

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"

87

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y PROBLEMAS RELACIONADOS EN UNA POBLACION ADOLESCENTE.

T R A B A J O

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. JOSE LUIS MOO HUCHIN



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).

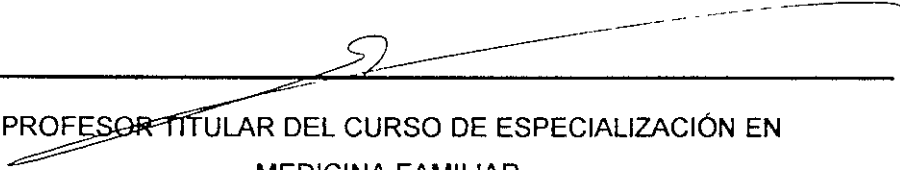
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y
PROBLEMAS RELACIONADOS
EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

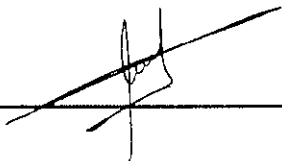
AUTORIZACIONES:

DR. EDUARDO GONZÁLEZ QUINTANILLA



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR.

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS.



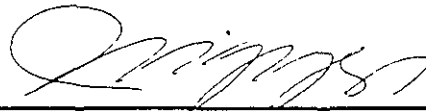
COORDINADORA DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE SALUD
"DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA".
ASESOR DE TESIS

**PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y
PROBLEMAS RELACIONADOS
EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE.**

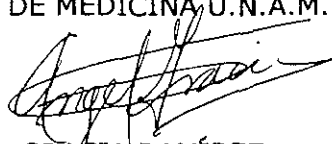
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA



COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. **ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ**

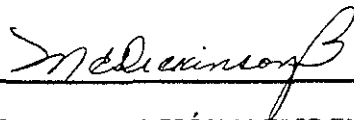
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y
PROBLEMAS RELACIONADOS
EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES

DRA. MARIA ELOISA DICKINSON BANNACK



COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL CENTRO DE
SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA".

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA



JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

POR LA VIDA QUE ME DIO, POR PERMITIRME SER LO QUE HOY SOY, POR ESTAR A MI LADO SIEMPRE, PORQUE EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES ME LLEVA DE LA MANO, Y EN LAS ALEGRÍAS PERDONA MI OLVIDO A EL, PORQUE ILUMINA MI CAMINO Y ME DA FUERZAS PARA CONTINUAR

A LA VIRGEN DEL CARMEN POR TENERME BAJO SU MANTO PROTECTOR Y GUIARME EN LOS MOMENTOS MAS DIFÍCILES DE LA CARRERA, MIL GRACIAS

A MI MADRE Y MI PADRE, por darme la vida, por darme la oportunidad de prepararme, por estar conmigo en las buenas y en las malas, por creer y nunca perder la confianza en mi, mil gracias, mi vida por ustedes

A MI HERMANA por ser un ejemplo a seguir, por ser mas que una hermana, una amiga que aun en la tormenta creé en mi y por compartir cada una de mis locuras gracias

A MI ABUELO que se encuentra siempre a mi lado, a ti mi cuando viejo te doy la culminación de lo que empezaste a formar y no pudiste ver finalizar, gracias por nunca abandonarme. **A MI ABUELA** que día a día me acompaña y cree en mi, por ser mi guía en la fe y estar a mi lado en todo momento.

A MI AMIGOS MÓNICA Y EDUARDO. Por estar siempre ahí, por compartir buenos y malos momentos y por que siempre tendré en ellos a 2 hermanos

AL PADRE HÉCTOR, por el apoyo que me ha dado, por que siempre ha existido palabras de aliento y el consejo oportuno, mil gracias, por su cariño a usted y su familia

A MARI ISABEL por venir a dar ánimos y llenar de energía mi vida, por su optimismo y alegría inagotable, que Dios te Bendiga.

A LA DRA. VILLEGAS por su apoyo para la realización de esta obra, mi agradecimiento eterno, por estar en el lugar y en el momento indicado, nunca te olvidare; mil gracias

A LA DRA. CONY. Por ser mas que una maestra, una amiga verdadera, por ayudarme cuando mas lo necesitaba, por creer en mi en todo momento y por su confianza. Y por que sin usted esta tesis no habría terminado. Que Dios la bendiga

A LA DRA. DICKINSON por ser una excelente profesora y principalmente un gran ser humano.

AL DR. QUINTANILLA, por su apoyo en los momentos difíciles y por ayudarme a enderezar el camino a tiempo. GRACIAS

A LOS ADSCRITOS DEL CENTRO DE SALUD JOSÉ CASTRO VILLAGRANA, Y DEL HOSPITAL DR MANUEL GEA GONZÁLEZ POR SUS ENSEÑANZAS Y ENTREGA, GRACIAS A ELLOS EL SUEÑO DE SER MEDICO FAMILIAR SE CUMPLIÓ.
MIL GRACIAS

Í N D I C E .

- I. Introducción.
- II. Marco Teórico Conceptual.
- III. Justificación.
- IV. Planteamiento del Problema.
- V. Objetivo General.
- VI. Objetivos Específicos.
- VII. Metodología.
- VIII. Resultados.
- IX. Conclusiones.
- X. Bibliografía.
- XI. Anexos

INTRODUCCIÓN.

Pocos fenómenos constituyen un mayor reto a la Salud Pública que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, hoy en día es uno de los problemas mas importantes con consecuencias en el ámbito individual, familiar y social

En 1991, el abuso de bebidas alcohólicas en México constituyó el 9% de los gastos por enfermedades crónicas no transmisibles. Desde el punto de vista epidemiológico, el abuso del alcohol y el alcoholismo tienen implicaciones de primer orden. En las áreas urbanas del país el abuso y la dependencia de las bebidas alcohólicas, se presentan en 30% de los hombres de 15 a 45 años en tanto que el 10% de la población masculina de ese grupo etario cubre los criterios para dependencia a esa sustancia. Los indicadores de mortalidad de 1997, en México, indican que las siete primeras causas de mortalidad se relacionaron directa o indirectamente con el consumo de bebidas alcohólicas.²⁴

En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV) y *The International Classification of Diseases-10* of the World Health Organization, establecen la definición de los problemas relacionados con el alcohol (Uso, abuso y dependencia).²⁵

Los Estudios epidemiológicos sobre la frecuencia de, distribución y patrones de consumo de sustancias tales como tabaco, el alcohol, y las llamadas drogas ilícitas, se han venido sistematizando desde hace aproximadamente 15 años en México. La Dirección General de Epidemiología de la Secretaria de Salud ha llevado a cabo dos encuestas nacionales de adicciones (1988 y 1993), ambas aplicados en los hogares.²⁴

En los últimos años el problema del abuso del alcohol y drogas en adolescentes ha recibido una atención sin precedentes y ha llegado a considerarse como una prioridad en el campo de la salud pública. En México la mayoría de los jóvenes son aun experimentadores (SEP-IMP 1993), sin embargo las encuestas reportan que los usuarios han ido aumentando paulatinamente y, un porcentaje significativo de ellos llegan a tener serios problemas relacionados con el abuso (SEP-IMP 1994) ²³

Aunque existen muchas opciones de tratamiento estas no siempre se adecuan a las necesidades y a los problemas específicos del adolescente ya que es necesario tomar en cuenta una gran variedad de problemas específicos y las áreas de la vida que puedan relacionarse con el éxito o fracaso de un tratamiento.²³

En el presente trabajo se da a conocer la prevalencia del consumo de alcohol en una escuela de educación media superior al sur de la Ciudad de México; al mismo tiempo se investiga la relación de otros factores con el uso y abuso de esta sustancia.

No se pretende que los resultados obtenidos en el presente trabajo sean aplicados a la población adolescente de la Ciudad de México, ya que no es una muestra representativa de la misma.

Además de dar a conocer la prevalencia de este problema el conocer otros factores que contribuyen, es de suma importancia para el primer nivel de atención ya que es el único que tiene población asignada para su control y el médico familiar es el encargado de la vigilancia y atención de dicha población, por lo que el conocimiento y actualización de los factores que influyen ya sea positiva o negativamente en ella, permiten al medico familiar actuar según las necesidades de su población.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Desde tiempos muy remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial.

"El consumo del alcohol, ha sido reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia". Esto es, el alcohol es una de las bebidas embriagantes, que consumidas con moderación y en los contextos permitidos, reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar. Los bebedores "normales" disfrutaban de las bebidas por esos efectos placenteros y aprecian diferentes calidades de bebidas. Desafortunadamente, proporciones variables de individuos en la población presentan problemas en su salud y en sus relaciones interpersonales a causa del consumo inmoderado de alcohol.

El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia.³

Para la asociación americana el abuso del alcohol y alcoholismo, es "una enfermedad crónica primaria, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad a menudo es progresiva y mortal. Se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, la preocupación del alcohol como una droga, el uso del alcohol a pesar de las consecuencias adversas y distorsiones del pensamiento, predominantemente la negación."⁴

La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos).¹

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD que tiene catalogada la ENFERMEDAD ALCOHÓLICA en el epigrafe 303 del glosario de enfermedades, entre las NO TRANSMISIBLES, ha sustituido el termino ALCOHOLISMO por el de SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL, en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y lo define como:

..."un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente sociocultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales... Un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una **IMPORTANCIA FUNDAMENTAL DEL ALCOHOL**, en que el planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener preferencia sobre resto de sus actividades. Además de estos cambios, se observa un estado de alteración psicobiológica, con signos y síntomas a la privación del alcohol. Ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia.²

La versión revisada mas reciente del Cuarto Manual Diagnostico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV) divide al alcoholismo en abuso y dependencia de alcohol.

Abuso Indica una alteración de la vida relacionada con el alcohol que interfiere con el funcionamiento escolar, rendimiento laboral. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas; los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea.

