento adolescente, el patrón de crecimiento varía para hombres y mujeres, respectivamente. Todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo toman parte en el brote adolescente, lo que se refleja en talla peso y superficie corporal. La principal característica observada, además del crecimiento acelerado, es el desarrollo importante del tejido gonadal y la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta llegar a la completa funcionalidad reproductiva.⁸. A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada a los doce o trece debido a cambios hormonales, la *adolescencia* puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo pues ésta relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo sino que depende de factores psico-sociales más amplios y complejos, originados principalmente en el seno familiar.

La OMS la define como el periodo de la vida en el cual se adquiere capacidad reproductiva, cambian los rasgos psicológicos de la niñez y se consolida la independencia socio-económica.⁹ Los cambios y características transcurren en diferentes etapas denominadas: adolescencia inicial o temprana, adolescencia media y adolescencia tardía. A continuación describimos los mismos en cada una de las etapas:

Adolescencia inicial o temprana. 10 a 14 años

Es propio de esta etapa un aumento de la estatura, del peso corporal y de la fuerza muscular. Aparecen los caracteres sexuales.

En el caso de la mujer el primer signo del comienzo de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas, a esta le sigue muy de cerca el crecimiento del vello pubiano. En el varón el primer cambio es el aumento del volumen testicular, un ligero arrugamiento de los escrotos y la aparición de vellos pubianos. Aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene.

Adolescencia media. (12 a 16 años).

Desde el punto de vista puberal, en la mujer aparece la menarquia que da inicio a la etapa que da inicio a la etapa. En el varón continúa el crecimiento del pene y la laringe, que ocasiona el cambio de voz característico. En este momento generalmente se produce el estirón masculino, aunque un poco más tardío es mayor que en el de la mujer. Los adolescentes sienten más preocupación por la apariencia y desean aumentar el poder de atracción. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad. En esta etapa se inicia el pensamiento abstracto.

Adolescencia tardía. (17 a 19 años).

En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El adolescente establece una identidad personal y social que pone fin a la etapa.¹⁰

Violencia

Con base en este concepto, se identifica tres tipos de violencia: físico, psicológico, y sexual que pueden producirse aisladamente, pero es mas frecuente que se presente de manera combinada o mixta.

El maltrato físico se considera las acciones y las omisiones intencionales que producen lesiones y daños personales. Bajo el nombre de lesiones se comprenden las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, y todo aquello que altere la salud, y que son producidas por causas externas.

El maltrato psicológico incluye a las conductas que atentan directa o indirectamente contra la integridad emocional de una persona.

El maltrato sexual considera a las conductas que tienden a menoscabar o devaluar a otra persona en su expresión de género.

En los estados unidos la violencia es considerada como el mayor problema de salud publica; la mitad de las victimas de agresión y homicidio, son familiares o conocidos de sus agresores y se estima que anualmente 3'300,000 mujeres son golpeadas severamente por sus esposos. En este mismo país se estimo que en una de cada 6 familias un cónyuge maltrataba físicamente al otro. El 20% de los pacientes con traumatismos físicos y el 25% de los homicidios de mujeres, registrados en los servicios de urgencias de los hospitales de EU, están relacionados con violencia conyugal.

En México con la expedición, por la secretaria de salud, de la "Norma Oficial" prestación de servicios de salud. Criterios para la Atención Medica de la Violencia Familiar, en la que se propone establecer el sistema de información correspondiente es posible que se generen datos y cifras que permitan conocer mas acerca de la incidencia y prevalencia de la violencia doméstica en la población que acude a los servicios médicos del sistema Nacional de Salud , la cual aunque fuera limitada en relación con la población en general, permitirá ampliar su conocimiento. ¹¹

Hoy en día, la violencia humana es un problema de tal magnitud que varios países lo consideran como un problema de salud pública.

En las últimas dos décadas la violencia ha tenido un incremento sustancial en diversas latitudes, de ahí se explica el importante número de proyectos de investigación que se orientan al esclarecimiento de las causas de esta forma de comportamiento. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 una de cada 5 mujeres en el mundo fue objeto de violencia en alguna etapa de la vida. La familia es el lugar donde se ejerce, de manera más constante, violencia sobre el género femenino sobre todo por parte de sus compañeros sentimentales. Asimismo la OMS ha señalado, que cerca del 15% de las mujeres en el planeta, aseguran que sus parejas las obligan a tener relaciones sexuales.

La OPS ha cuantificado uno de los efectos de este hecho: las mujeres víctimas de agresiones tienen doce veces más intentos de suicidio que las que no las han sufrido. El Banco Mundial señaló en ese mismo año que en el mundo la violencia contra las mujeres generó diversas incapacidades y defunciones, sobre todo en mujeres en edad reproductiva.¹²

Al final del siglo XIX, Francis Galton, primo hermano de Darwin y uno de los fundadores de la Genética humana, inició una serie de estudios principalmente con gemelos, sustentados en la premisa de que muy diversas características humanas, entre ellas las tendencias a alcoholismo, violencia y criminalidad, tienen fuertes bases genéticas. Estas investigaciones perseguían un fin práctico: mediante el control de apareamientos entre hombres y mujeres, intentar mejorar la especie humana.

Estas intenciones, al principio ingenuas y limitadas a entornos académicos, desembocaron en los diversos movimientos eugenésicos de la primera mitad del siglo XX, basados en una pseudociencia y al servicio de prejuicios de raigambre profunda, que culminaron en prácticas discriminatorias, esterilizaciones y exterminios por todos conocidos. Con el inicio del siglo XXI, estimulados por los impresionantes avances de las ciencias biomédicas, en particular la biología molecular y la genética, soplan nuevos vientos eugenésicos, una vez más impulsados por supuestos conocimientos científicos, pero que muchos de ellos son en realidad verdades a medias, extrapolaciones infundadas o aun sin comprobar.

En la pasada década de los setenta, con el surgimiento de la sociobiología, algunos postularon la existencia de genes para o genes que aumentan la tendencia a ciertos comportamientos entre ellos, nuevamente, alcoholismo, violencia, criminalidad.

Se ha llegado incluso a predecir el remplazo de la ética por la biología, y a considerar esta última como fuente de valores morales. Estos conceptos, carentes por completo de fundamento científico, son ahora empleados con frecuencia por personas educadas, divulgadores de ciencia y medios masivos de comunicación.¹³

Aunque la violencia existente entre los seres humanos prácticamente ocurre desde el inicio de la humanidad, los motivos de la misma y sus escenarios han sido diferentes. También, los grupos humanos más afectados se han localizado en el transcurso de la historia, y en la actualidad, los claramente involucrados se identifican entre los niños, las mujeres, los adultos mayores y los discapacitados.

Ante esta realidad, es importante precisar las situaciones participantes para poder entender mejor el fenómeno y por ende, desarrollar estrategias de atención al mismo y a sus consecuencias.

