

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
FACULTAD DE MEDICINA**



**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y POSGRADO
DE MEDICOS SEMIPRESENCIALES EN FASE DE
FORMACION A ESPECIALIZACION A MEDICINA
FAMILIAR.**

**TESIS DE INVESTIGACION DE MEDICOS
GENERALES A MEDICO FAMILIAR**

PRESENTA

**FACTORES DE RIESGO PARA ALCOHOLISMO EN EL
ADOLESCENTE**

DR.ENICACIO VERDUGO SOLIS.

ASESORA: DRA. PAULA FLORES FLORES

CULIACAN, SINALOA, MARZO DEL 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

FACTORES DE RIESGO PARA ALCOHOLISMO EN EL ADOLESCENTE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

DR. ENICACIO VERDUGO SOLIS

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA ,U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M

CULIACAN ROSALES SINALOA FEBRERO 2012

CONTENIDO

I.	INTRODUCCION.....	
1.1.	MARCO TEORICO.....	6
1.2.	ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	40
1.3.	JUSTIFICACION	42
1.4.	PLATENAMIENTO DEL PROBLEMA.....	43
1.5.	HIPOTESIS.....	44
1.6.	OBJETIVOS.....	45
1.6.1	OBJETIVO GENERAL	
1.6.2	OBJETIVO ESPECIFICO	
II.	MATERIAL Y METODOS	
2.1	METODO.....	46
2.2	VARIABLE.....	47
2.3	DISEÑO ESTADISTICO.....	50
2.4	RECURSOS.....	52
2.5	ETICA.....	53
III.	RESULTADOS.....	54
3.1.	DISCUSION.....	56
3.2.	CONCLUSIONES.....	59
IV.	ANEXOS	
4.1	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	60
4.2	APGAR.....	61
4.3	HOJA RECOLECCION DE DATOS	62
4.4	TABLAS	64
V.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	67

AGRADECIMIENTOS

Primeramente quiero dar gracias a dios por permitirme concluir esta especialidad en Medicina familiar que tanto he anhelado al darme fuerzas a seguir adelante en los Momentos más difíciles de mi vida.

Agradezco a mis padres y hermanos, por brindarme siempre su apoyo moral que han sido mi fuerza para mi formación como médico.

Doy gracias a mi esposa Lorena Guadalupe Avendaño R. y a mis hijos Guadalupe Lizbeth y Cesar Antonio por su apoyo incondicional y la paciencia que tuvieron hacia Mi formación como especialista en Medicina Familiar.

Gracias a mis profesores de residencia así como a los coordinadores de la misma por la Enseñanza brindada para la culminación de mi especialidad.

Gracias a todos mis pacientes que sin ellos no hubiera sido posible mi formación como Especialista en Medicina Familiar.

RESUMEN

El alcoholismo es un estado en el que las funciones sociales, culturales, laborales y familiares. Están alteradas repercutiendo de manera muy importante en la funcionalidad familiar y una buena Integración familiar, la presencia de esta enfermedad en algún miembro de la familia provoca un acontecimiento nuevo estresante dentro del núcleo familiar alterando el orden de la misma, Estableciendo conflictos no resueltos que conllevan a estados de tensiones que afectan el clima y La Estructura familiar y en forma progresiva apareciendo la disfuncionalidad familiar y desintegración Familiar.

OBJETIVO. El Propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de los factores de riesgo en Los adolescentes para caer en una disfunción familiar y desintegración familiar ante el alcoholismo.

MATERIAL Y METODO.- Se estudiaron 236 adolescentes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la UMF No.46 Culiacán Sinaloa, en un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo del 15 de Marzo del 2009, realizándose encuestas a todo adolescente de ambos sexos, de 10 a 19 años de edad, con una media de edad de 17.5, 125 adolescentes del genero masculino y 111 del genero femenino con una media de edad de 17.50 independientemente del estado civil. con una moda de 18, mediana de 17, promedio de 1. con una desviación estándar de 5.0%, con una prevalencia más frecuente en sexo femenino de 18 años de edad que en el sexo masculino. Pero en número superado por el varón es decir la mayoría es el sexo masculino en estudio población estudiada.

MARCO TEORICO.

El alcoholismo es una enfermedad muy seria, pero pocas veces es tratada o considerada una dolencia, el alcoholismo es el abuso de la ingesta de alcohol por parte de una persona, el abuso en la toma de bebidas alcohólicas, esta enfermedad no puede etiquetarse y establecerse como cualquier otra, ya que son variadas y dependen de las situaciones personales y del estado de salud general de cada uno de los enfermos.

El alcoholismo puede analizarse desde los dos tipos de funciones, ya que el alcohol es admitido dentro de las sociedades, es aceptado como elemento motivador en reuniones de amigos, familias y hasta de trabajo o estudio, lo que tiene que ver con patrones, costumbres y tradiciones.

El alcohol se está considerando cada vez más como una droga, que modifica el estado de ánimo. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, que puede producir daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcoholismo, la más significativa toxicomanía de nuestros tiempos se encuentran entre las problemáticas médico-sociales de mayor relevancia mundial, por sus efectos extraordinariamente nocivos sobre la salud y la sociedad derivado de una nefasta repercusión biológica, psicológica y socio-económico.

La diferenciación entre una intoxicación aguda (embriaguez) y el alcoholismo, como dependencia del alcohol. Un periodo aislado de embriaguez no hace a un sujeto alcohólico.

El alcoholismo afecta menos al sexo femenino, pero no dejando de ser un problema en este sexo.

los adolescentes usan el alcohol y las otras drogas por varias razones, incluyendo la curiosidad, y es difícil el poder determinar cuáles de ellos van a experimentar y parar ahí, y cuáles van a desarrollar problemas serios. (1)

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas, considerando un grave problema de salud pública. Puede ser el resultado del estilo de vida actual, de niveles elevados de estrés, ansiedad, bajo autoestima, sentimientos depresivos, susceptibilidad a la presión de los pares y problemas escolares. La Clasificación Internacional de Enfermedades(CIE-10) define los términos “uso” como cualquier consumo, independientemente de la frecuencia; y “abuso”, como consumo que trae consecuencias adversas recurrentes, pero no incluye la “dependencia”, la cuál es descrita cuando el uso de una sustancia es parte de un estado disfuncional.

La ingestión excesiva de alcohol en el Brasil tiene una tasa de prevalencia que varía entre el 3.0% a 6.0% en la población general; es la tercera causa de ausentismo laboral, con elevadas tasas de Jubilación temprana accidentes de trabajo y tránsito.

Hace más de dos décadas el alcohol ocupa el primer lugar de consumo entre los estudiantes de la red estatal de enseñanza. En un estudio previo realizado en 10 capitales brasileñas se constató un leve predominio del uso de alcohol en el sexo masculino, e inicio temprano (10 a 12 años).

El conocimiento de la relación entre el trabajo y uso de alcohol en el período de la adolescencia es de gran importancia, dado que marca el ingreso a la adultez. Si bien la creencia señala que el trabajo es bueno para mantener ocupados y lejos de las calles a los adolescentes, hay estudios que divulgan la existencia de la asociación entre el trabajo y conductas disfuncionales, tales como el consumo abusivo de alcohol.(2)

La prevalencia del consumo de bebidas entre los estudiantes adolescentes de Cuiabá es elevada y a edades tempranas, tanto entre trabajadores(81.0%) como no trabajadores(65.8%). Estos datos se corresponden con estudios previos realizados en Brasil en los años 1987,1989, y 1997, con resultados superiores al 65%.(2).

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas se estima que su abuso representa 9% del costo total de la enfermedad en México, y se acompaña de padecimientos como cirrosis hepática, lesiones por accidentes de vehículos a motor, dependencia y homicidios.

Además, se dispone de suficiente evidencia en cuanto a los efectos del alcohol en jóvenes los hace más propensos que los adultos a observar comportamientos de alto riesgo, a la depresión e intento suicidio, y asumir conductas violentas. Aunado a estos efectos negativos en la salud, la información disponible comprueba de manera sobrada los enormes costos directos e indirectos por enfermedad o padecimientos relacionados con el hábito de consumir alcohol.

No obstante, el fenómeno de las adicciones va más allá de una decisión "racional" de los individuos. Existe bastante información acerca de las influencias de sus padres en los jóvenes ejerce un mayor efecto en el consumo de alcohol que la interacción con los adultos, No menos importante son las influencias de tipo familiar, escolar, comunitaria o de medios a masivos de comunicación, que potencian los efectos de otros factores como los precios y la accesibilidad a los productos. Esta susceptibilidad parece incrementarse en la adolescencia y declinar después de los 20 años de edad. Están presentes además otros aspectos de tipo psicosocial con cierto grado de desequilibrio emocional, estrés inteligencia emocional,etc, que influyen en la decisión de los individuos de consumir esta sustancia.(3)

La frecuencia de consumo de las diferentes sustancias a los 13 y 15 años, basado en un estudio realizado de factores de riesgo y de protección para el uso de tóxicos en adolescentes. Un estudio longitudinal, donde se determina la frecuencia de consumo de diferentes sustancias, donde un 25.8% de los chicos y un 17.5% de chicas se iniciaron el consumo semanal de alcohol en ese intervalo de tiempo. Así mismo, un 3% de chicos y un 1.6% de chicas comenzaron a consumir.

El consumo de alcohol semanalmente a los 15 años era significativamente mayor en varones ($X^2=10.86$; $gl=3$; $p=0.012$), pero no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo respecto a las frecuencias de consumo de alcohol a los 13 o de "porros" a los 13 y 15 años. En general, en la fase 1, 10 chicos (2% de los varones) y 10 chicas (1,8% de las mujeres) reconocían tener problemas con los tóxicos. En la fase 2 fueron 40 chicos (8,2%) y 13 chicas (2,3%) los que reconocían dichos problemas ($X^2=19,325$; $gl=1$; $p=0,000$). En ese estudio se encontró una frecuencia de consumo de tabaco que a los 15 años era significativamente mayor en chicas (31% de las chicas frente a 23% de los chicos que fumaban; $X^2=7.782$; $gl=1$; $p=0,003$). En conclusión el presente trabajo es uno de los escasos estudios longitudinales realizados en España que analizan el poder predictivo y protector de un amplio número de variables psicopatológicas y ambientales. Evaluadas en adolescentes de 13 años, sobre el consumo de alcohol, tabaco, así como sobre el hecho de reconocer sufrir problemas con los tóxicos 2 años después. Cuando se controló la variable referir problemas con tóxicos a los 13 años, únicamente las conductas de robo y los intentos de suicidio mostraban un poder sobre el hecho de referir problemas con tóxicos 2 años después. Aunque los alumnos que reconocían tener problemas con tóxicos a los 13 años presentaban a esa edad mayor grado de psicopatología general con el GHO, esta relación no se mantenía estable en el tiempo. Este hallazgo hace pensar que, más que con alteraciones psicopatológicas generales, los problemas con el consumo de tóxicos se relacionan con problemas de conducta específicos. Los estudios previos sobre la influencia de los factores psicopatológicos no son concluyentes

El uso del cannabis a los 18. En contraste, el uso de cannabis a esta edad elevó el riesgo de trastorno mental a los 21. Por lo tanto, según su estudio, en la adolescencia habría relación entre trastorno mental y uso de cannabis y al revés en la edad adulta. Con respecto al sexo, también se ha comunicado algunas diferencias, como que los problemas de conducta son precursores importantes del inicio temprano del consumo del cannabis sobre todo en chicas. En trabajo pendiente de publicación, basada en la población del presente estudio, se halló que la psicopatología general era un predictor del hecho de referir problemas con los tóxicos 2 años después en varones pero no en mujeres, pues en ellas ésta era un factor de riesgo para el desarrollo de la conducta alimentaria alterada. En cuanto al tipo de sustancia, se ha propuesto que las vías de desarrollo pueden ser diferentes para cada tipo de sustancia, aunque en algunos casos se produce una escalada desde las drogas consideradas legales. En este estudio consumir tabaco a los 13 años se asociaba con el consumo de alcohol 2 años después y viceversa. Independientemente del efecto de esta asociación, la psicopatología general, la insatisfacción con la imagen corporal y las autolesiones al inicio fueron factores de riesgo para el consumo de alcohol 2 años después. La insatisfacción corporal y las conductas de robo a los 13 años predecían junto con el consumo de alcohol, fumar tabaco a los 15 años, mientras que las buenas calificaciones académicas era un factor protector.