Dependencia alcohólica indica una afección similar junto con la evidencia de una compulsión fuerte a consumir alcohol, acompañada de una tolerancia aumentada al etanol o signos físicos de abstinencia alcohólica.³

Un alcohólico se identifica por la dependencia o adicción grave y un patrón acumulativo de comportamientos asociados a la bebida. 1.-La intoxicación frecuente es evidente y destructiva; interfiere en la capacidad social y laboral del individuo. El alcoholismo puede conducir a 2.-el fracaso matrimonial y, con el tiempo, cuando el ausentismo laboral es intolerable, a 3.-el despido. Los alcohólicos pueden: 4.-buscar tratamiento médico para su hábito; 5.-sufrir lesiones físicas; 6 -ser detenidos por conducir bajo los efectos del alcohol, 7.-ser detenidos

por la policía por alcoholismo. Finalmente 8.-ser hospitalizados por *delirium tremens* o cirrosis hepática. Las mujeres alcohólicas han sido en general más propensas a beber en soledad y a experimentar en menor grado algunos de los estigmas sociales. La frecuencia y la gravedad de estos 8 síntomas y la edad a la que aparecen se aceptan como definición del alcohólico.⁵

Muchas personas que ven a un médico han tenido un problema relacionado con el alcohol en algún momento. La mayoría son hombres, pero la incidencia del alcoholismo en las mujeres ha estado aumentando durante los últimos 30 años. Para los hombres, el riesgo general para desarrollar alcoholismo es un 3% a un 5%, y para las mujeres el riesgo es un 1%. Las mujeres tienden volverse alcohólicas más tarde en la vida que los hombres, pero los problemas médicos que desarrollan debido al trastorno ocurren por la misma edad que como en los hombres, sugiriendo que las mujeres son más susceptibles a la toxicidad física del alcohol. Aunque el alcoholismo generalmente se desarrolla a principios de la edad adulta, los ancianos no son exentos. Es más, unos 3 millones de estadounidenses mayores de la edad 60 son alcohólicos o tienen un problema relacionado con el alcohol. El alcohol afecta el cuerpo más viejo de otro modo, las personas que mantienen los mismos modelos de beber mientras envejecen fácilmente pueden desarrollar una dependencia de alcohol sin saberlo.¹

El alcohol es la droga más ampliamente empleada por los adolescentes en EE.UU. y México, aunque no tenemos estadísticas, existen evidencias de un elevado índice de alcoholismo entre los jóvenes.

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerables. En algún momento de la vida cerca del 90% de los adultos en los Estados Unidos han tenido alguna experiencia con el alcohol, y un número importante (60% de varones y 30% de mujeres) han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con el (p. Ej., conducir después de haber bebido en exceso, bajas laborales o escolares debidas a resacas).

El alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes. El consumo y los problemas derivados

del alcohol están aumentando en todo Occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y los antiguos países del este, así como en los países en vías de desarrollo.³

La incidencia del alcoholismo diagnosticado entre mujeres, niños, adolescentes y estudiantes universitarios está aumentando. La relación varón / mujer es en la actualidad de aproximadamente 4:1. En general, se acepta que el 75 % de los adultos norteamericanos ingieren bebidas alcohólicas, y que 1 de cada 10 experimentará problemas con el alcohol.⁵

El 90% de las personas beben alcohol, entre un 40 y 50% de los varones tienen problemas temporales inducidos por el alcohol. El alcohólico típico tiene familia y trabajo; tan solo un 5% encaja en el estereotipo de inadaptado.

Es el principal problema de salud en los EUA, tanto social como económica, implicado en mas de la mitad de accidentes de trafico y muertes accidentales. Un alto porcentaje de suicidios se comenten combinando el alcohol con otras drogas.

Un estudio preparado por el Lewin Group para el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y para el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo, calculo que el precio total aproximado en términos económicos del abuso de alcohol y drogas en 1992 fue de \$245,700 millones. De este importe, \$97,700 millones se debieron al abuso de drogas. El estudio determino también que este costo recae principalmente sobre los gobiernos (46%), seguidos de aquellos que abusan de las drogas y miembros de sus familias (44%).⁶

Los hallazgos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 indican que el 67.0% de los encuestados son bebedores, mientras que el 8.0% se clasifican como ex-bebedores. 26 % de quienes bebían reportaron un patrón de consumo de una a cuatro veces por semana. La edad inicio en el consumo de casi la mitad de las personas bebedoras se ubicó entre los 15 y 18 años, existiendo, por cada 16 hombres dependientes, una mujer.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Estudiantes de 1991 manifiestan un aumento del 6.0% en el consumo de alcohol reportado para el último mes en esa población, cuando se compara con la frecuencia reportada dos años antes.

Por su parte, en el periodo 1990-1995 el consumo en el último mes se duplicó en esa población. A partir de 1987 es notorio un aumento en el número de muertes por cirrosis hepática alcohólica, en tanto que las defunciones por cirrosis no alcohólica tienden a la disminución. En mujeres, la mayor frecuencia en el consumo se observa en el grupo de edad reproductiva, es decir, entre los 19 y los 34 años. Solamente el 1.4 % de adolescentes femeninas reportó consumir entre una y siete veces por semana, comparándolas con los varones, se observa una proporción cuatro veces menor a ellos.

La percepción de riesgo en los alumnos de secundaria y preparatoria en el periodo 1989-1991, en cuanto a tomar más de 5 copas una o dos veces a la semana, muestra una disminución de 58 a 53 %; mientras que sólo el 63 % de los profesores percibieron este patrón como peligroso

En 1994 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) reportó que los hombres entre 15 y 24 años fueron los que acudieron más frecuentemente a centros de organizaciones no gubernamentales. La droga de uso actual que más se reportó fue el alcohol (24%), seguida de la cocaína (18.7%) y marihuana (14.1%).⁸ Las investigaciones sobre consumo de alcohol en Estados Unidos de América (EUA) y en México indican diferencias por sexo grupos de edad en relación con los patrones de consumo. Las encuesta de población en México destacan que 25% de los bebedores más fuertes consumen 78% del alcohol disponible. Como era de esperarse los problemas relacionados con la bebida fueron considerablemente mayores en México que EUA; 25% de los bebedores informaron haber experimentado cuatro o más problemas personales mientras que esto se observó en sólo 4% de los bebedores estadounidenses.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 1988 14% de los hombres y 1% de las mujeres mayores de 12 años consumían alcohol de manera "preocupante". Entre la población incluida en el ENA 1993, 6.4% presentó por lo menos un episodio semanal de embriaguez, y 11% de uno a tres episodios en un mes.

La ENA 1988 informó que las bebidas alcohólicas de mayor preferencia fueron la cerveza (80%) y los destilados (75%). Asimismo, la ENA 1993 encontró que el 5.9

del total de la población urbana de 18 a 65 años cumplía con el criterio de dependencia al alcohol, con una prevalencia de 12.5% para los hombres y de 0.6% para las mujeres.⁹

Del total de la población de 12 a 65 años el 66.5% son bebedoras, 25.4% no bebedores y 8.1% exbebedores; el total de hombre y mujeres bebedores es bastante similar 14.9 millones de hombres 13.3 millones de mujeres. La población de 12 a 65 años que se estima consumió bebidas alcohólicas "alguna vez en la vida alcanza los 28.2 millones de personas, de las cuales 47.1% son mujeres y el 52.9% son hombres" La edad en la que se ubica el mayor número de bebedores de ambos sexos es la de 19 a 25 años; llama la atención que en este grupo de edad sea mayor el porcentaje de mujeres bebedoras que el de hombres.¹⁰

Para 1997 los accidentes ocupaban la 4ª causa de mortalidad general, siendo los accidentes de tráfico de vehículos de motor su principal motivo, el 6º lugar es ocupado por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Analizando para este mismo año la mortalidad en la población en edad productiva, los accidentes ocupan el primer lugar siendo la principal causa los originados por accidentes de tráfico de vehículos de motor, en 4º lugar aparece las producidas por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, como 13ª causa de mortalidad se encuentra las producidas por el síndrome de dependencia del alcohol, para la población de 25 a 34 años ocupa el 14º lugar, de los 35 a 44 años el 11º lugar, de los 45 a 54 años el 10º lugar y de los 55 a los 64 años el 13º lugar. Con respecto a los accidentes y cirrosis no se encuentra variación sino hasta la edad comprendida entre los 45 a 50 años donde la mortalidad por cirrosis desplaza a los accidentes.¹¹

En México, los primeros estudios que evaluaron los patrones de consumo de alcohol en la población general se llevaron a cabo en la primera mitad de la década de los setentas usando el *índice cantidad-frecuencia-variabilidad (QFV)*.

En cuanto a los patrones de consumo, resulta necesario la distinción entre bebedor normal, bebedor problema y alcohólico.

El bebedor problema ingiere alcohol en exceso y le causa problemas pero puede abstenerse de hacerlo, puede detenerse cuando ha comenzado a beber y no sufre

dependencia de alcohol. *El alcohólico* en cambio, no puede evitar beber o no puede evitar la suspensión del alcohol una vez que ha comenzado.

Posteriormente se establecieron las siguientes definiciones de los patrones de consumo:

Bebedor frecuente consuetudinario: persona que refiere consumir una vez por semana o con mas frecuencia y que toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo, por lo menos una vez por semana. La proporción de dependencia es de 34% en los hombres y 33% en las mujeres.

Bebedor frecuente de alto nivel: persona que refiere consumir una vez por semana o con mas frecuencia y que toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo, por lo menos una vez al año. La proporción de dependencia es de 20% para los hombre y 8% para las mujeres.

Bebedor frecuente de bajo nivel: persona que prefiere consumir una vez por semana o con mas frecuencia y que nunca toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo, con una proporción de dependencia del 6% en los hombres y 2% en las mujeres.

Bebedor moderado e alto nivel: persona que prefiere consumir una vez al mes o con mayor frecuencia pero menos de una vez por semana, y que toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo, por lo me nos una vez al año, existiendo en este patrón de consumo dependencia de 12% en los hombres y 5% en la mujeres.

Bebedor moderado de bajo nivel: persona que prefiere consumir una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana y que nunca toma mas de cinco copas en cada ocasión de consumo, con un1% de dependencia en los hombres y con el mismo porcentaje en las mujeres.

Bebedor poco frecuente: persona que prefiere consumir una vea al año o con mayor frecuencia, pero menos de una vez al mes. La proporción de dependencia es de 1% en los hombres nula en las mujeres.¹⁷

Es importante distinguir entre.

Alcoholismo primario: cuyo diagnostico es aplicable a la mayoría de los diagnósticos donde se presentan problemas importantes en las vidas de los

pacientes debido al alcohol antes de que cumplan los requisitos de una enfermedad psiquiátrica importante.