La violencia contra estos seres humanos puede ser considerada como una enfermedad medico-social de rezago, que en los últimos años ha presentado una emergencia muy notable prácticamente en todos los países del mundo, y ello ha obligado a que se le considere un problema de salud pública.¹⁴

En nuestro país el problema de la violencia intrafamiliar no recibe la atención necesaria por parte de la comunidad médica, por otro lado, el centro de apoyo contra la violencia intrafamiliar dependiente de la Procuraduría General de la Republica (CAVI), el programa de la mujer en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

En el caso de sector salud, las limitaciones en recursos financieros para el rubro y la ausencia de protocolos de investigación que estudien los caso de violencia intrafamiliar que ingresan a las salas de urgencias de los hospitales de primer nivel, aunado a la sobrecarga de trabajo y a la falta de conocimiento real de las aplicaciones sociales de la violencia intrafamiliar contribuyen a la perpetuación y aumento de las condiciones de la violencia intrafamiliar.¹⁵

En el estado de Zacatecas a partir del año 2003, cuenta con la ley para prevenir y atender la violencia familiar, planteada en el artículo 3 como en sus objetivos:

Propiciar una cultura de no Violencia en la Familia en un marco de respeto igualdad y dignidad.

-Eliminar las causas y patrones culturales que generan, refuerzan y perpetúan la Violencia Familiar

-Salvaguardar la integridad y los derechos de las víctimas de Violencia Familiar.

-El tratamiento integral o sanción, según proceda de las y los autores de Violencia Familiar.

-Erradicar los actos de Violencia Familiar.¹⁶

Trastorno Disocial de conducta.

El Trastorno Disocial se refiere a la presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de transgresoras de las normas sociales, en el comportamiento del individuo. Este trastorno supone un problema clínico importante por sus características intrínsecas implica un desajuste social, sus posibles consecuencias una parte importante de los niños que lo padecen mostrará algún tipo de desajuste en la edad adulta y por su frecuencia es el más comúnmente diagnosticado

El rasgo principal del Trastorno disocial es, según el DSM-IV, "un patrón de conducta persistente en el que se transgreden los derechos básicos de los demás y las principales normas sociales propias de la edad". El trastorno causa además un deterioro del funcionamiento a nivel social, académico y/u ocupacional clínicamente significativo. En los niños diagnosticados con este trastorno: frecuentemente intimidan o acosan a otros, suelen iniciar peleas físicas, han usado algún arma que puede causar un daño físico a otros, han sido crueles físicamente con animales o con personas, han afrontado y robado a una víctima, han causado fuegos con la intención de causar un daño serio, frecuentemente mienten para conseguir favores o evitar obligaciones, huyen del hogar durante la noche mientras están viviendo en el núcleo familiar.

La simple aparición de estas conductas no es, sin embargo, criterio suficiente para la emisión del diagnóstico, ha de existir un deterioro significativo en el ajuste del individuo, y se ha de considerar el entorno en el que se dan estas conductas. Existen ciertos ámbitos, como el carcelario, las guerras, las pandillas juveniles, etc., en los que estos patrones inadaptados de conducta social, son la respuesta "normal" y por tanto resultan admitidos e incluso valorados por el colectivo. El afán objetivista de las clasificaciones psiquiátricas unido a la variedad de matices que pueden encontrarse en el Trastorno de Conducta, han ocasionado el establecimiento de distintas clasificaciones de éste. Así, el DSM-IV distingue en base a criterios de edad, entre:

- Inicio en la Infancia: la aparición de algunos de los criterios propios del Trastorno de Conducta es anterior a los 10 años.
- Inicio en la Adolescencia: la aparición de los criterios del Trastorno de Conducta es posterior a los 10 años.

Si bien, la utilidad de esta distinción no está clara, se sabe que existe un peor pronóstico para los trastornos de inicio temprano.

Por su parte, la CIE-10 hace una clasificación del Trastorno de Conducta según factores contextuales y de socialización, estableciendo:

- Trastorno Disocial limitado al Contexto Familiar: en él las conductas del niño presentan un adecuado ajuste con las personas y situaciones externas al medio familiar, y sin embargo desajustado en lo referente a la familia. Las manifestaciones más comunes son robos en el hogar, actos destructivos y acciones violentas contra miembros de la familia.
- Trastorno Disocial en niños no socializados: las conductas propias del Trastorno de Conducta se ven acompañadas por una falta de integración efectiva, fruto de la carencia de habilidades para el establecimiento de relaciones adecuadas con los compañeros/as, de manera que el niño se sentirá frecuentemente aislado, rechazado, será impopular y no disfrutará de relaciones afectivas recíprocas y sinceras.

- Trastorno Disocial en niños socializados: el individuo presenta un grado de integración adecuado al menos con algunos compañeros de la misma edad. Esto no implica que para establecer este diagnóstico, el trastorno deba obligatoriamente presentarse cuando el individuo forma parte de un grupo, es independiente.¹⁷

Muchas dificultades de los niños con retardo en el aprendizaje podrían explicarse no sólo por su condición natural, sino por la educación que les inculca el entorno familiar, que refuerza cotidianamente determinadas conductas.

De acuerdo con Bacwin Harry (1979), las principales causas de los problemas para el aprendizaje escolar son: factores intelectuales, retardo mental, trastornos cognitivos de lenguaje, problemas emocionales, problemas de conducta, defectos físicos, visuales o auditivos, enfermedades crónicas y actividades de tipo ocupacional fuera del hogar.

Los problemas infantiles de aprendizaje pueden ser de dos tipos:

Compulsión o sobreatención: mantienen su interés en una sola cosa durante mucho tiempo, y no atienden otros estímulos importantes para el desarrollo de una tarea.

Distractibilidad impulsiva o baja atención: centran su interés por poco tiempo en una cosa y luego pasan rápidamente su atención a otra.

Los problemas de aprendizaje infantil pueden determinar el desarrollo de futuros desórdenes de conducta, personalidad antisocial o depresión.

Numerosos autores (Schaffer, 1977 y 1993; Bruner, 1977; Bronfenbrenner, 1987; Wertsch, 1979 y 1988; Kaye, 1986; Rogoff, 1990; Coll y colaboradores, 1992) señalan la naturaleza social del desarrollo humano. Opinan que una alteración de conducta que afecta considerablemente el aprendizaje en la población escolar es el trastorno disocial, mismo que, por sus características pronosticas, contribuye a la comprensión de posteriores trastornos de la personalidad.¹⁸

Los problemas de comportamiento son un área de interés creciente tanto para los profesionales de Atención Primaria como para los de Salud Mental debido fundamentalmente a la creciente prevalencia, la complejidad en el manejo y las consecuencias tan negativas a medio y largo plazo, tanto para el niño o adolescente como para la sociedad, si no se tratan de forma adecuada. Por este motivo es esencial que desde Atención Primaria se trabaje para intervenir de forma preventiva y para detectar de forma temprana los trastornos de comportamiento.