No fue posible analizar los factores predictores para el consumo de cannabis y otras sustancias en la población del presente estudio debido a la baja frecuencia de estas conductas lo cual disminuye el poder del análisis.(4)

Jackson y colaboradores encontraron una relación bidireccionalmente entre el consumo de alcohol y la persistencia de fumar y notificaron que esta última depende del consumo previo de alcohol; así mismo, hallaron que la continuación

del consumo de alcohol también guardaba relación con el tabaquismo previo. Por otro lado, la cesación del consumo de tabaco con el deseo positivo de dejar de fumar. El abandono del hábito se vincula en grado notable con el apoyo del entorno familiar y el de los amigos, además de la presencia de reglamentos que prohíban fumar.

Los factores que han mostrado un efecto negativo sobre la cesación son los síntomas adversos experimentados mientras se intenta dejar de fumar, el aumento del apetito y la subsiguiente ganancia de peso.

En los países desarrollados la interrupción del consumo de tabaco es mayor en los niveles socioeconómicos altos, así como en las poblaciones que tienen un menor consumo de alcohol, menores episodios de neurosis y tiempos adecuados de sueño. (5)

Un resultado importante de un estudio fue la vinculación que existe entre el consumo inmoderado de alcohol y la persistencia del consumo de tabaco; se advierte que en las mujeres es estadísticamente significativo y con una fuerza de asociación considerable. Estos resultados coinciden con la notificación de Jackson y colaboradores.

En relación con el nexo del consumo de alcohol con la persistencia del tabaquismo, se han publicado diversos resultados. En estudios efectuados en animales y seres humanos se observó que la administración previa de alcohol incrementa la posibilidad de fumar. Este vínculo puede explicarse porque ambas sustancias (etanol y nicotina) estimulan los mismos receptores dopaminérgicos y de esta manera suscitan el deseo compulsivo de una sustancia por la otra. En cuanto a la diferencia de sexo, en los hombres se ha demostrado que la correlación genética entre la concurrencia de la dependencia de la nicotina y el alcohol es sólida ($r=0.68$; IC95% 0.61-0.74); esta influencia genética común explica

de manera parcial las observaciones clínicas y epidemiológicas entre personas dependientes del alcohol y el tabaco. En comparación con este estudio, sólo en las mujeres se advirtió el nexo entre el consumo de alcohol y la continuación del tabaquismo.

La vinculación que se observa entre consumo de alcohol y tabaco es consistente en la notificación de la Encuesta de Tabaquismo en jóvenes en México del año 2003. En la Ciudad de Cuernavaca 30.1% de los estudiantes que consumen alguna droga utilizó como primera droga el alcohol y 18.6% el tabaco. A su vez, los hallazgos de este estudio contrastan con los informes de Medina Mora y colaboradores. Estos investigadores, a partir del análisis de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998(ENA 98), mencionan una mayor frecuencia de problemas con el alcohol cuando el consumo de tabaco se inició antes de los 15 años. Estas diferencias pueden atribuirse a que la ENA 98 es un estudio transversal en el cuál se evalúan las conductas del consumo de tabaco, alcohol y drogas en un sólo momento, además de que el estudio sólo se realizó en zonas urbanas.

La presente investigación tiene la ventaja de poseer un diseño longitudinal, abarca áreas rurales, suburbanas y urbanas y además permitió evaluar la evolución de la conducta de persistencia en el tabaquismo, en comparación con los que cesaron, en relación con la evolución del consumo inmoderado de alcohol en el transcurso de 2 años.(5)

La Organización Mundial de Salud(OMS) ha definido como adolescente a toda persona comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Durante esta etapa aparecen cambios más

significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico ; aquí se presentan la maduración de la sexualidad y los múltiples cambios en el orden fisiológico , así como el pensamiento lógico y formal del joven que se prepara para incorporarse al mundo de los adultos.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal cuyo universo estuvo constituido por 1 106 adolescentes que asisten a 2 escuelas secundarias básicas ubicadas en esta área y que representan 12,6% de la población total. Se aplicó una encuesta a 364 adolescentes, de ellos 339 estudiantes y a 25 profesores generales integrales que imparten clases a estos estudiantes, la selección se realizó mediante un muestreo estratificado (escuelas) y por conglomerado (aulas) monoetápico. La edad promedio de los encuestados fue de 13 años para alumnos y 19 para los profesores.

La edad media de comienzo de fumar resultó ser de 12 años para los estudiantes y 16 años para los profesores generales integrales, el sexo femenino tiene predominio en la práctica de este hábito en 58.2%; 15% de los adolescentes encuestados fuman y la mitad de sus maestros también lo hacen; del total de los estudiantes 70% manifiesta que no es agradable y saben que constituye un factor de riesgo para algunas enfermedades como el cáncer ;72% de los profesores manifiestan también su desagrado y 84% conoce el riesgo de enfermar.

Se encontró que 42% de los adolescentes encuestados ha ingerido alguna vez bebidas alcohólicas en edades tempranas (11% comenzó antes de los 10 años, 35,4% entre los 10-11 años, 36.2% entre 12 y 13 años y 17,3% entre 14 y 15 años).

El 50,4% tienen familiares convivientes que ingieren bebidas alcohólicas. Los lugares de consumo más frecuentes corresponden a fiestas (23%), hogar (20%) y discotecas(6,5%); 15% refirió placer en su consumo, el resto sigue patrones de imitación de sus padres y grupos sociales afines. Más de la mitad de los profesores generales integrales también ingieren bebidas alcohólicas.

De los encuestados, 92% tienen información acerca de las drogas y 12% refirió conocer a alguien que las consume. Más del 5% del total de los encuestados no está seguro de si las probaría en algún momento de su vida.

De los estudiantes encuestados, 20% iniciaron las relaciones sexuales con una edad promedio de 12 años y los profesores con 16. Solo el 69,6% de los estudiantes y 58,3% de los profesores sexualmente activos usan condón en las relaciones sexuales para prevenir infecciones de transmisión sexual, por ser más higiénico, y para que no se produzca embarazo, en tanto 7% desconoce los beneficios de su uso.

La mayoría de los jóvenes encuestados(72%) considera que el suicidio no resuelve los problemas y 18% opina que es un modo de evadir la responsabilidades; 2,4% ve el suicidio como un medio de solución a sus problemas y 16% no sabe ni tiene opinión alguna sobre este particular.

El por ciento de ingestión de bebidas alcohólicas en adolescentes está aumentando cada vez más, situación que se considera que se puede calificar de alarmante si se analiza que se está emergiendo a edades cada vez más tempranas y por ende la calidad de vida relacionada con la salud se verá afectada precocemente durante la adultez, sin dejar de recordar la repercusión para la familia y la sociedad. Otros estudios apoyan los resultados encontrados. Al indagar sobre los motivos de la ingestión de bebidas alcohólicas un grupo refirió placer en su consumo y el resto sigue patrones de imitación a sus padres y grupos sociales afines. Más de la mitad de estos profesores generales integrales también ingieren bebidas alcohólicas, por lo que pudiera constituir un patrón negativo de imitación para sus educandos. El ofrecer alcohol a un niño “para que sea hombre” es uno de los más frecuentes y dolorosos errores que pueden cometerse en un hogar, y también es un error que bebedores adultos inviten a su consumo a jóvenes, con edades inferiores a los 18 años. Esto se debe a la

situación actual de mayor disponibilidad y venta de bebidas sobre todo en los establecimientos que frecuentan para el disfrute, esparcimiento, recreación dónde el alcohol es el principal animador y seguido por la tolerancia familiar y social.

La adolescencia es una etapa difícil del desarrollo, donde se puede favorecer el consumo del alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones o la imitación a los adultos.

La iniciación de los jóvenes en el mundo de las drogas en ocasiones suele ocurrir por la influencia de amigos, se considera que es de vital importancia que fluya información referente a este tema en los jóvenes como grupo susceptible de malos hábitos y adicciones, pues el hecho de conocer a consumidores podría favorecer el interés y el acceso a las mismas. Cuanto más joven sea la persona al empezar a usar una droga, mayor será la frecuencia con que la use y más elevadas la dosis. (6)

La sexualidad tiene desde el punto de vista social gran importancia ya que es una conducta sexual inadecuada es riesgosa y dañina para la salud del hombre y el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales conlleva a un alto riesgo de embarazos en la adolescencia y de infecciones de transmisión sexual (ITS). La mayoría de estos adolescentes conocen la importancia de la utilización del condón en sus relaciones sexuales, sin embargo, solo la mitad refieren la práctica de un sexo seguro, situación que invita a la reflexión si se recuerda que todas las infecciones de transmisión sexual en nuestros días están en ascenso en Cuba y en el resto del mundo. Cálculos recientes reportan que cada año se presentan más de 340 millones de casos de ITS curables y prevenibles (6).

En Cuba desde tiempos remotos existía el hábito de consumir bebidas alcohólicas elaboradas a partir de azúcar de la caña. A pesar de ello, y de que el consumo siempre fue aceptado por la mayoría de la población, la enfermedad y los problemas asociados con ella comienzan a incrementarse a partir de los años 70, tendencia que ha continuado aumentando en las últimas décadas .

En nuestro país, como parte de una sociedad de costumbres occidentales, dicho hábito se encuentra difundido entre una parte de la población y aunque no llega a ser problema grave de salud; si tiene la suficiente importancia como para ser abordado por especialistas en diferentes materias así como por el médico general y aún más por el nuevo especialista en medicina general integral.

