



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

**“FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES DE
ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA Y SU IMPACTO EN EL SÍNDROME
DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LOJA”.**

*TESIS
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL*

AUTOR:

Edgar Marvin Villalta Román

DIRECTOR:

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN:

Loja, Septiembre de 2014

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre Mg. Sc.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifica:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación **“FACTORES PREDISONENTES Y DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA Y SU IMPACTO EN EL SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LOJA”**., realizado por el estudiante Edgar Marvin Villalta Román, el mismo que cumple con los requerimientos establecidos por el reglamento de la Universidad Nacional de Loja para efectos de titulación, por lo que autorizo su presentación.

Atentamente,



Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre Mg. Sc.

DIRECTOR

AUTORIA

Yo, Edgar Marvin Villalta Román declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Edgar Marvin Villalta Román

Firma:  _____

Cédula: 1104761695

Fecha: 31/10/2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Edgar Marvin Villalta Román, declaro ser autor de la tesis titulada “FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA Y SU IMPACTO EN EL SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LOJA”, como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 05 días del mes de noviembre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma:

Autor: Edgar Marvin Villalta Román

Cédula: 1104761695

Dirección: Av. Emiliano Ortega y 10 de Agosto

Correo Electrónico: marvin88villalta@gmail.com

Teléfono: 2647 - 382

Celular: 0986380401

DATOS Complementarios

Director de Tesis: Dr. Patricio Fernando Aguirre Aguirre. Mg. Sc.

Tribunal de Grado: **Presidente:** Dra. Puertas Azanza Ana Catalina.

Vocal: Dra. Vélez Mora Verónica Andrea.

Vocal: Dr. Vélez Reyes German Alejandro.

DEDICATORIA:

A mi Madre Esmeraldita, a quién amo desde siempre; me ha sabido orientar con sus buenos consejos y conducir a hacer el bien sin mirar a quién, de quien he heredado un corazón sensible al que siempre cuidaré.

A mi Padre Edgar, en quien pude ver el accionar del quehacer médico, a quien amo también con todo mi corazón y por heredad me entregó su profesión.

A mis hermanos Andrés y Javier, con quienes he compartido verdaderamente mi vida, a quienes también amo y aprecio mucho.

A mis tíos Eduardo, Ramiro y Pepe, que me brindaron su apoyo.

A mis abuelitas, a quienes quiero mucho y me han sabido orientar con su experiencia de vida.

A mis nuevos y verdaderos amigos, ellos que siempre están con migo y me brindan sus oídos y palabras de aliento, con quienes he podido hablar abiertamente de mis problemas y compartir mis dificultades, con quienes he llorado y reído, ellos que conocen más que mi el sentido de vivir una nueva dimensión de la existencia.

A todos con quienes he compartido este sendero de vida; familia, amigos, docentes, profesionales, pacientes, quienes desinteresadamente han estado conmigo en mi formación.

A mis excompañeros del colegio y amigos de Zapotillo que estuvieron siempre pendientes de lo que hacía y se alegraron por cada escalón superado.

AGRADECIMIENTO:

A un Dios de Amor y Bondad, el dador de todos los dones, quien me regala a diario la fortaleza necesaria para continuar y seguir adelante en este camino.

A mis Padres que siempre me han apoyado en todas las decisiones y proyectos de vida emprendidos.

A los/as alcohólicos/as y familiares de alcohólicos de los grupos de autoayuda de Loja y de las comunidades terapéuticas, personas que de manera desinteresada accedieron a la encuesta y decidieron colaborar para la realización del presente estudio, sin ellos no hubiera sido posible el mismo.

Al Dr. Patricio Aguirre quien supo darme la orientación necesaria para que este trabajo llegue a feliz término.

A mis maestros de la Universidad Nacional de Loja, quienes han sabido entregar a parte del conocimiento, sabias enseñanzas y métodos para entender los procesos a veces complejos que se dan en el estudio de la medicina.

Al Dr. German, un amigo al que estimo y quien me mostro el camino para descubrir parte de la verdad sobre mí mismo y la motivación necesaria para avanzar.

A mis nuevos amigos a quienes quiero mucho y me han dado su estima, amor y escucha.

A todo el personal y amigos del Hospital Isidro Ayora, lugar donde realicé el Internado Rotativo y viví experiencias que jamás olvidaré.

A Luchito y Don Pepe Luis, por siempre estar ahí.

a) TÍTULO

**“FACTORES PREDISPONETES Y DESENCADENANTES DE
ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA Y SU IMPACTO EN EL SÍNDROME
DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LOJA”.**

b) RESUMEN

RESUMEN:

Es conocido que la etiología del alcoholismo es multifactorial y que intervienen diferentes factores. Cada miembro de la familia sufre por el alcoholismo, no solo el alcohólico. La familia entera puede necesitar ayuda para disminuir el daño y dolor. El presente trabajo investigativo es un estudio de campo, de tipo descriptivo y transversal, realizado en veinte familiares de alcohólicos y ochenta alcohólicos en recuperación, que ha tenido como objetivo principal: **determinar los factores predisponentes y desencadenantes de alcoholismo en la familia y su impacto en el síndrome de dependencia de alcohol en Loja**. Identificándose así factores de riesgo predisponentes como: *el factor hereditario, representado por la historia familiar de alcoholismo, factores familiares como los conflictos familiares, escolares, como los modelos autoritarios de enseñanza, socioculturales como el estar inmersos en una cultura consumidora de alcohol, factores de igualdad, como tener amigos que consumen alcohol, factores psicológicos como la depresión.* Siendo: la influencia de amigos que consumen alcohol (100%), la historia familiar de alcoholismo (95%), el estar inmersos en una cultura consumidora de alcohol (91.25%), el beber por buscar sensaciones y experiencias nuevas (88.75%), los conflictos familiares (88.61%) y la baja autoestima (78.75%), los factores de riesgo desencadenantes con mayor frecuencia en los alcohólicos que asisten a los grupos de autoayuda en Loja.

Palabras clave: <Alcoholismo> <Síndrome de Dependencia de Alcohol> <Factores predisponentes de alcoholismo> <Factores desencadenantes de alcoholismo>

SUMMARY:

It is well known, that alcohol etiology is multifactorial and different factors are involved. Each family member suffers from alcoholism, not just the alcoholic. The entire family may need help to reduce the damage and pain. This investigation is a field study, of descriptive and transversal type; made from twenty alcoholic relatives and eighty alcoholics in treatment, which had the main objective to: **determine the predisposing factors and triggers for alcoholism in the family and their impact on the alcohol dependence syndrome in Loja**. Identifying the predisposing risk factors such as **heredity**, represented by family history of alcoholism, **family factors**, such as family conflicts, **school conflicts**, like the authoritative teaching models, **sociocultural**, like being immersed in a culture of alcohol consumers, **equality factors**, like having friends who drink alcohol, **psychological factors** such as depression. Where: the influence of friends who drink alcohol (100 %), family history of alcoholism (95 %), being immersed in a culture of consuming alcohol (91.25 %), drinking to seek new sensations and experiences (88.75 %), family conflicts (88.61 %) and low self-esteem (78.75 %), triggers risk factors more frequently in alcoholics attending self-help groups in Loja.

Keywords: <Alcoholism> <Alcohol Dependence Syndrome Alcoholism>

c) INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de dependencia de alcohol (alcoholismo) se define como “Cualquier consumo de bebidas alcohólicas que cause perjuicios al individuo, a la sociedad o a ambos”. (Jellineck). El alcohólico es un enfermo, no tiene más alternativa respecto a su padecimiento que la que puede tener un diabético o un paciente con cáncer, estamos hablando de una enfermedad que puede definirse medicamente como un padecimiento crónico y progresivo para el cual no existe una cura conocida, implica el uso de bebidas alcohólicas, a tal grado que interfiere la funcionalidad del individuo, según lo manifiestan los problemas de salud, familiares, laborales, legales o emocionales. El factor determinante para reconocer el alcoholismo activo es la calidad de vida del enfermo, no la cantidad de alcohol consumida. (Lammoglia, 2000).

Dentro del concepto de enfermedad del alcoholismo, es hasta el siglo XX que el fenómeno alcohólico ha sido estudiado en forma sistemática, descrito con rigor clínico, difundido, aplicado como fundamento en programas de tratamiento y ampliado a través del trabajo terapéutico y de la investigación neuroquímica, genética y neurofisiológica. En relación con el concepto de enfermedad, hay que decir que esta palabra está definida por el Diccionario Médico Ilustrado de Dorland como: “Cualquier desviación de o interrupción de la estructura o función normales de cualquier parte, órgano o sistema (o combinación de varios) del cuerpo que se manifiesta por un característico conjunto de síntomas y signos cuya etiología, patología y pronóstico pueden ser conocidos o desconocidos”. Lo que enmarca al alcoholismo en ella; sin embargo, es incompleta, porque no incluye “la totalidad del hombre como el ser sui generis que es”, y por lo tanto no considera los aspectos psíquicos y sociales inherentes a todas las enfermedades que les confieren el carácter de enfermedades psicosomáticas (integrales). El alcoholismo debe enfocarse en estos términos. (Fernández, 2007)

Las causas del alcoholismo todavía no han sido totalmente aclaradas; sin embargo, se ha encontrado numerosos “factores de riesgo” (MSP, 2011). Se ha reconocido que el consumo o abuso de alcohol es considerado como un

importante problema de salud pública, un factor de riesgo importante en la mortalidad y la morbilidad en todo el mundo (OMS 2002, OMS 2011). En América Latina la situación es proporcionalmente más grave, ocupó el primer lugar entre los factores de riesgo que contribuyen a la carga total de enfermedades (Rehm y Monteiro 2005, OMS 2011). También está relacionado con más de 60 condiciones de salud (Rehm y Monteiro 2005), incluyendo la dependencia. Su consumo nocivo está ampliamente relacionado con una pesada carga social y económica, a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol, según la OMS.

Cada miembro de la familia sufre por el alcoholismo, no solo el alcohólico. La familia entera puede necesitar ayuda para disminuir el daño y dolor. Un alcohólico no puede mantener su bebida bajo control, aunque haga daño a su salud, empleo, mente y familia. La pérdida de ingresos y la pérdida del respeto propio conducen al divorcio, la delincuencia, el crimen y hasta el suicidio. Pero una actuación pronta puede salvar a una familia antes que sea demasiado tarde. (Lammoglia, 2000)

El término alcoholismo denota que el consumo de bebidas alcohólicas interfiere en forma ininterrumpida y progresiva en la salud del enfermo, en su capacidad de integración familiar, social y de trabajo, o en todas las áreas de su diario vivir. A menudo los médicos sólo diagnostican la lesión orgánica secundaria e ignoran el problema primario, o sea, el alcoholismo (Lammoglia, 2000)

Es dentro de este contexto que se ha decidido estudiar ¿Cuáles son los factores predisponentes y desencadenantes de alcoholismo en la familia y su impacto en el síndrome de dependencia de alcohol en Loja?, planteándose como objetivos específicos, identificar los factores predisponentes y desencadenantes de alcoholismo en los familiares de alcohólicos y alcohólicos en recuperación respectivamente; lo que establece también una realidad

indirecta de lo que sucede en el ambiente familiar del alcohólico y su familia, ya que cada individuo proviene de un hogar y es ahí, y en su entorno, donde fuera del aspecto biológico se generan estas realidades que influyen de manera directa o indirecta en el problema de alcoholismo. Así también identificar los factores que hacen realmente la diferencia como elementos predisponentes de alcoholismo en los familiares de alcohólicos y los que han desencadenado este síndrome, en los alcohólicos en recuperación de la ciudad de Loja, que a la vez se convierten en un indicador de lo que ocurre en torno a la problemática en nuestro medio, ello nos da también una magnitud del impacto de estos factores para el síndrome de dependencia de alcohol, y se constituye de manera confiable en indicadores que pueden alertarnos precozmente sobre la posibilidad de este padecimiento en las familias lojanas, ya que se ha realizado en personas que han aceptado su problema, reconocen y son conscientes del mismo, además que han vencido uno de los peores síntomas tanto del alcoholismo como de la codependencia, como lo es la negación.

También se ha diseñado una guía práctica que oriente al médico general al diagnóstico e intervención del paciente alcohólico, porque son en nuestro medio cada vez más los casos de miembros de cada familia sometidos a investigación que tienen inclinación por el alcohol, como lo manifiestan datos del sistema de indicadores sociales del Ecuador (SIISE), además se incrementan los casos de alcoholismo en varones adultos y aumentan su incidencia entre las mujeres, los jóvenes e incluso niños, marcando deterioro en el equilibrio biopsicosocial de estas personas. Se ha evidenciado que en el ejercicio profesional de la medicina actual es común en los expedientes clínicos encontrarse con diagnósticos secundarios al síndrome de dependencia de alcohol, como el de pancreatitis de origen alcohólica, hepatopatía alcohólica, cirrosis hepática, politraumatismos, demencia inducida por alcohol, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos del sueño, etc. Todo esto como una consecuencia del consumo excesivo de alcohol, denotando que para el manejo de este grupo de pacientes es necesaria una intervención interdisciplinaria, integral, por parte de las instituciones de salud respectivas, dando

cumplimiento a todos los niveles de tratamiento previamente establecidos, siendo el alcoholismo un severo problema social, familiar y de salud.

El presente estudio es un estudio de campo, de tipo descriptivo y transversal, realizado en una muestra poblacional de veinte familiares de alcohólicos y ochenta alcohólicos. Se ha utilizado como instrumento para la obtención de los resultados a la encuesta, que ha sido previamente diseñada en base a otros trabajos investigativos, y se han considerado además, criterios de inclusión principales para el desarrollo del mismo, como la participación de todos los Alcohólicos que han logrado abstenerse de consumir bebidas alcohólicas, sin tiempo definido, luego de acudir y recibir apoyo en un grupo de autoayuda como alcohólicos Anónimos, un Movimiento Religioso, o una Comunidad Terapéutica. Y a los Familiares o amigos de alcohólicos, que se han visto afectados por el Alcoholismo de un Familiar o Amigo Alcohólico y que hayan recibido apoyo para recuperarse de los efectos del alcoholismo familiar, en un grupo de autoayuda como AL-ANON, o un Movimiento Religioso en Loja.

Obtenida la información se procedió a la tabulación respectiva y representación en tablas de los resultados, por medio del programa estadístico Epi Info 7, Microsoft Excel y Microsoft Word 2010.

*d) REVISIÓN DE
LITERATURA*

REVISIÓN DE LITERATURA:

1. SÍNDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL (ALCOHOLISMO) Y SITUACIÓN DE SALUD.

1.1. DEFINICIÓN:

“La dependencia de alcohol es un patrón de uso compulsivo de alcohol, que, según el DSM IV TR, se define por: la presencia de tres o más áreas mayores de deterioro relacionada con el alcohol, que ocurren en un período de doce meses. Estas áreas pueden incluir tolerancia o abstinencia, utilizando una gran cantidad de tiempo en el consumo y retornando al uso a pesar de las consecuencias adversas físicas o fisiológicas y de los repetidos intentos fracasados de controlar el consumo de alcohol”. (DSM-IV)¹

Para la CIE-10 el Síndrome de Dependencia consiste en un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica de este síndrome es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de consumir alcohol (WHO, 1992). La recaída tras un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del síndrome en comparación con sujetos no dependientes.²

¹ **MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES**, el DSM-IV, de la American Psychiatric Association. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/26417903/DSM-IV-TR-Para-Imprimir>

² **MANUAL DE ADICCIONES**. *Para médicos especialistas en formación*, Cesar Pereiro Gómez (Editor). Sociedad Científica Española de Estudios Sobre el Alcohol, Gobierno de España, Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre drogas.

1.2. Farmacología y metabolismo del alcohol³:

1.2.1. Farmacocinética del alcohol:

Absorción

El alcohol por vía oral se absorbe mayoritariamente en el tramo proximal del intestino delgado (más del 80%) y menos en el estómago (hasta un 20%).

La velocidad de absorción del alcohol determina la magnitud de sus concentraciones plasmáticas así como la intensidad y duración de sus efectos farmacológicos. Esta velocidad depende de muchos factores. Así, es más rápida si se administra en ayunas o con el estómago vacío (concentración máxima a los 30-60 minutos) y más lenta en presencia de alimentos.

La concentración de alcohol en la bebida también influye, siendo la absorción más veloz cuando tiene una graduación alcohólica del 20-30% en comparación con bebidas del 3-10%. Si se administran bebidas del 40% o más el vaciamiento gástrico disminuye. Las bebidas alcohólicas que contienen gas carbónico (por ejemplo el cava) o mezcladas con bebidas carbónicas (soda) presentan una absorción más rápida. Los alimentos retrasan la absorción, produciendo concentraciones mucho menores de etanol en sangre que cuando se toma en ayunas.

³ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO MADRID ESPAÑA. CENTRO DE PUBLICACIONES, COMISIÓN CLÍNICA DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe sobre alcohol, Febrero de 2007, [En Línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf> (consultado el 23 de junio de 2013)

Distribución

El alcohol es una molécula muy hidrosoluble y por ello se distribuye por todo el agua corporal, siendo las concentraciones similares a las de la sangre en la mayoría de tejidos y órganos bien irrigados. Atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria y se excreta en la leche materna. Debido a su pobre liposolubilidad no difunde bien en la grasa.

Tras administrar una misma dosis ajustada al peso, las concentraciones sanguíneas de alcohol son mayores en las mujeres que en los hombres. Parece deberse a varios factores. Por un lado las mujeres tienen una menor cantidad de alcohol deshidrogenasa en el estómago y por otro presentan mayor proporción de grasa subcutánea y un menor volumen de sangre.

Metabolismo

Su degradación metabólica es esencialmente por oxidación hepática en un 90-98% y un 2-10% puede ser eliminado por vías accesorias como son el riñón y el pulmón. La mayor parte de alcohol se transforma en acetaldehído por la acción de tres enzimas:

- Alcohol deshidrogenasa (ADH). Esta enzima se encuentra principalmente en el hígado. En personas no alcohólicas el 90-95% de la oxidación del etanol se realiza por medio de la ADH. La dotación enzimática de ADH es limitada, lo que explica que exista una capacidad fija para metabolizar el alcohol, que se calcula en unos 8-10 g/hora (120 mg/kg/hora, 10 ml/hora). Cuando se supera esta cantidad el sistema se satura y ello implica que el alcohol se acumula al no poder metabolizarse.

- Sistema oxidativo microsomal del etanol (MEOS). Es un sistema enzimático dependiente del citocromo P-450 isoenzima 2E1. En bebedores moderados contribuye de forma marginal a la oxidación del alcohol (5-10%). En bebedores crónicos puede inducirse y llegar a representar hasta un 25% de la capacidad oxidativa total. Esta vía es relevante como fuente de interacciones farmacológicas ya que algunos fármacos son metabolizados por ella y compiten con el etanol.

- Sistema catalasa-peroxidasa. Es dependiente del peróxido de oxígeno y su contribución al metabolismo del alcohol es mínima.

A su vez, el acetaldehído se metaboliza en ácido acético por medio de:

- Aldehído-deshidrogenasa (ALDH). Representa hasta un 75% de la capacidad. Presenta un polimorfismo genético con una enzima con nula actividad metabólica que conduce a concentraciones mayores de acetaldehído y la aparición de efectos indeseables. Estas formas sin actividad son más frecuentes en individuos orientales, a los que el alcohol les produce efectos indeseables (cefalea, enrojecimiento de la cara y tórax, náuseas y vómitos). Se ha comprobado que las personas que presentan este defecto tienen menor frecuencia de alcoholismo.

Algunos fármacos utilizados en el tratamiento del alcoholismo inhiben la actividad de esta enzima (disulfiram, cianamida), con lo que aparecen los síntomas adversos antes descritos, que son la base de la terapia aversiva del alcoholismo.

- Aldehído-oxidasa: representa hasta un 25% del total.

Después el acetato se transforma en acetilcoenzima. El acetaldehído es una sustancia muy tóxica y reactiva. Se piensa que es el responsable de los efectos indeseables agudos del etanol y de algunos de sus efectos perjudiciales crónicos.

Un 2-10% del alcohol se elimina sin metabolizar, en la orina, sudor y respiración. En el caso de la respiración se aprovecha para determinar de forma indirecta y no invasiva la alcoholemia, al existir una relación directa entre la concentración en la sangre y la del aire espirado.

Como detalle, el metanol se metaboliza por las mismas vías que el etanol en formaldehído y ácido fórmico que es muy tóxico para la retina. Para evitar su toxicidad en casos de intoxicación se administra etanol para competir por los sistemas de biotransformación y así impedir su metabolismo con lo que se evita su toxicidad.

1.2.2. Interacciones farmacológicas del alcohol:

El consumo de alcohol puede provocar interacciones farmacológicas tras su consumo agudo y crónico. Además, algunos medicamentos pueden interactuar con el alcohol.

1.2.3. El alcohol también puede interactuar con otras drogas de abuso.

- Alcohol y opioides. La administración conjunta de alcohol y un opioide produce un aumento de los efectos sedantes de ambas sustancias y la afectación del rendimiento psicomotor. Puede aumentar la depresión respiratoria del opioide.

- Alcohol y cannabis. La administración de alcohol y cannabis (hachís, marihuana) también produce una mayor sedación y empeoramiento del rendimiento psicomotor con mayor riesgo de accidentes. Aumenta la sensación de «colocado» y los efectos cardiovasculares del cannabis.
- Alcohol y otros sedantes. La combinación con benzodiazepinas aumenta los efectos sedantes de ambas sustancias y el deterioro del rendimiento psicomotor. Se incrementa la gravedad de la intoxicación por benzodiazepinas.

La combinación de alcohol con gammahidroxibutirato (GHB) empeora la sedación y la gravedad de la intoxicación.

- Alcohol y cocaína. La administración de cocaína durante la intoxicación alcohólica produce una falsa sensación de sobriedad y de mejoría del rendimiento psicomotor. Los afectados creen que están mucho menos borrachos pero a la hora de la verdad su rendimiento está aún alterado.

Esta falsa sensación de seguridad puede llevar a conductas de riesgo. Además, la combinación aumenta los efectos euforizantes y cardiovasculares (presión arterial, frecuencia cardíaca, gasto cardíaco) de la cocaína. Como consecuencia, la combinación tiene un mayor potencial de abuso y un incremento del riesgo de patología cardiovascular. Además, produce mayor agresividad y conductas violentas. El alcohol provoca un incremento de las concentraciones de cocaína y la formación de un metabolito específico, la cocaetilena, que presenta actividad similar a la cocaína. Las concentraciones máximas de alcohol pueden reducirse levemente

- Alcohol y anfetaminas. La metanfetamina y la anfetamina reducen la sensación de borrachera provocada por el alcohol, a su vez el alcohol aumenta sus efectos euforizantes. No se observa un efecto significativo sobre el deterioro psicomotor inducido por el alcohol. Las concentraciones máximas de alcohol pueden reducirse levemente. La combinación de alcohol y MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina, éxtasis) también reduce la sensación de embriaguez del alcohol y aumenta la euforia de la MDMA. Se incrementan la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura respecto a la MDMA sola. Las concentraciones de MDMA aumentan levemente y las de alcohol disminuyen discretamente.

2.2. El proceso de la adicción al alcohol⁴:

Alrededor del 10% de los bebedores de alcohol desarrollan una adicción al alcohol, y de ellos el 4%, lo harán a los 5 años del inicio del consumo. La adicción al alcohol aparece tras el consumo crónico de cantidades abusivas de alcohol y, al igual que el resto de las adicciones a drogas, es el resultado de la interacción entre las características farmacológicas de la sustancia (en este caso el alcohol), el individuo que la consume (variables individuales, como por ejemplo características genéticas) y la sociedad (hábitos de consumo de alcohol, disponibilidad y accesibilidad a las bebidas alcohólicas, etc.).

A continuación se revisan los conocimientos actuales sobre las bases neurobiológicas implicados en la adicción al alcohol.

⁴ **MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO MADRID ESPAÑA.** CENTRO DE PUBLICACIONES, COMISIÓN CLÍNICA DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe sobre alcohol, Febrero de 2007, [En Línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf> (consultado el 23 de junio de 2013)

2.2.1. Neurobiología de la adicción al alcohol:

Aunque en el tejido cerebral no se han aislado receptores específicos para el alcohol, parece ser que el alcohol, como todas las sustancias capaces de desarrollar adicción, produce euforia por su acción sobre el centro del placer y la recompensa. Además con su consumo continuado se desarrollan tolerancia y dependencia farmacológicas.

2.2.1.1. El consumo de alcohol activa los centros del placer

El alcohol actúa sobre el centro del placer y la recompensa del Sistema Nervioso Central (SNC), aumentando la liberación de dopamina (Figura 1). Los mecanismos por los que el alcohol activa la vía dopaminérgica no están totalmente establecidos, y parece ser que el alcohol estimularía esta vía de forma indirecta, a través de su acción sobre diferentes sistemas de neurotransmisión, fundamentalmente los sistemas GABA-érgico, opioide endógeno, glutamatérgico y el serotoninérgico (Figura 2). Esta sensación de placer inducida por el consumo del alcohol, se acompaña de un mensaje, que se imprime en el cerebro y es memorizado. Esta memoria actúa como un refuerzo de la conducta de búsqueda de un nuevo consumo cuando se disipa la acción euforizante de alcohol.

Figura 1

Circuitos cerebrales del placer y la recompensa

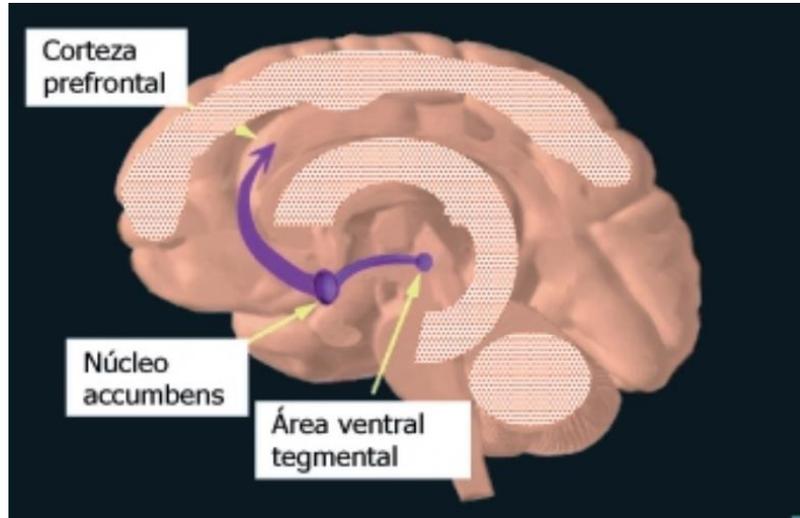
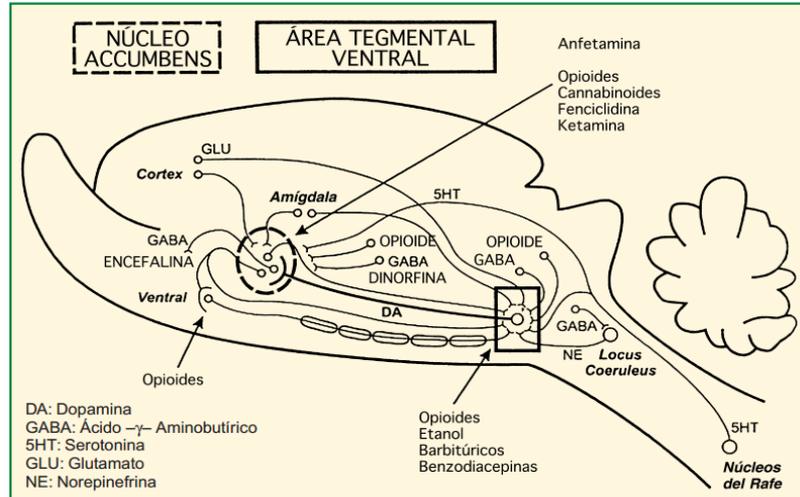


Figura 2

Circuitos cerebrales del placer y la recompensa



2.2.2. Tolerancia al alcohol:

La tolerancia se define como la necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol para conseguir los mismos efectos. Si no se aumenta la cantidad, disminuyen los efectos del alcohol. La aparición de tolerancia indica que ya se han producido cambios en el cerebro

(neuroadaptación) debido al consumo del alcohol, y en su desarrollo intervienen fundamentalmente los sistemas glutamatérgico y GABA-érgico. El sujeto puede interpretar erróneamente la tolerancia cómo que es más resistente al alcohol, cuando en realidad significa que ya se han puesto en marcha los mecanismos de la adicción al alcohol.

2.2.3. Dependencia física del alcohol:

La dependencia fisiológica del alcohol es el resultado de los fenómenos de neuroadaptación que han tenido lugar en el cerebro durante el proceso de consumo crónico del alcohol. Así, al parar bruscamente o disminuir de forma importante la ingesta del alcohol tras un consumo crónico, se produce una hipersensibilidad del cerebro que da lugar a la aparición de un conjunto de signos y síntomas clínicos desagradables, denominado síndrome de abstinencia del alcohol. Este síndrome es el resultado de los cambios a largo plazo que se han producido sobre todo en los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato) y GABA (Ácido Gamma Amino Butírico).

El síndrome de abstinencia del alcohol se caracteriza por presentar molestias como náuseas (con frecuencia por la mañana), temblores (sobre todo en las manos) y ansiedad que se calman cuando se bebe alcohol. En el cuadro 1 se describen las principales características clínicas del síndrome de abstinencia de alcohol.

Cuando el síndrome de abstinencia es más grave, pueden aparecer otros síntomas como aumento de la sudoración y de la frecuencia cardíaca, inquietud y finalmente el Delirium Tremens.

El máximo exponente del síndrome de abstinencia del alcohol es el denominado Delirium tremens, que es un estado agudo fluctuante, caracterizado por la disminución del nivel de conciencia o confusión (delirium), la aparición de alucinaciones (trastornos de la percepción

en la que típicamente el sujeto ve animales, cosas, etc., que no existen) y el temblor. Suele acompañarse de agitación, insomnio e hiperactividad vegetativa (sudoración profusa, hipertermia, hipertensión arterial, etc.), que pueden llevar a la muerte si no se trata adecuadamente⁵.

Cuadro 1
Características clínicas del síndrome de abstinencia del alcohol

Ansiedad
Temblor en las manos
Náuseas
Sudoración
Taquicardia
Alteración del estado de consciencia
Alucinaciones visuales, táctiles, auditivas transitorias
Insomnio
Inquietud, agitación
Crisis epilépticas

⁵ **MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO MADRID ESPAÑA.** CENTRO DE PUBLICACIONES, COMISIÓN CLÍNICA DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe sobre alcohol, Febrero de 2007, [En Línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf> (consultado el 23 de junio de 2013)

2.3. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante o en algún momento de los 12 meses previos han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo.
- Síntomas somáticos de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa (temblor, sudoración, insomnio, taquicardia, ansiedad, y en casos graves, convulsiones o delirium). El alcohol, o sustancias similares, se consumen con la intención de aliviar o evitar este cuadro.
- Tolerancia. Para alcanzar los mismos efectos son necesarias cada vez dosis más elevadas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol. Aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias, físicas o psíquicas, perjudiciales.

En comparación con otras drogas el alcohol tarda en desarrollar un cuadro de dependencia, y por ello los problemas aparecen en torno a los 40-45 años. Sin embargo, cambios en las pautas de consumo (mezclas con bebidas carbónicas que favorecen la absorción y aumentan la capacidad de consumo, el paso de bebidas fermentadas a bebidas destiladas) están provocando un adelantamiento en la aparición de

cuadros de dependencia, los cuales empiezan a detectarse en torno a los 30-35 años (Echeburúa, 2001).

El Síndrome de Dependencia Alcohólica ha demostrado ser un diagnóstico independiente de la otra categoría diagnóstica relacionada con el consumo de alcohol, el consumo perjudicial de alcohol (Hasin y Grant, 2004). El Síndrome de Dependencia Alcohólica presenta una alta concordancia diagnóstica entre las clasificaciones diagnósticas CIE y DSM (Hasin et al. 1996) y predice con gran fiabilidad la presencia de problemas relacionados con el alcohol en aquellas personas que cumplen los criterios diagnósticos frente a aquellas que no los cumplen, aunque es necesario indicar que la intensidad de los síntomas y de los problemas derivados de ellos es fluctuante (Hasin y Grant, 2004).