Alcoholismo secundario. son problemas graves relacionados con el alcohol durante el transcurso de una manía o de un trastorno de personalidad antisocial preexistente

La causa del alcoholismo es desconocida. Las hipótesis psicológicas han señalado la frecuente incidencia de ciertos rasgos de personalidad, que incluyen: tendencias esquizoide (aislamiento, soledad, timidez), depresión, dependencia, impulsividad hostil y autodestructiva e inmadurez sexual. En la actualidad, muchos clínicos piensan que el alcoholismo ocurre habitualmente en el contexto de una necesaria predisposición genética o bioquímica. Sin embargo, aún no se han demostrado claramente los defectos genéticos o bioquímicos que conducen al alcoholismo, si bien se ha informado de forma constante sobre la mayor incidencia de alcoholismo en hijos biológicos de alcohólicos, en comparación con sus hijos adoptivos. Algunos datos recientes sugieren que las personas que se vuelven alcohólicas se intoxican con menor facilidad y tienen el umbral más elevado a los efectos del alcohol sobre el SNC.⁵

El riesgo para el alcoholismo en los hijos de padres alcohólicos es un 25%. El enlace familiar es más débil para las mujeres, pero los factores genéticos contribuyen a esta enfermedad en ambos géneros. Una familia y una salud psicológica estables no son protectoras en las personas con un riesgo genético. Lamentablemente, no hay manera de predecir qué miembros de familias alcohólicas se encuentran en mayor peligro del alcoholismo. En estudios, los hombres jóvenes con padres alcohólicos respondieron al alcohol de un modo diferente que las personas sin una historia familiar; presentaron menos signos de embriaguez y tuvieron niveles inferiores de las hormonas de estrés. Los investigadores han ubicado un gen que afecta la función de una estructura de nervio-célula conocida como receptor de dopamina D2 (DRD2), el cual, a su vez, influye la actividad de dopamina. Este gen también se encuentra en las personas con el trastorno de déficit de atención, quienes tienen un mayor riesgo para el alcoholismo, y es también presente en las personas con el síndrome de Tourette y

autismo. La asociación de este gen con estos problemas neurológicos conduce a algunos expertos a creer que el gen receptor de dopamina D2 no es una causa primaria del alcoholismo, pero que las personas con este gen tienen mayor probabilidad de beber para tratar los síntomas psicológicos y conductuales de sus trastornos neurológicos.¹

Los factores sociales afectan los patrones de bebida y las conductas consiguientes, así como las actitudes transmitidas por la cultura o en la educación del niño. Los alcohólicos presentan a menudo historias de hogares rotos y de relaciones alteradas con los padres. Algunos expertos distinguen el abuso de alcohol, que puede ocurrir en cualquier bebedor importante, del alcoholismo crónico, que aparecería sólo en individuos genéticamente predispuestos.⁵

Las diferencias étnicas afectan a la sensibilidad. Aunque las razones biológicas por el riesgo alterado no se saben, las personas en ciertos grupos pueden estar en un riesgo menor debido a la manera en que metabolizan el alcohol. Algunos asiáticos tienen un gen inactivo para la química dehidrogenasa de alcohol. Este producto químico es usado por el cuerpo para metabolizar el alcohol etílico, y en su ausencia, las sustancias tóxicas se acumulan causando ruborización, mareo y náusea. Las personas con este defecto genético, entonces, tienen probabilidad de experimentar reacciones adversas al alcohol. El alcohol actúa como un depresivo en el sistema nervioso central y causa relajación y euforia. En el cerebro, un grupo pequeño de mensajeros químicos, conocidos como neurotransmisores, es responsable de los cambios en el comportamiento después de beber alcohol. De interés especial para los investigadores son el neurotransmisor ácido aminobutérico gamma (GABA, gamma aminobutyric acid), la dopamina y la serotina. Algunas personas beben para aliviar la ansiedad o la depresión, y teorías se han propuesto sobre el hecho de que una tendencia hereditaria para la depresión o la ansiedad puede hacer a personas más propensas al alcoholismo. Estudios han indicado, sin embargo, que cuando los niños de padres alcohólicos son criados por padres no alcohólicos, sus riesgos para el alcoholismo permanecen altos pero oportunidades para la depresión o la ansiedad no son mayores que las de la población general. En efecto, la ansiedad y

la depresión mismas son causadas por el alcoholismo y pueden ser reducidas después de la supresión del alcohol.¹

El alcohol de vino, alcohol etílico o etanol, de fórmula C_2H_5OH , es un líquido transparente e incoloro, con sabor a quemado y un olor agradable característico. Es el alcohol que se encuentra en bebidas como la cerveza, el vino y el brandy. El alcohol es una sustancia depresiva que disminuye el funcionamiento del sistema nervioso. Éste comienza a afectar al cuerpo rápidamente. El alcohol entra al torrente sanguíneo desde el estómago, en donde se absorbe una cantidad pequeña, es en el intestino delgado, donde se absorbe la mayoría del alcohol. La sangre transporta el alcohol a todo el cuerpo. En el hígado el alcohol se convierte en agua, dióxido de carbono y energía, a la razón de ½ onza de alcohol puro por hora.¹

Del 5 al 10 % del etanol se excreta sin modificar por orina, sudor y aire espirado; el resto es oxidado a CO_2 y agua a una velocidad de 5-10 ml/hr (de alcohol absoluto), proporcionando 1 ml alrededor de 7 Kcal.⁵

El mecanismo subyacente básico por lo cual el alcohol es tóxico para tantas células diferentes y sistemas orgánicos, permanece desconocido. Los efectos duran hasta que TODO el alcohol ha sido procesado. Esto tarda aproximadamente una hora y media por 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1 cóctel en una persona de 75 Kg. La depresión del SNC es uno de los efectos principales del alcohol; en el cerebro el proceso de razonamiento se disminuye conforme el alcohol afecta a las neuronas. Entre más alta sea la concentración del alcohol, mayor será el número de neuronas afectadas una:

Alcoholemia de 50 mg/dl produce sedación o tranquilidad;

50-150 mg/dl, falta de coordinación;

150-200 mg/dl intoxicación (*delirium*), y

300-400 mg/dl pérdida de la conciencia para los síntomas de pérdida de la conciencia debidos al alcoholismo agudo.

Niveles sanguíneos >400 mg/dl pueden ser mortales.

El nivel legal permitido para conducir es de 100 mg/dl o menos en la mayoría de los estados, y la intoxicación se define a menudo como presente a estos niveles.

Las formas más frecuentes de lesión orgánica específica observadas en alcohólicos son la cirrosis hepática, la neuropatía periférica y la miocardiopatía, a menudo acompañada de arritmias. La gastritis es frecuente y también puede desarrollarse pancreatitis. El alcohol parece tener un efecto hepatotóxico indirecto, aunque una nutrición inadecuada secundaria a una importante ingesta de alcohol puede exacerbar dicho efecto. En algunos alcohólicos se produce una alteración irreversible de la función hepática, lo que puede impedir el depósito de glucógeno adecuado y favorecer la tendencia a la hipoglucemia por la incapacidad de movilizar glucosa. Es posible que se produzca una hipoglucemia sintomática por la inadecuada ingesta de alimentos. Tanto la acción directa del alcohol como los defectos nutricionales que lo acompañan (particularmente de tiamina) son responsables de la frecuente degeneración de los nervios periféricos y de los cambios cerebrales. Tras aproximadamente 10 años de abuso de alcohol importante se puede desarrollar una miocardiopatía, que se atribuye al efecto directo del alcohol sobre el músculo cardíaco, independientemente de las deficiencias nutricionales. Clínicamente se manifiesta por cardiomegalia e insuficiencia cardíaca congestiva. La gastritis de los alcohólicos puede estar relacionada con el efecto del alcohol sobre las secreciones gástricas, cuyo volumen y acidez aumentan, mientras que el contenido de pepsina continúa bajo.⁵ Aunque el consumo moderado del alcohol parece reducir el riesgo de los ataques cardíacos al mejorar los niveles de colesterol, dosis más grandes de alcohol pueden desencadenar latidos del corazón irregulares y aumentar la presión arterial hasta en personas sin una historia de cardiopatía. Un estudio principal encontró que personas que consumían más de tres bebidas alcohólicas al día tenían una presión arterial mayor que teetotalers, con los bebedores más empedernidos teniendo presiones arteriales aún mayor; las personas que tomaban se iban de borrachera en borrachera tenían presiones arteriales mayores que las personas que bebió regularmente. Un estimado 11% de todos los casos de hipertensión son causados por una ingesta alcohólica excesiva. El abuso crónico del alcohol también puede lesionar el músculo del corazón que conduce a la insuficiencia cardíaca; las mujeres son particularmente vulnerables a este trastorno. Los

infartos y otras formas de enfermedades cardiovasculares son resultado aproximadamente de 500,000 muertes anualmente, esto se ve relacionado con el consumo moderado de alcohol el cual aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Se ha demostrado que entre el 20 y 40% aumenta la incidencia de enfermedades cardiovasculares en los bebedores comparados con los no bebedores

Un estudio principal encontró que personas que consumían más de tres bebidas alcohólicas al día tenían una presión arterial mayor que las que no bebían, con los bebedores más empedernidos teniendo presiones arteriales aún mayor; las personas que tomaban se iban de borrachera en borrachera tenían presiones arteriales mayores que las personas que bebió regularmente. Un estimado 11% de todos los casos de hipertensión son causados por una ingesta alcohólica excesiva.¹⁹

El cáncer. El alcohol quizás no cause cáncer, pero probablemente puede realzar los efectos carcinogénicos de otras sustancias, como el humo de cigarrillos.

Cerca de 75% de cánceres del esófago y 50% de cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo. El alcoholismo también se asocia con un mayor riesgo para los cánceres colorrectales. El tabaquismo combinado con el beber realza los riesgos para todos estos cánceres extraordinariamente. El riesgo para el cáncer hepático aumenta en los alcohólicos y hasta el beber moderadamente -tres a nueve bebidas a la semana- puede aumentar las perspectivas del desarrollo del cáncer de mama en las mujeres.

Trastornos mentales y neurológicos. El uso habitual del alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo depresión clínica, confusión y, en los casos graves, psicosis y trastornos mentales. El alcohol también puede causar problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y cefalea (dolores de cabeza) (especialmente después de beber vino rojo). Excepto en los casos graves, el daño neurológico no es permanente y la abstinencia casi siempre conduce a la recuperación de la función mental normal.

Problemas gastrointestinales (del tubo digestivo) El hígado en particular es puesto en peligro por el alcohol. Aquí, el alcohol se convierte en una sustancia aún más

tóxica, acetaldehído, que puede causar daño sustancial, incluyendo cirrosis en 10% de personas con alcoholismo. El daño hepático es más común y se desarrolla más rápidamente en las mujeres que en los hombres con historias similares del abuso de alcohol. Dentro del tracto gastrointestinal, el alcohol puede contribuir a la causa de úlceras y de pancreatitis, una grave infección del páncreas. En una escala menor, puede causar diarrea y hemorroides.