La Organización mundial de la Salud define al alcoholismo como un trastorno de conducta crónico, manifestado por repetidas ingestas de alcohol excesivo con respecto a los normales dietéticos y sociales de la comunidad y que acaban interfiriendo en la salud las funciones económicas y sociales del bebedor (7).

A pesar de que el alcoholismo afecta mayormente a los adultos, su consumo en los adolescentes es cada vez más preocupante. Las edades comprendidas entre 16 y 20 años son las reportadas por la literatura mundial como de mayor vulnerabilidad para el inicio de bebidas alcohólicas. En nuestro medio hemos observado un incremento de este nocivo hábito sobre todo en este grupo poblacional. El abuso de alcohol puede provocar un riesgo incrementado para el inicio precoz de relaciones sexuales, así como otros muchos factores de riesgo como: conductas sexuales inadecuadas, riesgo de drogodependencia, Embarazos no deseados y la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, desde un enfoque o paradigma cuantitativo, con el objetivo de determinar el comportamiento del consumo de alcohol en adolescentes pertenecientes al área Urbana del Grupo Básico de Trabajo (GBT) No.2 del policlínico Docente Universitario “Luis Li Tregent” durante

el periodo comprendido desde julio hasta diciembre del año 2007.

Objeto de estudio: la etapa de la vida que comprende la adolescencia tardía (15-19 años).

De 224 adolescentes encuestados se encontró que un 96.42% consumen bebidas alcohólicas predominando los que se ubican en la etapa de consumo social. De los grupos de adolescentes el mayor número de bebedores están comprendidos las edades de 16 y 17 años predominando el sexo masculino en un 31.48%. La mayoría de los adolescentes beben por que les gusta 87.03% y 2.31% refieren sentirse bien, constituyendo estas las causas más frecuentes por las que consumen bebidas alcohólicas (7).

Alcohol y frecuencia Uso de Drogas y patrones: Una gran proporción de los 448 participantes del estudio usaron alcohol, tabaco o marihuana al menos una vez al mes (tabla 1). Menos del 5% de los participantes reportaron el uso de cualquier otro tipo de drogas en el último mes, aunque al menos el 10% de los participantes reportaron haber usado éxtasis, alucinógenos o fármacos sedantes / hipnóticos al menos una vez en el último año. Los varones fueron significativamente más propensos que las mujeres a reportar el consumo de alcohol y marihuana por lo menos mensual. Mientras que no hubo diferencias significativas entre sexos en los otros tipos de drogas.

Aunque 46,8% de los participantes consumían alcohol al menos una vez a la semana, sólo el 2% que consumía una o más veces al día. Muchos (48,0% de los hombres y 39,6% de las mujeres) informaron haber bebido en exceso al menos una vez al mes, cerveza y licor de malta eran las bebidas más comunes

(consumido por el 48,1% de los bebedores), seguido de alcohol (43,4%) y refrescos de vino (8,4%).

Una mayor proporción de los participantes consumieron marihuana perder el tiempo. Aunque el 37,3% fumó marihuana al menos una vez a la semana, el

14,7% lo fumó una vez al día y el 6,5% lo fumó varias veces al día.

Criterios para el diagnóstico de alcohol y los trastornos de consumo de marihuana: De los participantes del estudio, el 28,3% de los participantes en el estudio cumplían con los criterios de diagnóstico de abuso o dependencia del alcohol, el 29,0% cumplieron los criterios de abuso o dependencia de la marihuana, y el 42,9% cumplieron los criterios de aquí para allá ya sea alcohol o la marihuana o el abuso de la dependencia (cuadro 2). El síntoma más común de diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias se repite (es decir, 3 o más veces en el último año) el uso de alcohol o la marihuana en situaciones peligrosas, como conducir un vehículo (29,9%). Otros síntomas comunes incluyen gastar una cantidad significativa de tiempo de intoxicación (25,4%), con más o mayores de lo esperado (23,2%), y la adquisición de la tolerancia (22,1%).

Los hombres fueron significativamente más propensos que las mujeres a los criterios de un trastorno por consumo de sustancias (51,6% vs 34,2%, $p < 0,001$) y para cumplir varios criterios específicos de diagnóstico de trastornos por consumo de alcohol o la marihuana, incluyendo el uso en situaciones peligrosas, el uso a pesar de los problemas, gastar una cantidad de tiempo significantes estado de embriaguez, y evitar otras personas como resultado del uso de sustancias.

Abuso de sustancias son más frecuentes en blancos que en negros (49,2% frente a 38%, $p = 0,024$), con casi la totalidad de la diferencia viene de una mayor prevalencia de consumo de alcohol trastornos en los blancos. Cuando se compara la edad, la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol fue casi idéntico en los más jóvenes (15-19 años) frente a mayores (20-24 años) participantes (27,3% vs 29,5%, $p = 0,60$), mientras que los trastornos de consumo de

marihuana eran un poco más común en el grupo de edad más joven que en el grupo de mayor edad (32,8% vs 24,8%, $p = 0,062$) (8).

Se realizó un estudio descriptivo en el que se encuestaron 315 estudiantes de la escuela Pre-Universitaria No.5 adscrita a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, durante el curso 2003-2004, localizada en la ciudad de Morelia, en Michoacán(México).

Se estimó el tamaño de la muestra para la población finita y se diseñó un muestreo estratificado o por racimos para obtener una muestra representativa de cada año escolar y ambos sexos, se garantizó en todo momento la confidencialidad de las encuestas. Se aplicó la encuesta AUDIT diseñado por la OMS en 1982 para conocer la prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol con una sensibilidad de 92% y especificidad de de 94% que es un cuestionario estructurado y auto aplicable de detección temprana el cual estuvo integrado por 10 ítems, cada uno de los cuales tiene 5 respuestas posibles puntuadas de 0 a 4, excepto los ítems 9 y 10 que solo puntúan 0,2,4 .

Las tres primeras preguntas estuvieron relacionadas con la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, las tres siguientes preguntas relacionadas con la dependencia de alcohol, las preguntas 7 y 8 con el consumo dañino, y las dos últimas con problemas causados por el alcohol, incluyendo reacciones psicológicas adversas.

La sumatoria de los puntos aportados con cada pregunta da como resultado el índice de la escala de AUDIT, con máximo posible 39 puntos. el tiempo puede ser menor de 3 a 5 minutos o prolongarse a uno 10 a 15 minutos.

De acuerdo con la distribución por sexo de los adolescentes de 14 a 19 años de edad, 109 adolescentes (34.6%) correspondieron al masculino y 206(65.4%) al sexo femenino. Se observó una prevalencia de consumo seguro del 81%(225 adolescentes), un consumo riesgoso en el 17.1%(54 adolescentes) y un consumo dañino en el 1.9%(6 adolescentes).

Observamos una prevalencia de consumo seguro en 74 adolescentes varones (67.9%) contra 181 femeninas (87.9%). El consumo riesgoso predominó más en el sexo masculino con 33 adolescentes (30.3%), contra 21 adolescentes del sexo femenino (10.2%). El consumo dañino fue similar para ambos sexos, en el sexo masculino con 4 adolescentes (1,9%) contra 2 del femenino (1.8%).

Se encontró que la edad de inicio de ingesta de alcohol presenta un pico máximo entre los 12 a 15 años con un total de 147 de adolescentes entre esas edades que representaron un 46.6% del total de entrevistados.

Consumían bebidas alcohólicas 169 adolescentes (53.7%), de ellos 146 (86.4%) consumían cerveza, Tequila 33(19.5%) , ron 4 (2.4%), brandy 3 (1.8%) y 1 caribe cooler(0.5%). Manifestaron alguno que de sus padres ingerían bebidas alcohólicas con frecuencia y 65 (20.6%) que lo hicieron hasta embriagarse al menos una vez en el último año. Fue más frecuente encontrar padres que no ingerían bebidas alcohólicas en el grupo de los adolescentes.

La ingesta de alcohol hasta la embriaguez en padres fue más frecuente en adolescentes con consumo riesgoso y dañino, 38 padres (58.5%) en cambio en adolescentes con consumo seguro de alcohol se encontró que el 50.6% de sus padres habían ingerido alcohol hasta la embriaguez, el 14,6% de los adolescentes comenzó a ingerir bebidas alcohólicas a los 12 años, el 13.3% a los 15 años y el 10,8% a los 14 años .

La cerveza fue la bebida alcohólica más consumida entre los adolescentes (46.3%) tomando en cuenta al total que ya han ingerido alguna bebida embriagante.

La prevalencia en aumento del consumo de bebidas alcohólicas por adolescentes propició que actualmente continuemos estudiando el contexto familiar y social en que se desarrolla este problema. (9)

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el nivel de autoestima y el consumo de alcohol en los adolescentes a través de la realización de un estudio descriptivo transversal en una facultad de enfermería en la ciudad de Querétaro, en México, en el mes de julio del 2008, en una muestra de 109 adolescentes, entre 17 y 20 años, para la obtención de datos aplicados dos instrumentos: AUDIT y cuestionario de autoestima elevada (94.5%), ninguno presentó autoestima baja. El 80.7% de los adolescentes del estudio no tiene riesgo de consumo de alcohol.

Se concluye que la mayoría de los adolescentes presentaron una autoestima elevada y tuvieron bajo riesgo de consumo de alcohol por lo que se sugiere implementar programas preventivos con respecto al consumo de alcohol y factores protectores a fin de que los adolescentes continúen con un estilo de vida saludable.

En este proyecto preventivo, los profesionales de enfermería juegan un papel importante, están capacitados para realizar diagnósticos de salud, participar en la elaboración e implementación de programas de prevención universal, selectiva e indicativa, entre otras actividades.

En este estudio el propósito fue analizar el nivel de autoestima y el consumo de alcohol en los adolescentes.

Los criterios de selección enunciados para este estudio fueron: todos los adolescentes entre 17 y 20 años de edad, que aspiraban ingresar a los programas de una facultad de una Universidad Pública, que aceptaron participar y que se encontraban en el momento de la recolección de datos.

Antes de la recolección de datos, los participantes informaron su edad, sexo. La escala de autoestima de Rosenberg, está integrada por 10 preguntas con una escala de 1 a 4 puntos, los rangos para determinar el nivel de autoestima son : de 30 a 40 puntos: autoestima elevada, considerada como autoestima normal; de 26 a 29 puntos: autoestima promedio, este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima grave, sin embargo conveniente mejorarla, y al menos de 25 puntos: autoestima baja, en este rango existen problemas de autoestima significativos.

De los 109 adolescentes entrevistados 48 (44%) eran de género masculino y 61 (56%) de género femenino. La edad de las personas participantes en estudio varió entre 17 y 20 años (DE=1,013).

De acuerdo con la escala de autoestima que se muestra en la tabla 1, los informantes están de acuerdo en: 1).- ser una persona de igual valor que otras personas (92.7%), 2).-tiene muchas buenas cualidades (67.7%), 3).- puede hacer las cosas igual que los demás (54.1%), y 4). Tiene una actitud positiva con su persona (76.1%); Los participantes muestran o presentaron como se mostro en la tabla 1, donde se presenta un autoestima elevada de 94.5%, promedio de 5.5% autoestima promedio, no hay autoestima baja ., el tabla 3 se aprecia que un 44% consume al mes; entre una o menos veces, además se observo el dominio de consumo de alcohol en los que se encontraban los participantes, 80.7% sin riesgo, 13.8% empieza a tener problemas y 3.7% presentó riesgo elevado.