2.3.1. Anamnesis:

Una entrevista bien planificada y desarrollada por alguien que se encuentre bien entrenado, es la herramienta ideal para el diagnóstico del síndrome de dependencia de alcohol, así como de los trastornos inducidos por esta sustancia. Se recomienda utilizar preguntas que puedan generar respuestas positivas, en lugar de las evasivas. La información proporcionada por el propio paciente es fundamental, pero, debido al componente de negación, profundamente arraigado en pacientes dependientes, la información indirecta, cobra especial relevancia en estos casos. Los familiares más allegados (esposas, hermanos, padres, hijos, etc.), compañeros de trabajo, constituyen una riquísima fuente de datos. (MSP, 2011)

2.3.2. Examen Mental:

Cambia de acuerdo a la situación de intoxicación, abstinencia, complicaciones, etc. Se buscarán patrones rígidos de pensamiento adictivo. (MSP, 2011)

2.3.3. Examen Físico:

Se buscarán signos de consumo:

- Aliento alcohólico
- Facies característica
- Signos de consumo crónico relacionados con complicaciones orgánicas (MSP, 2011)

2.4. CLASIFICACIÓN:

Los diversos autores han propuesto un sinnúmero de clasificaciones para los diferentes tipos de bebedores, desde Jellineck, (1960) que hizo una clasificación tomando en cuenta las primeras letras del alfabeto griego. Edwards menciona que puede haber tantos tipos de alcohólicos como letras del alfabeto. Sin embargo, últimamente se han descrito los siguientes subtipos de dependencia de alcohol (Kaplan & Sadock's 2005)

TIPO A: comienzo tardío, dependencia leve, pocos problemas relacionados con el alcohol y psicopatología mínima (a veces denominado tipo I).

TIPO B: dependencia severa, inicio temprano de los problemas relacionados con el alcohol, significativa historia familiar de uso de

alcohol, elevado número situaciones de estrés. Severa psicopatología, uso de múltiples drogas (a veces llamado tipo 2).

TIPO C: bebedores sociales tienden a beber diariamente en moderadas cantidades en situaciones sociales.

TIPO D: bebedores aislados, tienden a beber solos y están sujetos a campañas de bebida.

TIPO E: dependencia tipos gamma, incapaces de parar la bebida una vez iniciada.

2.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

2.5.1. *Abuso del Alcohol*, cuyos criterios son los siguientes:

- Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
- Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de alcohol; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el alcohol; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
- Consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos del alcohol)

- Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol)
- Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de alcohol.

Para la CIE -10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades) el Consumo Perjudicial implica una forma de consumo que actualmente afecta a la salud física (p.ej. daño hepático) y/o psíquico (p.ej. cuadros depresivos secundarios a consumos masivos de alcohol) sin que haya síntomas de dependencia (WHO, 1992). De forma estándar se considera que un consumo superior a 60 gr / día de etanol en el hombre y superior a 40 gr / día en la mujer provocará con toda seguridad las alteraciones propias del consumo perjudicial.

2.5.2. *Abstinencia de Alcohol*, cuyo diagnóstico se hace en base a:

- Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades
- Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio 1.5.1.1.:

1. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
2. temblor distal de las manos

3. insomnio
4. náuseas o vómitos
5. alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
6. agitación psicomotora
7. ansiedad
8. crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
 - Los síntomas del Criterio 2 provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto
 - Los síntomas no se deben a condición médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar las alteraciones perceptivas. Siempre que se haga el diagnóstico de SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL, debe descartarse la presencia de comorbilidad psiquiátrica, es decir la coexistencia de otro trastorno mental, debido a la alta frecuencia de coexistencia, que en algunos casos llega al 50%. (MSP, 2011)

Así mismo, se buscará la presencia de los llamados **Trastornos Inducidos por el Alcohol:**

1. Intoxicación
2. Abstinencia
3. Delirium inducido por intoxicación alcohol
4. Delirium inducido por abstinencia de alcohol
5. Demencia inducida por alcohol
6. Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol

7. Trastorno psicótico inducido por alcohol /Con ideas delirantes/
con alucinaciones
8. Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol
9. Trastorno de Ansiedad inducido por alcohol
10. Trastorno sexual inducido por alcohol
11. Trastorno del sueño inducido por alcohol
12. Otros no especificados

Los trastornos inducidos por alcohol se caracterizan por síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) que se parecen a los de los trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno depresivo mayor versus trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol, con síntomas depresivos, de inicio durante la intoxicación).

La incoordinación y el deterioro de la capacidad de juicio que se asocian a la intoxicación alcohólica pueden parecerse a los síntomas de algunas enfermedades médicas (p. ej., acidosis diabética, ataxia cerebelosa y otras enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple). De forma parecida, los síntomas de la abstinencia de alcohol recuerdan también los de algunas enfermedades médicas (p. ej., hipoglucemia y diabetes cetoacidótica). El temblor esencial, un trastorno frecuentemente familiar, puede sugerir el temblor asociado a la abstinencia alcohólica.

La intoxicación alcohólica (excepto por el aliento) se parece a la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La presencia de alcohol en la respiración no excluye por sí misma las intoxicaciones por otras sustancias, ya que no es raro el consumo de múltiples sustancias de forma concurrente. Aunque en algún momento de la vida es probable que la intoxicación forme parte de la historia de muchos sujetos que beben alcohol. La abstinencia de sedantes,

hipnóticos o ansiolíticos produce un síndrome muy parecido al de la abstinencia alcohólica.

La intoxicación por alcohol y la dependencia del alcohol se distinguen de otros trastornos inducidos por el alcohol (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, de inicio durante la abstinencia), porque los síntomas de estos últimos trastornos exceden de los que se asocian habitualmente a la intoxicación por alcohol o a la abstinencia de alcohol y, además, son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente. En el DSM III R fue incluida la intoxicación idiosincrásica por alcohol, definida como un cambio de comportamiento acusado, habitualmente con agresividad, que sigue a la ingesta de cantidades relativamente pequeñas de alcohol. Este cuadro clínico debe diagnosticarse, actualmente, como intoxicación por alcohol o trastorno relacionado con el alcohol no especificado (MSP, 2011).

2.6. APOYOS COMPLEMENTARIOS (MSP, 2011):

➤ I Nivel

- Biometría Hemática (volúmenes corpusculares).
- Electrolitos plasmáticos, BUN, creatinina, glicemia,
- Transferrina, TGO, TGP, GGT, Proteínas, Albumina
- Alcholemia en sangre
- Eco abdomen si se piensa en casos complicados

Cuestionarios:

CRA, AUDIT, CAGE, etc.

➤ **II Nivel**

Los exámenes necesarios según cuadro del paciente

➤ **III Nivel**

Los exámenes necesarios según cuadro del paciente

Especificaciones: Pueden aplicarse las siguientes especificaciones al diagnóstico de dependencia de alcohol:

- Remisión total temprana/Remisión parcial temprana
- Remisión total sostenida/Remisión parcial sostenida
- En terapéutica con agonistas
- En entorno controlado
- Leve/Moderado/Grave

Especificar si existe o no dependencia fisiológica

2.7. TRASTORNOS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL (ALCOHOLISMO):

Las categorías presentadas anteriormente forman parte de un continuo por el que se desplazan los consumidores de alcohol, con o sin tratamiento, en función de variables ambientales, personales, legislativas o terapéuticas (Staines et al. 2003). Se trata de un problema muy elástico al medio ambiente en el que se produce. Un ejemplo de esta situación es un estudio americano en el que se observa, de forma retrospectiva, la evolución a lo largo de 12 meses de 4422 adultos con un diagnóstico de dependencia al alcohol, de ellos, sólo un 25.5% han recibido tratamiento para su dependencia (Dawson, 2005). Los resultados de este estudio indican que, incluso en la situación más grave de consumo de alcohol, la dependencia, los pacientes hasta un 75%, con o sin tratamiento, modifican sus

patrones de bebida; aunque el estudio también refleja como la dependencia indica un alto riesgo de seguir teniendo problemas relacionados con el alcohol en el futuro más de un 50%.

2.7.1. COMPLICACIONES FÍSICAS:

A continuación se presenta una lista de alteraciones físicas relacionadas con un consumo perjudicial de alcohol y que todo profesional de salud debe tener en cuenta a la hora de elaborar una Historia Clínica (Liebre, 1995) dada su elevada frecuencia y su relación con numerosos ingresos e intervenciones de urgencia. El riesgo para la mayor parte de estos trastornos aumenta de forma proporcional al consumo sin existir un efecto umbral (Rehm et al. 2003) y con diferentes riesgos en función del sexo, vulnerabilidades individuales; como el riesgo cardiovascular y la edad (Corrao et al. 2004):

- **Alteraciones Digestivas:** Alteraciones hepáticas (esteatosis hepática – hepatitis alcohólica – cirrosis alcohólica), pancreatitis (aguda y crónica), alteraciones gástricas (gastritis y úlceras pépticas), malabsorción intestinal, síndrome de Mallory Weiss.

Existe una intensa asociación entre el consumo de alcohol y la cirrosis para varones fallecidos entre 35 y 69 años el riesgo de muerte por cirrosis era de 5/100.000 en los abstemios y de 41/100.000 en los bebedores de 4 o más bebidas al día. No sólo los niveles de consumo sostenido de alcohol influyen en la aparición de una cirrosis alcohólica ya que sólo un 20% de las personas con dependencia al alcohol la desarrollan, existen diversos factores genéticos que aumentarían el riesgo, de hecho la concordancia en gemelos monocigóticos para la

cirrosis alcohólica es del 15% frente al 5% de concordancia en gemelos heterocigóticos.

Determinados polimorfismos en las enzimas hepáticas metabolizadoras del alcohol y en los antígenos HLA determinan un mayor riesgo de presentar una cirrosis. La presencia del VHC, el consumo de alcoholes alifáticos, presentes en destilados caseros, o ser mujer implican un mayor riesgo para el desarrollo de cirrosis alcohólica (Mann et al. 2003).

- **Alteraciones Musculo esqueléticas:** Gota, osteoporosis (el consumo de alcohol se asocia al riesgo de osteoporosis y fracturas, en hombres y mujeres, de forma dosis dependiente), miopatía. (Gómez, 2010)
- **Alteraciones Endocrinas:** Hipogonadismo masculino y alteraciones en el ciclo hormonal reproductivo femenino produciendo infertilidad, pseudo Cushing y síndrome metabólico. (Gómez, 2010)
- **Alteraciones Cardiovasculares:** Arritmias y muerte súbita (fibrilación atrial, este es el tipo de arritmia que se asocia con más frecuencia al consumo abusivo, crónico o agudo, de alcohol; de un 15-30% de los casos de fibrilación atrial se relacionan con el consumo de alcohol), hipertensión (los casos de HTA atribuibles al alcohol oscilan entre el 5% y el 30% de los casos en función del estudio) el alcohol aumenta la presión arterial de una forma dosis dependiente, Accidente Cerebro Vascular (ACV) el alcohol aumenta de riesgo de padecer un ACV isquémico o hemorrágico de forma dosis dependiente consumos episódicos de grandes cantidades de alcohol son un importante factor de riesgo para padecer un ACV en la adolescencia o inicio de la vida adulta , cardiomiopatía, enfermedad coronaria. (Gómez, 2010)

- **Alteraciones Respiratorias:** Neumonía y tuberculosis. La elevada comorbilidad entre el consumo de alcohol y el tabaco, se estima que un 90% de los pacientes con dependencia al alcohol fuman tabaco, y tener dependencia a la nicotina multiplica por 2.7 el riesgo de padecer una dependencia al alcohol. Es por esta codependencia que el consumo de alcohol se relaciona en estudios epidemiológicos con alteraciones respiratorias y, en especial, con el cáncer de pulmón. (Gómez, 2010)
- **Alteraciones Metabólicas:** Hipoglucemia, cetoacidosis, hiperlipidemia. Con respecto al Síndrome Metabólico (presentar tres o más de las siguientes condiciones: obesidad abdominal, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, bajos niveles de HDL o hiperglucemia). (Gómez, 2010)
- **Alteraciones Hematológicas:** Anemia con macrocitosis, ferropenia, neutropenia, trombocitopenia. (Gómez, 2010)
- **Alteraciones Neurológicas:** Crisis convulsivas, neuropatía periférica (que afecta principalmente a las piernas), alteraciones cerebelosas, ambliopía y encefalopatía alcohólica. (Gómez, 2010)
- **Alteraciones Cutáneas:** Psoriasis, eczema. (Gómez, 2010)
- **Traumatismos (Accidentes) Alteraciones del nivel de Conciencia:** Existe una relación causal entre el consumo de alcohol y el riesgo de sufrir un accidente, mortal o no. Un consumo puntual de más de 60 gramos de alcohol multiplica por 10 en mujeres y por 2 en hombres el riesgo de padecer un accidente en las 6 horas siguientes al consumo. Consumos inferiores a esta cantidad, pero muy frecuentes, también

implican un alto riesgo. El alcohol incrementa de una forma dosis dependiente el riesgo de acudir a urgencias. Las alteraciones en el nivel de conciencia provocadas por el consumo de alcohol pueden crear complicaciones en las intervenciones quirúrgicas de urgencia incrementando el riesgo de muerte (Watt et al. 2004).

- **Cánceres:** El alcohol incrementa de forma importante el riesgo de padecer cánceres en la boca, esófago, laringe, hígado y mama (en mujeres; sobre todo si hay historia familiar de cáncer de mama y/o hay consumo de tratamientos hormonales sustitutorios) y, en menor medida, el riesgo de padecer cánceres de estómago, colon y recto. El riesgo anual de padecer este tipo de tumores para varones fallecidos entre 35 y 69 años se sitúa en 14/100.000 para los abstemios y en 50/100.000 para los consumidores de más de 40 gramos de alcohol al día (Bagnardi et al. 2001).

- **Complicaciones neuropsiquiátricas:** El consumo excesivo de alcohol puede provocar o precipitar los siguientes cuadros :
 - *Trastornos Psicóticos:* Alucinaciones transitorias, alucinosis alcohólica, intoxicación con síntomas psicóticos, celotipia.

 - *Trastornos del Comportamiento:* Intoxicación patológica.

 - *Trastornos del nivel de Conciencia:* Delirium Tremens, Síndrome de Wernicke.

 - *Trastornos Cognitivos:* Amnesia (episódica o crónica como en el Síndrome de Korsakoff), demencia (alcohólica o por déficit vitamínico).

Existe una clara relación entre el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo, las personas que consumen entre 70-84 gramos de alcohol por día durante un periodo prolongado de tiempo presentan algunas disfunciones cognitivas; consumos de 98-126 gramos de alcohol por día durante un periodo prolongado de tiempo implican alteraciones cognitivas leves, y, consumos iguales o superiores a 140 gramos de alcohol por día durante un periodo prolongado de tiempo implican alteraciones cognitivas moderadas (Pfefferbaum et al. 2001). El consumo abusivo de alcohol produce una atrofia cerebral, más intensa en los lóbulos frontales, detectable a través de pruebas de neuroimagen. Esta atrofia se asocia a las alteraciones cognitivas y es parcial o totalmente reversible si la persona mantiene la abstinencia de alcohol durante un periodo prolongado de tiempo (Pfefferbaum et al. 2001). El consumo de alcohol durante la adolescencia puede alterar el desarrollo cerebral y en especial afectar al hipocampo (De Belis et al. 2000), estructura fundamental en los procesos de memorización.

El efecto tóxico del alcohol sobre el feto puede producir otro cuadro de alteraciones cognitivas presentes desde el momento del nacimiento (reducción en los niveles generales de inteligencia y alteraciones específicas en funciones cognitivas como: memoria verbal, memoria espacial, razonamiento, tiempo de latencia entre otras), estas alteraciones generan alteraciones en el funcionamiento social que muchas veces se vuelven manifiestas en la adolescencia; este efecto tóxico es dosis dependiente siendo el Síndrome Alcohólico Fetal el cuadro más grave de este continuo (Jacobson y Jacobson, 2002). En resumen, parece que niveles de consumo moderados durante el embarazo no se asocian a un riesgo de malformaciones físicas en el feto, pero

sí a alteraciones cognitivas, por lo que la única recomendación que se puede hacer es la abstinencia. En cuanto al consumo de alcohol durante la lactancia es necesario desterrar el concepto “folklórico” de que el alcohol ayuda a la producción de leche; esta afirmación carece de evidencias científicas, que apuntan a todo lo contrario y expone al recién nacido a niveles innecesarios de etanol, por lo que hay que recomendar nuevamente la abstinencia y, en todo caso si la madre va a consumir alcohol debe intentar hacerlo de forma que cuando vaya a dar el pecho ese alcohol ya se haya metabolizado.

- *Suicidio*: El consumo abusivo de alcohol es un importante factor de riesgo para las conductas suicidas. Existe una relación directa entre la intoxicación alcohólica y el riesgo suicida (Rossow, 1996).

A esto se le suma la elevada comorbilidad entre el consumo excesivo de alcohol y los Trastornos Psiquiátricos - sobre todo con los Trastornos Afectivos, con la Esquizofrenia y con los Trastornos de Personalidad - detectada en estudios epidemiológicos (Grant et al. 2004 a y b).