Es importante diferenciar los problemas conductuales de menor severidad e intensidad que pueden aparecer en la primera infancia o en la adolescencia y que se consideran evolutivamente normales. Para hacer un diagnóstico de TC es necesario que las conductas persistan al menos seis meses y que tengan unas consecuencias claras tanto a nivel personal, como académico y familiar. Los TC son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia que está aumentando en las últimas décadas de forma clara debido principalmente a los cambios sociales que estamos experimentando. Existen distintos subtipos en función de la edad de comienzo y de la severidad de la presentación.

El pronóstico a medio y largo plazo es negativo con una alta tasa de fracaso escolar, conductas delictivas, comorbilidad muy alta y consumo de sustancias. Existe también una continuidad alta entre los TC de la infancia y los de la adolescencia, y entre el TD de la adolescencia y los trastornos de personalidad de la etapa adulta.

Las intervenciones son complejas e implican siempre a distintos profesionales, y para ser efectivas deben centrarse en intervenciones preventivas y tempranas y deben extenderse durante largos períodos de tiempo. En estas intervenciones han de implicarse tanto Atención Primaria como servicios especializados, servicios sociales y educación. Aunque tradicionalmente las intervenciones eran de efectividad limitada, el aumento de la investigación en esta área y la creación de servicios especializados están mejorando el pronóstico de estos.

Las cifras de prevalencia de TC en niños de edades comprendidas entre los 5 y los 10 años fluctúan entre el un 4,8% para niños y un 2,1% para niñas y un 7,4% para los niños y de un 3,2% para las niñas, según el estudio epidemiológico al que nos remitamos. Si nos centramos sólo en el trastorno de conducta del adolescente (el más severo en el continuo de trastornos de comportamiento) las cifras de prevalencia oscilan entre un 1,5% y un 3,4%. La prevalencia es mayor en las zonas urbanas y en las clases sociales bajas (aunque en los últimos años está apareciendo un grupo creciente de niños y adolescentes con TC de clase media alta).

La prevalencia ha aumentando en las últimas décadas hasta en cinco veces debido principalmente a los cambios sociales que estamos experimentando y esto ha hecho que no existan recursos especializados suficientes y que las intervenciones sean tan limitadas. Algunos estudios refieren que los TC son una de las quejas más frecuentes en Atención Primaria reflejándose esta problemática hasta en un tercio de las consultas atendidas de forma rutinaria. De la población referida a las unidades de salud mental los TC forman entre el 40 y el 60% de las derivaciones.

Aunque los síntomas son muy similares en los dos sexos, en niños aparecen conductas más persistentes y severas. Existen también diferencias en la edad de presentación según el sexo, con un debut más temprano en los niños.

Factores de riesgo individuales.

1. El temperamento del niño, especialmente en niños que muestran dificultades para empatizar y falta de ajuste emocional.
2. La genética; aunque menor que en otros trastornos psiquiátricos, queda claro que existe una carga mayor en el sexo masculino y una carga familiar aumentada.
3. La presencia de retraso intelectual y problemas de aprendizaje, mediados por niveles altos de impulsividad y tasas altas de fracaso académico y problemas de autoestima.
4. Los déficits de habilidades sociales (dificultades de interacción, distorsión en las relaciones sociales de estos niños y adolescentes y relaciones conflictivas con figuras parentales).
5. La presencia de enfermedad crónica como epilepsia o la diabetes.
6. Factores neuroendocrinos del niño.

7. La presencia de un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (hasta un tercio de los niños con TDAH van a desarrollar un TC).

Factores de riesgo familiares.

1. Estilo de crianza inadecuado (presencia de una pobre supervisión, disciplina dura o errática, inconsistencia entre los padres, rechazo del niño y la baja implicación parental).

2. Estado mental de las figuras parentales (presencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol o trastorno de personalidad).

3. Vínculo afectivo.

4. Abuso de tóxicos y criminalidad.

5. Problemas de pareja.

6. Abuso emocional, físico o sexual (siendo éste uno de los factores de riesgo más potentes para el desarrollo de TC en la infancia).

Factores de riesgo del entorno

1. Clase social baja, ausencia de vivienda o vivienda en malas condiciones, pobreza, aislamiento social.

2. Asociación con un grupo de iguales conflictivos.

3. El consumo de alcohol o drogas a etapas tempranas.

4. Las zonas urbanas tienen tasas más altas de TC.

5. En los últimos años ha aumentado la prevalencia de TC en clases media-alta donde el estilo de crianza centrado en lo material actúa como factor ambiental de riesgo.¹⁹

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El consumo de alcohol por los adolescentes ha ido en aumento en los últimos años. Los programas de información para prevenir el consumo de alcohol en Zacatecas son escasos. La falta de difusión y el poco interés por las autoridades para detener el incremento en el consumo de alcohol ya que cada día se autorizan mas permisos para la apertura de bares, discotecas y otros tipos de antros, en lugar de esforzarse por construir áreas recreativas que inspiren a los jóvenes a realizar ejercicio o actividades que no causen daño a su salud. La presencia de violencia en los hogares zacatecanos originada por los adolescentes hacia sus padres o algún otro miembro de la familia también es de tomarse en cuenta ya que es un punto más que genera disfuncionalidad familiar y crisis. Es importante la reactivación de los programas y atacar el problema en forma temprana y así evitar que los adolescentes caigan en el consumo de alcohol a temprana edad. También es importante que las autoridades estatales, de salud y escolares se unan para tener una mejor respuesta a estos programas .Las campañas de difusión y educación deben incrementar la cobertura de tan importante programa preventivo.

¿Cual es la prevalencia de Alcoholismo y relación al trastorno disocial de la conducta en Adolescentes de Jerez Zac?

3.-JUSTIFICACION.

El consumo de alcohol en el adolescente es un problema de salud pública que afecta al mundo por lo que es de gran magnitud. A nivel mundial, se consume al año un promedio de 5 litros de alcohol puro procedente de la cerveza, el vino y los licores. Europa posee el consumo medio de alcohol más elevado, seguida por América y África. Suele aumentar con el desarrollo económico.(6) En España aproximadamente el 95% de los adolescentes han tenido acceso al alcohol y su consumo es más elevado en mayores de 15 años. En otras regiones del mundo, el 94% de los niños entre 13 y 14 años ha probado el alcohol.(21) En nuestro país un 25.7% de los adolescentes a nivel nacional entre 12 y 17 años bebió alcohol por lo menos en una ocasión en el último año, representando más de 3 millones. El consumo es mayor en las zonas urbanas que en las rurales y se presenta con más frecuencia en hombres. (3)

En relación al consumo de alcohol en la población de adolescentes, la prevalencia en Zacatecas es menor a 17.7%, este consumo de alcohol fue mayor en los hombres. (4)

Dentro del núcleo familiar el consumo de alcohol por alguno de los conyugues no es nada nuevo, pero si es de trascendencia el aumento que ha tenido en los últimos años este consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes y aun más, ya que la diferencia que existía anteriormente entre el sexo masculino y el femenino no es tan significativa como lo era 10 años atrás. El consumo de alcohol como es sabido de todos, trae como consecuencia futura la desintegración de la familia en muchos de los casos por la presencia de violencia. Las actitudes de agresión en sus diferentes formas con peleas, violencia verbales, actitudes de rebeldía, es lo que conocemos como trastorno disocial de conducta, que esta muy ligado al consumo de alcohol .Las cifras de prevalencia de TDC en niños entre los 5 y los 10 años fluctúan entre el un 4,8% para niños y un 2,1% para niñas . Si nos centramos sólo en el trastorno de conducta del adolescente las cifras de prevalencia oscilan entre un 1,5% y un 3,4%. La prevalencia es mayor en las zonas urbanas y en las clases sociales bajas. (19)

El estudio es enfocado hacia el consumo de alcohol en relación al TDC en los miembros de una familia que tienen mayor vulnerabilidad a presentar reacciones violentas y caer en la adicción como lo es la etapa adolescente, ya que éste se encuentra en constantes cambios dentro de él y de su entorno por lo que es un candidato ideal. Se tiene la factibilidad para realizar el estudio ya que en la ciudad de Jerez Zacatecas se cuenta con la población suficiente para realizar el estudio.