También, se observo que la mayoría de los adolescentes posee autoestima elevada y sin riesgo para el consumo de alcohol (81%) , el 14% posee autoestima promedio y empieza a tener riesgo y 5% presenta autoestima baja y riesgo elevado .por tanto , de acuerdo con los resultados de este estudio, cuando el adolescente presenta autoestima elevada menor es el riesgo de consumir alcohol.

La mayoría de los adolescentes fueron del sexo femenino con edad promedio de 18 años, la mayoría de los participantes tuvieron autoestima elevada 94.5%, ninguno presento autoestima baja.

Lo anterior hacer referencia a que la autoestima de los adolescentes es bastante estable a corto plazo, no así a lo largo de varios años. (10)

El consumo de alcohol, acompañado de otras sustancias, es un fenómeno que se encuentra profundamente enraizado en muchas sociedades, y se ha convertido en una preocupación social que amerita ser investigada. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud(2008), el consumo de alcohol se encuentra a nivel mundial entre las primeras diez (10) causas de discapacidad; desórdenes como la depresión y la esquizofrenia llaman la atención; siendo siete veces mayor la discapacidad en hombres que en mujeres .

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2008) indicó que 22 millones de personas consumen alcohol en gran parte del mundo, esto obedece a la ampliación mundial de la oferta de las bebidas con contenido alcohólico, amparado por las modificaciones a las leyes que favorecen la producción, el comercio y el consumo de alcohol. Se atribuyen al alcohol efectos primordialmente traumatismos no intencionales y trastornos neuropsiquiátricos.

Se han realizado investigaciones en torno al consumo de alcohol, con el objetivo de identificar los factores de riesgo que atentan contra la salud del ser humano. De acuerdo con los datos más recientes de la Escala Nacional en Estados Unidos(2001), el alcohol es uno de los riesgos de salud más comunes entre los adolescentes, el 15% de los adolescentes que cursan octavo grado, el 70% de los que de décimo y el 80% de los doce grado han tenido al menos alguna experiencia con el alcohol(Donovan, 2004) .

En la actualidad, el consumo de alcohol por parte de los adolescentes constituye una amenaza para la salud pública, ya que genera consecuencias negativas a nivel biológico, físico, emocional y psicológico en quien lo consume.

Johnson et al. (2006), en sus estudios han demostrado que los adolescentes que consumen sustancias que presentan una salud mental y física deteriorada, baja atención, incremento de los actos delictivos y menor productividad económica a futuro.

Uno de los factores asociados al consumo de alcohol es la maduración biológica temprana (especialmente en las niñas), con inicio en el consumo de sustancias. La explicación a ello es que las niñas, cuando entran a la pubertad a temprana edad, consiguen amigas mayores que ellas y atraen al sexo opuesto de mayor edad, aumentando el riesgo de consumo de alcohol, ya que se enfrentan a nuevas situaciones en las que se facilita la ingestión de sustancias.

Otro factor que se asocia con el alcohol es la exposición de los adolescentes a comerciales y propagandas sobre bebidas alcohólicas, esto sucede por que las compañías gastan fuertes cantidades de dinero en las campañas publicitarias.

El factor social es predominante en el consumo de alcohol, ya que los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos se convierten en una influencia dominante. La influencia de los parientes es más fuerte que la que ejercen los padres sobre sus hijos adolescentes, ya que al pasar mayor tiempo los parientes con éstos, se les presenta como un modelo a seguir.

Gil (2008) en su investigación afirma que: "entre los factores asociados al consumo se encuentran factores personales, relativos a las actitudes hacia el alcohol o que corresponden a los rasgos de personalidad de los sujetos; el consumo abusivo se encontraría relacionado con el bajo nivel de información

sobre el alcohol y con el mantenimiento de actitudes positivas por parte de los jóvenes, basada en la idea de que el alcohol no trae grandes riesgos y favorece la diversión facilitando las relaciones sociales”.

Según Gil, otros factores de riesgo estarían relacionados con la baja autoestima, las actitudes antisociales, la insatisfacción con el uso del tiempo libre, o la carencia de habilidades para la toma de decisiones. (11)

El consumo excesivo de alcohol produce daños físicos, mentales y sociales y constituye una de las causas principales del cáncer de boca, esófago y laringe, además de otros problemas médicos, entre ellos hipertensión, gastritis, cirrosis hepática y pancreatitis. El alcohol puede causar daños durante la gestación y agravar algunas formas del infarto cerebral y trastornos mentales, como la depresión. Así mismo, las lesiones por accidentes de tráfico y peatonales, las caídas, la violencia y los problemas laborales son consecuencia frecuente del consumo excesivo.

Este último ocasiona enfermedad y sufrimiento no solo en el bebedor sino también en su familia y allegados. La relación entre el consumo de alcohol y los daños a la salud dependen del volumen y la frecuencia de la ingestión y otros mecanismos más. Cuando se consumen en forma moderada, las bebidas alcohólicas pueden ser beneficiosas dado que atenúan la formación de coágulos sanguíneos, lo cual representa un mecanismo protector para las enfermedades coronarias. Por otro lado, la toxicidad por consumo excesivo puede producir daño pancreático y es un mediador importante de efectos agudos, como accidentes, lesiones intencionales o muerte y violencia familiar, por su parte, la dependencia del alcohol es un mecanismo que influye sobre el consumo sostenido y se refleja en problemas crónicos y agudos. En suma, la cantidad ingerida es un factor relacionado sobre todo con las consecuencias a largo plazo, mientras que los patrones de consumo son mejores predictores de los efectos agudos. Por lo regular, el consumo

excesivo comienza alrededor de los 13 años de edad y se observa un pico entre los 18 y 22 años, seguido de un descenso gradual. (12)

La OMS revisó la clasificación diagnóstica, introduciendo los conceptos de trastornos por consumo de alcohol; consumo de riesgo y consumo perjudicial, junto al ya existente de dependencia del alcohol. Por lo tanto, el consumo de riesgo queda definido como un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás.(19) Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo no haya experimentado ningún trastorno. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

Existe una amplia evidencia sobre variables que han sido identificadas como factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes, es decir, condiciones que exponen a adolescentes o los hace más vulnerables a caer en el consumo de alcohol. De acuerdo a la literatura nacional e internacional, uno de los principales factores de riesgo identificados ha sido el ser varón;

la edad, observando que mientras se incrementa mayor es la probabilidad de consumir alcohol; el tener amigos consumidores, el bajo nivel educativo, tener trabajo remunerado, y tener síntomas de problemas mentales.

El objetivo del estudio fue conocer los trastornos por consumo de alcohol, y analizar el efecto de factores personales sobre estos, en 125 adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles de Monterrey, NL. México.

Los resultados indicaron que 70% mostró consumo excesivo, el 62% se clasificó con consumo perjudicial y el 50% con dependencia. Los factores que más contribuyeron en la predicción del consumo excesivo fueron la edad, sexo y el

bajo nivel educativo, para el consumo perjudicial fueron edad y problemas de salud mental, y para el consumo dependiente fueron la edad, los años de escolaridad y los problemas de salud mental. Estos resultados posibilitarán la reflexión de la necesidad de diseñar programas adecuados dirigidos a la prevención en este grupo de jóvenes marginales. (13)

El abuso y la dependencia de alcohol pueden ser una consecuencia del fracaso escolar y de la falta de reglas de reglas y apoyo familiar, así como de los síntomas depresivos en la adolescencia. Como factores influyentes para el consumo de marihuana se mencionaron, entre otros, la presión del grupo, la disponibilidad del tóxico, la baja autoestima y la competencia. Los factores protectores serían. Por ejemplo. La participación en tareas extracurriculares y el apoyo familiar. (14)

Consumo de alcohol:

- La percepción de una situación económica "buena" favorece el consumo de alcohol y drogas en alumnos que concurren a establecimientos privados ubicados en la seccional 14 de la Ciudad de Córdoba.
- En alumnos que concurren a Establecimientos Públicos, la percepción de una situación económica familiar "buena" y "regular" triplican el consumo de alcohol y consumo de tabaco y cuadruplican el consumo de drogas, respecto a los Establecimientos Privados del mismo sector.
- El consumo de alcohol de forma habitual en familias, favorece notablemente el consumo en sus hijos.
- Se consume un 18% más alcohol en alumnos provenientes de Establecimientos Privados.

- Nueve de cada diez alumnos de escuelas privadas y siete de cada diez de escuelas públicas han consumido alcohol al menos una vez en la vida.
- La edad media de comienzo de consumo de alcohol es de 14,28 años.
- Los hombres consumen alcohol en un 5% más y se drogan el doble que las mujeres.
- Las mujeres fuman más que los hombres y consumen más alcohol por ocasión de consumo (aproximadamente) 1 litro por ocasión de consumo).
- En un análisis, la cerveza es el tipo de bebida más consumida por los adolescentes.
- Bebidas blancas solas o en combinación con otras bebidas alcohólicas son las consumidas por jóvenes concurrentes a Establecimientos Privados, con importante policonsumo en general.
- La cerveza es el tipo de bebida más consumida por adolescentes que concurren a Establecimientos Públicos, sola o en combinación con otro tipo de bebidas alcohólicas.
- Uno de cada cuatro jóvenes encuestados afirma tener consumo abusivo de alcohol en forma de borrachera, lo que conduce a un incremento del riesgo de desarrollar dependencia alcohólica.
- Un tercio de los jóvenes que concurren a Establecimientos Públicos NO SABE/NO CONTESTA respecto a las consecuencias del consumo de alcohol.

- Un 5% de los jóvenes declara haber faltado electivamente a la escuela para consumir alcohol.
- Siete de cada diez adolescentes de escuelas públicas ha declarado haber conducido vehículo bajo los efectos del alcohol, y tres de ellos han sufrido algún tipo de accidente por esta causa.
- Cuatro de cada diez jóvenes se han subido a un vehículo conducido por un adolescente ebrio y tres de ellos han sufrido algún tipo de accidente de tránsito. (15)

Desde la antigüedad se conocen los efectos nocivos del uso y abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y fatal, caracterizada por la tolerancia y dependencia física y por cambios orgánicos patológicos. Existe predominio del sexo masculino de esta afección, aunque es cada vez mayor su adición por el sexo femenino y en jóvenes en general, se observa en más del 16% de las personas mayores de 65 años y se reporta una alarmante incidencia mundial.

A diferencia del café y el tabaco, el alcohol modifica la personalidad de quien lo consume en exceso y afecta de forma importante su conciencia. El peligro del alcoholismo está presente por igual en todas las personas, aunque el conocimiento de este tóxico puede contribuir a evitar que se caiga en su redes. (16)

La adolescencia es una etapa difícil del desarrollo, donde se pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones, la creencia de determinados mitos o la imitación a los adultos.