- **Complicaciones sociales**: Este tipo de complicaciones son las que más se relacionan con los efectos agudos del alcohol, existiendo una relación proporcional entre los niveles de consumo de alcohol y la aparición de estos problemas. Además, este tipo de complicaciones son las que más se asocian con un daño a otras personas (Rossow y Hauge, 2004). Las principales complicaciones sociales relacionadas con el consumo de alcohol son:

- *Problemas familiares*: Maltrato y abandono. El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la

aparición del maltrato familiar (Leonard, 2005). Existe una relación directa entre los niveles de consumo de alcohol y la gravedad del acto violento cometido. Se estima que en un 30% de los casos de violencia familiar el agresor estaba bajo los efectos del alcohol. El maltrato familiar abarca tanto a la pareja como a los hijos. Además, el consumo de alcohol aumenta el riesgo de separación y divorcio.

- *Problemas laborales:* El consumo abusivo de alcohol aumenta las tasas de absentismo, bajo rendimiento y accidentes laborales (Batear et al. 2002).

- *Problemas judiciales:*

Conductas violentas: Se estima que entre un 40 y un 50% de los crímenes violentos implican a personas que han consumido alcohol, sobre todo en el caso de los homicidios y las agresiones sexuales (Wells y Gram., 2003). El consumo episódico excesivo, las cantidades y la frecuencia de consumo se asocian de forma independiente con el riesgo de agresión, tanto con el riesgo de ser el agresor como con el de ser el agredido; el contexto en el que se consume el alcohol, las expectativas del consumo unidos a los efectos desinhibidores de la intoxicación alcohólica favorecen esta respuesta violenta (Wells y Gram.,2003).

- *Conducción bajo los efectos del alcohol:* El riesgo de accidentes de circulación aumenta de forma proporcional al número de ocasiones en que se consume alcohol de forma abusiva y a las cantidades de alcohol consumidas. Se estima que una alcoholemia de un 0.5 g/l incrementa en un 38% el riesgo de accidentes y niveles de 1g/l incrementarían el riesgo en un 50% (Blomberg et al, 2002).

2.8. TRASTORNOS INDUCIDOS POR ALCOHOL Y OTRAS DROGAS:

La acción directa del alcohol y otras drogas sobre el sistema nervioso central va a producir un conjunto de trastornos mentales, de los cuales unos son muy específicos del consumo de drogas como la intoxicación o la abstinencia, y otros pueden ser originados también por otras causas y entre ellos se encuentran el delirium, la demencia, el trastorno amnésico, el trastorno psicótico, el trastorno de estado de ánimo, el trastorno de ansiedad, la disfunción sexual y el trastorno del sueño. La intoxicación es el trastorno más común y con excepción de la nicotina la producen todas las drogas; mientras que la presencia de abstinencia no está tan generalizada, estando ausente en el consumo de alucinógenos, cafeína, cannabis, fenciclidina e inhalantes.

Cada sustancia va a presentar peculiaridades tanto en las características de los cuadros clínicos como en la producción de los mismos. Así, el alcohol y los sedantes son capaces de originar todos los cuadros anteriormente citados; las anfetaminas, cocaína y opiáceos pueden producir intoxicación, abstinencia, delirium, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales y trastornos del sueño; mientras que la cafeína produce intoxicación, trastornos de ansiedad y trastornos del sueño; y la nicotina únicamente abstinencia. (Calleja, 2009)

2.9. FACTORES DE RIESGO:

2.9.1. Factores de riesgo predisponentes y desencadenantes: Es posible desarrollar alcoholismo con o sin los factores de riesgo listados a continuación. Sin embargo, mientras más factores de riesgo existan, será mayor su probabilidad de desarrollar

alcoholismo⁶. Las causas del alcoholismo todavía no han sido totalmente aclaradas; sin embargo, se ha encontrado numerosos “factores de riesgo” entre los cuales se puede citar:

- **Historia familiar:** se conoce que el alcoholismo ronda en las familias; los hijos de los alcohólicos desarrollan alcoholismo tres a cuatro veces más frecuentemente que los hijos de los no alcohólicos. El alcoholismo en la familia es probablemente el más fuerte predictor de alcoholismo en los individuos (Goodwin). Esto ha conllevado a que investigadores concluyan que podría existir una predisposición genética a desarrollar problemas de abuso de alcohol. El índice de alcoholismo en hombres sin padres alcohólicos es de aproximadamente el 11.4%. Para hombres con un padre alcohólico, el índice de alcoholismo es de aproximadamente 29.5%. Un historial familiar de alcoholismo también se observa en mujeres, aunque el vínculo es un tanto más débil.
- **Factores genéticos:** Algunos estudios sugieren que factores genéticos, que afectan la manera en la que el cuerpo de las personas procesa y responde al alcohol, también podrían influir el riesgo de una persona de volverse alcohólica.

Los estudios de familias, gemelos y en hijos de alcohólicos adoptados por familias sin antecedentes de alcoholismo, muestran claramente que la genética juega un papel muy importante en el desarrollo de la adicción al alcohol, de forma que entre los descendientes de padres alcohólicos hay cuatro veces más riesgo de desarrollar dependencia del alcohol. La predisposición a desarrollar alcoholismo incluye factores que actúan a distintos niveles. Algunos están directamente

8 Amy Scholten, MPH, Factores de Riesgo para Abuso de Alcohol y Alcoholismo. [En Línea] Disponible en: <http://www.beliefnet.com/healthandhealing/getcontent.aspx?cid=122643> (consultado el 20 de junio de 2013)

relacionados con el efecto del alcohol en el sujeto y otros con la presencia de otras enfermedades o trastornos de personalidad (por ejemplo, el trastorno de personalidad antisocial), que suelen coexistir en pacientes con alcoholismo y que también tienen su propia heredabilidad.

Entre los factores relacionados con el efecto del alcohol se pueden distinguir aquellos implicados en los mecanismos de refuerzo del alcohol, que hacen que el consumo de alcohol sea especialmente placentero para el sujeto; es el caso de los genes implicados en sistemas de neurotransmisión en los que actúa el alcohol, en el sistema nervioso central GABA (ácido gamma-aminobutírico), opioide endógeno, dopaminérgico, serotoninérgico), de forma que facilita el consumo del mismo. Por otro lado, se encuentran los genes que intervienen en la manera como el organismo metaboliza el alcohol (genes de la alcohol-deshidrogenasa y la aldehído-deshidrogenasa), que pueden modificar la aparición de síntomas desagradables cuando se ingiere alcohol (por ejemplo, náuseas) y por tanto actuar como factores protectores para desarrollar alcoholismo⁷.

- **Sexo:** existen más alcohólicos varones que mujeres. El abuso de alcohol es cinco veces más frecuente en hombres que en mujeres (MSP, 2011). Los hombres son más propensos a ser bebedores compulsivos y alcohólicos que las mujeres. Sin embargo, la incidencia de alcoholismo, en mujeres ha ido en aumento en los últimos 30 años. Las mujeres tienden a volverse alcohólicas posteriormente en la vida que los

⁷ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO MADRID ESPAÑA. CENTRO DE PUBLICACIONES, COMISIÓN CLÍNICA DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe sobre alcohol, Febrero de 2007, Pag. 64 [En Línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf> (consultado el 23 de junio de 2013)

hombres, pero la condición tiene un avance más rápido en mujeres.

- **Vulnerabilidad Psicológica:** Investigadores han encontrado que algunos factores psicológicos incrementan el riesgo de una persona de abusar del alcohol y tener alcoholismo. Estos factores incluyen expectativas personales altas, tener una baja tolerancia a la frustración, sentirse inadecuado e inseguro de las funciones propias, necesitar una cantidad desmesurada de elogio y consuelo, y tener una tendencia a ser impulsivo y agresivo.
- **Personalidad Alcohólica⁸:** Los alcohólicos tienen una personalidad inadecuada (un desorden de personalidad oculto), o sea una personalidad emocional deformada. Esto comprende el sector del temperamento y el carácter que va a dar origen a las emociones, los impulsos amorosos o agresivos, los sentimientos, la tendencia a valorarse a uno mismo, la seguridad, todo el registro de la sexualidad y las necesidades primitivas, como son el beber y el comer, bajo su enfoque de placer y no placer.

Lo anterior se desarrolla desde el nacimiento. Desde ese momento, el niño tiene necesidades inmediatas de relaciones afectivas con las personas que lo alimentan y lo cuidan. Todas las etapas de la vida afectiva en la crianza del niño están cargadas de consecuencias para la evolución posterior de su personalidad. Una sobreprotección prolongada, o una falta aguda de afecto, pueden traer consecuencias desastrosas en su futuro adulto. Es por eso que el enfermo alcohólico, durante su desarrollo, ha tenido fijaciones durante las etapas afectivas y al crecer cronológicamente, permanece con esto

⁸ Lammoglia, E. (2000). Las Familias Alcoholicas. México: Grijalbo. Disponible en: <http://lammoglia.mx/contenidos/articulo.la-personalidad-alcoholica>

inconsciente o conscientemente. Al cruzarse la bebida en su camino, considera que le hace falta el efecto sedante de la misma y toma para "sentirse bien".

El alcohólico puede darse cuenta de que el alcohol "combate" su timidez, y tiene la impresión de que lo estimula y le da otra personalidad. En un estado de ansiedad o depresión el alcohol es, repito, como una anestesia y un relajante, y proporciona una tranquilidad y alegría ficticias; o bien, si se trata de un estado de inseguridad, "le da confianza" o le hace "olvidar". Si su sentimiento es de soledad, de incomprensión o de falta de afecto, en el alcohol encuentra compensación y éste adormece momentáneamente sus frustraciones.

El enfermo alcohólico está desamparado ante las exigencias de la realidad, se siente impotente para enfrentar adecuadamente las complejidades de la vida familiar, conyugal o profesional. Puede, por otra parte, estar dotado de una inteligencia destacada "generalmente por encima del común de las gentes" y ser capaz de lograr éxitos excepcionales en cierto terreno. Así, es fácil y frecuente encontrar el cuadro del fracaso en el hogar y el éxito en la vida laboral o intelectual. Frente a las exigencias de una realidad determinada, queda preso de una cierta urgencia que lo lleva a un estado de pánico, no puede manejar con facilidad el vencimiento de algunas obligaciones y éstas lo aplastan.

Su personalidad no conforma un ego fuerte, capaz de resistir frente algunas exigencias del mundo exterior. Esto se halla también en hombres de apariencia física muy vigorosa, en quienes no es fácil sospechar tal debilidad por su anatomía. Su debilidad interior, su inferioridad, los empuja a buscar una compensación de otra personalidad, una "más fuerte", tanto más, que por ello la bebida se anuncia con frecuencia como

"bebida de hombres". El alcohólico ignora que tiene un desorden de la personalidad oculto. En este síntoma actúan impulsos inconscientes y bebe el alcohol como medio para obtener gratificaciones prohibidas, o para llevar a cabo hostilidades reprimidas, o desaparecer inhibiciones y ansiedades.

Los típicos padres de alcohólicos podrían ser: una madre sobre protectora, demasiado condescendiente y un padre agresivo, frío, poco afectuoso e inconsciente hacia los hijos. En la personalidad alcohólica, se encuentra siempre un patrón de dependencia con ira reprimida, un sentimiento de ser rechazado por los padres y un intenso deseo de afecto. Existe también un sentimiento de culpa a causa del resentimiento que tienen hacia la vida o hacia los padres, así como un sentimiento de inferioridad a causa de su pasividad y dependencia.

En la pubertad, los sentimientos de inferioridad y de envidia hacia la potencia masculina se intensifican, por lo que el joven con la predisposición genética, al tener contacto con el alcohol, siente que el beber es una prueba de hombría y el no beber demuestra debilidad. El alcohol hace que el enfermo se sienta potente, cura la autoestima lastimada, y trae consigo el autoengaño infantil de la omnipotencia.

Basándose en la observación clínica, se pueden presenciar ciertos rasgos que caracterizan la personalidad alcohólica:

1. Inmadurez emocional
2. Tendencia a crear dependencias emocionales
3. Egocentrismo
4. Incapacidad de amar

5. Homosexualidad latente
6. Labilidad o endeblez emocional
7. Conducta impulsiva
8. Angustia patológica o existencial
9. Soledad existencial
10. Mitomanía y mundo fantástico
11. Tendencia a la manipulación
12. Incapacidad para integrarse a los grupos humanos
13. Incapacidad para asimilar las experiencias
14. Incapacidad para tolerar la frustración
15. Incapacidad para tolerar el sufrimiento
16. Vivir sufriendo y sufrir viviendo
17. Tendencia a la evasión, y
18. Beber

Los sujetos con personalidad alcohólica presentan una marcada infelicidad y conflictos en su historia familiar. Los alcohólicos nunca se sintieron queridos durante la infancia, o sienten que son una carga para los padres. Y es perfectamente comprensible que el alcohólico adulto, ya en actividad, sea incapaz de establecer una relación afectiva y significativa con sus hijos y con los que le rodean, ya que ve el mundo a través de una neblina emocional que es impenetrable a la capacidad de percepción de la gente que lo rodea o que trata de acercársele. Por eso, el alcohólico se aísla y

encuentra imposible integrarse con otros, así sean sus parejas, sus hijos, amigos, etc. Está centrado en sí mismo y preocupado en grado superlativo en él, su imagen y su prestigio.

- **Trastornos Psiquiátricos:** Investigadores han encontrado altos índices de trastornos de abuso de alcohol entre personas con trastornos de ansiedad , depresión , trastornos antisociales y otros trastornos de la personalidad, esquizofrenia , y otros trastornos de abuso de sustancias, como tabaquismo y abuso de drogas ilícitas.
- **Edad:** se considera que la edad de desarrollo del problema está entre los 15 y 45, aunque el inicio del consumo está bordeando la primera década (MSP, 2011).
- **Área de vivienda:** es más frecuente en zonas urbano-marginales que en rurales (MSP, 2011).
- **Ocupación:** es más frecuente en individuos con ocupaciones vinculadas con la industria de las bebidas alcohólicas (MSP, 2011).
- **Experiencias infantiles traumáticas,** se han encontrado como antecedentes en pacientes con síndrome de dependencia de alcohol (MSP, 2011).

2.9.2. Factores Culturales:

El alcoholismo es claramente un mayor problema en algunas culturas que en otras. Por ejemplo, los índices de alcoholismo son altos en Europa y en Estados Unidos donde el consumo de alcohol es común y socialmente aceptable. En la cultura americana, el alcohol se usa a menudo como un lubricante social y un medio para

reducir la tensión. En grupos religiosos, como mormones o musulmanes, quienes se abstienen de beber alcohol, la incidencia de alcoholismo es mínima. Índices más altos de abuso de alcohol y alcoholismo también están relacionados con la presión de otras personas y el fácil acceso al alcohol⁹.

Entre los **factores socio-culturales** vinculados con alto índice de problemas con el alcohol, Negrete (1985) cita:

- Alta disponibilidad de bebidas alcohólicas y hábitos que facilitan su consumo frecuente.
- Alto grado de estrés colectivo.
- Ausencia de sanciones contra el consumo excesivo.
- Ambivalencia ética y filosófica hacia el alcohol.
- Uso de alcohol con fines utilitarios. (MSP, 2011)

2.9.3. Categorías relacionadas con los factores de riesgo hacia el consumo de drogas licitas e ilícitas:

1. Conducta: expresión de rabia, aislamiento social, autocontrol.
2. Salud Mental: síntomas depresivos y ansiedad, síntomas psicóticos, aislamiento y rebeldía, comportamiento antisocial.

⁹ Amy Scholten, MPH, Factores de Riesgo para Abuso de Alcohol y Alcoholismo. [En Línea] Disponible en: <http://www.beliefnet.com/healthandhealing/getcontent.aspx?cid=122643> (consultado el 20 de junio de 2013)

- 3. Habilidades Sociales: asertividad, seguridad y confianza,

- 4. Familia: antecedentes familiares del uso de drogas y problemas legales, disfuncionalidad familiar, supervisión parenteral en el hogar, Normas y límites familiares.

- 5. Escuela: actitud y satisfacción con los estudios: rendimiento académico, faltas a clases y abandono de los estudios, consecuencias del uso de drogas en los estudios.

- 6. Pares: características de los amigos, presión grupal, uso y venta de drogas por parte de los amigos, conducta antisocial de los amigos.

- 7. Recreación: uso del tiempo libre, uso de drogas como forma de recreación, satisfacción con el uso del tiempo¹⁰.

2.9.4. Otros factores de riesgo identificados para el consumo de productos psicoactivos, entre ellos el alcohol:

DOMINIO	FACTOR DE RIESGO
FAMILIA	<p>Entre los que destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conflictos familiares. <input type="checkbox"/> Escasa relación afectivas y de comunicación entre los miembros de familia. <input type="checkbox"/> Debilidades de valores éticos y morales. <input type="checkbox"/> Padres consumidores de producto(s) psicoactivos y actitudes permisivas. <input type="checkbox"/> Tolerancia de los padres en el control de sus hijos.