4.-OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVO GENERAL:

“IDENTIFICAR LA PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO Y RELACIÓN A TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA EN ADOLESCENTES DE JEREZ ZAC.”

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Describir la frecuencia con la que el adolescente consume bebidas alcohólicas.
- b) Determinar el lugar de consumo, por primera vez, de bebidas alcohólicas en el adolescente.
- c) Describir los comportamientos violentos entre los adolescentes.
- d) Identificar el tipo de bebidas alcohólicas, que consumen los adolescentes con mayor frecuencia.
- e) Identificar los motivadores que originan el inicio en el consumo de alcohol en adolescentes.

5.-MATERIAL Y METODO

5.1 Diseño de estudio

- Transversal
- Observacional
- Descriptivo
- Prospectivo

5.2 población de estudios.

Se tomo al azar de las Escuelas Primaria, secundaria Y Preparatoria de la Ciudad de Jerez de García Salinas Zacatecas.

5.2.1 Criterios de inclusión.

Jóvenes estudiantes de Primaria, secundaria y preparatoria de ambos sexos y edades entre 10 y 19 años, que aceptaron participar en el estudio de investigación.

5.2.2 Criterios de eliminación.

Alumnos que participaron en el estudio y no contestaron el 100% de los reactivos de la encuesta.

5.3 MUESTRA

5.3.1 Tamaño de muestra.

Los alumnos de primaria, secundaria y Preparatoria de la ciudad de Jérez zac. tomados al azar en edades entre 10 y 19 años.

$$\text{Formula } n = \frac{Z^2 PQ}{D^2} \quad n = \frac{(1.96)^2 (0.17) (0.83)}{(0.05)^2}$$
$$n = \frac{(3.8416) (0.1411)}{0.0025} = \frac{0.5420}{0.0025} = 216.8 = 217$$

Muestra 217 adolescentes.

5.4 VARIABLES DE ESTUDIO

- Variable dependiente: Trastorno disocial de conducta
- Variable independiente: Alcoholismo en adolescentes
- Variables Universales: Edad, sexo y escolaridad.

5.5 Operacionalización de Variables

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Categoría
Trastorno disocial de conducta	El Trastorno Disocial se refiere a la presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de transgresoras de las normas sociales, en el comportamiento del individuo.	Conductas violentas que presentan los adolescentes	Nominal	-Violencia -Violaciones de normas -Crueldad
alcoholismo	Dependencia con características de adicción a las bebidas alcohólicas	Frecuencia con que se consumen bebidas alcohólicas	Nominal	-Consumo de riesgo -consumo perjudicial - Dependencia
adolescencia	Periodo de transición y enlace entre la infancia y la condición del adulto.	Etapas en la que se encuentran en el momento de la encuesta	Ordinal Politómica	-Temprana -Media -Tardía
Nombre	Definición	Definición	Escala de	Categoría

	conceptual	operacional	medición	
Edad	Tiempo transcurrido de una persona a partir del nacimiento	Tiempo en años cumplidos que refieren las personas al momento de la encuesta	De Razón	En años
Sexo	Características fenotípicas que distinguen a la hembra del macho	Condición determinada por observación	Nominal dicotómica	Masculino Femenino
Estado civil	El estado en que se encuentra un individuo de acuerdo a normas de la sociedad	De acuerdo al estado en el momento de la encuesta	Nominal Politémica	Casado Soltero Viudo Divorciado Unión libre
Escolaridad	Es el grado más alto completado, dentro del nivel educacional más avanzado que se haya cursado	Es el grado en que se encuentre al momento de la encuesta	Ordinal politómica	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Profesional

5.6 PLAN DE ANALISIS ESTADÍSTICO

Se procedió a la captura de la base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 15, programa Excel de Microsoft XP se realizó estadística descriptiva determinando media y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentaje para las cualitativas, se presentan en cuadros y gráficas para concluir con el escrito final. Los resultados se presentaron en tablas y gráficas para variables cualitativas nominales y en el caso de las cualitativas ordinales y cuantitativas discretas en gráficas.

5.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.

- Modelo de encuesta Adolescente- Alcoholismo
- Cuestionario basado en criterio A del DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno disocial de la conducta.

5.8 METODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

En primer lugar, se solicitó a la dirección de los planteles escolares la autorización para la realización de las encuestas y se les entregó a los alumnos seleccionados el formato de consentimiento informado, donde se da la información al los padres de familia el tipo de estudio que se va a realizar y el objetivo que tiene, la importancia y las repercusiones positivas que tendrá para ellos.

Después se procedió a aplicar las encuestas a los alumnos seleccionados una vez autorizado por los maestros y padres de familia.

Las encuestas se realizaron en el horario y días que los profesores asignaron para de esa manera no interferir en su programa de estudios.

5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente protocolo cumple con la Declaración de Helsinki así como con su última modificación de Edimburgo del 2003 y el código de Reglamentos Federales (Regla Común) en cuanto a aprobación por el comité de ética, consentimiento informado, reclutamiento y revisión continua de la investigación. No contraviene con las regulaciones internacionales de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica. Se apega a las regulaciones sanitarias y a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, título primero, disposiciones generales, capítulo único, Artículo 3^o, incisos II y III en lo referente al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad y a la prevención y control de problemas de salud establecidas en México. Se sometió y fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, IMSS, Zacatecas. Se solicitó consentimiento informado de los adolescentes (Anexo 3) y una vez obtenida la información se guardó confidencialidad de los datos obtenidos.

6. Resultados.

Se estudió una muestra de 217 adolescentes, 110 corresponden al sexo masculino el 50.7% y 107 al sexo femenino correspondiéndole un porcentaje del 49.3%, el rango de edad estudiado estuvo entre los 10 y 19 años. Los resultados de las encuestas dieron la siguiente información:

Se encontró un predominio del sexo masculino sobre el femenino, de un total de 217 encuestados de los cuales: hombres que consumen bebidas alcohólicas solo ocasionalmente fueron 92, que corresponde a un 42.4%.y 18, que corresponde a un 8.3% los cuales consumen bebidas alcohólicas cada 8 días, denominados como bebedores sociales.