Es una enfermedad que causa dependencia y que se puede adquirir por varias vías. Se ha sugerido que resultan factores de riesgo de alcoholismo la soltería, los trastornos nerviosos, la subescolarización y sobre todo los conflictos matrimoniales y en las relaciones sociales. Se ha señalado entre las principales motivaciones del alcoholismo en este medio la influencia de amistades y familiares, ambiente festivo y problemas de pareja o del entorno, sobre todo en la actividad laboral. Se atribuyen a la habituación alcohólica causas relacionadas al estrés, que provocan alteraciones en la relación social, familiar y económica de los sujetos expuestos a este riesgo, asociado con trastornos de la personalidad, rechazo al medio, evasión de conflictos, inmadurez emocional.

El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales como violaciones y riñas, práctica de sexo sin medio de protección, abandono familiar y laboral. Se vincula mundialmente con el 50% de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30% de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30% de las admisiones psiquiátricas y el 8% de los ingresos por psicosis. También se ha responsabilizado con casi la mitad de los condenados por faltas y delitos tan graves como asesinatos. En este medio se relaciona con la tercera parte de los hechos delictivos y violentos y entre el 20 y el 25% de las muertes por accidentes. (16)

En la población estudiada los factores de riesgo predominantes son las variables falta de destrezas sociales y pertenencia a grupo, bajo auto concepto/autoestima y situación familiar irregular, los factores protectores más frecuentes son expectativas futuras, ausencia de conductas de riesgo social, de alcohol y drogas y sexuales y ausencia de maltrato.

Al estudiar los factores de riesgo por grado escolar (tabla 4) se observa que la variable bajo autoconcepto/autoestima se mantiene a través de los grados

escolares como factor de riesgo. A medida que avanzamos en escolaridad, aparecen las conductas de riesgo en relación al tema de abuso de alcohol de drogas y sexualidad, así como el sentido de pertenencia e inserción escolar.

Respecto de la variación por sexo a nivel de los factores de riesgo o de protección no se observan variaciones significativas, salvo un margen general superior de mujeres con predominio de factores de riesgo, durante el periodo que va entre el 1ro y 2do medio.

La aplicación del cuestionario de factores protectores y de riesgo de salud mental para adolescentes nos muestra la presencia de variables que permiten la identificación tanto de factores de riesgo como protectores, es decir, elementos que están en el ambiente, en el contexto del individuo y que la pueden afectar.
(17)

El patrón de consumo (cantidad y frecuencia de consumo de alcohol) de cada sujeto, seis meses antes del tratamiento, se midió en función de copas estándar por ocasión de consumo, describe el promedio del consumos para cada sujeto durante el tratamiento y los seguimientos. En la gráfica se observa que los adolescentes disminuyeron su patrón de consumo después del tratamiento. El sujeto 1 consumió un total de 32 copas estándar durante la evaluación inicial y durante la fase de seguimiento consumió 30 copas estándar, en 5 ocasiones de consumo.

En tanto que el sujeto 2 tuvo un total de 113 consumos durante la evaluación, mientras que en los seguimientos no consumió alcohol.

En relación con la meta de consumo propuesta por cada adolescente, el sujeto 1 se propuso como meta dos copas por ocasión al final del tratamiento, la meta del sujeto 2 fue de abstinencia, la del sujeto 3 fue de cinco copas y la del sujeto 4 de

una copa por ocasión. Durante los seguimientos, dos de los sujetos no consumieron bebidas alcohólicas, mientras que el resto tuvo consumo moderado.

Para analizar estos resultados, se debe tener en cuenta las recaídas (consumo similar al de la evaluación inicial o que rebasa la meta de consumo después del tratamiento) que tuvo cada uno de los sujetos durante los seguimientos como el nivel de autoeficacia (percepción de control de consumo en una situación de riesgo) antes y después de tratamiento.(18)

El consumo de alcohol se incrementa durante la adolescencia y la juventud, particularmente durante la transición fuera del colegio y disminuye a medida que el adulto joven llega a la mitad de sus treinta años. Se estima que en el mundo cerca de 2 600 000 de personas lo consumen ya sea en forma ocasional, habitual, abusiva o adictiva. En Colombia, el programa presidencial RUMOS estimó en 2001, que el 89,7% de los estudiantes universitarios eran consumidores habituales de alcohol etílico.

Los efectos del alcohol en la salud dependen de la cantidad que ingiere y de los patrones de consumo, es típica la presentación de curva J, que muestra los efectos del alcohol en la salud. En dicha curva, se ha descrito que el consumo bajo de alcohol está asociado con una reducción de la mortalidad general del 18,0 % y de enfermedad cardiovascular del 30,0 %. De otra parte, el consumo excesivo conferir riesgo de enfermedad cardiovascular, se ha asociado directamente con el tabaquismo y esta asociado con una tasa mayor de mortalidad general. (19)

Las principales influencias para la inducción en le medio familiar al inicio del consumo de alcohol y tabaco, es el factor económico, la baja escolaridad, padre bebedor y tipo de trabajo que realiza son los factores de riesgos encontrados en este trabajo, se representa el nivel de escolaridad, salarios, y edades que son

variables analizadas como influencias para la inducción al consumo de drogas lícitas .

Cuando hablamos de escolaridad, nos referimos al grado de educación y la capacidad que tengan los padres para llevar una responsabilidad de la orientación y transmisión de valores a sus hijos.

En la encuesta realizada para este trabajo demostraron que existen factores de riesgo para inducir el inicio del consumo de alcohol y tabaco, pues se encontró padres que beben fin de semana y fuman tabaco. Otro factor de riesgo encontrado es que en muchas familias falta uno de los progenitores ya que uno de ellos padre o madre han emigrado a otros países o salen a trabajar.

En el estudio se muestra la relación entre la ausencia y la presencia de los padres en el hogar Observando que un alto porcentaje no este presente y esto se debe en la mayoría por la migración otros países en busca de otras oportunidades de trabajo y mejorar el ingreso económico, que muchas veces lo logran pero repercuten en los niños y adolescentes pues la familia se disgrega y los abuelos o familiares no tienen la suficiente autoridad para criar a los niños, el factor que más se afecta en esta separación es el afectivo ya que la ausencia de los padres crea cierto grado de inseguridad e inmadurez en los jóvenes. El estar solo en las mayorías de las actividades constituyen un riesgo para necesitar el uso y aumentar cada día la cantidad de alcohol y tabaco. Los adolescentes que se quedan sin supervisión tienen más probabilidades para experimentar con alcohol y otras drogas.

La literatura señala evidencias de que los problemas en la familia son señal de un riesgo aumentado de uso de drogas lícitas e ilícitas. Las familias de dependientes de drogas presentaban disfunciones en áreas de afecto y establecimientos de límites y papeles en la estructura familiar. (20)

1.- Los adolescentes hijos de padre alcohólico presentan un uso experimental de alcohol, llegando en algunos casos hasta la embriaguez, situación presentada en algunos casos en un mes, o en un año, pero no teniendo este consumo como habitual.

2.- Los factores de riesgo en mayor o menor asociación con la necesidad de uso de alcohol son, el aumento del uso, o la dificultad para decir no son: el hecho de que un miembro de la familia haya sido detenido por consumir alcohol, que en la familiar realicen cosas juntos, la falta de claridad en las reglas, que los padres paren fuera de la casa por mucho tiempo, que los adolescentes sientan peligro en su casa, que un compañero de la escuela venda o regale droga, el disgusto de los padres por los amigos, los problemas de los amigos con las autoridades, que los amigos falten a la colegio o se aburran en las fiestas en donde no se consume alcohol, que los amigos roben, o dañen a que pertenezcan a una pandilla, que el adolescente salga de noche sin permiso, o que realice menos ejercicio que los compañeros, que a las fiestas asista sin vigilancia de un adulto, y que se encuentre mayormente solo en las reuniones de recreación.

3.- Los adolescentes de padre alcohólico representan una distribución normal al visualizar sus edades. Así aproximadamente el 50% de los jóvenes tienen edades entre 14 y 15 años, mientras que en las hijas adolescentes tienen una ligera inclinación hacia la derecha dentro de la curva, es decir el 50% aproximadamente de las jóvenes tienen edades de 16,17 y 19 años.(21)

En conclusión, existe alta prevalencia de síntomas emocionales, percepción de disfunción familiar por parte de adolescentes participantes en este estudio y conductas de riesgos como el consumo de alcohol, drogas y actividad sexual precoz en adolescentes escolares chilenos. La utilización de cuestionarios de screening de síntomas emocionales y conductas de riesgo a nivel escolar, para un diagnóstico precoz e implementación temprana de medidas de prevención y

tratamiento a nivel familiar tanto escolar como individual, parece ser una estrategia importante.

Todas las conductas de riesgo son más frecuentes en adolescentes provenientes de familias percibidas por ello como disfuncionales, lo que sugiere la urgencia de promover acciones para fortalecer la familia, un factor protector importante en la prevención de conductas de riesgo en los adolescentes. Familia que debe verse apoyada y no cuestionada por el resto de las instituciones y que debe recuperar su papel educativo insustituible en el crecimiento de sus miembros, la intervención no debería centrarse únicamente en los adolescentes, Si no debería incorporar. Un grupo de variables culturales y de calidad de la interacción familiar que actúan como facilitadores de un desarrollo sano.

Este estudio enfatiza la necesidad inminente de implementar programas y políticas de salud y educación dirigidas a profesionales de salud y educación y la comunidad en general, orientada al esfuerzo de la comunicación y fortalecimiento de lazos en familias con hijos adolescentes.(22)

El alcohol no suele ser considerado una droga y este hecho es una constante en la mayoría de las escuelas en las que se ha trabajado y para la mayoría de los estudiantes encuestados. En las encuestas y en los talleres de prevención se hace evidente que no identifican al alcohol como una de las drogas (por ejemplo, cuando se les piden enumeren o sustancias conocidos por ellos). Y de hecho, no consideran el abuso de esta sustancia como un posible problema (Schmidt, González y Messoulam, 2007 en preparación).

Desde el punto de vista farmacológico, el alcohol es sin lugar a dudas una droga SPA2 y forma parte de la pandemia denominada UIS, incluso esta, sustancia es considerada actualmente por los especialistas “una droga dura”(Miguez,2003) por la forma en que los jóvenes se relacionan con ella.

Cabe aclarar que el alcohol, si bien es una droga, no puede ser considerado en si mismo un problema(de hecho su ingesta moderada no lo es). Pero el abuso el abuso de alcohol representa en la actualidad un importante problema para la salud pública que compromete de manera particular el desarrollo psicosocial y el bienestar de amplios sectores de la sociedad.

La problemática del uso abusivo de sustancias ilegales ha generado preocupación, polémicas y debates entre especialistas y legos a lo largo de décadas. Se condena fuertemente el uso de las mismas y se produce consternación en el hogar, en la escuela, en el barrio, en los medios masivos cuando se conoce a un adolescente o grupo de adolescentes esta consumiendo alguna sustancia ilegal (actualmente este lugar lo está ocupando el “ paco ”).