¹⁰ Neris Marina Ortega Guevara. Consumo de alcohol, factores de riesgo e información sobre daños a la salud en estudiantes de pregrado [En Línea] Disponible en: <http://www.alcoholinformate.org.mx/Consumo%20de%20alcohol%20factores%20de%20riesgo.pdf> (consultado el 21 de junio de 2013)

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normas de control rígidas, castigos excesivamente severos o inconscientes. <input type="checkbox"/> Hogares disfunción debido a divorcios, migración, etc.
ESCOLAR	<p>Inciendo los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inadaptación escolar. <input type="checkbox"/> Maltrato escolar. <input type="checkbox"/> Modelos autoritarios de enseñanza. <input type="checkbox"/> Limitada comunicación docente-alumno <input type="checkbox"/> Actitud tolerante, permisiva o indiferente por parte de los profesores ante la presencia de situaciones de consumo; etc.
SOCIALES	<p>Priman las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leyes y normas de la comunidad permisibles hacia el uso de drogas. <input type="checkbox"/> Disponibilidad de drogas. <input type="checkbox"/> Ausencia de líderes comunitarios que impulsen la marginación, privación económica y social.
COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carencia de alternativas culturales, recreativas, educativas y de inclusión laboral en la comunidad. <input type="checkbox"/> Migración, etc.
IGUALDAD	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Amigos que usan drogas. <input type="checkbox"/> Presión del grupo de amigos. <input type="checkbox"/> Búsqueda de sensaciones y experiencias nuevas. <input type="checkbox"/> Conducta antisocial o delincuencia temporal, etc
PSICOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental. <input type="checkbox"/> Depresión. <input type="checkbox"/> Ansiedad. <input type="checkbox"/> Trastornos por déficit con hiperactividad. <input type="checkbox"/> Abuso físico, sexual o emocional. <input type="checkbox"/> Trastornos de conducta. <input type="checkbox"/> Baja autoestima. <input type="checkbox"/> Poca tolerancia a la frustración. <input type="checkbox"/> Dificultad para manejar conflictos y manejar el estrés. <input type="checkbox"/> Falta de responsabilidad.
GENÉTICOS Y OTROS	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hijos de consumidores de drogas. <input type="checkbox"/> Uso temprano de drogas. <input type="checkbox"/> Dolor o enfermedad crónica

Tomado del: “ESTUDIO SOBRE EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR”. Quito – Ecuador, Año 2012¹¹.

3. Teorías que fundamentan el Consumo de Alcohol:

3.1.1. Teoría Biológica: Se refiere a la Predisposición genética que asociada a las dificultades del desarrollo individual provocan una susceptibilidad a la dependencia. Se realizó estudios de adopción de hijos de alcohólicos, separados de sus padres biológicos después del nacimiento, parecen demostrar que estos niños presentan tasas más altas de alcoholismo (hasta tres o cuatro veces superior) cuando son adultos que los niños adoptados cuyos padres naturales no fueron alcohólicos. Es decir, los hijos de alcohólicos que son adoptados tienen una mayor probabilidad de convertirse en alcohólicos, lo cual sugiere la presencia de un factor genético o hereditario. Asimismo, el metabolismo del alcohol (concentración en sangre y tasa de eliminación) parece estar influenciado también por factores genéticos.

3.1.2. Teoría Psicológica: Se fundamenta en el aprendizaje, cuando el individuo experimenta una mejora en su funcionamiento social, Ya en las décadas de los años cuarenta y cincuenta aparecieron algunas referencias al concepto de personalidad alcohólica sobre todo proveniente de interpretaciones psicoanalíticas. De acuerdo con este punto de vista, determinados conflictos inconscientes originados durante la infancia desempeñan un papel fundamental en la etiología del alcoholismo. A pesar de que han tenido gran difusión entre los clínicos, este tipo de interpretaciones ha adolecido de una falta de fundamentación empírica que las avale.

¹¹ Rolando Rafael Casagallo Loo. “ESTUDIO SOBRE EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR” [En Línea] Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/173/1/T-UCE-0005-29.pdf> (consultado el 15 de junio de 2013)

El consumo abusivo del alcohol no parece ser la expresión de un síntoma de la estructura profunda de la personalidad. Estos estudios han encontrado que factores como la baja tolerancia a la tensión, la impulsividad e hiperactividad, la depresión y/o baja autoestima modulan el abuso del consumo de alcohol. Quizá, los resultados más consistentes son los que correlacionan el alcoholismo y la conducta antisocial. Sin embargo, otros autores critican la metodología de estos estudios y llegan a la conclusión de que el alcoholismo no es el resultado, sino la causa de los problemas de personalidad de los bebedores. Cabe destacar que la personalidad adictiva es la conducta del adicto y que la utilidad de la personalidad para predecir el alcoholismo y la respuesta al tratamiento no ha sido establecida.

3.1.3. Teoría de aprendizaje: Las teorías del aprendizaje o teorías conductuales ayudan a comprender los procesos de adquisición del hábito de consumo de alcohol. Difícilmente puede negarse el hecho de que en el alcoholismo interviene un considerable componente aprendido. Desde este punto de vista, se mantiene que la conducta de consumo de alcohol se rige por las mismas leyes fundamentales el aprendizaje que explican la adquisición y el mantenimiento de otras pautas de conducta. Además, se enfatiza la idea de que un único factor no es suficiente para provocar una dependencia del alcohol, sino que estaría determinado por múltiples variables individuales y ambientales.

3.1.4. Teoría Sociológica: Se desarrollan en el medio ambiente, de acuerdo a las costumbres, actitudes, familia disfuncionales y sus inadecuadas relaciones familiares. Puede ser que factores sociales ejerzan mayor influencia en la decisión inicial de experimentar con el alcohol, que factores genéticos contribuyan a las diferencias en la sensibilidad y tolerancia del alcohol y que, posteriormente, factores psicológicos y

micro situacionales sean críticos en la determinación del cese o continuación del consumo de alcohol¹².

4. SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL:

4.1. *El problema a nivel global:*

La dependencia del alcohol ocasiona grandes pérdidas a las personas y a sus familias. Pero un número cada vez mayor de expertos dice que el consumo excesivo total de bebidas alcohólicas es una amenaza aun mayor para la salud pública¹³.

El alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud (tanto para la aparición de enfermedades como para la muerte prematura) más importante, tras el consumo de tabaco y la hipertensión arterial. Como factor de riesgo para la salud es 3 veces más importante que la diabetes y 5 veces más importante que el asma (WHO, 2002)

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. Causa 2,5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso extraños. En otras palabras, el consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad.

¹² Neris Marina Ortega Guevara. Consumo de alcohol, factores de riesgo e información sobre daños a la salud en estudiantes de pregrado [En Línea] Disponible en: <http://www.alcoholinformate.org.mx/Consumo%20de%20alcohol%20factores%20de%20riesgo.pdf> (consultado el 21 de junio de 2013)

¹³ **Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud.** Volumen 10, Número 1, 2005. El problema del alcohol por: Cheryl Harris Sharman.

El papel del alcohol como factor causal de problemas sociales y de salud en general, existe una relación causal entre el consumo de alcohol y 60 tipos de enfermedades y lesiones (Rehm 2005) El uso difundido de bebidas alcohólicas está asociado a una serie de consecuencias sociales y de salud, incluyendo lesiones deportivas y de ocio, reducción de la productividad laboral, diversas formas de cáncer, enfermedad crónica hepática, enfermedad cardíaca, lesiones en los sistemas nerviosos central y periférico y dependencia del alcohol.

Los problemas ocasionados por el alcohol pueden ir más allá del bebedor y producir efectos sobre quienes lo rodean en aspectos como violencia familiar, conflictos maritales, problemas económicos, abuso de menores, admisiones en salas de emergencia (Borges et al. 2004), comportamiento violento, lesiones y fatalidades en automovilistas y peatones cuando se conduce en estado de ebriedad (MacDonald et al. 2006; Borges et al. 2004).

El consumo de alcohol también está asociado con comportamientos de alto riesgo, incluyendo sexo no seguro y uso de otras sustancias psicoactivas. Los trastornos por el uso de alcohol, conllevan un alto grado de comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias, como dependencia de la nicotina y enfermedades de transmisión sexual. Los estudios más recientes sugieren una asociación entre consumo de alcohol y VIH/SIDA (Matos et al. 2004; Stein et al. 2005; Stueve y O'Donnell 2005).

La ingestión nociva de alcohol es un importante factor determinante de algunos trastornos neuropsiquiátricos, como los trastornos por consumo de alcohol y la epilepsia, así como otras enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres. El consumo nocivo también está

relacionado con varias enfermedades infecciosas como la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, lo que se debe por un lado al debilitamiento del sistema inmunitario por efecto del alcohol y por otro lado a que la embriaguez trastorna la adherencia de los pacientes al tratamiento con antirretrovíricos.

Una proporción considerable de la fracción de la carga de morbilidad atribuible a la ingestión nociva de bebidas alcohólicas está ligada a los traumatismos involuntarios e intencionales, en particular los causados por los accidentes de tránsito, los actos de violencia y los suicidios. Los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a producirse en los grupos etarios relativamente más jóvenes.

El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y discapacidad; en el Pacífico Occidental y las Américas ocupa el primer lugar, y en Europa, el segundo. Además, unos 320 000 jóvenes entre los 15 y los 29 años de edad mueren de causas relacionadas con el alcohol, lo que representan un 9% de la mortalidad en este grupo etario. En las embarazadas, el consumo de alcohol puede provocar un síndrome alcohólico fetal y complicaciones relacionadas con el parto prematuro, que perjudican a la salud y el desarrollo de los neonatos.

Las consecuencias del consumo de alcohol sobre las enfermedades y traumatismos están determinadas en buena medida por dos dimensiones separadas pero interrelacionadas:

1. *El volumen total de alcohol ingerido.*
2. *Las características de la forma de beber.*

Una amplia variedad de formas de beber, desde la ingestión peligrosa ocasional hasta el consumo diario e intenso, genera problemas importantes de salud pública y seguridad en casi todos los países. Uno de los rasgos distintivos del hábito de beber peligroso es que haya episodios de ingestión excesiva, que se define como el consumo del equivalente de 60 g de alcohol puro o más.¹⁴

4.2. Consumo de alcohol en las Américas:

El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente un 50% mayor que el promedio mundial. En 2002, el consumo de alcohol per cápita en las Américas fue de un promedio de 8.5 litros, comparado con la media global de 6.2 litros (Rehm et al. 2006).

4.2.1. Mortalidad: Se estima que en el año 2002, el alcohol causó la muerte de una persona cada dos minutos en la Región [Rehm et al. 2006 (una interpretación de 323,000 muertes en 2002)]. Se estima que un 5.4% de todas las muertes en las Américas en 2002 fueron atribuibles al alcohol, en comparación con la cifra mundial de 3.7% (Rehm et al. 2006), es decir, 68% más que el promedio mundial.

Se estima que causó cuanto menos 323,000 muertes en 2002, proporcionalmente más elevado que la media global o de la Región europea (Rehm et al. 2006). Las lesiones intencionales y no intencionales representan aproximadamente el 60% de todas las muertes relacionadas con el alcohol y casi el 40% de la carga de morbilidad asociada. La mayor parte de la carga de morbilidad afecta a varones (83.3%) y 77.4% de la carga proviene de la población de entre 15 y 44 años de edad, y por consiguiente afecta en su mayor parte a jóvenes y adultos jóvenes en sus años de vida más productivos.

¹⁴ OMS. Alcohol. Nota descriptiva N°349, Febrero de 2011. [En Línea] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/> (consultado el 10 de junio de 2013)

4.2.2. Morbilidad: El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud (Rehm y Monteiro 2005), que van desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, por estar relacionado con violencia familiar, accidentes fatales de tránsito (tanto para pasajeros como peatones) y violencia interpersonal. El consumo perjudicial de alcohol está también relacionado con problemas sociales y económicos, con el individuo, con la familia y la comunidad.

4.2.3. Años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD): El alcohol causó casi el 10.0% de todos los años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) perdidos en la Región en 2002, en comparación con la cifra global de 4.4% (Rehm et al. 2006). En el año 2000, el análisis comparativo de la OMS de 26 factores de riesgo distintos y su impacto sobre la carga de morbilidad demostró que el alcohol era el principal factor de riesgo en la Región de las Américas (Rehm y Monteiro 2005), en tanto que a nivel mundial el alcohol ocupaba el cuarto lugar.

4.2.4. Lesiones por accidentes de tránsito: Entre el 20 y 50% de las fatalidades por accidentes de tránsito en la Región estaban relacionadas con el alcohol (OMS 2004b).

Lesiones: El 50.5% de las muertes atribuibles al alcohol en las Américas en 2002 se debieron a lesiones (intencionales y no intencionales) (Rehm et al. 2006).

Salud mental: Una reciente encuesta de salud mental mundial demostró que las Américas presentaban mayores incidencias de trastornos por el

uso de alcohol que en el resto del mundo (World Mental Health Survey Consortium 2004).

4.2.5. Costo económico: En EE.UU., el costo estimado del alcohol fue de casi 185 mil millones de dólares en 1998, un incremento del 25% en seis años (Harwood 2000), en tanto que en Canadá se gastaron más de 2 mil millones de dólares canadienses tan sólo en costos de atención a la salud en 2002, por problemas relacionados con el alcohol (Taylor et al. 2007). Se carece de estudios similares para los países en vías de desarrollo de la Región.

4.2.6. Patrones de consumo:

Adultos: El patrón de consumo promedio de los adultos en la mayoría de los países de las Américas es perjudicial.

Jóvenes: El consumo excesivo episódico, especialmente entre jóvenes, es particularmente elevado en muchos países de la Región (OMS 2001). Los estudios sugieren que, en ciertos países en las Américas, los niños están empezando a beber alcohol desde los diez años de edad (Carlini Cotrim 1999)¹⁵.

El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de alcohol puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. En los jóvenes, las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol suelen referirse a alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros, bajo rendimiento

¹⁵ Monteiro, Maristela G. “ALCOHOL Y SALUD PUBLICA EN LAS AMERICAS” UN CASO PARA LA ACCIÓN, Washington, D.C: OPS, 2007. Pag. 1, ISBN 978 92 75 32849 1

escolar, agresiones, comportamientos violentos, alteraciones del orden público y conductas de alto riesgo¹⁶.

El “uso en la vida” de bebidas alcohólicas en Latinoamérica no es un dato disponible en todos los países y, cuando se presenta solamente, abarca a los jóvenes entre 15 y 16 años. El conocimiento referente al consumo del individuo alguna vez es una información relevante porque muestra que, muchas veces, el primer uso ocurre estimulado por la

propia familia. En Uruguay, el “uso en la vida” presenta un porcentaje de 78,8%, en Chile 78,6% en Venezuela 65,5%, Paraguay 66,9% y Ecuador 62,6%. Brasil muestra un porcentaje de 65,2%, por lo tanto, bastante próximo a lo de los últimos tres países relatados¹⁷.

En el año 2008, se realizó un informe comparativo sobre el uso de drogas en población general de seis países de la región: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. Para este estudio se tomó como base los resultados de los estudios en población general de estos países los cuales fueron ejecutados simultáneamente y con la misma metodología para asegurar de esta manera su comparación.

A continuación se presentan los porcentajes de personas que aseguran haber usado alcohol, tabaco y otras drogas durante el último año previo al estudio, de los seis países que participaron en la investigación¹⁸.

¹⁶ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. MADRID ESPAÑA. CENTRO DE PUBLICACIONES, COMISIÓN CLÍNICA DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe sobre alcohol, Febrero de 2007 [En Línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf> (consultado el 23 de junio de 2013)

¹⁷ Magdalena Ribera Oliveira, Margarita Antonia Villar Luis. **FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESCOLARES DE 10 A 18 AÑOS, DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS FISCALES EN LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA (2003 - 2004)** [En Línea] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea16.pdf> (consultado el 23 de junio de 2013)

¹⁸ CONSEP. **Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013, USO DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL (12 A 65 AÑOS)** [En Línea] Disponible en:

Cuadro 2.

Porcentajes de personas que aseguran haber usado drogas durante el último año, por país:

País	Alcohol	Cigarrillos	Marihuana	Cocaína	Pasta Base
Argentina	65.30	36.80	7.20	2.67	0.54
Bolivia	66.80	36.90	4.30	0.66	0.09
Chile	76.80	50.40	7.50	1.31	0.62
Ecuador	56.80	25.90	0.70	0.11	0.14
Perú	65.80	36.70	0.70	0.31	0.43
Uruguay	67.20	37.20	6.00	1.68	0.36

Tomado del: **Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013. CONSEP**

Los porcentajes de personas que aseguran haber usado alcohol durante el último año, a nivel de estos seis países son altos. Sin embargo, el Ecuador presenta el menor porcentaje (56.8%).