En cuanto al sexo femenino, las que consumen alcohol solo ocasionalmente fueron 97, que corresponde a un 44.7 y 10, que es un 4.6% son bebedoras sociales. (Tabla y grafica 1).

En cuanto a grupos de edad los adolescentes entre 17 y 19 años fueron los que con mayor frecuencia consumen bebidas alcohólicas ,de un total de 88 entre bebedores ocasiones y bebedores sociales dando un porcentaje de 40.6%.(Tabla y grafica 2).

El trastorno disocial de conducta del adolescente de acuerdo con los resultados que dio la encuesta, de los 217 tanto hombres como mujeres que corresponde al 100%, ninguno presentó trastorno disocial de conducta, de las 14 preguntas del criterio A del DSM-IV el cual maneja una puntuación de 0 a 40, dando como normal un valor por debajo de 8 puntos, en la que entraron el 100% de los encuestados. (Tabla y grafica 3).

El lugar que se refirió como de primera vez para el consumo de alcohol con mayor frecuencia en los bebedores sociales fue la calle con un total de 12 que corresponde al 5.6%, seguido de la casa u el hogar con un total de 7 que da un 3.3%. Aunque en los bebedores ocasionales fue mayor en casa siendo un total de 48, un porcentaje de 22.1%.(Tabla y grafica 4).

Las bebidas alcohólicas que con mayor frecuencia son consumidas por los adolescentes fueron en primer lugar la cerveza con un total de bebedores ocasionales de 70 que corresponde al 32.3% y bebedores sociales 20 para dar un porcentaje de 9.2%. Las bebidas preparadas fueron el segundo lugar en frecuencia de consumo con un total de 23 bebedores ocasionales, porcentaje 22.1% y 7 bebedores sociales con porcentaje de 3.3%.(Tabla y grafica 5).

En cuanto al por que los adolescentes consumen bebidas alcohólicas, la mayoría de ellos lo hacen por diversión. Un total de 71 adolescentes bebedores ocasionales, el 32.7%; y 16 bebedores sociales que da un porcentaje de 7.4%.(Tabla y grafica 6).

7. Discusión.

Los datos obtenidos del estudio realizado a los adolescentes en la ciudad de Jerez Zac, en relación al trastorno disocial, muestra puntuaciones con un valor menor de 8, que de acuerdo con el criterio A del DSM IV da un porcentaje del 100% hacia la normalidad. Algunos autores han calculado una prevalencia de trastorno disocial de conducta entre un 4 y un 10% con predominio en el sexo masculino en relación con el sexo femenino. En otros países como Colombia se han realizado estudios los cuales han dado datos positivos hacia el trastorno disocial de conducta, la prevalencia es baja.²⁰

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es notorio que entre más sea el grado escolar que cursa el adolescente, la frecuencia en el consumo de alcohol es mayor. El estudio también nos dio como resultado que el consumo de bebidas alcohólicas sigue siendo más elevado en hombres que en mujeres. Estudios similares han puesto en evidencia como en nuestro medio, la prevalencia del consumo de alcohol entre los adolescentes es elevada y al igual que en este estudio, predomina en el sexo masculino pero con un margen mínimo en comparación al sexo femenino.

Estudios realizados en España muestran como el 95% de los adolescentes han tenido acceso al alcohol y su consumo es más elevado en mayores de 15 años. En otras regiones del mundo como en Cartagena Colombia, el 94% de los niños entre 13 y 14 años ha probado el alcohol. También en Chile se han realizado estudios en escuelas primarias, secundarias y preuniversitarias, en donde se ha encontrado una prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas que causa escándalo y varía desde un 8.1% hasta un 32.1%.²¹

Lo verdaderamente preocupante es que el 53.7% de los varones y el 24.6 de las mujeres, con apenas 15 a 16 años de edad, refieren consumir bebidas alcohólicas de manera habitual.

Conviene advertir que el alcohol es una parte integral de nuestra cultura y, en consecuencia, su consumo entre los adolescentes es prácticamente inevitable.²²

8. Conclusiones.

La prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes es significativamente elevada, ya que de los 217 encuestados, 137 han consumido bebidas alcohólicas en menor o mayor cantidad, denominados como bebedores ocasionales a aquellos que lo consumen en ocasiones especiales o raras veces, y bebedores sociales a aquellos que las consumen todos los fines de semana, un porcentaje de 12.9% la cual se encuentra por debajo de la prevalencia estatal que es de un 17%.

El adolescente de sexo masculino tiene 1.89 veces mayor riesgo para el consumo de alcohol que el sexo femenino.

Se concluye que, a mayor edad del adolescente tiene 0.10 veces más riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas.

El riesgo de consumir bebidas que contengan algún grado de alcohol es mayor en la calle, seguido del consumo en el hogar.

En cuanto al alcoholismo en adolescentes y su relación con el trastorno disocial de conducta, según los resultados obtenidos en el estudio, se llega a la conclusión que no tiene ninguna relación con el inicio en el consumo de bebidas alcohólicas los actos de violencia, violaciones a las normas o actos de crueldad (TDC).

El estudio fue enfocado al alcoholismo en relación con el trastorno disocial porque en la ciudad de Jerez Zacatecas existe violencia intrafamiliar, lo que puede llevar al adolescente, por sus mismos cambios propios de la edad, a presentar trastorno disocial de conducta por lo cual se pensó que esto podría dar origen al inicio en el consumo de bebidas alcohólicas, lo que queda descartado de acuerdo con los resultados que se obtuvieron.

Se sugiere dar más espacios de recreación para los jóvenes como parques, canchas de futbol, basquetbol, o la organización de torneos de juegos de mesa como ajedrez, que seria de gran utilidad para desviar la atención de los adolescentes hacia actividades sanas alejadas del alcohol, además de que las autoridades encargadas de vigilar los antros, discotecas, bares sean mas estrictos con los dueños, poniendo multas y designar vigilancia especialmente para que no se permita el ingreso a menores de edad.

REVISION BIBLIOGRÁFICA

¹ Lawrence M, Tierney J. Dependencia y abuso del alcohol. En: Diagnóstico clínico y tratamiento. 34ª ed. México, D.F. Editorial Manual Moderno, 1999: 1013- 16.

² <http://es.wikipedia.org/wiki/Alcoholismo>.

³ Villatoro J, Mendoza ME, Bermudez N, Hernández H. (2004). Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del D. F: Medición Otoño 2003 reporte global INP- SEP.

⁴ Nagorete Cázares G. Adolescentes En: Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Zacatecas. 1ª ed. México. 2007: 49- 53.

⁵<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=>,

⁶ Organización Mundial de la Salud. 2004.

⁷ <http://es.wikipedia.org/wiki/Familia>.

⁸Carvajal M, Essien J, Bardales J. El adolescente, la familia y su educación sexual. Clin Invest Gin Obst. 2007; 34(6):214-9.