En la literatura internacional, ha quedado claramente establecido que la búsqueda de sensaciones es el factor de riesgo por excelencia. Pero no toda la búsqueda de sensaciones puede ser considerada riesgosa. Ni sólo la búsqueda de sensaciones.

Zuckerman (1990) planteó la existencia de dos formas de búsqueda de sensaciones: búsqueda de sensaciones socializada - no impulsiva y búsqueda de sensaciones no socializada - impulsiva. De hecho, este especialista destaca cuatro dimensiones de búsqueda de sensaciones: la búsqueda de emociones y aventuras (BEA) que refleja un deseo de buscar emociones y riesgos, y un deseo de comprometerse en actividades deportivas que impliquen rapidez o peligro; búsqueda de experiencia (BE), que representa la búsqueda de nuevas experiencias a través de los sentidos y a través de estilo de vida poco convencionales, desinhibición (DES), que refleja un deseo de liberación social mediante la bebida, fiestas y una gran variedad de experiencias sexuales; y susceptibilidad al aburrimiento (SAB) que señala una aversión por las

experiencias repetitivas, la rutina en el trabajo, inquietud cuando las cosas son monótonas (Zuckerman ,1990). De estas cuatro formas, la BEA es considerada una forma socializada de BS. Hemos encontrado en nuestros estudios que BE, DES y SAB son claros factores de riesgo de abuso. Pero en el caso de los adolescentes varones se concluyen que la búsqueda y aventuras (BEA) actúa como factor protector de abuso de alcohol resultado consistente en la teoría de Zuckerman (Schmidt, Messoulam, molina, y Abal,2006). (23)

La finalidad primordial de las representaciones sociales estriba en que los individuos se explican, modelan y remodelan su realidad a través de sus prácticas sociales que son mediadas por las decisiones. De acuerdo con Moscovici, la toma de decisión no son productos arbitrarios, sino razonados, que subyacen en los conocimientos y sistemas de creencias que giran alrededor del objeto. Estos razonamientos no son productos de teorías elaboradas, sino que provienen del sentido común con el cual los individuos operan en su vida cotidiana. Esto es a lo que se refería Moscovici cuando introdujo el término de sociedad pensante, al sostener que los individuos intentan resolver sus problemas cotidianos utilizando las RS que crean y comparten a través de la interacción comunicacional.

Dicho de otra forma, las RS son formas de pensamiento social que incluyen implícita y explícitamente informaciones, creencias, actitudes, prácticas y experiencias, que orientan a posterior la toma de decisiones.

Por otro lado, la noción de modelos de toma de decisiones tuvo sus antecedentes en Kuhn, cuando propuso como operaba un paradigma. En la terapia familiar se ha usado para referirse a cómo las personas le atribuyen cualidades al mundo social, que no son sometidas a discusión por su adherencia ideológica. Estos modelos fueron definidos por D Shazer como un conjunto constituyente de ideas que operan como paradigmas culturales bajo las cuales se construyen problemas y soluciones. Su objetivo es identificar las reglas que los rigen

para planificar la intervención terapéuticas. Sin embargo, estos modelos tienen deficiencias: no interesa el tipo de problema, su evolución, las experiencias, la cultura histórico-social y las interacciones individuo-sociedad; sólo centran su interés en las decisiones que se toman. Como diría Moscovici, se ignora el proceso cognitivo y social que está detrás de las prácticas. (24)

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El alcohol del árabe al-kuhl (esencia o espíritu) es el producto de la fermentación de las sustancias vegetales. Su uso como brebaje data de los propios albores de la humanidad, e inicialmente estas bebidas alcohólicas tenían una finalidad religiosa que dio paso después a su consumo colectivo con fines festivos. En nuestros días, sea por la decisión personal, la fácil adquisición y la aceptación social, ha habido un incremento del consumo de bebidas alcohólicas. No solo por los adultos, sino por los adolescentes.

La adolescencia es la etapa de paso del paso de la infancia a la edad adulta del ser humano y constituye un período transicional. En ella se establece la diferenciación específica de todos los aspectos del desarrollo, o sea, físico, mental, moral y social. La adolescencia según las OMS está comprendida entre los 10 y 20 años de edad. Dicha etapa es un período idóneo para la adopción de hábitos y actitudes, especialmente en el uso de sustancias adictivas que posteriormente pueden permanecer en la adultez, si no son bien manejadas, y llegan afectar la salud del individuo y la sociedad.

Hoy día, el consumo excesivo del consumo de bebidas alcohólicas por los jóvenes es uno de los problemas de salud emergente. Y su solución se ha convertido en prioridad para muchos países el mundo. (25)

Estudios realizados en España muestran cómo 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 las Américas se muestran cifras alarmantes; por ejemplo en una comunidad colombiana de Cartagena, el 94% de los niños entre 13 y 14 años han probado el alcohol.

También en Chile se han realizado estudios en primaria, secundarias y preuniversitarias, donde se ha encontrado una prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas que causa escándalo y varía desde un 8,1 hasta un 32,1 %. En México en el año 1993 un 74% de los estudiantes consumieron bebidas alcohólicas. Nuestra sociedad no escapa a dicha problemática, por ello en los últimos años se ha producido manifestaciones sociales que deben ser analizadas, como por ejemplo, la costumbre de beber en lugares públicos sin festividad popular; la aceptación del consumo de bebidas alcohólicas por los adolescentes y jóvenes para cualquier actividad recreativa; la avidez por el consumo en lugares de expendio, que a su vez han proliferado en número y ampliado su horario de venta; la oferta de bebidas alcohólicas por algunos colectivos laborales y comunitarios como vehículo de gratificación, la venta ilícita por algunos individuos con fines lucrativos, y hasta la propaganda ingenua, demostrándose una aceptación casi condicional hacia el consumo de alcohol, y una tolerancia poco recomendada hacia sus consecuencias que se ejemplifica en la peculiar frase de “bajar la botella”, sin olvidar el factor subjetivo que juegan los mitos y creencias en la ingestión de alcohol como intensificador de la conducta social (26).

JUSTIFICACION.

El alcoholismo cada vez más repercute en ascenso de manera importante en los adolescentes, que influyen factores de riesgo, dónde un miembro de la familia con esta enfermedad, el compañerismo con aptitudes de consumo de alcohol a temprana edad comprometiéndolo a caer en el alcoholismo, que lo conlleva con alteraciones en la familia, pasando por un estado depresivo, ansiedad, conflictos que no son resueltos y que afectan al clima familiar y estructura en forma progresiva. Apareciendo los factores de riesgo en el adolescente.

El 71.1 al 84.6% de alcoholismo en el mundo presente en el adolescente y a nivel Nacional de un 35% al 45%. El propósito de este estudio es para saber en medicina familiar sobre los factores. Contribuyente que afectan la desorientación del joven en núcleo familiar en que se encuentra, conociendo la existencia de disfunción familiar, violencia intrafamiliar, divorcio falta de afecto, falla en la comunicación familiar. Con estos factores el médico familiar brindara orientación, educación, medidas de prevención para evitar que caiga el adolescente en el consumo del alcohol. Además se les compromete a los padres de familias una mayor vigilancia de sus hijos, el saber que hacen y con quien andan.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El alcoholismo es una enfermedad que afecta con mas frecuencia al sexo masculino, mientras mas se incrementa la edad mas es la probabilidad de ingerir alcohol, de acuerdo a literaturas nacionales como internacionales.

El alcoholismo es una enfermedad crónica que daña el organismo y el funcionamiento familiar y social y puede ser causa de violencia, conductas antisociales, desintegración familiar, accidentes e incluso homicidios.

¿Cuál es la frecuencia de los factores de riesgo para alcoholismo en los adolescentes de la UMF No. 46?

HIPOTESIS

El antecedente familiar de alcoholismo, compañerismo son los más frecuentes factores de riesgo en pacientes adolescentes para presentar alcoholismo.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la frecuencia de los factores de riesgo para alcoholismo en adolescentes de la UMF No. 46

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgo más frecuentes en los adolescentes con alcoholismo.
- Describir la edad, sexo, ocupación, estado civil.
- Registrar la edad de inicio de alcoholismo, cantidad de ingesta, tipo de alcohol.
- Identificar los motivos de la ingesta de alcoholismo.
- Registrar el antecedente familiar, parentesco con alcoholismo
- Determinar el grado de Disfunción familiar de los adolescentes estudiados.

METODOLOGIA

Diseño del estudio.

Observacional, prospectivo, descriptivo, de tipo encuesta descriptiva.

Población de estudio para obtener muestra 236 adolescentes adscritos a la UMF No. 46.

Tiempo de realización de estudio. Marzo de 2011 a Febrero de 2012.

Criterio de selección.

Criterios de inclusión.

Se les realizo encuestas a todo derechohabiente adolescente que acuda a consulta externa en la consulta médica y en la sala de espera.

Criterios de exclusión. Pacientes no derechohabientes, a la persona que no acepte la entrevista.

Eliminación. Pacientes que no se haya recolectado completamente la encuesta.

VARIABLES DE ESTUDIO

Sujetos de estudio. Adolescentes.

Variables independientes.- Adolescentes con alcoholismo

Variables dependientes.- factores de riesgo de adolescentes:

- Disfunción familiar
- Desintegración familiar
- Violencia intrafamiliar

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad.	Número de años cumplidos	Numérica	Años
Sexo.	Características sexuales físicas	Nominal	Hombre / Mujer
Escolaridad.	Tiempo que acudió a la escuela que cursa o curso/grado escolar	Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Técnico profesional
Estado civil	Condiciones de : soltería Matrimonio, etc.	nominal	Soltera(o) Casada(o) Divorciada(o) Unión libre Viudo(a)
Alcoholismo	Frecuencia y Cantidad de consumo de alcohol	Nominal	Si / No

Disfunción familiar	Complejidad de la vida familiar actual	Nominal	Grave Moderada Funcional
Desintegración familiar	Alteraciones en los patrones de relación familiar y cambio estructural.	Nominal	Grave Moderada Bien integrada

DISEÑO ESTADISTICO

Muestreo. Tipo probabilístico sistemático. Porque se cuenta con un listado de adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 46.

Muestra. Se obtuvo a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{Formula } n = \frac{(z \alpha / 2)^2 p(1-p)}{d^2}$$

$$z\alpha/2 = 1.96)^2 = 3.84$$

$$p = 0.08$$

$$d = 0.02$$

$$\frac{(3.84)(.11)(1-0.11)}{(.04)^2} = \frac{0.379}{.0016}$$

$$n = 236.87$$

ANALISIS ESTADISTICO

Estadística descriptiva. Para variables nominales y ordinales se calculo frecuencia y porcentaje, para las variables numéricas se calculó medidas de tendencia central (mediana, media) y de dispersión (rango, desviación estándar).

RECURSOS

HUMANOS: Médico residente de medicina familiar con modalidad semipresencial.