En relación al promedio de la edad de inicio en el uso de alcohol (Cuadro 3), los resultados del informe muestran que en el Ecuador el inicio se da a mayor edad que en otros cinco países. Esta tendencia se observa en general para las demás sustancias investigadas.

Cuadro 3

Promedio de la edad de inicio del uso de drogas.

País	Alcohol	Cigarrillos	Marihuana	Cocaína	Pasta Base
Argentina	17.0	16.4	18.3	18.8	18.8
Bolivia	18.8	18.8	22.0	20.8	24.5
Chile	18.3	16.6	18.2	22.9	20.8
Ecuador	18.5	18.4	18.7	20.4	19.8
Perú	18.4	18.2	18.7	19.2	20.0
Uruguay	16.8	16.3	19.0	20.0	19.6

Tomado del: **Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013. CONSEP**

En lo referente al uso de alcohol, el 54.4% de la población encuestada consumió alcohol durante el último año previo al estudio, y el 31.7% durante el mes anterior al mismo. El 60.7% de la población realizó su primer uso de alcohol entre los 15-19 años. La edad media del primer uso de alcohol en la población se calcula en 18 años¹⁹.

En el caso de Ecuador, aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes universitarios aseguran haber usado alcohol durante el último mes, esto ubica a nuestro país en el tercer lugar de uso respecto de los demás países.

4.3. El alcoholismo como problema de Salud Pública en nuestro país:

El consumo de alcohol en el Ecuador presenta un incremento alarmante. Según la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (MSP). A nivel de regiones, el problema de alcoholismo en la Amazonía representa el 36 por ciento de los casos, la Sierra el 33,50 por ciento, la Costa es el 13,70 por ciento y la Región Insular es cercana al cero por ciento. Se han identificado alrededor de 60 patologías distintas causadas por las bebidas alcohólicas. El 7 por ciento de los tumores de mama, el 39 por ciento de las cirrosis, el 25 por ciento de las muertes en accidentes de tránsito y el 26 por ciento de los homicidios están directamente relacionados con su consumo²⁰.

La Constitución Política del Ecuador, promueve la vida, la protección a la familia y el derecho al buen vivir, por lo mismo es importante conocer las

¹⁹ CONSEP. **Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013**, USO DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL (12 A 65 AÑOS) [En Línea] Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_prevenci%C3%B3n.pdf (consultado el 23 de junio de 2013)

²⁰ Moya, Jácome, Solís. **“INCIDENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL QUE OCASIONA PROBLEMAS FAMILIARES Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA ZONA URBANA DEL CANTÓN PÍLLARO”**. 2010 [En Línea] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/36510558/Proyecto-Consumo-Alcohol-y-Violencia-Intrafamiliar-Definitivo> (consultado el 23 de junio de 2013)

causas que provocan el maltrato físico, sexual, psicológico, patrimonial o económica dentro de la familia, para establecer posibles soluciones.

Según la Dirección Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud Pública (MSP), alrededor del 50 por ciento de los pacientes internados en hospitales generales por consumo de alcohol presentan problemas de Salud Mental.

El consumo de alcohol en el Ecuador presenta un incremento alarmante. Según la Dirección Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud Pública (MSP), en el año 2000 el consumo de alcohol era del 21.4 por ciento; en el 2001 bajó levemente al 20.6 por ciento, pero en el 2003 subió al 23.9 por ciento, en el 2006 llegó al 23.5 por ciento y en el 2009 sobrepasa el 25 por ciento.

Un estudio del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) de Ecuador, revela un alto consumo de alcohol y de cigarrillos entre los adolescentes; según ese estudio, un 62.1 por ciento de los jóvenes entre 14 y 18 años fuma, y el 62.5 por ciento ingiere alcohol.

Las investigaciones muestran un incremento del uso de drogas entre adolescentes y jóvenes; es necesario conocer las causas de estos incrementos, las relaciones de estos usos con las condiciones de vida familiar, escolar, social, con las condiciones que crea un mundo en el que lo más importante es vivir a toda costa las experiencias placenteras. El país no cuenta con un programa de especialización de profesionales en políticas públicas sobre drogas. Además no tiene instrumentos metodológicos que permitan realizar técnicamente procesos de seguimiento y evaluación de impacto de los proyectos y acciones que se desarrollan en prevención integral, así como también existe un escaso involucramiento de entidades privadas y organismos no gubernamentales en el desarrollo de actividades preventivas, y no se dispone de un mecanismo de evaluación de la efectividad de los

programas de tratamiento y recuperación clínica. El tipo y la cantidad de estudios realizados no permiten establecer las condiciones de la situación del alcohol, tabaco y otras drogas en el país. Al momento existen esfuerzos aislados de reintegración social en algunos de los centros públicos y privados de recuperación²¹.

4.4. Casos de Alcoholismo en la Ciudad de Loja:

En nuestra ciudad en el mes Enero a Diciembre del 2013 se registraron 576 casos de alcoholismo (bebedor problema), según el EPI 2, que se encarga de la notificación de enfermedades de vigilancia epidemiológica, disponible en la dirección provincial de salud de nuestra ciudad.

5. ALCOHOL Y SOCIEDAD:

5.1. Alcohol y violencia:

Aunque la asociación entre consumo de alcohol y violencia es de sobra conocida, las investigaciones realizadas no presentan datos concluyentes. Decir que el alcohol «causa» violencia es una simplificación; existen muchos ejemplos de que también puede darse la relación contraria: una situación violenta facilita y mantiene el consumo de alcohol y, hasta algo paradójico, las víctimas de la violencia de otro tienden a consumir alcohol de forma peligrosa, cuando antes no lo hacían.

Se puede interpretar como una relación de interacción recíproca y, al representar las dos (conducta de consumo peligrosa y conducta

²¹ CONSEP. **Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013**, USO DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL (12 A 65 AÑOS) [En Línea] Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_prevenci%C3%B3n.pdf (consultado el 23 de junio de 2013)

violenta) otras tantas formas particulares de descontrol de los impulsos, el orden en que se produzcan, sea el que sea, se puede atribuir en conjunto a una incapacidad para el control primario que incumbe a ambas, que también subyace a otras muchas conductas repetitivas que se mantienen a pesar de sus consecuencias negativas, como el juego patológico, ciertas modalidades del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, algunos Trastornos de la Conducta Alimentaria, y una larga serie de «dependencias» de las nuevas tecnologías.

Además, aun reconociendo que la farmacología y toxicología del alcohol facilita la íntima asociación de alcohol y violencia, no debe olvidarse la existencia de otros factores, en cuantías no determinables, como los factores psicológicos, sociales y culturales del medio en que se dé el consumo abusivo o moderado.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso intencionado de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupo o comunidad y cuyas consecuencias más probables son lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones en el desarrollo, abandono o muerte. Esta definición no coincide con otros criterios de índole jurídica, en los que la violencia se relaciona solamente con el daño físico, dejando aparte otros daños o amenazas que configuran otros tantos tipos delictivos como coacción o intimidación.

Al establecer que la violencia genera problemas de salud individual y pública, se incluye de forma implícita la ejercida en la familia a partir de un miembro de ella contra los más débiles, sean estos la pareja, los niños o los ancianos. En ocasiones se diferencia la que ocurre entre la pareja, se la llama «genérica» y, como es más frecuente la del varón hacia la mujer, se habla de violencia conyugal, doméstica, intrafamiliar o de género, en distintos contextos culturales y lingüísticos. El adjetivo de doméstica parece más amplio e incluye las lesiones físicas, psicológicas y las específicamente sexuales.

Los avances recientes en Neurociencias confirman la intervención de muchos factores biológicos en la violencia, como las hormonas y los neurotransmisores. Y se sabe cada vez más de la interacción de alcohol, hormonas y neurohormonas reguladoras en la sensibilidad al dolor, biorritmos y estado de ánimo. También se va perfilando más el mecanismo de las conexiones intracerebrales que intervienen en las conductas sexuales, estado de alerta, preparación para la lucha, huidas, paralización de movimientos, y los mecanismos moleculares que intervienen en los circuitos neuronales que marcan la gratificación o refuerzo positivo de las conductas.

La investigación en primates ha sido muy ilustrativa y, del conocimiento más preciso en el campo de las neurociencias, queda cada vez más claro el papel crucial del medio ambiente, el entorno socio-cultural, el hacinamiento, la anomia, el espacio vital mínimo, la estratificación y filtración social, la frustración de expectativas y los sistemas de creencias, fe y confianza irracionales, que facilitan o dificultan, de forma aún impredecible, la combinación alcohol-violencia.

La evidencia clínica avala la utilización de fármacos psicotrópicos en el tratamiento de la conducta disruptiva, explosiva, automática y violenta. Algunos antiepilépticos y sustancias bloqueantes de receptores cerebrales opioides parecen abrir una puerta de esperanza, siempre que el sujeto violento y/o bebedor patológico sintonice con el intento de reducir el riesgo de descontrol de los impulsos vinculado al alcohol si logra llegar a una fuerte y clara conciencia de su problema.

5.2. Alcohol y accidentes:

El consumo de bebidas alcohólicas se asocia a un incremento de morbilidad y mortalidad tanto a consecuencia de accidentes relacionados con el alcohol como por una serie de procesos patológicos ligados al consumo de bebidas alcohólicas (muerte súbita, cáncer, etc.).

Analizar la relación causal entre el consumo de alcohol y las causas de muerte exige recordar qué entendemos por causa de un proceso, que no es otra que: «La combinación de factores necesarios y suficientes atribuibles a una exposición, en presencia de los cuales, solos o combinados, y durante algún tiempo de la vida, conducen inevitablemente a la enfermedad o a la muerte en aquel individuo». Cuando se investiga la etiología de un proceso patológico, lo que se intenta es encontrar una asociación entre una variable dependiente (enfermedad, lesión, efecto) y una variable independiente característica. Así el consumo de bebidas alcohólicas como factor de riesgo significativo en una serie de causas de muerte.

5.2.1. Accidentes de tráfico:

En el caso de los accidentes de tráfico, sin entrar en el debate de si el alcohol se comporta como causa fundamental o bien como factor de riesgo asociado (factor predisponente, factor desencadenante, etc.), son muy amplias las referencias sobre la presencia de alcohol en sangre en las víctimas de los accidentes de tráfico.

Las evidencias científicas han establecido que el riesgo de accidente aumenta con los niveles de alcoholemia.

5.3. Muertes violentas:

La presencia del alcohol resulta relevante en los fallecimientos por otras causas de muerte violenta distintas a los accidentes de tráfico como son accidentes, suicidios, homicidios, etc.

En un estudio realizado en 14 países europeos¹¹⁰ se muestra que existe una mayor relación entre la tasa de homicidios y las ventas de alcohol en los países del norte de Europa con relación a los países del sur, quizás ligados al modelo de consumo de grandes cantidades de alcohol en cada episodio de consumo. Resultados similares han sido obtenidos por Skog (2001), que encuentra una relación entre el consumo de alcohol y los accidentes mortales de tráfico en los países de Europa central y del sur, y por caídas y otros accidentes (con exclusión de los accidentes de tráfico) en los países del norte de Europa.

En Canadá, Skog (2003) observó que el incremento en el consumo «per capita» de 1 litro de alcohol supone un incremento de la mortalidad por accidentes de 5,9 entre los hombres y de 1,9 en las mujeres (por 100.000 habitantes).

Otra investigación, esta vez en Rusia en la ciudad de Izhevsk, sobre los fallecidos de sexo masculino (de edades comprendidas entre 20 y 55 años) por diversas causas, observaron que en el 67,7% de los homicidios, en el 60% de los suicidios y en el 50% de los fallecidos por accidentes de tráfico existían cifras significativas de alcohol en sangre. En este país Pridemore (2002)¹¹⁵, ha establecido cómo un incremento de consumo del alcohol del 1% se asocia a un 0,25% de incremento en las cifras de homicidios.

Shaw y col (2006), encuentran que de los 1.594 homicidios cometidos en Inglaterra, el 42% ocurrieron en personas con una historia de abuso o de dependencia al alcohol, representando un papel fundamental en el 6% de los homicidios y un factor asociado en el 39% de todos los homicidios.

Tardiff y col (2005)¹¹⁷, en un estudio en Nueva York sobre 12.573 homicidios y 6.351 muertes accidentales entre 1990 y 1998 han

demostrado como los cambios en los modelos de consumo de alcohol se asocian con cambios en la incidencia de homicidios.

Son numerosos los estudios que han puesto de manifiesto la relación entre las tasas de consumo de alcohol y homicidios en diferentes partes del mundo (Europa, Estados Unidos, Canadá) pudiéndose afirmar que en torno a un 30-50% de los fallecidos en homicidios, que un 25-35% de los suicidios y un 30-40% de los fallecidos por otras causas de muerte de etiología violenta están relacionadas, de alguna manera, con el consumo de alcohol.

6. TRATAMIENTO (MSP, 2011):

➤ I Nivel

- **Prevención primaria:**
 - Consejo población general.
 - Educación sanitaria.

- **Prevención secundaria:**
 - Detección precoz.
 - Intervención breve:
 - Información positiva sobre los beneficios de la moderación.
 - Información sobre el peligro de la ingesta excesiva.
 - Negociar la reducción, que no sobrepase los límites del consumo moderado o de riesgo bajo.
 - El estilo y contenido de la entrevista debe regirse por elementos motivacionales.

- Prevención terciaria:
 - Intervención breve en paciente dependiente. Iniciar tratamiento de deshabitación, se le cita para revisión cada 1 ó 2 meses con los siguientes objetivos:
 1. Motivar para el cambio.
 2. Reducir el consumo.
 3. Tratar los trastornos relacionados con el consumo de alcohol diagnosticado.
 - Derivación a un recurso especializado:
 1. La derivación implica una responsabilidad compartida. No debe ser reactiva ni defensiva. Existen muchos pacientes que se pierden en la derivación.
 2. Seguimiento de la evolución del enfermo: control del cumplimiento del programa terapéutico.
 3. Prevención de recaídas.
 - Tratamiento de desintoxicación:
 1. Evaluación del síndrome de abstinencia.
 2. Valoración de la realización desintoxicación: Ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria.
 - Criterios derivación hospitalaria:
 1. Entorno familiar no colaborador.

➤ **II Nivel**

- Manejo del problema a nivel provincial
- En hospitales generales: Psiquiatría de enlace
- Contacto con grupos de Autoayuda

➤ **III Nivel**

En un hospital especializado se concentran, por un lado la mayor parte de pacientes con severos problemas de dependencia, comorbilidad y serias complicaciones del problema. Este nivel debe contar, además de un programa bien estructurado para el abordaje integral del problema, un equipo profesional interdisciplinario que pueda resolver la mayoría de las situaciones clínicas que se presenten. Además de la asistencia hospitalaria, ambulatoria y de emergencia, deberá contar con programas para la familia y estar abierto a la comunidad para los aspectos preventivos, educativos y de rehabilitación.

En términos generales, se podría describir cinco etapas que se dan en estos contextos:

Valoración: Diagnóstico integral del problema. Se requiere un diagnóstico multiaxial que incluya los siguientes ejes:

- El Cuadro Clínico, la severidad, la presencia de síntomas de abstinencia, la comorbilidad, las complicaciones
- La personalidad, rasgos o trastornos de la misma
- Condiciones médicas simultáneas
- Los estresores
- La evaluación del funcionamiento laboral y social.

Desintoxicación: Tratamiento del síndrome de abstinencia o prevención de su presencia. Tratamiento de las complicaciones

Motivación: Toma de conciencia de la problemática y adquisición del deseo de recuperación.

Deshabilitación: Detección y manejo de hábitos perjudiciales, problemas de conducta y comportamientos conflictivos.

Rehabilitación: reinserción familiar, laboral y social y mantenimiento de la recuperación.

Los hospitales deberán contar con un programa de seguimiento de los pacientes, que generalmente han sido hospitalizados y un programa de terapia grupal ambulatoria.

Se valorará el cumplimiento de los objetivos del tratamiento en base a:

- Ausencia del consumo de alcohol y drogas.
- Buena salud física y mental
- Reinserción familiar
- Reinserción laboral
- Reinserción social.

Tratamiento no farmacológico:

- Psicoterapia individual/Consejería
- Psicoterapia de pareja
- Psicoterapia familiar
- Psicoterapia grupal
- Modalidades especiales de psicoterapia para alcohólicos.

- Vinculación con grupos de alcohólicos anónimos

Tratamiento Farmacológico:

Prescripción de medicamentos para la dependencia de alcohol.