Trastornos de la piel, musculares y óseos. El alcoholismo severo se asocia con la osteoporosis, la emaciación de los músculos con hinchazones y dolor, las heridas de la piel y comezón. Además, parece que las mujeres dependientes del alcohol confrontan un mayor riesgo para el daño a los músculos, incluyendo músculos del corazón, por los efectos tóxicos del alcohol.

Las infecciones. El alcohol suprime el sistema inmunitario y las personas con alcoholismo son propensas a las infecciones, en particular a la neumonía.

Las hormonas son mensajeros bioquímicos que controlan y coordinan el funcionamiento de los órganos y tejidos. Las hormonas son secretadas particularmente por glándulas y distribuidas en todo el organismo. Dos áreas en el cerebro, el hipotálamo e hipófisis forman hormonas las cuales se actúan en otras glándulas como la tiroides, glándulas suprarrenales, gónadas, páncreas, y paratiroides, las que a su vez forman hormonas que permiten el adecuado funcionamiento del organismo. El sistema reproductivo humano es regulado por muchas hormonas. Las más importantes son los andrógenos y los estrógenos; estos son sintetizados en los testículos y ovarios.

En el hombre las hormonas reproductivas son responsables de la maduración sexual, desarrollo de la espermatogénesis y la fertilidad, y desarrollo de caracteres sexuales secundarios, en la mujer son encargadas de además del desarrollo de caracteres sexuales secundarios, de la distribución de grasa corporal, regulación de los ciclos menstruales, y mantenimiento del embarazo.

La ingesta crónica de alcohol interfiere con los testículos y los ovarios, resultando en deficiencia hormonal, disfunción sexual e infertilidad.

El alcoholismo aumenta los niveles de estrógeno en mujeres y reduce los niveles de la testosterona, factores que contribuyen a la impotencia en los hombres. El

alcohol es directamente tóxico a los testículos, causando reducción de los niveles de testosterona en el hombre; la deficiencia prolongada de testosterona contribuye a la feminización de caracteres sexuales en el hombre. El alcohol también altera la estructura y movilidad de los espermatozoides por inhibición del metabolismo de la vitamina A esencial para el desarrollo de los espermias.

Los efectos de la ingesta crónica de alcohol en la mujer incluyen menopausia temprana, incremento en el riesgo de abortos espontáneos, ciclos anaovulatorios.

La diabetes. El alcohol puede causar hipoglucemia, una disminución en el azúcar sanguíneo, que es especialmente peligrosa para las personas con diabetes que están tomando insulina. Las personas que están intoxicadas quizás no puedan reconocer los síntomas de la hipoglucemia, una enfermedad particularmente peligrosa. Efectos del alcohol: el consumo de alcohol a nivel pancreático, los niveles de glucógeno se reducen rápidamente debido a la falta de aporte de glucosa por medio de la dieta en los pacientes bebedores, el metabolismo de la glucosa se encuentra inhibido, la combinación de estos efectos lleva al paciente a hipoglucemia en 6 a 36 hrs. posterior a la ingesta de alcohol. Además de este efecto el alcohol por si mismo crea un síndrome de resistencia a la insulina, lo que crea periodos de hiperglucemia en estos pacientes

La malnutrición y el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Una pinta de whisky proporciona cerca de la mitad de las calorías diarias que necesita un adulto, pero no tiene valor nutritivo. Además de reemplazar los alimentos, el alcohol también puede dificultar la absorción de las proteínas, las vitaminas y otros nutrientes. La malnutrición puede causar muchos problemas en las personas con alcoholismo, pero la carencia de la vitamina B tiamina es un riesgo específico. Puede dar lugar a una grave enfermedad, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, el cual puede causar daño cerebral permanente y la muerte. En un estudio, 40% de las personas con este síndrome murieron durante el tratamiento del alcoholismo. Los síntomas son el tambaleo severo, la confusión y la pérdida de la memoria. Otro problema nutricional grave es la carencia de la vitamina B ácido fólico, la cual puede causar anemia severa. ¹⁴

Los efectos de muchos medicamentos son fortalecidos por el alcohol, mientras que otros son inhibidos. De importancia especial es su efecto de refuerzo sobre los medicamentos que también deprimen el sistema nervioso central, incluyendo medicamentos de antiansiedad, sedativos, antidepresivos y antipsicóticos. El alcohol interactúa con muchos medicamentos usados por diabéticos. Dificulta los medicamentos que previenen las crisis convulsivas y con aquellos usados para prevenir la coagulación de la sangre. Aumenta el riesgo para la hemorragia del tubo gastrointestinal en las personas que toman aspirina u otros medicamentos inflamatorios sin esteroides. En otras palabras, tomando casi cualquier medicación debe excluir el beber alcohol.¹⁵

Embarazo y desarrollo infantil. Hasta las cantidades moderadas de alcohol pueden tener efectos dañinos sobre el feto en desarrollo, incluyendo bajo peso al nacer y un mayor riesgo para el aborto espontáneo. Las cantidades altas pueden causar síndrome alcohólico fetal, que puede dar lugar al daño cerebral y tanto al retardo mental como al del crecimiento. Un estudio reciente indica un riesgo significativamente mayor para la leucemia en los lactantes de mujeres que beben cualquier tipo de alcohol durante el embarazo. En 1973, Jones y Smith acuñaron el término de "Síndrome de alcohol fetal" el cual es descrito en hijos de madres con problemas de uso de alcohol inicialmente las anomalías en los recién nacidos fue atribuida a la desnutrición posteriormente se comprobó que era la toxicidad del alcohol era la responsable independientemente de la malnutrición, los criterios diagnósticos para el FAS se pueden resumir en tres, retraso en el crecimiento intra y/o extrauterino, anomalías en el SNC y alteraciones faciales.^{16,17}

El término stress es usado para describir subjetivamente a la presión o tensión. El mantenimiento de la homeostasis es esencial para la sobrevivencia; la función del organismo depende de un delicado balance entre funciones bioquímicas y psicológicas las cuales son constantemente demandados por una gran variedad de estresores incluyendo enfermedad, lesiones, exposición a temperaturas extremas; por factores psicológicos, como la depresión y miedo, y por actividad sexual. En respuesta al estrés cuando este es percibido, el organismo moviliza

mecanismos y procesos fisiológicos continuas para la adaptación obteniendo con esto el mantenimiento de la homeostasis. El stress es una respuesta altamente compleja, la cual involucra al sistema nervioso central, el sistema adrenal, y el sistema cardiovascular. La respuesta al estrés es diferente de un individuo a otro, estas diferencias son basadas en factores genéticos, así como la influencia de hechos trascendentales en la infancia. En muchos estudios pero no en todos los que se han hecho para encontrar la relación entre el alcohol y el estrés, se afirma que el beber es responsable del estrés esto por una variedad de razones.

Estudios demuestran es baja la población que bebe por estrés económico, estrés laboral y problemas mentales, y que el consumo de alcohol hace mas severo el estresor. El beber alcohol produce estrés psicológico, el organismo responde a los efectos del alcohol como con cualquier otro estresor.¹²

Actualmente es reconocida la relación entre el consumo de alcohol y la violencia o agresión. El consumo de alcohol como tal no es promotor de la violencia pero muchos de los victimarios presentan un alto consumo de alcohol. El 86% de los homicidas, el 37% de los asaltantes, el 60% de los agresores sexuales, el 57% de hombres y el 27% de mujeres con violencia marital, y el 13% de abusos sexuales en niños; en el 42% de los crímenes violentos reportados por la policia se encuentran bajo el efecto del alcohol, de estos últimos el 52% de las víctimas sus victimarios se encontraban bajo el efecto del alcohol. El alcohol incita mas a la violencia o agresión por una disturbio en el funcionamiento normal del cerebro. Esto es llevado acabo bajo la hipótesis de la desinhibición, el alcohol desinhibe mecanismos que normalmente se encuentran inhibidos incluyendo agresión inapropiada. Se puede decir que el alcohol aumenta la violencia y agresión, las cuales en algunas poblaciones se encuentra presente, esto condicionado por patrones culturales y sociales. Se encuentra una estrecha relación entre criminales violentos niveles altos de serótina y testosterona. Con esto no se puede definir que sea la causa de esta relación sino que se encuentran relacionados tanto factores bioquímicos, psicológicos y socioculturales en la génesis del proceso. Casi siete millones de niños viven en hogares con al menos un padre alcohólico El alcoholismo aumenta el riesgo para el comportamiento y el abuso violentos. Los

niños de padres alcohólicos tienden responder peor que otros académicamente, tener una incidencia mayor de depresión, ansiedad y estrés y tener un autoestima inferior que otros niños. Los hogares alcohólicos son menos cohesivos, tienen más conflictos y sus miembros son menos independientes y expresivos que en los hogares no alcohólicos o con padres alcohólicos en recuperación. Además del riesgo hereditario para el alcoholismo posterior, un estudio encontró que 41% de estos niños tenían graves problemas de hacer frente con las cosas y adaptarse; los efectos de un padre alcohólico sobre los niños pueden ser de toda la vida. Un estudio encontró que los niños que se diagnosticaron con depresión principal entre las edades de seis y 12 años tenían mayor probabilidad de tener a padres o parientes alcohólicos que los niños que no estaban deprimidos. Los niños con trastorno bipolar fueron tres veces más probables de tener una madre dependiente del alcohol, y los niños que sufrían de la depresión más probables de tener un padre que fue alcohólico. Hay unos 20 millones de niños adultos de padres alcohólicos, quienes, un estudio sugirió, están en mayor riesgo para dejar un matrimonio y para los síntomas psiquiátricos. El estudio concluyó que los únicos sucesos con mayor repercusión psicológica en los niños son los abusos sexual y físico.¹³

Las horas promedio de sueño en un adulto son alrededor de 7.5 a 8 hrs. existen múltiples evidencias que demuestran que la falta de sueño llevan a consecuencias serias, entre las que se incluyen incremento en el riesgo de desordenes depresivos, enfermedades cardíacas, el exceso de las horas de dormir se relaciona con déficit de memoria, alteraciones en el funcionamiento social y laboral. El consumo de alcohol induce desordenes en el sueño por alteración en la secuencia y duración de los estados del sueños por la alteración del tiempo total de sueño así como de su latencia. Los desordenes del sueños relacionados con el alcoholismo incluyen el incremento en el tiempo requerido para dormirse. Despertarse frecuentemente y disminución con la calidad subjetiva del descanso asociado con la fatiga en el día.¹⁸

Los dolores de cabeza crónicos son comunes en bebedores excesivos y en personas que son dependientes del alcohol. El uso de alcohol puede precipitar el

desarrollo de cefaleas vasculares en pacientes que desarrollan cefaleas migrañas. Todos los pacientes con cefaleas crónicas indefinidas, especialmente aquellos que piden medicamentos específicos, deben ser cuidadosamente cuestionados sobre su historia de uso de alcohol y drogas. El uso de drogas psicoactivas para la cefalea inducida por el alcohol pueden llevar a un incremento en el uso de alcohol y drogas.