MATERIALES: Hojas blancas, bolígrafo, lápices, sacapuntas, calculadora, engrapadora, Tinta para impresora, computadora, borrador.

FISICOS. Se llevo a cabo en consultorio, y en la sala se espera de la consulta externa.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente estudio no interfiere en los principios éticos establecidos con el Código Internacional de Ética Médica, la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki, por lo que puede ser realizado, y se obtendrá consentimiento informado de manera escrita de cada uno de los pacientes que acepten participar en el estudio.

RESULTADOS.

Se realizaron en total 236 encuestas a adolescentes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el rango de 10 a 19 años entrevistadas en la consulta y sala de espera de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 46. Dr. Jesús Kúmate Rodríguez en la ciudad de Culiacán Sinaloa, el promedio de edad encontrado fue de 17.50 años, 125 pacientes fueron del sexo masculino, y 111 del sexo femenino; la ocupación encontrada fue de 99.1 % para estudiantes mientras que solamente el 0.84 % estudian y trabajan, la escolaridad fue de 57.2 % bachillerato, 42.3 nivel secundaria y 0.4 primaria abierta; el estado civil encontrado fue 99.1 % fueron soltero y 0.84 union libre; el 100 % de los encuestados refirieron haber consumido por lo menos alguna vez en su vida alcohol sin especificar el tipo de bebida; la edad promedio en la que iniciaron el consumo de alcohol fue de 11 años, mediana de 11 años, moda 10; el tipo de bebida que consumen los adolescentes mas frecuente es la cerveza con un 91.10 %, Cuba 8.89 %. La frecuencia de consumo de alcohol encontrada fue: 5.52 % bebe alcohol cada 7 dias, 19.49 % consume cada 15 dias, y poco menos de la mitad con 49.49 % consumen cada 30 dias, el 30.5 % lo consume cada fiesta sin precisar intervalo. El porcentaje de los adolescentes que llegan a la embriaguez fue de 50 %, de los cuales llegan a la embriaguez con un consumo de 41.1 % con cerveza y con cubas 8.89 %; la sensaciones percibidas con el estado de embriaguez fueron: alegría con 25.42 %, tristeza 19.94 %, se sienten fuertes 4.23 %, les da por platicar 3.38 %; se midió la funcionalidad familiar con Test de Apgar familiar encontrando que 155 adolescentes cumplían con los criterios para disfuncionalidad familiar de los cuales 124 para disfuncionalidad moderada y 31 para disfuncionalidad familiar grave (cuadro 1). Tomando el grado de disfuncionalidad de acuerdo al grado de escolaridad según su género de la población estudiada encontramos que el nivel

de escolaridad más afectado se encuentra en el nivel Bachillerato 86 adolescentes (68.80%) del genero masculino y 59 adolescentes (53.15%) del género Femenino, secundaria 36 adolescentes (28.80%) del genero masculino y 50 (45.04%) del género femenino. En la disfuncionalidad grave se observo predominio de escolaridad a nivel de bachillerato con 10 (71.42%) del género masculino y del género femenino 21 (58.82%) y de secundaria de 5 (29.41%) del género femenino en el cuadro no.1. En la frecuencia del consumo del alcohol según el genero se encontró que en el sexo masculino se presento mas en la frecuencia de consumo de alcohol con 55 (44.00%) para cada 30 días, para cada 15 días 30 (24.00%), para cada 7 días 13 (10.40%), dentro del genero femenino cada 30 días 50 (45.54%), en cada fiesta 45(40.54%) y cada 15 días 16(14.41%). en el cuadro no.3.

DISCUSIÓN.

De acuerdo a la literatura encontrada la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como adolescente a toda persona comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Durante esta etapa aparecen cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden y psíquico, aquí se presentan la maduración de la sexualidad y los múltiples cambios en el orden fisiológico, así como el pensamiento lógico y formal del joven que se prepara para incorporarse al mundo de los adultos.

Encontrando que el 42% de los adolescentes encuestados ha ingerido alguna vez bebidas alcohólicas en edades tempranas (11% comenzó antes de los 10 años, 35.4% entre los 10-11 años, 36.2% entre 12 y 13 años y 17.3% entre 14 y 15 años). (6)

A pesar de que el alcoholismo afecta mayormente a los adultos, su consumo en los adolescentes es cada vez más preocupante.

Las edades comprendidas entre 16 y 20 años son las reportadas por la literatura mundial como de mayor vulnerabilidad para el inicio de bebidas alcohólicas. En nuestro medio hemos observado un incremento de este nocivo hábito sobre todo en este grupo de población. (7)

Las edades a las que los adolescentes comenzaron a ingerir bebidas alcohólicas son similares a las reportadas en las encuestas nacionales de adicciones realizadas en México y en adolescentes de Estados Unidos de América.

La cerveza fue la bebida alcohólica más consumida entre los adolescente (46.3%). De acuerdo con las Encuestas Nacionales de adiciones reportadas en México mostrando resultados sostenido en aumento en la prevalencia de consumo de estas sustancias en los adolescentes y también se encontró que los hombres son más declives a ingerir alcohol que las mujeres. Existiendo una relación de 3:1. (9)

Muy diversas disciplinas estudian los factores que influyen en la demanda de alcohol, o los factores que inciden en las decisiones de su consumo. Desde la

perspectiva económica. No obstante, el fenómeno de las adicciones va más allá de una decisión “racional” de los individuos. Existe abundante información acerca de la influencia de sus pares en los jóvenes ejerce un mayor efecto en el consumo de alcohol que la interacción con adultos. No menos importante son las influencia de tipo familiar, escolar, comunitaria o medios masivos de comunicación. (3)

Muchos autores han estudiado la dinámica familiar en el hogar de procedencia del alcohólico y señalan su coincidencia con la llamada “crisis familiares no transitorias” (divorcio, enfermedades crónicas o muerte en uno o ambos padres, hostilidad excesiva, violencia doméstica, pérdida de estimación hacia el bebedor, descuido de los hijos, situaciones judiciales, actos deshonorosos, malas relaciones interpersonales entre otras). (16)

Uno de los factores asociados al consumo de alcohol es la maduración biológica temprana, en donde se asocia la pubertad temprana (especialmente en las niñas). La explicación a ello es que las niñas, cuando entran a la pubertad a temprana edad, consiguen amigas mayores que ellas y atraen al sexo opuesto de mayor edad, aumentando el riesgo de consumo de alcohol, ya que se enfrentan a nuevas situaciones en la que se facilita la ingestión de sustancias. (11)

En el estudio realizado en la unidad de medicina familiar no.46, se encontró relacionado a la referente al adolescente que consume alcohol o había probado alcohol a temprana edad con inicio antes de los 11 años es decir a los 10 años, con 87 niños (36.8%) de los cuales 36 son varones y 51 son mujeres. 1 varón pertenece a la primaria, 20 varones pertenecen a la secundaria y 15 varones a la preparatoria. con respecto a las mujeres 10 de la secundaria y 41 mujeres de preparatoria. De 11 y 12 años hay 149(63.1%). De los cuales son 89 varones y 60 mujeres, 30 son varones de 11años, 29 varones de secundaria de 12 años, 20 varones de preparatoria de 11años, 10 varones de preparatoria de 12 años, mujeres son 15 de secundaria de 12 años y 45 de preparatoria de 11 años.

Sumando un subtotal de 125 hombres y 111 mujeres y un total de 236 adolescentes. De los cuales en estado civil encontramos 234(99.15%) solteros y 2 (0.84%) en unión libre que son mujeres de preparatoria que estudian y trabajan y el resto son estudiantes (234).

Presentando un promedio de 11 años, una mediana de 11 años de edad y una moda de 10 y un rango de 2 con respecto al inicio temprano al consumo de bebidas alcohólicas.

Tipo de alcohol que se consume más frecuentemente es la cerveza que son 215 (91.10%) adolescentes y 21(8.89%) consumen cubas.

La frecuencia de adolescentes con consumo de alcohol se encuentran cada 7 días 13(5.52%) jóvenes, cada 15 días 46(19.49%) jóvenes, cada 30 días 105(44.49%) jóvenes, cada fiesta son 72(30,5%) jóvenes.

Porcentaje que llegan a embriagarse solo el 50% de embriagan y el otro 50% no se embriaga, es decir 118 adolescentes. Con 10 cervezas se embriagan 97 (41.10%) jóvenes y 21(8.89) adolescentes con 5 cubas.

Motivos de la ingesta de alcohol es por observar a sus padres, para saber a que sabe, por presión de los amigos. Por sentirse solo, falta de afecto, problemas Familiar o disfunción familiar, separación de sus padres, para sentirse alegre. De los cuales aquello que presentan embriaguez de los 118 jóvenes por alegría 60 (25.42%), por tristeza 40(16.94%) jóvenes, se sienten fuertes 10(4.23%) jóvenes, les da por platicar 8 (3.38%).

Haciendo referencia a la literatura a nivel nacional hay un 46.3% de adolescentes con la bebida alcohólica es la cerveza de igual manera es igual en este estado o entidad federativa alcanzando un 41 a 50% que va en aumento cada vez más.

Con antecedentes de presentar padre que consumen bebidas alcohólicas y hermanos y la relación de amigos con los que comparten. Es por lo tanto presentando disfuncionalidad familiar con diferentes grados en el anexo del cuadro no.1.

CONCLUSIÓN.

De acuerdo a lo encontrado en las encuestas a los adolescentes, podemos concluir que el alcoholismo es un factor que influye de manera importante en la dinámica familiar dando lugar en la mayoría de los casos a la disfuncionalidad familiar tanto moderada como grave y que además puede dar lugar a ocasionar alteraciones tanto de salud, físico, mental, social, cultural, social que conlleva a otro tipo de patologías que incrementan la posibilidad de ocasionar trastornos tanto físico de la persona que lo padece.

Limitantes en el estudio.- las principales limitante en nuestro estudio fueron la poca participación de los adolescentes y poco acuden a la consulta en este periodo de encuestas que se hicieron, pero al fin de cuentas se logro el objetivo que se esperaba, invitando al adolescente en su participación para su mejor beneficio y formación para el futuro de su propia persona tomando conciencia hasta que grado llegaría a caer ante el alcoholismo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente constancia, se realiza con fines educativo, orientación y prevención del Alcoholismo que se presenta en jóvenes adolescentes , debida a diversas circunstancias que lo motiva a consumir alcohol.

Este estudio se lleva a todo adolescente con el fin de que conozca las causas que lo orillan a caer al consumo de este.

Es por lo tanto que estoy realizando este estudio, para que se me evalúe como medico en Mi preparación y requisito que me solicitan para terminar mis estudios y con esto a ser Evaluado como profesión de médico familiar y después brindar una mejor atención aquel que llegue a consultar.

De acuerdo a lo anterior, con esta información médica yo como paciente he entendido los cuidados de debo tener, estoy satisfecho con la información recibida del médico tratante o encuestador, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver mis dudas que tenia hacia el alcoholismo.