⁹Santo-Domingo J. El desarrollo personal del joven y el alcohol. Hospital Universitario La Paz. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. Trastornos Adictivos 2002:223-232.

¹⁰Reinero C. La Adolescencia y sus Etapas. Psicología de la Salud. 2004:15-18.

¹¹ Díaz E, De la Garza J, Violencia intrafamiliar: Frecuencia y características en ambiente urbano y rural. Gac Méd Méx Vol. 139 No. 4, 2003:356-61.

¹² Díaz A, Jimenez R. Violencia Intrafamiliar. Gac Méd Méx Vol. 139 No. 4, 2003:353-55.

¹³ Arellano A. Aspectos genéticos de la violencia humana. Gac Méd Méx Vol. 138 No. 2, 2002:169-74.

¹⁴ Laredo A. La violencia familiar ¿un problema que se hereda o se aprende? Gac Méd Méx Vol. 138 No. 2, 2002:157-61.

¹⁵ Olavarrieta C. Síndrome de la mujer maltratada. Gac Méd Méx Vol. 138 No. 2, 2002:154-58.

¹⁶http://dif.zacatecas.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=121

¹⁷ http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_disocial.

¹⁸ Zambrano Sánchez E, Mora Tapia J. Estudio exploratorio del trastorno disocial en la población infantil que asiste a terapia en el Instituto de la Comunicación Humana. *Instituto Nacional de Rehabilitación*.2002:83-87.

¹⁹ Javaloyes Sanchís M, Redondo Romero A. Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento. Unidad de Salud Mental Infantil de Alicante.2004:28-34.

²⁰ Pineda D, Puerta I, Arango C. Diagnostico del trastorno disocial de la conducta en adolescentes de 12 a 16 años. Rev Neurol 2000; 30 (12):1145-1150.

²¹ Campillo R, Vizcay V. Características del consumo de alcohol en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr 2002; 11(3):253-84.

²² Duran T. Consumo de alcohol en alumnos de educación secundaria. ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (3): 281-87.

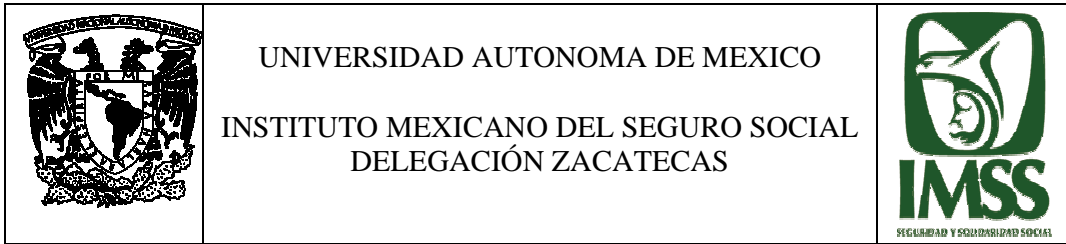
²³ Sáiz Ruiz J, Montes Rodríguez J.M. Alcoholismo. Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid Medicine 2003; 8(106):5706-5710.

²⁴ Gómez Moya J.El alcoholismo femenino, una verdad oculta. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Valencia España. Trastornos Adictivos. 2006;8(4):251-60.

²⁵LLorens N, Palmer A. Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. Universitat de les Illes Balears. *Trastornos Adictivos* 2005;7(2):90-6.

²⁶ Lemos Giráldez S, Vallejo Seco G, Sandoval Mena M. Estructura factorial del *Youth Self-Report* (YSR). Universidad de Oviedo. Vol. 14 No. 4, 2002:816-822.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



TITULO DEL PROTOCOLO

“PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO Y RELACIÓN A TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA EN ADOLESCENTES EN JEREZ ZAC.”

OBJETIVO:



“IDENTIFICAR LA PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO Y RELACIÓN A TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA EN ADOLESCENTES EN JEREZ ZAC.”

INVESTIGADOR RESPONSABLE: CECILIO GARCIA REYES

ZACATECAS; ZAC.

2009

ANEXO 1

	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ZACATECAS	
---	--	---

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

“IDENTIFICAR LA PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO Y RELACIÓN A TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA EN ADOLESCENTES EN JEREZ ZAC.”

INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario consta de # preguntas enumerados con números arábigos. Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste cada una de ellas **ANOTANDO O TACHANDO** la respuesta que considere correcta de acuerdo a su caso particular.

FOLIO: _____ FECHA: _____
Día Mes Año

DATOS GENERALES

- 1.- ¿Cuál es tu edad en años cumplidos? _____
- 2.- ¿Cuál es tu sexo? 1. Masculino _____ 2.- Femenino _____
- 3.- ¿Cuál es tu Estado Civil? 1.Soltero _____ 2.Casado _____ 3.Unión libre _____
4. Divorciado _____

INGESTION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN ADOLESCENTES

- 4.- ¿Has tomado alguna vez bebidas alcohólicas?
1. Si _____ 2. No _____
- 5.- ¿Cómo fue que consumiste bebidas alcohólicas esa primera vez?
1. Con familiares _____ 2. Con amigos _____ 3. Con ambos _____ 4. Solo(a) _____
5. Otra _____
6. Donde consumiste bebidas alcohólicas esa primera vez?
1. En una discoteca _____ 2. En la escuela _____ 3. En tu casa _____ 4. En la calle _____
5. Otros _____
- 7.- ¿Con que frecuencia consumes esas bebidas?
1. Todos los días _____ 2. 3 o 4 veces por semana _____ 3. Los fines de semana _____
4. Cada 15 días _____ 5. Una vez al mes _____ 6. Solo cuando Hay un motivo especial _____
7. Raras veces _____
8. ¿Qué tipo de bebidas prefiere?
1. Cerveza _____ 2. Ronces o agua ardiente _____ 3. Bebidas preparadas _____
4. Bebidas de fabricación casera _____ 5. Otras bebidas _____
- 9.- Te has embriagado alguna vez?
1. Si _____ 2. No _____
10. ¿Cuántas veces lo has hecho?
1. Una vez _____ 2. De 2 a 3 veces _____ 3. Entre 4 y 6 veces _____ 4. Mas de 6 veces _____
- 11.- ¿Por que motivo acostumbras a consumir bebidas alcohólicas?
1. Por diversión _____ 2. Para quedar bien con los demás _____ 3. Porque me gusta _____