El alcoholismo y el abuso del alcohol le cuestan al país cerca de \$135 mil millones de dólares cada año por los costos médicos y la productividad de trabajo perdida.

El alcoholismo produce estragos en la industria muy difíciles de establecer en estadísticas, incluso si el problema es conocido. He aquí algunos de los problemas:

Baja de la productividad

Destrozo o mal uso del material

Deterioro de la calidad del producto fabricado

Disminuye el ritmo de producción donde está colocado

Gran cantidad de ausencias o tardanzas

Estos costes aumentan con el grado de competencia o autoridad del empleado.

Los estragos causados por el alcohol en el medio laboral no son siempre aparentes a simple vista. El alcohólico es con frecuencia un enfermo oculto y ocultado

Sus trastornos de Comportamiento serios no suelen ser atribuidos al alcohol. Hasta hace poco se le han aplicado en la industria medidas disciplinarias. Esta actitud deriva de un conocimiento erróneo e incompleto del problema.

Cuanto más se sube en capacidad intelectual y en la personalidad del individuo, más progresará la enfermedad, más se acercan los períodos de ebriedad y más se intensifican y ampliarán los problemas. Todo esto por camuflarlo y protegerlo.

Entre los síntomas que habitualmente se producen y pueden servir para realizar un diagnóstico social de alcoholismo destacan:

Retraso frecuente de la llegada al trabajo.

Ausencia frecuente los días después de fiesta o al menos lentitud, torpeza e irregularidad en el trabajo. •Desapariciones frecuentes del puesto sin justificación previa. Ausentismo por enfermedades menores: catarros, gripes, o por pequeños accidentes ocurridos con periodicidad en el trabajo, fuera de él, en ruta.

Cambio progresivo de actitud del sujeto considerado hasta entonces como buen trabajador, discusiones, críticas, pequeñas faltas de las que busca justificarse, pequeños accidentes de los que propone a otros o al material como responsable.

Variaciones marcadas de humor, cóleras, pérdidas del interés por el trabajo.

A menudo, las primeras indicaciones del alcoholismo son las respuestas físicas desagradables a la supresión que ocurren durante los períodos aunque breves de abstinencia. Aún con síntomas de supresión, sin embargo, las personas con alcoholismo casi siempre niegan el problema, dejando que colegas, amigos, o familiares reconozcan los síntomas y tomen las primeras medidas hacia un tratamiento.

Las personas que son alcohólicas tienen poco o ningún control de la cantidad que beben o de la duración o la frecuencia de su beber alcohol. Los alcohólicos severos a menudo tienen una historia de accidentes, de inestabilidad matrimonial y en el trabajo y problemas de salud relacionados con el alcohol. Los incidentes episódicos violentos y abusivos contra los cónyuges y los niños y una historia de accidentes no explicados o frecuentes son a menudo signos del abuso de drogas o del alcohol.

Se estima que el 20% de los adultos que visitan al médico por cualquier causa tienen problemas relacionados con el alcohol entre un 12 al 30% de los pacientes admitidos en un hospital y se le aplica algún instrumento de tamizaje para alcoholismo. Los médicos quizás no reconozcan los síntomas o quizás no quieran confrontar a los pacientes. Es particularmente difícil diagnosticar el alcoholismo en los ancianos, donde los síntomas de la confusión, la pérdida de memoria, o el caerse pueden atribuirse al proceso de envejecimiento. Aunque se identifique el alcoholismo, los pacientes a menudo no reciben tratamiento para la adicción.

Muchas pruebas de examen selectivo están disponibles para diagnosticar el alcoholismo, generalmente en forma de cuestionarios estandarizados que el

paciente puede responder por el mismo o en forma de una entrevista guiada por el médico. Dos tipos de instrumentos están disponibles para la detección de alcoholismo; El primer tipo incluye pruebas de tamizaje y las entrevistas estructuradas; el segundo tipo incluye pruebas de laboratorio clínico que puede descubrir la asociación entre la fisiopatología y el consumo excesivo alcohol. Ambos tipos de instrumentos deben ser válidos, esto se relaciona con la sensibilidad y especificidad; la sensibilidad se refiere a la exactitud de la prueba para identificar a los individuos con un problema del alcohol (es decir, personas con la prueba de la enfermedad como el positivo). La especificidad se refiere a la efectividad de la prueba identificando a las personas que no tienen un problema del alcohol (es decir, personas sin la prueba de la enfermedad como el negativo).

Deben dirigirse dos problemas en la discusión de sensibilidad y especificidad. Primero, no es posible perfeccionar ambas propiedades en un instrumento de tamizaje. La probabilidad de identificar el abuso del alcohol ocurre con una sensibilidad alta; al contrario, la posibilidad de eliminar personas que tienen un problema del alcohol se eleva con una especificidad alta; Segundo, determinando la utilidad de una prueba de tamizaje, el conocimiento de la sensibilidad de la prueba y especificidad no es suficiente. La prevalencia del padecimiento en particular en la población también debe tenerse en cuenta. La sensibilidad y especificidad se encuentran en función del punto de corte de una prueba de tamizaje (un valor que médicos acostumbran a definir según el interés del estudio a realizar). Si en una población la prevalencia del padecimiento es baja, la mayoría de los casos identificado por una prueba sensible serán falsos positivos.

Además, es importante anotar que en el caso del alcoholismo NO EXISTE "EL ESTÁNDAR DE ORO" para evaluar la exactitud de los instrumentos de tamizaje.

La Prueba de Alcoholismo de Michigan (el MÁST) es un cuestionario de 25 preguntas el cual exige aproximadamente 25 minutos contestar. El MÁST se enfoca en las consecuencias del problema del que bebe y en las propias percepciones de los pacientes de sus problemas del alcohol. Los recientes estudios han informado que un punto de corte de "12" o "13" logra proporciones equilibradas de falsos positivo y los falsos negativos

Pruebas de examen selectivo cortas son la prueba de CAGE, Prueba Selectiva de Alcoholismo de Michigan (MASTIL, Michigan Alcoholism Screening Test), la Prueba Selectiva de Alcoholismo Autoadministrada (SAAST, Self-Administered Alcoholism Screening Test) y La Escala de Dependencia de Alcohol (ADES, The Alcohol Dependence Scale)

La encuesta de CAGE, es una prueba de tamizaje que parece haber dejado satisfecho a un grupo grande de médicos, es ocupada cuando hay tiempo limitado.

El CAGE puede ser autoaplicado realizado por un médico mediante una entrevista, se necesita 1 minuto aproximadamente contestar cada pregunta.

El alcohol es la droga ampliamente usada por las personas jóvenes entre las edades de 12 y 17 años. Las pruebas de tamizaje rutinarias, sin embargo, es relativamente rara en las prácticas pediátricas. Porque los problemas de vida para los adolescentes y adultos difieren, muchos instrumentos de tamizaje son impropios para los individuos más jóvenes. El Inventario Bebiendo Juvenil es un instrumento que se desarrolló para proteger a los adolescentes específicamente²¹

El POSIT es el primero de los tres componentes del Sistema de Referencia a tratamiento para adolescentes (AARS) con el problema de uso de drogas (NIDA 1991), los otros dos componentes son la batería de valoración y guía de preparación de un sistema de guía para el adolescente. El objetivo específico de POSIT es realizar una valoración que identifique las diferentes áreas de funcionamiento que requieren de una medición mas profunda. No es posible obtener un diagnostico del adolescente únicamente a través de los resultados del POSIT, este solamente señala las áreas en las cuales posiblemente exista un riesgo. La población objetivo es jóvenes entre 13 a 19 años de edad, la estandarización estuvo a cargo de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría (Medinal-Mora et al, 1993).

La adaptación y validación del POSIT (Mariño 1997) se realizo a través de la comparación de dos grupos de adolescentes mexicanos, usuarios y no usuarios de drogas con el propósito de obtener una versión adaptada del POSIT que pueda ser utilizada adecuadamente entre los adolescentes mexicanos^{22,23}

Varias pruebas clínicas pueden ser útiles descubriendo los daños ocasionados por el uso del alcohol. La actividad aumentada de gamma-glutamilttransferasa (GGT) en suero es un índice relativamente sensible de daño más vivo en los alcohólicos y grandes bebedores. A esta prueba le falta sin embargo, la especificidad de diagnóstico porque todos los tipos de daño más vivo y una variedad de enfermedades pueden causar actividad de suero elevada de esta enzima. Los resultados pueden ser mas valiosos cuando se interpretan junto con el resultado del volumen corpuscular medio (MCV). MCV, un índice del tamaño de los eritrocitos, los cuales se encuentran aumentados con la excesiva ingesta de alcohol. Aunque MCV tiene una correlación alta con el consumo del alcohol, el índice, solo, no es un marcador de la sanguíneo útil. La aminotransferasa de aspartato (AST) puede ser un marcador útil para el abuso del alcohol: La proporción de niveles de mitocondrial AST se ha encontrado como eficaz, diferenciando a los alcohólicos de otros pacientes y descubriendo el bebedor excesivo y el crónico.²¹

Cerca de 95% de personas tienen síntomas de supresión leves a moderados, incluyendo agitación, temblores, reposo perturbado y falta de apetito. En 15% a 20% de personas con síntomas moderados, pueden ocurrir crisis convulsivas breves y alucinaciones, pero no progresan hacia el delirium tremens completamente desarrollado. Tales pacientes casi siempre pueden ser tratados como pacientes ambulatorios. Después de ser examinado y observado, el paciente generalmente es mandado a casa con un suministro medicamentos de antiansiedad para cuatro días, programado para la próxima visita y para la rehabilitación y es recomendado regresar a la sala de emergencias si los síntomas de supresión se vuelven severos. Si es posible, un miembro de la familia o amigo(a) debe apoyar al paciente durante los próximos pocos días de supresión. Cuando el paciente presenta datos de delirium tremens o eventos convulsivos es necesario su hospitalización para remitir el cuadro y posteriormente iniciar una etapa de rehabilitación. Inicialmente es necesaria la evaluación médica para detectar cualquier enfermedad intercurrente que pudiera complicar la retirada o para descartar síntomas de una lesión del SNC que pudiera simular o ser

enmascarados por el síndrome de abstinencia. Es especialmente importante diferenciar el *delirium tremens* de las alteraciones mentales que se presentan en la insuficiencia hepática aguda, debido a las diferencias en el tratamiento.⁵

Las dos metas básicas del tratamiento de largo plazo son el control estricto del beber a través de la abstinencia y el reemplazo total de los modelos adictivos con comportamientos satisfactorios para pasar el tiempo que puedan llenar el vacío que se crea cuando se ha dejado de beber. No hay manera de determinar, sin embargo, qué personas pueden dejar de beber después de una bebida y cuáles no. Alcohólicos Anónimos y otros grupos para el tratamiento alcohólico cuyas meta es la abstinencia estricta están preocupados enormemente por la publicidad alrededor de estos estudios, ya que muchas personas con alcoholismo están ansiosos para una excusa para comenzar a beber nuevamente. En este momento, la abstinencia es la única ruta segura.¹

JUSTIFICACIÓN .