Medicamentos que han probado su eficacia en ayudar al paciente a reducir el consumo, evitar la recaída, obtener y mantener la abstinencia, son:

- Acamprosato
- Disulfiram
- Naltrexona, que tiene también una presentación inyectable de depósito.
- Últimamente se está recomendando el Topiramato

No está por demás enfatizar que siendo este un problema crónico, con tendencia a las recaídas, es indispensable mantener la adherencia terapéutica, la que se consigue con un abordaje desde varios ángulos. Por otro lado, la adherencia no es un evento, sino un proceso.

6.1. PRONÓSTICO:

El alcoholismo es un severo problema de salud y social, está implicado en cerca del 50% de accidentes y muertes accidentales, de un 15% de suicidios. Hay muchas muertes relacionadas con las complicaciones. Los programas de tratamiento tienen diferentes resultados, pero mucha gente con una Dependencia de Alcohol, tiene una completa recuperación. Edwards (2003) manifiesta que es probable que de 100 pacientes de 45 años tratados por dependencia de alcohol y seguidos por 20 años, el 40% estuviera muerto, el 30% seguiría bebiendo

destruictivamente y el 30% estaría en abstinencia. Señala algunos aspectos que influenciarían la recuperación en el plazo largo:

- Características del paciente al inicio de la intervención.
- Aceptación de una meta de tratamiento apropiada
- Involucrarse con AA, además del tratamiento.
- El proceso de recuperación natural.

e) *MATERIALES Y
MÉTODOS*

MATERIALES Y MÉTODOS:

- **TIPO DE ESTUDIO:**

El presente estudio es de campo, de tipo descriptivo y transversal.

- **ÁREA DE ESTUDIO:**

Ciudad de Loja, provincia de Loja, Ecuador.

- **UNIVERSO:**

Conformado por todas las personas de diferente género, edad, escolaridad, ocupación, condición social y profesión, que asisten a los distintos grupos de autoayuda para la recuperación de alcohólicos y familiares de alcohólicos, en la ciudad de Loja, detallándose continuación: miembros de Alcohólicos Anónimos (AA): 140 personas. Miembros de AL-ANON: 40 personas, personas de las Comunidades Terapéuticas, como Posada Solidaria: 22 personas, CENTSADIC: 30 personas, FUNSOL: 6 personas, y las personas de los diferentes Movimientos Religiosos de Loja: 30 personas. Es decir un universo total de 268 personas.

MUESTRA: Estuvo conformada por 20 Familiares de Alcohólicos y 80 Alcohólicos en recuperación, quienes decidieron participar en el presente estudio.

TÉCNICAS: Las técnicas empleadas fueron:

La encuesta estructurada: que se elaboró; considerando los factores de riesgo identificados para el consumo de productos psicoactivos entre ellos el alcohol, tomados del “estudio sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los estudiantes de la Universidad Central del Ecuador”, realizado en Quito, en el año 2012. Se consideró además para la información que corresponde a los factores de riesgo psicológicos, tomar las características de la personalidad alcohólica, descritas en el

Libro: “Las Familias Alcohólicas”, publicado en México en el año 2000, de autoría del Dr., Ernesto Lamoglia. Instrumento en el cual se formuló, en su mayoría preguntas cerradas y algunas abiertas, que permitieron obtener todos los resultados del presente estudio, luego de su aplicación en los alcohólicos y familiares de alcohólicos en recuperación que fueron incluidos para el desarrollo del mismo.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

1. Alcohólicos.
2. Familiares de alcohólicos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Se incluyeron dentro del presente estudio, todos los Alcohólicos que han logrado abstenerse de consumir bebidas alcohólicas, sin tiempo definido, luego de acudir y recibir apoyo en un grupo de autoayuda como alcohólicos Anónimos, un Movimiento Religioso, o una Comunidad Terapéutica.
2. Familiares o amigos de alcohólicos, que se han visto afectados por el Alcoholismo de un Familiar o Amigo Alcohólico y que hayan recibido apoyo para recuperarse de los efectos del alcoholismo familiar, en un grupo de autoayuda como AL-ANON, o un Movimiento Religioso.
3. Aquellas personas con los criterios anteriores que accedan a participar voluntariamente en la investigación.
4. Los Alcohólicos y Familiares de Alcohólicos presentes al momento de aplicar la encuesta en cada uno de los Grupos a los que acuden.
5. Todas las personas que den su consentimiento informado el mismo que consta en la parte introductoria de la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Quedan excluidas de la presente investigación todas las personas que no padecen alcoholismo.
2. Se excluyen también todos los familiares de alcohólicos que no se hayan visto afectados por el alcoholismo de uno o varios miembros de la familia, así como también del alcoholismo de un amigo/a alcohólico/a.
3. Aquellas personas que no accedan a participar voluntariamente en la investigación.
4. Los Alcohólicos o Familiares de Alcohólicos que no se encuentren recibiendo apoyo, ni hayan recibido el mismo, en un grupo de autoayuda en la ciudad de Loja.
5. Los Alcohólicos y Familiares de Alcohólicos que no se encuentren presentes durante el periodo de investigación.
6. Los Alcohólicos y Familiares de Alcohólicos que no se encuentren presentes al momento de aplicar la encuesta.
7. Todas las personas que no den su consentimiento informado para realizar el estudio.
8. Todas las personal que tienen una patología psiquiátrica de base, la misma que no le faculte usar sus capacidades mentales.

PROCEDIMIENTOS:

- **AUTORIZACIÓN:** De la coordinación de la carrera de Medicina Humana de la U.N.L. Y Autorización personal de cada una de las personas que accedieron a participar en este estudio, así como a la aplicación de la encuesta.
- Se visitó los diferentes grupos de autoayuda de la ciudad de Loja para la recuperación de alcohólicos y familiares de alcohólicos, además, Comunidades Terapéuticas como Posada Solidaria y CENTSADIC, y un Movimiento Religioso Católico, así como algunas

visitas domiciliaria a personas con criterio para ser incluidas en la investigación.

- Se realizó un conversatorio personal para solicitar cada una de las personas, la participación en la investigación, recibiendo su aprobación.
- Consentimiento informado de las personas que participaron en este estudio, garantizándoles además absoluta confidencialidad y el uso de los resultados obtenidos, únicamente para fines académicos.
- Una vez aceptada la solicitud y el consentimiento informado, se procedió a la aplicación de la encuesta personal, dando indicaciones previas.
- La recolección de la información se realizó mediante la encuesta, aplicada a las personas que reunieron criterios de inclusión para el estudio. La misma se encuentra en anexos.
- Obtenida la información se procedió a la tabulación y representación en tablas de los resultados por medio del programa estadístico Epi Info 7, Microsoft Excel y Word 2010.
- La investigación también transitó por cuatro momentos: el primero de carácter descriptivo, al Identificar los factores predisponentes de alcoholismo en miembros de la familia de alcohólicos. Así como también los factores de riesgo desencadenantes de alcoholismo en alcohólicos en recuperación, para posteriormente establecer su el impacto de estos factores en el síndrome de dependencia de alcohol en Loja. El otro momento correspondió al diseño una guía práctica que oriente al médico general al diagnóstico e intervención del paciente alcohólico, basándose en literatura médica y el protocolo del M.S.P.

RECURSOS: Para desarrollo del proyecto investigativo se necesitaron de algunos recursos, los cuales se detallan a continuación:

- Investigador: Edgar Marvin Villalta Román.
- Asesoría y Dirección: Docentes del Área de Salud Humana.

f) RESULTADOS

RESULTADOS:

- 1. FACTORES PREDISPONENTES DE ALCOHOLISMO EN FAMILIARES DE ALCOHOLICOS QUE SISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LOJA.***

Tabla 1. FACTORES PREDISONENTES DE ALCOHOLISMO EN FAMILIARES DE ALCOHOLICOS

FACTOR HEREDITARIO					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
HISTORIA FAMILIAR DE ALCOHOLISMO	20	100,00	0	00,00	20
FAMILIARES DE PRIMER GRADO ALCOHOLICOS	10	50,00	10	100,00	20
FACTORES FAMILIARES					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	13	65,00	7	35,00	20
CONFLICTOS FAMILIARES	16	80,00	4	20,00	20
PERMISIVIDAD PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL	9	45,00	11	65,00	20
DEFICIENTE RELACIÓN AFECTIVA Y DE COMUNICACIÓN	14	70,00	6	30,00	20
NORMAS DE CONTROL RÍGIDAS O CASTIGOS SEVEROS RECIBIDOS POR PADRES	9	45,00	11	65,00	20
DEBILIDADES EN VALORES ÉTICOS Y MORALES	11	55,00	9	45,00	20
AUSCENCIA DE PADRES	10	50,00	10	50,00	20

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Edgar Marvin Villalta Román.

INTERPRETACIÓN:

El 100% de los familiares de alcohólicos encuestados (20 personas) tienen historia familiar de alcoholismo lo que identifica al factor hereditario como factor predisponente de alcoholismo para esta población, el 50% de los familiares de alcohólicos encuestados (10 personas) tienen más impacto genético al tener un familiar de primer grado alcohólico. Las encuestas realizadas también identifican en los familiares de alcohólicos los factores familiares; siendo los conflictos familiares (80%), la deficiente relación afectiva y de comunicación (70%), la disfuncionalidad familiar (65%), las debilidades en los valores éticos y morales (55%) y la ausencia de padres (50%) los más frecuentes en la población encuestada, seguidos por la permisividad para el consumo de alcohol (45%), normas de control rígidas o castigos severos recibidos por padres (45%), en menor porcentaje respectivamente.

Tabla 2. FACTORES PREDISPONENTES DE ALCOHOLISMO EN FAMILIARES DE ALCOHOLICOS

FACTORES ESCOLARES					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
INADAPTACIÓN ESCOLAR	2	10,00	18	90,00	20
MALTRATO ESCOLAR	6	30,00	14	70,00	20
MODELOS AUTORITARIOS DE ENSEÑANZA	12	60,00	8	40,00	20
LIMITADA COMUNICACIÓN DOCENTE ALUMNO	9	45,00	11	55,00	20
ACTITUD PERMISIVA POR PARTE DE LOS PROFESORES ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL	3	15,00	17	85,00	20
FACTORES SOCIOCULTURALES					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
MIGRACIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	11	55,00	9	35,00	20
CULTURA CONSUMIDORA DE ALCOHOL	18	90,00	2	10,00	20
FACTORES DE IGUALDAD					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
AMIGOS QUE CONSUMEN ALCOHOL	20	100,0	0	00,00	20
CONDUCTA ANTISOCIAL	7	35,00	13	75,00	20

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Edgar Marvin Villalta Román.

INTERPRETACIÓN:

Se identifica en los familiares de alcohólicos encuestados algunos factores predisponentes de alcoholismo como los factores escolares; siendo los modelos autoritarios de enseñanza (60%), la limitada comunicación docente alumno (45%) y el maltrato escolar (30%) los factores que con mayor frecuencia se presentan y de mayor importancia, luego tenemos la actitud permisiva por parte de los profesores ante el consumo de alcohol en menor porcentaje (15%) y la inadaptación escolar (10%).

Otros factores predisponentes de alcoholismo en los familiares de alcohólicos encuestados son los factores de riesgo socioculturales, como el estar en una cultura consumidora de alcohol (90%) y migración de los miembros de la familia en el 55% de los encuestados. Las encuestas realizadas también identifican

los factores de igualdad, siendo el más frecuente el tener amigos que consumen alcohol en el 100% de los encuestados y la conducta antisocial en el 35% de los encuestados.

Tabla 3. FACTORES PREDISONENTES DE ALCOHOLISMO

FACTORES PSICOLÓGICOS					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
DEPRESIÓN	16	80,00	4	20,00	20
ANSIEDAD	15	75,00	5	25,00	20
BAJA AUTOESTIMA	10	50,00	10	50,00	20
MALTRATO EMOCIONAL	7	35,00	13	65,00	20
DIFICULTAD PARA MANEJAR CONFLICTOS	7	35,00	13	65,00	20
IMPULSIVIDAD	6	30,00	14	70,00	20
DIFICULTAD PARA MANEJAR EL STRESS	6	30,00	14	35,00	20
ABUSO FÍSICO	5	25,00	15	75,00	20
INMADUREZ EMOCIONAL	4	20,00	16	80,00	20
HIPERACTIVIDAD	4	20,00	16	80,00	20
IRRESPONSABILIDAD	3	15,00	17	85,00	20
ABUSO SEXUAL	3	15,00	17	85,00	20
TENDENCIA A CREAR DEPENDENCIAS EMOCIONALES	3	15,00	17	75,00	20

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Edgar Marvin Villalta Román.

INTERPRETACIÓN:

Otros factores predisponentes de alcoholismo en los familiares de alcohólicos encuestados son los factores psicológicos; encontrándose mayoritariamente la depresión (80%), ansiedad (75%), baja autoestima (50%), y en menos frecuencia el maltrato emocional (35%), dificultad para manejar conflictos (35%), la impulsividad (30%), dificultad para manejar el stress (30%), abuso físico (25%), inmadurez emocional (20%), hiperactividad (20%), irresponsabilidad (15%), el abuso sexual, (15%), la tendencia a crear dependencias emocionales en el 15% de encuestados.

***2. FACTORES DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO EN
ALCOHOLICOS QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN
LOJA.***

Tabla 4. FACTORES DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO

FACTOR HEREDITARIO					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
HISTORIA FAMILIAR DE ALCOHOLISMO	76	95,00	4	5,00	80
FAMILIARES DE PRIMER GRADO ALCOHOLICOS	58	72,50	2	27,50	80
FACTORES FAMILIARES					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	63	78,75	17	21,25	80
CONFLICTOS FAMILIARES	70	88,61	10	11,39	80
PERMISIVIDAD PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL	49	61,25	31	38,75	80
DEFICIENTE RELACIÓN AFECTIVA Y DE COMUNICACIÓN	57	71,25	23	28,75	80
NORMAS DE CONTROL RÍGIDAS O CASTIGOS SEVEROS RECIBIDOS POR PADRES	59	73,75	21	26,25	80
DEBILIDADES EN VALORES ÉTICOS Y MORALES	70	88,61	10	11,39	80
AUSCENCIA DE PADRES	40	50,00	40	50,00	80

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Edgar Marvin Villalta Román.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las encuestas realizadas se identifica como factor desencadenante de alcoholismo al factor hereditario; presentándose historia familiar de alcoholismo en 76 de los 80 alcohólicos encuestados (95%). Además 58 de los encuestados (72.50%) tienen familiares de primer grado alcohólicos lo que representa mayor riesgo hereditario.

Los factores familiares desencadenantes de alcoholismo, de tipo familiar, que se encuentra en los alcohólicos encuestados son: debilidades en valores éticos y morales con una frecuencia del 88,61%, los conflictos familiares con igual porcentaje (88,61%), otro factor importante es la disfunción familiar con frecuencia del 78,75%, normas de control rígidas o castigos severos recibidos por padres (73.75%), la deficiente relación afectiva y de comunicación (71.25%) y en menor porcentaje la permisividad para el consumo de alcohol (61,25%) y la ausencia de padres en el 50% de encuestados.

Tabla 5. FACTORES DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO

FACTORES ESCOLARES					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
INADAPTACIÓN ESCOLAR	27	33,75	53	62,25	80
MALTRATO ESCOLAR	42	52,50	38	47,50	80
MODELOS AUTORITARIOS DE ENSEÑANZA	41	51,25	39	48,75	80
LIMITADA COMUNICACIÓN DOCENTE ALUMNO	47	58,75	33	55,00	80
ACTITUD PERMISIVA POR PARTE DE LOS PROFESORES ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL	36	45,00	44	41,25	80
FACTORES SOCIOCULTURALES					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
MIGRACIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	45	56,25	35	43,75	80
CULTURA CONSUMIDORA DE ALCOHOL	73	91,25	7	8,75	80
LEYES Y NORMAS PERMISIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL	49	61,25	31	38,75	80
DISPONIBILIDAD DE ALCOHOL	59	73,75	21	26,75	80
CARENCIA DE ALTERNATIVAS CULTURALES, RECREATIVAS, EDUCATIVAS Y DE INCLUSIÓN LABORAL EN LA COMUNIDAD	66	82,50	14	17,50	80
AUSENCIA DE LIDERES COMUNITARIOS O AUTORIDADES QUE IMPULSEN LA MARGINACIÓN, PRIVACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL	59	73,75	21	26,25	80

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Edgar Marvin Villalta Román.