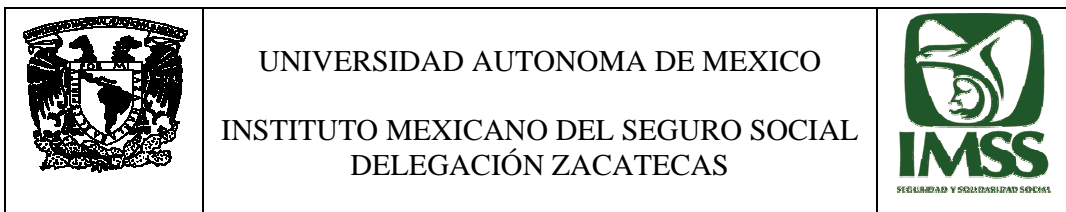
ANEXO 2

TRASTORNO DISOCIAL DE CONDUCTA

- 12.- ¿Intimida o amenaza a otras personas?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 13.- ¿Has provocado de manera intencional incendios?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 14.- ¿Has entrado violentamente en casas o vehículos ajenos?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 15.- ¿Te has quedado fuera de casa durante la noche sin permiso?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 16.- ¿Inicias peleas o arremetes físicamente a otros?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 17.- ¿Has destruido a propósito cosas que pertenecen a otra persona?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 18.- ¿Engaña a otras personas para quitarles dinero u objetos?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 19.- ¿Te has escapado de casa por más de 24 hrs?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 20.- ¿Utilizas armas u objetos que puedan hacer daño a otros?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 21.- ¿Eres cruel con las personas y te gusta hacerlas sufrir?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 22.- ¿Roba objetos de valor cuando tiene la oportunidad de hacerlo?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 23.- ¿Ha robado o atracado usando armas o amenazando a otros?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 24.- ¿Has forzado a alguien para tener relaciones sexuales?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____
- 25.- ¿Has sido cruel con los animales y te gusta hacerlos sufrir?
1. Nunca _____ 2. A veces _____ 3. Frecuentemente _____ 4. Siempre _____

Nombre del Entrevistador: _____

ANEXO 3



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO Y RELACIÓN A TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA EN ADOLESCENTES EN JEREZ ZAC.” registrado ante el Comité Local de Investigación en salud, del Hospital General de Zona # 1 del IMSS en Zacatecas, Zacatecas.

El objetivo del estudio es “identificar la prevalencia de alcoholismo y relación a trastorno disocial de la conducta en adolescentes en jerez zac.”

Se me ha explicado que mi participación consistirá en dar respuesta al instrumento de recolección de la información y aceptar entrar al estudio comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas que se me realicen.

Declaro que se me ha informado que mi participación en el estudio será con toda discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice y con el beneficio de brindar un mejor servicio en salud.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones y publicaciones que deriven de este estudio. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. Cecilio Garcia Reyes.

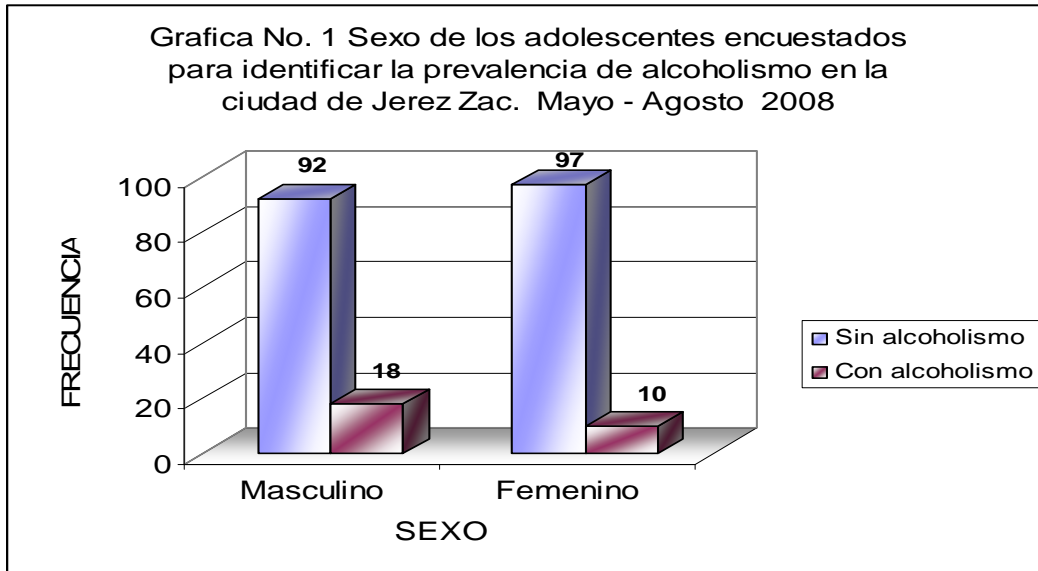
Matricula IMSS 11326476

Para cualquier duda e información, favor de comunicarse al teléfono 94 5 11 86 extensión 41417 de 8:00 a 14:00 hr con el Dr. Cecilio Garcia Reyes. De igual manera, para cualquier duda o aclaración me permito proporcionarle el teléfono del Dr. José Armando Pérez Ramírez, Secretario del Comité Local de Investigación 33-01 en el H.G.Z. No 1 De Zacatecas, Zac de lunes a viernes de 8:00 a 16:0 hr al numero telefónico 492 92 2 63 73 extensión 4113.