El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema de salud pública en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia.

Se identifica por la dependencia o adicción grave y un patrón acumulativo de comportamientos asociados a la bebida. La intoxicación frecuente es evidente y destructiva; interfiere en la capacidad social y laboral del individuo. El alcoholismo puede conducir a el fracaso matrimonial y, con el tiempo, cuando el ausentismo laboral es intolerable, a el despido, sufrir lesiones físicas; ser detenidos por conducir bajo los efectos del alcohol; ser detenidos por la policía por alcoholismo.

Los problemas relacionados con el alcohol tienen gran impacto en nuestro medio, ello se ve reflejado en las estadísticas vitales, actualmente únicamente se dedica ingresos y recursos humanos en el área curativa de estos problemas, si bien se tienen identificados factores de riesgo relacionados con el alcohol, no se llevan a cabo medidas preventivas de impacto para su prevención. El desconocimiento de la situación actual de los problemas relacionados con el alcohol llevan a no dar la importancia que requiere el problema, existen estudios los cuales son únicamente una muestra de la problemática en el país.

El primer nivel de atención tiene como característica el brindar atención a toda la población sin excepción dando mayor importancia a los grupos mas vulnerables, *no es su principal meta la curación y reparación del daño ya existente sino que se encarga de identificar riesgos a la salud y así intervenir antes de que el daño se produzca*; este es el perfil del medico del primer nivel de atención, la identificación de riesgos a la salud de la población a su cargo y la intervención para evitar el daño.

La población adolescente es un grupo el cual su asistencia a las unidades de salud es mínima, es por ello que se tiene que ir a donde se encuentran ellos, así como el tener herramientas útiles para detectar problemas que pongan en riesgo la salud, y crear acciones para prevenir el daño.

Los adolescentes son un foco importante en esta problemática ya que en ellos se ven conjuntados factores psicológicos, biológicos y principalmente socioculturales, que los hace mas vulnerables a presentar estos problemas; es por ello que en este estudio se aplicara una de las pruebas de tamizaje la cual esta realizada específicamente para este grupo de edad. Las riñas entre adolescentes, el ausentismo escolar así como problemas dentro del seno familiar son características las cuales son comunes en la Población de San Pablo Oztotepec, la existencia de bares cercano a las escuelas permiten que sean frecuentados por los jóvenes de la población; es por ello el interés de conocer la prevalencia de este problema y su repercusión en el ámbito psicosocial. Actualmente existe *desconocimiento sobre la existencia de pruebas de tamizaje para la detección de los problemas relacionados con el alcohol por parte de médicos del primer nivel de atención, ello conlleva a la falta de diagnostico oportuno así como la actualización de la prevalencia del mismo.* Existen pruebas de tamizaje para varios grupos de población, los cuales se encuentran validadas para su aplicación en México de varios de ellos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Muchas personas que ven a un médico han tenido un problema relacionado con el alcohol en algún momento. Para los hombres, el riesgo general para desarrollar alcoholismo es un 3% a un 5%, y para las mujeres el riesgo es un 1%. El alcohol es la droga más ampliamente empleada por los adolescentes en EE.UU. y México, aunque no tenemos estadísticas, existen evidencias de un elevado índice de alcoholismo entre los jóvenes.

La prevalencia del alcoholismo diagnosticado entre mujeres, adolescentes y estudiantes universitarios está aumentando. La relación varón/mujer es en la actualidad de aproximadamente 4:1. En general, se acepta que el 75 % de los adultos norteamericanos ingieren bebidas alcohólicas, y que 1 de cada 10 experimentará problemas con el alcohol.⁵

El 90% de las personas beben alcohol, entre un 40 y 50% de los varones tienen problemas temporales inducidos por el alcohol.

Los hallazgos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 indican que el 67.0% de los encuestados son bebedores, mientras que el 8.0% se clasifican como ex-bebedores. 26 % de quienes bebían reportaron un patrón de consumo de una a cuatro veces por semana. La edad inicio en el consumo de casi la mitad de las personas bebedoras se ubicó entre los 15 y 18 años, existiendo, por cada 16 hombres dependientes, una mujer. La percepción de riesgo en los alumnos de secundaria y preparatoria en el periodo 1989-1991, en cuanto a tomar más de 5 copas una o dos veces a la semana, muestra una disminución de 58 a 53 %; mientras que sólo el 63 % de los profesores percibieron este patrón como peligroso

En 1994 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) reportó que los hombres entre 15 y 24 años fueron los que acudieron más frecuentemente a centros de organizaciones no gubernamentales. La droga de uso actual que más se reportó fue el alcohol (24%), seguida de la cocaína (18.7%) y marihuana (14.1%) De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 1988 14% de los hombres y 1% de las mujeres mayores de 12 años consumían

alcohol de manera "preocupante". Entre la población incluida en el ENA 1993, 6.4% presentó por lo menos un episodio semanal de embriaguez, y 11% de uno a tres episodios en un mes.

Este comportamiento acarrea problemas relacionados, entre ellos se encuentran riñas callejeras, violencia intrafamiliar, asaltos, homicidios; además de crear alteraciones en la salud mental del individuo ya que comienza a perder concentración, el abusos del alcohol afecta en el ámbito reproductivo ya que interfiere con la gametogenesis, así como alteraciones ya bien conocidas.

En México, los primeros estudios que evaluaron los patrones de consumo de alcohol en la población general se llevaron a cabo en la primera mitad de la década de los setentas usando el índice cantidad-frecuencia-varabilidad (QFV).

¿Cuál es la prevalencia del consumo de alcohol y los problemas relacionados en una población adolescente?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar la prevalencia del consumo de alcohol y explorar los problemas relacionados en una población adolescente.

Objetivos específicos.

1. Identificar el uso y abuso del alcohol en una población adolescente.
2. Establecer la relación entre el consumo de alcohol y la salud mental.
3. Establecer la relación entre el consumo de alcohol y las relaciones familiares.
4. Establecer la relación entre el consumo de alcohol y las relaciones con amigos.
5. Establecer la relación entre el consumo de alcohol y el nivel educativo.
6. Establecer la relación entre el consumo de alcohol y el interés laboral.
7. Establecer la relación entre el consumo de alcohol y la conducta agresiva/delinuencia.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Los datos utilizados para este trabajo fueron obtenidos de un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario autoadministrado realizado en una población adolescente de una escuela de educación media superior (CONALEP), ubicada en la población de San pablo Oztotepec, delegación de Milpa Alta de la Cd. De México, con autorización del ciudadano director de esa institución.

Los criterios de inclusión fueron tener entre 13 y 19 años en el momento del estudio, estar inscritos en la escuela, ambos sexos, se excluyeron del estudio a aquellos adolescentes que tenían 19 años o mas y a los que no se encontraban inscritos en el plantel; se eliminaron del estudio a todos aquellos adolescentes que no quisieron contestar el cuestionario, a los que no se encontraban en ese momento en el plantel, a los que no contestaran completo el cuestionario o marcaron mas de una respuesta.

El instrumento que se utilizo en este estudio es el POSIT en su versión adaptada para su aplicación en México por parte del Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1997.

El cuestionario de Problemas en Adolescentes (POSIT) en su adaptación para México consta de 81 reactivos con opciones de respuestas dicotomicas en formato autoaplicable. (VER ANEXO 1). La población objetivo son jóvenes entre 13 y 19 años de edad- la adaptación y validación del POSIT (Mariño 1997) se realizo a través de la comparación de dos grupos de adolescentes mexicanos; usuarios y no usuarios de drogas, con el propósito de obtener una versión adaptada del POSIT que pueda ser utilizada adecuadamente entre los adolescentes mexicanos Proporciona información sobre 7 áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes de las 10 que originalmente cuenta el cuestionario, estas no son incluidas en la adaptación ya que no cuentan con una consistencia adecuada para su aplicacion en México, la áreas incluidas en esta adaptación son:

1. Uso/Abuso de Sustancias
2. Salud Mental
3. Relaciones Familiares

4. Relaciones con Amigos
5. Nivel Educativo
6. Interés Laboral y
7. Conducta Agresiva / Delincuencia.

Dentro de POSIT se encuentran 3 tipos de reactivos según su forma de calificarse:

Reactivos generales que contribuyen con un punto al total de riesgo del área funcional;

Reactivos relacionados con la edad, que son tomados en cuenta para la calificación final únicamente si el adolescente es menor o mayor de 16 años;

Reactivos "Red Flags", cuya sola presencia indica riesgo. Cinco reactivos pertenecen a las áreas de "salud mental" y "nivel educativo" al mismo tiempo (8,15,40,66,80). Cuarenta reactivos están considerados con "Red Flags", esto es, su sola presencia indica riesgo en el área en que se encuentran; dos de estos reactivos (66 y 80) pertenecen a dos subescalas al mismo tiempo, sin embargo se consideran "Red Flags" únicamente en el área "nivel educativo" y no en la subescala "salud mental". En el área de "interés laboral" existen dos reactivos en los cuales la calificación que se asigna está relacionada con la edad del adolescente (16 y 44).

Sistema de calificación.

Para calificar cada una de las áreas es necesario considerar la presencia del síntoma en cada uno de los reactivos que componen el POSIT; para esto, se suman las respuestas positivas en cada reactivo, es decir, si el adolescente contesta "sí" se tomara como un punto a sumar dentro del área a la que pertenece.