Nombre y Firma del paciente:

Nombre y firma del encuestador:

Ciudad:

Estado:

Fecha:

HOJA DEL APGAR

Función	puntaje
Buena función familiar-----	18-20
Disfunción familiar leve -----	14-17
Disfunción familiar moderada-----	10-13
Disfunción familiar severa-----	9 o menos.

EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Siempre=4, Casi siempre=3, Algunas veces=2, Casi nunca=1, nunca=0

FUNCION	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Me satisface la ayuda de Familia cuando tengo problemas.					
Me satisface la participación de mi Familia.					
Me satisface que mi familia acepta mis deseo.					
Me satisface que mi familia exprese afectos que responda con rabia, tristeza y amor.					
Me satisface como comprartimos en familia: tiempo, espacio y dinero.					

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

TEMA: FACTORES DE RIESGO DE ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTE

Nombre:

Edad:

Sexo: masculino () femenino ()

Ocupación:

Escolaridad: analfabeta () primaria () secundaria () preparatoria () profesional ()

Estado civil: Unión libre () casado () viudo () divorciado () soltera(o) ()

Toma alcohol: si () no ()

¿A que edad empezó a tomar alcohol?:

¿Qué lo motivo a tomar alcohol?:

¿Qué sintió por vez primera al tomar alcohol?:

¿Qué tipo de alcohol toma?: cerveza () coñac () cuba () alcohol puro ()
alcohol con cola () , otro tipo de alcohol ()

Con que frecuencia toma alcohol: cada 3 días () todos los días () , cada 7 días ()
) , cada quincena () cada mes () cada fiesta () cada año ()

Llega hasta la embriaguez si () no ()

¿Con cuantas cervezas se embriaga?: 2() , 5() , 10() , 20 ()

Al estar embriagado que sensación siente: alegría () coraje () ganas pelear ()
) ,tristeza() romántico () , enamorado () ganas de llorar () se siente fuerte () se
siente inferior () se siente superior () le dan ganas de platicar ()

Toma para olvidar los problemas: si () no ()

No lo entienden sus papas si () no ()

Nombre y firma del encuestado:

Nombre del encuestador

Fecha:

Lugar:

Ciudad y Estado:

CUADRO No.1 DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR POR ESCOLARIDAD

Y GÉNERO.

M=MUJER

H=HOMBRE

DISFUNCIONALIDAD MODERADA					DISFUNCIONALIDAD GRAVE			
ESCOLARIDAD	H	%	M	%	H	%	M	%
PRIMARIA	2	4.25	7	9.09	1	7.14	2	11.76
SECUNDARIA	15	3.19	22	28.53	3	21.42	5	29.41
BACHILLERATO	30	63.82	48	62.33	10	71.42	10	58.82

CUADRO No. 2 ESCOLARIDAD SEGÚN GENERO DE LA POBLACION ESTUDIADA.

ESCOLARIDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%
PRIMARIA	3	2.40	2	1.80
SECUNDARIA	36	28.80	50	45.04
BACHILLERATO	86	68.80	59	53.15

CUADRO No.3

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GENERO DE POBLACION ESTUDIADA

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL	MASCULINO	%	FEMENINO	%
CADA 7 DÍAS	13	10.4	-	-
CADA 15 DIAS	30	24	16	14.41
CADA 30 DÍAS	55	44	50	45.04
CADA FIESTA	27	21.6	45	40.54
TOTAL	125	100	111	100

CUADRO NO. 4. DESINTEGRACION FAMILIAR DE POBLACION ESTUDIADA POR GRUPO DE EDAD Y GENERO.

DISFUNCION	MASCULINO	%	FEMENINO	%
MODERADA	12.5	10	15	13.51
GRAVE	17.5	14	17	15.31

CUADRO No. 5. DESINTEGRACION FAMILIAR DE POBLACION ESTUDIADA POR GRUPO DE EDAD Y GENERO.

DESINTEGRACION FAMILIAR	MASCULINO	%	FEMENINO	%
LEVE	3	2.4	10	9.00
MODERADA	20	16	25	22.52
GRAVE	5	4	15	13.51
NORMAL	97	76.6	61	54.95
TOTAL	125	100	111	100

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Hernandez Armas DM., Sánchez Sigler, Ríos Rodríguez M., et al. Alcoholismo y adolescencia. Policlínico “Luís Li Tregent”. Municipio Gúines. Provincia la Habana .jul.-dic.2007.
- 2.-Oliveira DP, Areco KN y Silveira Filho D. Alcohol y Alcoholismo entre adolescentes de la Red Estatal de enseñanza de Cuiabá, Mato Grosso . Rev. de Saúde Pública 39(4):585-592, 2005.
- 3.-Urquieta JE., SM en Econ Salud., Hernandez-Avila M., et al. El consumo de tabaco y alcohol en Jóvenes de zonas urbanas marginadas de México, un análisis de decisiones relacionadas. Salud Pública de México v.48 supl.1 Cuernavaca 2006.
- 4.-Beato-Fernandez L., Rodriguez-Cano T., Blemonte-LLario A., et al. Factores de riesgo y de protección para el uso de tóxicos en adolescentes. Un estudio longitudinal . Actas de Psiquitria 2005; 33(6):352-358.
- 5.-Sánchez- Samorano LM., Hernández- Avila M., Lazcano Ponce E., El consumo inmoderado de Alcohol como factor predictor de la persistencia del consumo del tabaco en jóvenes., Salud Pública Méx. 2006; 48 supl 1:541-547.
- 6.-Alvarez Toste M., Hernández-Bernal F.,Castillo Hernández N., et al. Algunos factores de riesgo en la adolescencia, hallazgos en un área de salud.rev. Cubana de higiene y epidemiología v.46 n.3 Ciudad de la Habana sept. – dic. 2008.
- 7.-Hernández Armas DM., Ríos Rodriguez M., Sánchez Sigler MR., et al. Comportamiento del Alcoholismo en la adolescencia. Rev. De ciencias médicas la Habana 2009; 15(1).

8.-Cook., Robert L.,MD., MPH* et al. Alcohol y drogas relacionados: un problema poco conocido de la salud, entre adolescentes y adultos jóvenes que asisten a clínicas de enfermedades de transmisión sexual. Diario de la asociación Americana de transmisión sexual. Vol. 33(9). Sept. 2006, pp 565-570.

9.-Sánchez Cortés IA., Roa Sánchez VR., Gómez Alonso C., et al. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en adolescentes de una escuela preuniversitaria urbana de Morelia. Rev. Cubana de Pediatría v..80 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic2008.

10.-Alvarez Aguirre A., Alonso Castillo MM., Guidorizz Zanetti AC. Consumo de alcohol y Autoestima en adolescentes. Rev. Latino –Americana de enfermería. Vol.18 no.spe Ribeirao Preto May/Junio 2010.

11.-Cicua D., Méndez M., y Muñoz L. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. Pensamiento psicológico, vol. 4, no. 11, 2008, pp. 115-134.

12.-Alderete E., Kaplan CP., Nah G., et al. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en Jóvenes de la provincia de Jujuy , Argentina. Salud Pública Méx. 2008;50:300-307.

13.-Guzman Facundo FR., López García KS., Pedrao LJ. et al., Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles de México . Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2007 dez; 11(4):611-8.

14.-Beato Fernández L., Rodriguez Cano T.,Belmonte Llarío A., et al ., Factores de riesgo y Protección y el uso de tóxicos en adolescentes. Actas españolas de psiquiatría. 33(6):352-358. Nov. 2005.

15.-Med. Cesar A. Estudio de prevalencia del consumo de alcohol y tabaco y drogas psicoactivas en adolescentes de establecimientos de enseñanza media públicos y privados de la seccional 14 durante el mes de noviembre del 2005. Rev. de salud pública,(XIV)1 :33-44, jun. 2010.

16.-García GutiérrezME., Lima Mompó G., Aldana Vilas ML ., et al. Alcoholismo y sociedad, Tendencias actuales. Rev. Cubana Med Milit 2004; 33(3).

17.-Haquin F C., Larraguibel Q. M ., Cabeza A. J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de Calama. Rev. Chilena de Pediatría 75(5); 425-433, 2004.

18.-Gaspar Solís CJ., Martínez Martínez KJ., Situaciones de consumo, afrontamiento y autoeficacia en la relación con las recaídas en adolescentes consumidores de alcohol. Investigación y ciencia de la universidad autónoma de Aguascaliente no.41, (47-52). Mayo-Agosto 2008.

19.-Sánchez Contreras M., Moreno Gómez GA., Marín Grisales ME., et al ., Factores de riesgo Cardiovascular en poblaciones Jóvenes. Rev. Salud Pública 11(1) 110-122, 2009.

20.-Ramírez Ruiz M., de Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes(Guayaquil-Ecuador). Rev. latino-am Enfermagen 2005 septiembre-octubre; 13 (número especial):813-8.

- 21.-Mathews IS., Pillon SC., Factores protectores y de riesgo asociado al uso de alcohol en Adolescentes hijos de adre alcohólico en el Perú. Rev. latino-Am Enfermagem vol. 12 no. Spe Ribeirao Preto Mar./Abril/2004.
- 22.- Santander R S., Subarew G T .- Santelices C L., et al., Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos . Rev. médica Chile 2008 ; 136: 317-324.
- 23.-Schmidt, Vanina., Predictores de abuso de alcohol en adolescentes. Mitos versus evidencia empírica . Desde el punto de vista por la psicología de la salud , epidemiología y prevención. Anu. invest. Vol.14. Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./dic.2007.
- 24.-Nuño Gutiérrez BL., González Forteza C., La representación social que orienta las desiciones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. Salud Pública México 2004;46:123-131.
25. Cruz SF, Banderas RA, Gutiérrez BE. Conducta y factores de riesgo en la adolescencia. Colectivos de autores, Manual de práctica clínica para la atención integral a la salud del adolescente.La Habana: MINSAP, 1999:120.
26. Salgado Paredes D. los patrones de consumo de bebidas alcohólicas en el área de salud “ Angel Arturo Abelli.” Estudio cuanticualitativo 2000. Trabajo para optar por el titulo de especialista de 1 grado de psiquiatría

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD

ACTIVIDADES	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
BUSQUEDA DE LITERATURA	↑	↑	↑	↑								
ELABORAR LITERATURA				↑	↑	↑	↑	↑				
EVALUACION DEL PROTOCOLO									↑			
SOLICITAR REGISTRO DEL PROTOCOLO									↑	↑		
RECOLECCIÓN DE DATOS									↑	↑		
ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACION DE DATOS									↑	↑		
ANALISIS DE LOS RESULTADOS											↑	↑
ELABORACION DE CUADROS											↑	↑
ELABORACION DE INFORME											↑	↑
PRESENTACION DE INVESTIGACION												↑

D=DICIEMBRE

E=ENERO

F=FEBRERO

M=MARZO

A=ABRIL

M=MAYO

J=JUNIO

J=JULIO

A=AGOSTO

S=SEPTIEMBRE

O=OCTUBRE

N=NOVIEMBRE