Nombre y firma del testigo

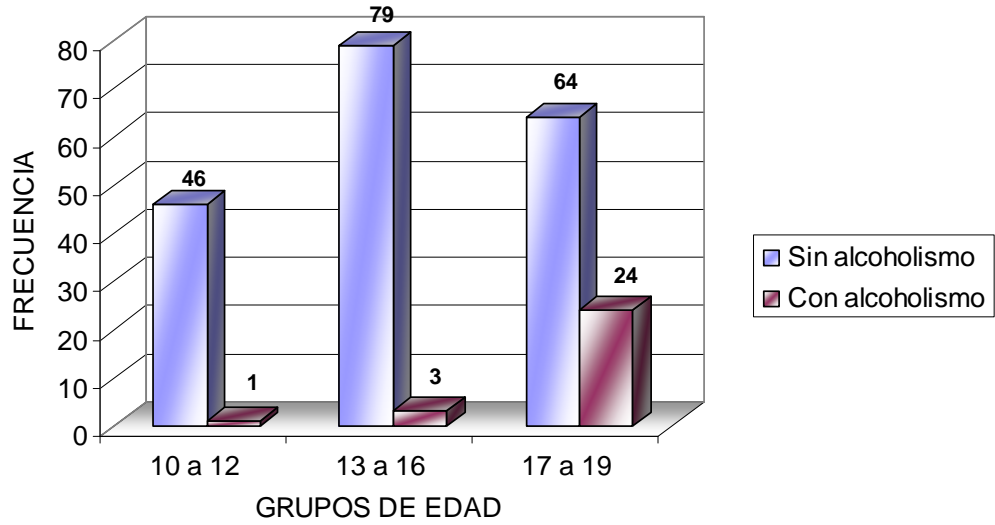
Nombre y firma del testigo

ANEXO 4



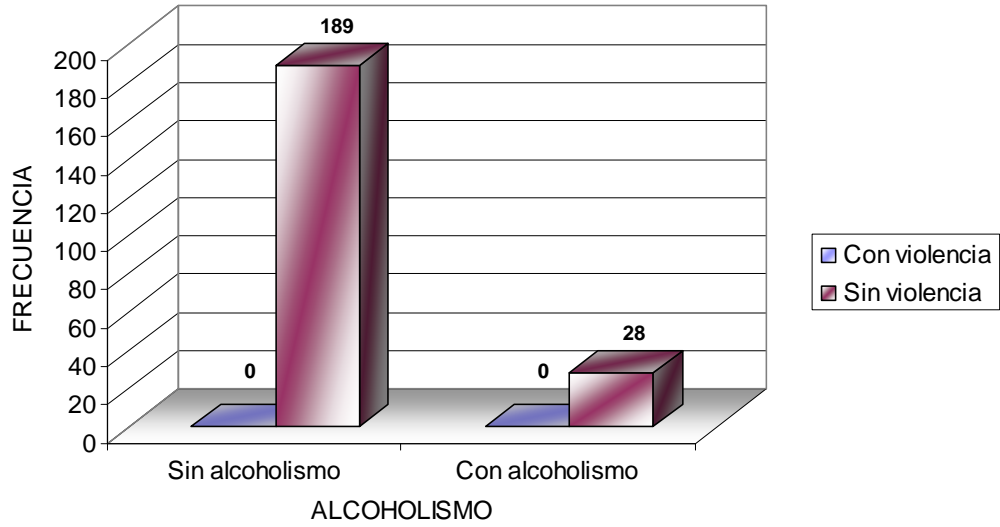
Fuente: encuesta directa.

Grafica No. 2 Grupos de edad de los adolescentes encuestados para identificar la prevalencia de alcoholismo en la ciudad de Jerez Zac.
Mayo - Agosto 2008.



Fuente: encuesta directa

Grafica No. 3 Trastorno disocial de conducta en los adolescentes encuestados para identificar la prevalencia de alcoholismo en la ciudad de Jerez Zac. Mayo - Agosto 2008.



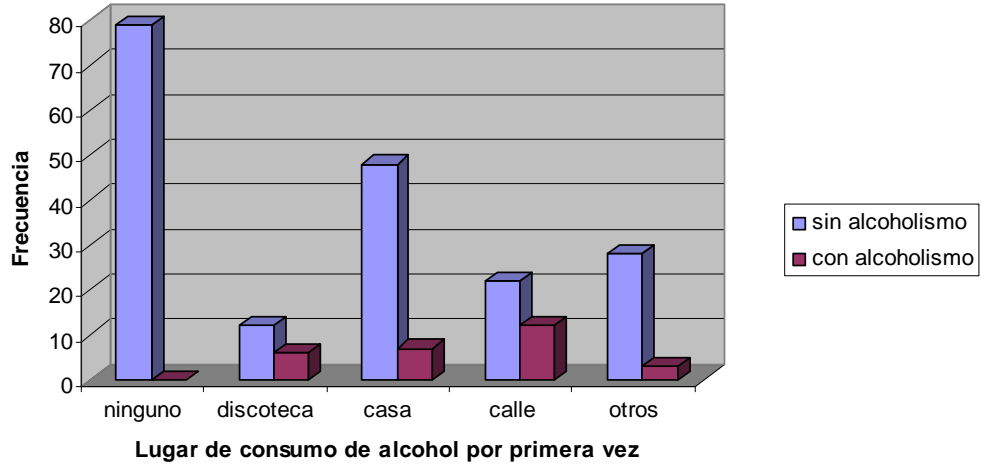
Fuente: Encuesta directa

Grafico 4. Para identificar la escolaridad de los adolescentes para la prevalencia de alcoholismo en la ciudad de Jerez Zac.



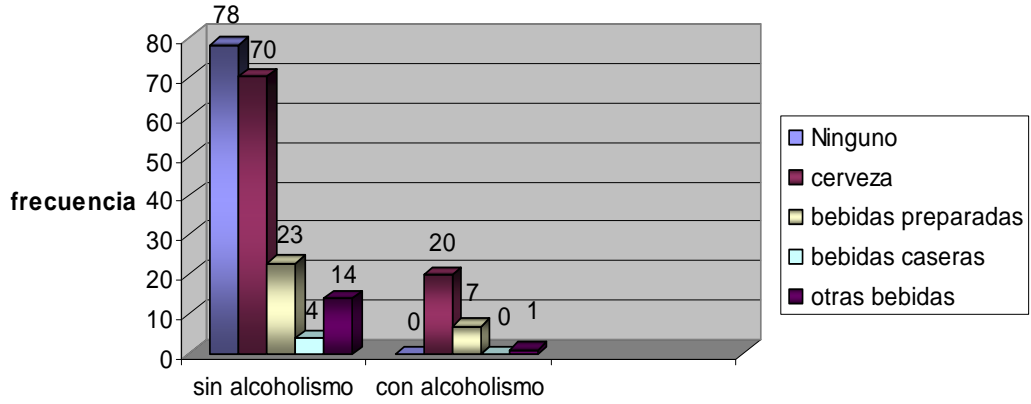
Fuente: Encuesta directa.

Grafico 5 Para identificar el lugar de consumo de alcohol en los adolescentes encuestados en la ciudad de Jerez Zac. Mayo- Agosto 2008



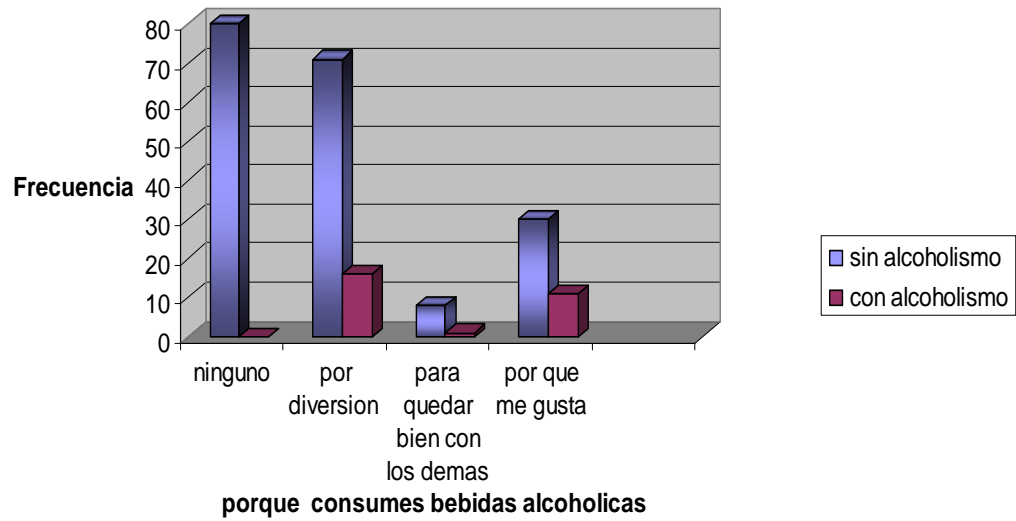
Fuente: Encuesta directa.

Grafica 6. Para identificar bebidas alcoholicas que consumen con mayor frecuencia los adolescentes encuestados en la ciudad de jerez Zac Mayo-Agosto 2008



Fuente: Encuesta directa.

Grafica 7. Para identificar por que consumen alcohol los adolescentes encuestados en la ciudad de Jerez Zac Mayo- Agosto 2008.



Fuente: Encuesta directa.