Existen algunos reactivos que se recodifican para que todos tengan la misma tendencia, estos son: 12, 13, 18, 20, 22, 26, 32, 39, 52, 69, 70, 71; en estos doce reactivos la presencia del síntoma se considera si la respuesta del adolescente en el cuestionario es "no". En el caso de los reactivos denominados "RED FLAGS" la sola presencia del síntoma en estos reactivos es suficiente para realizar una exploración mayor en el adolescente en el área en que se encuentre; por ejemplo, si en el área de nivel educativo se encuentra presente el síntoma en un reactivo "Red Flags", no es necesario llegar a obtener el punto de corte en el área, ya que

la sola presencia de un reactivo "Red Flags" denota la presencia de posible riesgo en el área; si no hay ningún reactivo "Red Flags" positivo dentro del área, se suman los puntos de los demás reactivos de la manera antes mencionada.

La calificación de los dos reactivos relacionados con la edad se realiza de la siguiente manera: en el reactivo 16 si el adolescente tiene entre 13 y 15 años y se encuentra presente el síntoma se le asigna una calificación de 1, mientras que si el adolescente tiene entre 16 y 19 años se le asigna un 0; en el reactivo 44 la presencia del síntoma es considerada "Red Flag" si el adolescente tiene entre 13 y 15 años de edad, si tiene entre 16 y 19 años se califica de la misma forma que el reactivo 16.

Punto de corte.

Cada área de funcionamiento tiene un punto de corte que indica la necesidad de mediciones posteriores. El punto de corte se obtiene del número de reactivos generales y de los reactivos relacionados con la edad. Si alguna respuesta de alto riesgo es dada en los reactivos "Red Flags" en cualquiera de las áreas, se indicaran mediciones posteriores, independientemente del número de puntos asignados en el área.

Los puntos de corte establecidos para las diferentes áreas de funcionamiento fueron elegidos a partir de una alta sensibilidad y una especificidad aceptable, debido a que el POSIT está clasificado como un instrumento de tamizaje.

Tres personas entrenadas realizaron la administración de todos los cuestionarios, explicando previamente a los alumnos en que consistía la encuesta, la importancia de responderlo así como el modo de hacerlo, se hizo hincapié en el anonimato de las respuestas. (VER ANEXO 2)

Variables:

La variable independiente en este estudio fue el uso y abuso del alcohol las variables dependientes fueron: salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva / delincuencia. Además se integran otras como la edad y el sexo.

ESTA TESIS ES DE

Mediante la versión 8 del programa SPSS para Windows se crea una base de datos para capturar la información. El mismo programa es utilizado para realizar el análisis estadístico.

El análisis de la información comprendió medidas de tendencia central para la edad y el sexo, distribución porcentual de el uso y abuso de sustancias y de las diferentes áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes.

Se realizó comparación entre las variables sexo con las diferentes áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes; también se realizó la comparación entre el uso y abuso de sustancias con el resto de las áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes. Todo ello se realizó mediante el test de ji-cuadrada

RESULTADOS .

El cuestionario se aplico a 812 adolescentes estudiantes de una escuela de enseñanza media superior, en ambos turnos.

Del total de los adolescentes que respondieron el cuestionario se encontró que el 80% pertenecía al sexo femenino y el 20% restante al sexo masculino (Véase Tabla 1).

Las edades de los entrevistados estuvieron entre los 13-19 años al momento del estudio con una media de 16.5 años, 2/3 partes de los encuestados se encontraban entre los 15-18 años de edad (Véase Tabla 2).

En cuanto a las variables estudiadas se encontró lo siguiente: Para el uso y abuso de sustancias el 27.2% de los adolescentes que fueron encuestados presentaron problemas, la salud mental se vio afectada en el 51.5% de los adolescentes encuestados, el 32.4% presentaron problemas en cuanto a su relación con la familia; mientras que el 54.9% presentó problemas en la relación con amigos; el 40.5% presentó problemas en el nivel educativo; el 6.7% presento problemas en el interés laboral, y el 32.5% de los adolescentes dijo tener problemas en cuanto al área de agresividad y delincuencia(Véase Tabla 3).

Cuando se busco la relación entre las anteriores variables y el genero se encontró que en el área de uso y abuso de sustancias no existió relación significativa aunque el sexo masculino presento mayores problemas (35.9%) que el femenino (25.1%); en el área de salud mental existió relación significativa; a favor del sexo femenino, ya que este presentó mas problemas (54%) que el masculino (41.3) con una $p=.004$; para el área de relaciones familiares no se encontró relación significativa con la variable sexo, ya que los porcentajes son muy parecidos en ambos sexos; en las relaciones con amigos, se presento mayores problemas en el sexo masculino (58%) que en el femenino (54.1%) pero esta relación careció de significancia; en el nivel educativo la relación careció de significancia, cabe destacar que el sexo femenino presentó mayores problemas (41.7%) que el masculino (35.8%); en el interés laboral no existió relación significativa, aunque los

problemas se presentó en mayor porcentaje en el sexo masculino (9.9%) que en el femenino (5.8%); en cuanto a los problemas en agresividad y delincuencia presentó mas problemas el sexo femenino (33.4%) que el masculino (29.1%), aunque esta relación careció de significancia. (Véase Tabla 4).

Como se puede observar en la tabla 5 se encontró que los adolescentes con problemas en el uso y abuso de sustancias presentó mas problemas en el área de salud mental (85% $p=.0009$) siendo esta asociación significativa, al asociar el uso y abuso de sustancias con el área de las relaciones con familiares el 70.6% ($p=.0009$) presenta problemas siendo significativa la relación; se encontró una relación significativa entre los adolescentes con problemas en el uso y abuso de sustancias y los que presentan problemas en las relaciones con amigos (89.5% $p=.0009$); los problemas con el uso y abuso de sustancias se ve relacionado con problemas en el nivel educativo (84% $p=.0009$) siendo significativa esta relación; los problemas en el interés laboral no se ven relacionados con el uso y abuso de sustancias ya que el 87.85% ($p=.0009$) de los adolescentes no presentan problemas en cuanto al interés laboral pero si tienen problemas en el uso y abuso de sustancias; los problemas de agresividad y delincuencia tiene una relación significativa con el uso y abuso de sustancias en el 50.7% ($p=.0009$) de los casos.

CONCLUSIONES .

De acuerdo a la literatura la prevalencia del uso y abuso de alcohol en la población adolescente de nuestro país se encuentra en aumento, en 1993 la Encuesta Nacional de Adicciones informó que la edad de inicio en el consumo de casi la mitad de las bebedoras de alcohol se ubico entre los 15 y 18 años, siendo la tendencia predominantemente en el sexo masculino (16:1)

En 1998 Estela Rojas y otros investigadores, realizan una comparación entre tres encuestas levantadas por la SEP y el IMP(1989, 1991, 1993) en el Distrito Federal, los resultados que encontraron fue que el consumo de sustancias continua incrementándose, en la encuesta de 1993 el numero de usuarios activos se encuentra un aumento significativo principalmente en los consumidores de alcohol, inhalables y cocaína; así como la edad e inicio es mas temprana.

La problemática en cuanto a la prevalencia del uso y abuso de sustancias no es un problema grave en esta población, si se analiza en forma aislada. Sin embargo al relacionarlo con áreas del funcionamiento de la vida del adolescente como son la salud mental, relaciones con amigos, relaciones familiares, nivel educativo y agresividad y delincuencia se encuentra una relación significativa entre ellas.

Al comparar la prevalencia de uso y abuso de alcohol con lo que se reporta en diferentes estudios realizados tanto a nivel nacional como en el Distrito Federal, se encuentra que la prevalencia en este estudio es menor, y carece de significancia por ser una población no representativa del Distrito Federal.

La adolescencia es una etapa de desarrollo individual que se caracteriza por una serie de cambios biopsicosociales, es por ello la importancia de detectar áreas donde exista problemas en el adolescente y actuar en ellos.

El POSIT tiene ese propósito, el de detectara a adolescentes que han empezado a manifestar actitudes y comportamientos sospechosos como los que aun no lo han presentan en forma evidente, el POSIT es un instrumento de tamizaje creado en los Estados Unidos de América, el cual fue validado para su aplicación en México, por ello es necesario valorar las áreas que quedaron fuera de esta versión y la introducción de indicadores que se encuentren adaptados a la cultura mexicana.

El primer nivel de atención es la piedra angular para el diagnóstico y prevención con un enfoque de riesgo de los problemas del alcohol así como los relacionados con el, la falta de instrumentos para la detección así como el desconocimiento de los existentes son el principal problema que se nos presenta. Es por ello que considero que este estudio da bases para la realización de otras investigaciones en poblaciones más grandes donde se puedan obtener datos que nos permitan intervenir de forma positiva primariamente en los problemas del uso y abusos de sustancias y de manera secundaria pero, sin ser menos importante en los problemas relacionados en esta población.

El médico familiar por sus características de formación tiene la capacidad de poder ver integralmente el problema, ya que no solamente se encarga del adolescente de manera individual sino como un integrante de una familia y así mismo de una sociedad, la capacidad del médico familiar de buscar y encontrar factores protectores y recursos dentro del mismo individuo, la familia y sociedad que permitan el desarrollo de actividades preventivas, el poder organizar dichos recursos que cuenta la población, y por último el poder relacionarse con otras especialidades diferentes, tanto como médicos, antropólogos, trabajadores sociales, etc.; permiten al Médico Familiar ser la persona indicada para la realización de estas actividades. La continuidad es una característica que es inherente al Médico Familiar ya que cuenta con una población asignada para su control y atención, la interpretación adecuada de los factores protectores y de riesgo durante el seguimiento de la población permiten hacer cambios adecuados según sean necesarios en la población.

Es imposible generalizar los datos encontrados en este estudio y aplicarlos al resto de la población adolescente del Distrito federal, principalmente por no ser una población representativa, sin embargo, proporciona un primer acercamiento al conocimiento de la problemática del adolescente en áreas de su funcionamiento y no únicamente del problema del uso y abuso de sustancias que si bien es un problema importante igualmente tiene importancia el resto del entorno del adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN AL ALCOHOLISMO
<http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>
2. DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO O SÍNDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL <http://www.vnet.es/~faar/oms.htm>.
3. Frances a, pincus ha, first mb, MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM IV, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL. Ed. Masson, Barcelona España 1997.
4. Stoudemire a. Clinical psychiatry: ALCOHOL AND SUBSTANCE ABUSE. 3rd edition. Lippincort-raven publishers, 1998.
5. DEPENDENCIA DEL ALCOHOL DROGODEPENDENCIAS
<http://www.msd.es/mmerck/m137a.html>
6. PRECIO DEL ABUSO DE DROGAS PARA LA SOCIEDAD
<http://165.112.78.61/infofax/costos-sp.html>.
7. SECRETARIA DE SALUD CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES ALCOHOL. <http://www.ssa.gob.mx/conadic/con13.html>
8. INFORMACIÓN SOBRE OFERTA, DEMANDA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS. <http://www.ssa.gob.mx/conadic/con7.html>
9. López-Jiménez jl. PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CAPTADOS EN SALAS DE URGENCIAS, salud publica de México 1998; 40:487-493
10. INEGI MUJERES Y HOMBRES EN MÉXICO, cuarta edición 2000
<http://www.inegi.gob.mx/>
11. Principales causas de mortalidad general estados unidos mexicanos, 1997
<http://www.ssa.gob.mx/prop/estadis/>

12. ALCOHOL AND STRESS, Alcohol Alert, National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism no. 32 ph 363 april 1996
<http://silk.nih.gov/silks/niaaa1/publication/alalerts.htm>
13. ALCOHOL, VIOLENCE, AND AGGRESSION, Alcohol Alert, National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism no. 38 october 1997
<http://silk.nih.gov/silks/niaaa1/publication/alalerts.htm>
14. ALCOHOL AND HORMONES, Alcohol Alert, National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism no.26 ph 352 october 1994.
<Http://silk.nih.gov/silks/niaaa1/publication/alalerts.htm>
15. ALCOHOL-MEDICATION INTERACTIONS National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism No. 27 PH 355 January 1995 alcohol alert
<http://www.niaaa.nih.gov/publications/alalerts.htm>
16. FETAL ALCOHOL EXPOSURE AND THE BRAIN Alcohol Alert National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism No 50 December 2000
<http://www.niaaa.nih.gov/publications/alalerts.htm>
17. FETAL ALCOHOL SYNDROME Alcohol Alert National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism No. 13 PH 297 July 1991
<http://www.niaaa.nih.gov/publications/alalerts.htm>
18. ALCOHOL AND SLEEP, Alcohol Alert, National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism no. 41 july 1998
<http://silk.nih.gov/silks/niaaa1/publication/alalerts.htm>
19. ALCOHOL AND CORONARY HEART DISEASE, Alcohol Alert, National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism 45 october 1999
<http://silk.nih.gov/silks/niaaa1/publication/alalerts.htm>
20. Rosovsky., garcia, et. Al. "EL PAPEL DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN URGENCIAS MEDICAS Y TRAUMATICAS" En Memorias De La Iv Reunión Anual De Investigación, Instituto Mexicano De Psiquiatría, 1988.
21. SCREENING FOR ALCOHOLISM, alcohol alert, national institute on alcohol abuse and alcoholism no. 8 ph 285 april 1990
<http://silk.nih.gov/silks/niaaa1/publication/alalerts.htm>
22. CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES POSIT, MANUAL, Instituto Mexicano de Psiquiatría, National Institute on Drug Abuse, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

23. Mariño, Ma. Del Carmen, Gonzalez-Fortez, Catalina. Andrade, patricia, et al; VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA DETECTAR ADOLESCENTES CON PROBLEMAS POR EL USO DE DROGAS Salud Mental V, 21, No. 1 Febrero de 1998.
24. Solís R. Luis, Velez Agustín; Berumen Dorisvelia PREVALENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y PROBLEMAS ASOCIADOS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO. Salud Mental V.23, No.3, Junio 2000
25. Sally K. Rigler, M.D., ALCOHOLISM IN THE ELDERLY, Am Family Physician 2000; 61:1710-6.
26. Caballero, Ramiro; Madrigal de Leon Eduardo, Hidalgo San Martin Alfredo; et al. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS EN ADOLESCENTES DE DIFERENTES ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS DE GUADALAJARA. Salud mental V, 22, No. 4, agosto 1999
27. Rojas, Estela; Medina-Mora Maria Elena; Villatoro Jorge; et al; EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESTUDIANTES DEL DISTRITO FEDERAL. Salud Mental V 21, No. 1 Febrero de 1998

ANEXOS.

ANEXO 1

QUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES

INSTRUCCIONES

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por eso trata de contestar las preguntas con franqueza.

Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las respuestas son confidenciales.

Contesta todas las preguntas, si alguna de ellas no se aplica exactamente a ti, escoge la respuesta que mas se acerque a la verdad en tu caso.

Es posible que encuentres la misma pregunta, o preguntas semejantes, mas de una vez.

Contéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario.

Por favor, pon una "X" sobre tu respuesta, y no marques fuera de los recuadros.

Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada.

GRACIAS

EDAD

SEXO

1	¿Eres arrogante?		Si	No
2	¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?		Si	No
3	¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?		Si	No
4	¿Discuten demasiado tus padres o tutores?		Si	No
5	¿Te cansas con frecuencia?		Si	No
6	¿Te asustas con facilidad?		Si	No
7	¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener?		Si	No
8	¿Te sientes frustrado (a) con facilidad?		Si	No
9	¿Amenazas a otros con hacerles daño?		Si	No
10	¿Te sientes solo (a) la mayor parte del tiempo?		Si	No
11	¿Dices groserías o vulgaridades?		Si	No
12	¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?		Si	No
13	¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?		Si	No
14	¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enojan contigo?		Si	No
15	¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?		Si	No
16	¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?		Si	No
17	¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		Si	No
18	¿Tienes buena ortografía?		Si	No
19	¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?		Si	No
20	La mayoría de las veces ¿saben tus padres o tutores donde estas y lo que estas haciendo?		Si	No
21	¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?		Si	No
22	¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores?		Si	No
23	¿Te sientes nervioso (a) la mayor parte del tiempo?		Si	No
24	¿Has robado alguna vez?		Si	No
25	¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		Si	No
26	¿Sabes leer bien?		Si	No
27	¿Has estado ausente o llegado tarde a tu trabajo con frecuencia?		Si	No
28	¿Sientes que la gente esta en contra tuya?		Si	No
29	¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?		Si	No
30	¿Pelears a menudo o muchas veces?		Si	No
31	¿Tienes mal genio?		Si	No

32	¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas?	Si	No
33	¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	Si	No
34	¿Te dice la gente que eres descuidado (a)?	Si	No
35	¿Eres testarudo (a)?	Si	No
36	¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	Si	No
37	¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?	Si	No
38	¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	Si	No
39	¿Sabes tus padres o tutores como realmente piensas o te sientes?	Si	No
40	¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	Si	No
41	¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	Si	No
42	¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	Si	No
43	¿Tienes dificultades para concentrarte?	Si	No
44	¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?	Si	No
45	¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores levantándola voz y gritando?	Si	No
46	¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	Si	No
47	¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	Si	No
48	El mes pasado ¿manejaste un automóvil estando borracho (a) o drogado (a)?	Si	No
49	¿Levantas la voz mas que los demás muchachos de tu edad?	Si	No
50	¿Has ocasionado daño a la propiedad ajena intencionalmente?	Si	No
51	¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?	Si	No
52	¿Les gusta a tus padres o tutores hablar y estar contigo?	Si	No
53	¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran donde estabas?	Si	No
54	¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor como pasar de estar contento (a) a estar triste o viceversa?	Si	No
55	¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?	Si	No
56	¿Pierdes días de clase o llegan tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	Si	No
57	¿Te han dicho alguna vez familiares o amigos que debes de reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	Si	No
58	¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	Si	No
59	¿Molestan mucho a tus amigos?	Si	No
60	¿Tienes dificultades para dormir?	Si	No
61	¿Tienes dificultades con trabajos escritos?	Si	No
62	¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	Si	No
63	¿Sientes que a veces pierdes control de ti mismo (a) y terminas peleando?	Si	No
64	¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	Si	No
65	¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumos?	Si	No
66	¿Tienes dificultad en seguir instrucciones?	Si	No
67	¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón?	Si	No
68	¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	Si	No
69	¿Tienes buena memoria?	Si	No
70	¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	Si	No
71	¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cuanto a la forma en que te deben manejar a t?	Si	No
72	¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?	Si	No
73	¿Faltan tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?	Si	No
74	¿Te hace la escuela sentirte estúpido (a) a veces?	Si	No
75	¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?	Si	No
76	¿Te da miedo estar con la gente?	Si	No
77	¿Tienes amigos que han robado?	Si	No
78	¿Has reprobado algún año en la escuela?	Si	No
79	¿Es difícil la escuela para t?	Si	No
80	¿Eres una persona nerviosa de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	Si	No
81	¿Gritas mucho?	Si	No

Anexo 2

DESCRIPCIÓN DEL POSIT POR ÁREA DE FUNCIONAMIENTO, TIPO DE REACTIVOS Y PUNTO DE CORTE

ÁREA DE FUNCIONAMIENTO	REACTIVOS	PUNTO DE CORTE
Uso y abuso de sustancias	2 17 21 25 33 38 41 46 47 48 54 56 57 58 62 65 68	TODOS SON RF
Salud mental	5 6 8 10 15 23 28 40 43 55 60 63 66 75 76 80	5
Relaciones familiares	4 14 20 22 32 39 45 52 70 71	3
Relaciones con Amigos	3 13 19 29 67 73 77	TODOS SON RF
Nivel educativo	7 8 12 15 18 26 34 40 42 61 66 69 72 74 79 80	5
Interés laboral	16* 27 36 44+ 51 78	3
Conducta agresiva/ delincuencia	1 9 11 24 30 31 35 37 49 50 53 59 64 81	5
RF = Red Flags	* 13 a 15 años = 1 16 a 19 años = 0	
Negritas = reactivos RF	+ 13 a 15 años = RF 16 a 19 años = 0	

T A B L A 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS ADOLESCENTES
ENCUESTADOS.

SEXO	Frecuencia.	%
FEMENINO	650	80%
MASCULINO	162	20%
TOTAL	820	100%

T A B L A 2

DISTRIBUCIÓN POR EDADES EXPRESADA EN AÑOS DE LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS

Edad.	Frecuencia.	%
13	4	.5
14	17	2.1
15	182	22.4
16	211	26.0
17	203	25.0
18	144	17.7
19	51	6.3
Total.	812	100.0

T A B L A 5 .

RELACIÓN ENTRE ADOLESCENTES CON PROBLEMAS CON EL
USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS CON OTRAS ÁREAS DEL
FUNCIONAMIENTO DE LA VIDA.

	Con problemas	Sin problemas	χ^2	p.
Salud mental.	85.1	14.9	137.15	.0009
Relaciones Familiares	70.6	29.4	202.32	.0009
Relaciones con amigos	89.5	10.4	147.39	.0009
Nivel educativo	64.2	35.7	70.98	.0009
Interés laboral	12.2	87.8	15.15	.0009
Agresividad y delincuencia.	50.7	49.3	45.67	.0009