INTERPRETACIÓN:

Se identifica como factor desencadenante de alcoholismo a los factores escolares; siendo el más importante la limitada comunicación docente alumno con una frecuencia de 58.75% en los alcohólicos encuestados, seguido del maltrato escolar en el 52.50% de los encuestados, modelos autoritarios de enseñanza (51,25%), actitud permisiva por parte de los profesores ante el consumo de alcohol (45,00%), y minoritariamente la inadaptación escolar presente en el 33,75% de encuestados. Los factores socioculturales considerados como desencadenantes de alcoholismo por los alcohólicos encuestados son con mayor frecuencia en el 91,25% de encuestados el estar

inmerso en una cultura consumidora de alcohol, seguido en orden de importancia, la carencia de alternativas culturales, recreativas, educativas y de inclusión laboral en la comunidad en el 82,50% de encuestados, la disponibilidad de alcohol (73,75%), ausencia de líderes comunitarios o autoridades que impulsen la marginación, privación económica y social (73,75%), leyes y normas permisibles al consumo de alcohol (61,25%), y minoritariamente la migración de miembros de la familia en un 56,25% de encuestados.

Tabla 6. FACTORES DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO

FACTORES DE IGUALDAD					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
AMIGOS QUE CONSUMEN ALCOHOL	80	100,00	0	00,00	80
CONDUCTA ANTISOCIAL	68	85,00	12	15,00	80
PRESION DEL GRUPO DE AMIGOS	65	81,25	15	18,75	80
OTROS FACTORES DESENCADENANTES					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
DOLOR O ENFERMEDAD CRÓNICA	35	43,75	45	56,25	80
ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA	7	8,75	73	91,25	80
INFORMACIÓN ERRÓNEA SOBRE GENERALIDADES DEL ALCOHOLISMO	63	78,75	17	21,25	80
SALARIO INFERIOR AL BÁSICO O MALA CONDICIÓN ECONÓMICA	49	61,25	31	38,75	80
RECREACIÓN (BEBER POR BUSCAR SENSACIONES Y EXPERIENCIAS NUEVAS)	71	88,75	9	11,25	80

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Edgar Marvin Villalta Román.

INTERPRETACIÓN:

Los factores de igualdad desencadenantes de alcoholismo en los alcohólicos encuestados son: el haber tenido amigos que consumen alcohol presente mayoritariamente en el 100% de encuestados (80 personas) son, seguido en orden de importancia por la presión del grupo de amigos para el consumo de alcohol en el 81,25% y la conducta antisocial en el 85% de encuestados.

De acuerdo a las encuestas realizadas se identifican también otros factores desencadenantes de Alcoholismo; uno de los más importantes por su frecuencia de aparición en los alcohólicos encuestados es el haber bebido por recreación (buscar sensaciones y experiencias nuevas) presente en el 88,75% de alcohólicos encuestados, seguido en orden de importancia por la información errónea sobre las generalidades del alcoholismo en un 78,75% de alcohólicos encuestados, el factor económico también ha sido identificando en los encuestados reconociendo que han tenido un salario inferior al básico o mala condición económica el 61,25% de encuestados y eso ha repercutido en su alcoholismo, así como también el haber presentado historia de dolor o

enfermedad crónica (43,75%) y el antecedente de una enfermedad infecto-contagiosa en el 8,75% de alcohólicos encuestados.

Tabla 7. FACTORES DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO

FACTORES PSICOLÓGICOS					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
BAJA AUTOESTIMA	63	78,75	17	21,25	80
DEPRESIÓN	61	76,25	19	23,75	80
ANSIEDAD	57	71,25	23	28,75	80
IRRESPONSABILIDAD	55	68,75	25	31,25	80
TENDENCIA A LA MANIPULACIÓN	50	62,50	30	37,75	80
DIFICULTAD PARA MANEJAR CONFLICTOS	48	60,00	32	40,00	80
MALTRATO EMOCIONAL	46	57,50	34	42,50	80
EGOCENTRISMO	44	55,00	36	45,00	80
INMADUREZ EMOCIONAL	44	55,00	36	45,00	80
DIFICULTAD PARA MANEJAR EL STRESS	44	55,00	36	45,00	80
IMPULSIVIDAD	43	53,75	37	46,25	80
VIVIR SUFRIENDO Y SUFRIR VIVIENDO	43	53,75	37	46,25	80

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Edgar Marvin Villalta Román.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las encuestas realizadas se identifica como factor desencadenante de Alcoholismo a los factores psicológicos; siendo el más importante por su frecuencia la baja autoestima, presente en el 78,75% de alcohólicos encuestados, seguido en orden de importancia por su frecuencia la depresión (76,25%), ansiedad (71,25%), irresponsabilidad (68,75%), tendencia a la manipulación (62,50%), dificultad para manejar conflictos en el 60% de alcohólicos encuestados.

Otros factores psicológicos desencadenantes de alcoholismo y relevantes por su frecuencia de presentación son el maltrato emocional presente en el 57,50% de alcohólicos encuestados, seguido en orden de importancia por su frecuencia el egocentrismo (55,00%), inmadurez emocional (55,00%), dificultad para

manejar el stress (55,00%), impulsividad (53,75%), vivir sufriendo y sufrir viviendo en el 53,75% de alcohólicos encuestados.

Tabla 8. FACTORES DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO

FACTORES PSICOLÓGICOS					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
TRASTORNO DE CONDUCTA	42	52,50	38	47,50	80
INCAPACIDAD DE AMAR	41	51,25	39	48,75	80
INCAPACIDAD PARA INTEGRARSE A GRUPOS HUMANOS	39	48,75	41	51,25	80
LABILIDAD O DEBILIDAD EMOCIONAL	38	47,50	42	51,25	80
INCAPACIDAD PARA TOLERAR LA FRUSTRACIÓN	37	46,25	43	53,75	80
SOLEDAD EXISTENCIAL	37	46,25	43	53,75	80
PERSONALIDAD ADICTIVA	37	46,25	43	53,75	80
ABUSO FÍSICO	35	43,75	45	56,25	80
INCAPACIDAD PARA TOLERAR EL SUFRIMIENTO	33	41,25	47	58,75	80
TENDENCIA A CREAR DEPENDENCIAS EMOCIONALES	33	41,25	47	58,75	80
INCAPACIDAD PARA ASIMILAR LAS EXPERIENCIAS	32	40,00	48	60,00	80
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	32	40,00	48	60,00	80
MITOMANIA Y MUNDO DE FANTASIA	30	37,50	50	62,50	80
ANGUSTIA ENFERMIZA O EXISTENCIAL	25	31,25	55	68,75	80
TENDENCIA A LA EVACIÓN	24	30,00	56	70,00	80
HIPERACTIVIDAD	23	28,75	57	71,25	80
ABUSO SEXUAL	18	22,50	62	77,80	80
HOMOSEXUALIDAD LATENTE	3	3,75	77	96,25	80

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Edgar Marvin Villalta Román.

INTERPRETACIÓN:

Se reconocen también factores psicológicos como los trastornos de conducta presente en el 52,50% de alcohólicos encuestados, seguido en orden de importancia la incapacidad de amar (51,25%), incapacidad para integrarse a grupos humanos (48,75%), labilidad o debilidad emocional (47,50%), incapacidad para tolerar la frustración (46,25%), soledad existencial en el 46,25% de alcohólicos encuestados. Los alcohólicos encuestados identifican

además factores psicológicos como el tener una personalidad adictiva presente en el 46,25% de encuestados, seguido en orden de importancia, el haber sufrido abuso físico (43,75%), la incapacidad para tolerar el sufrimiento (41,25%), la tendencia a crear dependencias emocionales (41,25%), la incapacidad para asimilar las experiencias (40,00%), y el haber presentado problemas de salud mental en el 40% de alcohólicos encuestados.

Otros factores psicológicos desencadenantes de alcoholismo que se presentan con un porcentaje de frecuencia menor, son la mitomanía y el vivir un mundo de fantasía, presente en el 37,50% de alcohólicos encuestados, así como la angustia enfermiza o existencial en el 31,25% de encuestados, tendencia a la evasión (30,00%), hiperactividad (28,75%), el haber sufrido abuso sexual (22,50%), y la homosexualidad latente en el 3,75% de alcohólicos encuestados.

**3. *IMPACTO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL SINDROME DE
DEPENDENCIA DE ALCOHOL***

Tabla 9. IMPACTO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL

FACTORES					
VARIABLE	SI	%	NO	%	TOTAL
PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN	49	61,25	31	38,75	80
CONFLICTO ENTRE HERMANOS	48	60,00	32	40,00	80
PROBLEMAS ECONÓMICOS	47	58,75	33	41,25	80
INFIDELIDAD	44	55,00	36	45,00	80
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (FÍSICA Y PSICOLÓGICA)	43	53,75	37	46,75	80
PELEAS CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA	39	48,75	41	51,25	80
ENEMISTADES	38	47,50	42	52,50	80
ACTOS DESHONESTOS E INJUSTOS	32	40,00	48	60,00	80
PARTICIPACIÓN EN DESORDENES PÚBLICOS	32	40,00	48	60,00	80
LUCHA DE PODER PADRE E HIJO	21	26,25	59	73,75	80
DELINCUENCIA	16	20,00	64	80,00	80
DELITOS PENALES	13	16,25	67	83,75	80
INSTIGACIÓN A LA MENDICIDAD	12	15,00	68	85,00	80

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Edgar Marvin Villalta Román.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las encuestas realizadas, se establece el impacto de los factores de riesgo en el Síndrome de Dependencia de alcohol, dado por el deterioro en algunas áreas del individuo y algunos conflictos presentados; encontrándose con mayor frecuencia los problemas de comunicación en un 61,25%, los conflictos entre hermanos con un 60%, problemas económicos (58,75%), la infidelidad (55%), la violencia intrafamiliar (53,75%), peleas con otros miembros de la familia (48,75%), enemistades (47,50%), los actos deshonestos e injustos (40%), la participación en desordenes públicos (40%) y minoritariamente la lucha de poder Padre-Hijo (26,25%), la delincuencia (20%), los delitos penales (16,25%) y la instigación a la mendicidad con un 15%.

GUIA DISEÑADA:



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

*GUÍA PRÁCTICA DEL MÉDICO
GENERAL PARA EL DIAGNÓSTICO E
INTERVENCIÓN DEL PACIENTE
ALCOHÓLICO*

Edgar Marvin Villalta Román

DIRECTOR:

Dr. Patricio Aguirre Aguirre

LOJA – ECUADOR

2014

Contenido

INTRODUCCIÓN	94
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN LOJA.....	94
LA ENFERMEDAD DEL ALCOHOLISMO.....	95
IDENTIFICACIÓN DEL ENFERMO ALCOHOLICO	98
DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL (ALCOHOLISMO)	98
BIBLIOGRAFIA:	107

INTRODUCCIÓN

La presente guía está diseñada para el Médico General y genera directrices prácticas, en torno al Diagnóstico e Intervención del Enfermo Alcohólico. Se concibe como un objetivo del trabajo investigativo, titulado: **“FACTORES PREDISONENTES Y DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA Y SU IMPACTO EN EL SÍNDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LOJA”**. Que nace de la problemática presente en el medio y de una realidad que debe ser mejor entendida por los profesionales de la salud.

Si bien la mayoría de los médicos saben que el alcoholismo es una enfermedad que antecede a trastornos clínicos, es común que no se le tome en cuenta al momento de diagnosticar. Es alarmante que, siendo el alcoholismo una enfermedad grave, incurable y tan frecuente, sean desconocidos sus síntomas y características por tantos miembros de la comunidad médica. (1)

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE ALCOHOLISMO IDENTIFICADOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS EN 80 ALCOHOLICOS EN RECUPERACIÓN, QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN LOJA

FACTORES DE RIESGO	Frecuencia
AMIGOS QUE CONSUMEN ALCOHOL	80
HISTORIA FAMILIAR DE ALCOHOLISMO	76
GÉNERO MASCULINO	76
CULTURA CONSUMIDORA DE ALCOHOL	73
RECREACIÓN (BEBER POR BUSCAR SENSACIONES Y EXPERIENCIAS NUEVAS)	71
CONFLICTOS FAMILIARES	70
BAJA AUTOESTIMA	63

TOMADO DE: TESIS “FACTORES PREDISONENTES Y DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA Y SU IMPACTO EN EL SÍNDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LOJA” 2014.

LA ENFERMEDAD DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo activo puede definirse médicamente como un padecimiento crónico y progresivo para el cual no existe cura conocida, implica el uso de bebidas alcohólicas y, a veces, tranquilizantes menores, a tal grado que interfieren en la vida funcional del individuo, según lo manifiestan los problemas de salud, familiares, legales, o emocional. (1)

La dependencia de alcohol es un patrón de uso compulsivo de alcohol, que, según el DSM IV TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana), se define por: la presencia de tres o más áreas mayores de deterioro relacionada con el alcohol, que ocurren en un período de doce meses. Estas áreas pueden incluir tolerancia o abstinencia, utilizando una gran cantidad de tiempo en el consumo y retornando al uso a pesar de las consecuencias adversas físicas o fisiológicas y de los repetidos intentos fracasados de controlar el consumo de alcohol. (2)

Entre muchas definiciones existentes, la adoptada por la ASAM y por el NCADD (National Council on Alcohol and Drug Dependence) resulta útil, completa y actualizada. “El alcoholismo es una enfermedad primaria y crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales, que influyen sobre su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Se caracteriza por presentar en forma continua o periódica: pérdida de control sobre la bebida, preocupación por la droga alcohol, uso del alcohol a pesar de sus adversas consecuencias, y distorsiones en el pensamiento, principalmente negación.” (3)

Enfermedad: Se refiere a una discapacidad involuntaria. Se manifiesta en un conjunto de fenómenos anormales presentados por un grupo de individuos. Estos fenómenos se asocian con una serie de características, por las que estos individuos difieren de la norma, y que los coloca en desventaja.

Primaria: Se refiere al alcoholismo como una entidad clínica (síndrome o enfermedad) adicional o independiente de otros estados psicopatológicos o fisiopatológicos que puedan asociarse con ella. El término sugiere que el alcoholismo, como proceso adictivo, no es un síntoma de un estado mórbido.

- **Factores genéticos, psicosociales y ambientales:** Destaca el carácter etiológico multifactorial del alcoholismo. Cabe mencionar que el énfasis en los factores biológicos está en relación con el objetivo de describir la dimensión biológica del problema que sustenta el concepto de enfermedad. Sin embargo, debe evitarse una interpretación reduccionista del alcoholismo.
- **Frecuentemente progresiva y fatal:** Significa que la enfermedad persiste a lo largo del tiempo y que los cambios físicos, emocionales y sociales son frecuentemente acumulativos y progresan en la medida en que el consumo continúa. El alcoholismo produce muerte prematura a través de sobredosis, complicaciones orgánicas que incluyen el cerebro, hígado, corazón y muchos otros órganos, y contribuye significativamente al suicidio, homicidio, accidentes vehiculares y otros eventos traumáticos.
- **Pérdida de control:** Se refiere a la incapacidad para limitar el uso de alcohol, o para limitar consistentemente la duración del episodio, la cantidad consumida y/o las consecuencias conductuales del beber.
- **Preocupación:** En relación con el uso de alcohol, significa atención focalizada, excesiva dada al alcohol, sus efectos y/o su uso. El valor relativo asignado al alcohol por el individuo frecuentemente lo lleva a desviar sus energías de asuntos importantes de la vida.
- **Consecuencias adversas en las siguientes áreas de la vida:**
 - * *Salud física:* síndromes de supresión, enfermedades hepáticas, gastritis, anemias, problemas neurológicos.
 - * *Funcionamiento psicológico:* trastornos cognitivos, cambios en el ánimo y en el comportamiento.
 - * *Funcionamiento interpersonal:* problemas maritales, violencia intrafamiliar, relaciones sociales afectadas.
 - * *Funcionamiento ocupacional:* problemas escolares o laborales.
 - * *Problemas legales y financieros.*
 - * *Vacío existencial y pérdida de valores.*

• **Negación:** Se emplea no sólo en el sentido psicoanalítico de un mecanismo de defensa psicológico único que distorsiona el significado de los eventos, sino más ampliamente para incluir un conjunto de maniobras psicológicas destinadas a reducir la conciencia del hecho de que el uso del alcohol es la causa de los problemas del individuo y no la solución a esos problemas. La negación se convierte en una parte integral de la enfermedad y un obstáculo mayor a la recuperación.

• **Personalidad alcohólica:** Basándose en la observación clínica, se pueden presenciar ciertos rasgos que caracterizan la personalidad alcohólica:

Inmadurez emocional	Soledad existencial
Tendencia a crear dependencias emocionales	Mitomanía y mundo fantástico
Egocentrismo	Tendencia a la manipulación
Incapacidad de amar Tendencia a la evasión, y Beber	Incapacidad para integrarse a los grupos humanos
Homosexualidad latente	Incapacidad para asimilar las experiencias
Labilidad o endeblez emocional	Incapacidad para tolerar la frustración
Conducta impulsiva	Incapacidad para tolerar el sufrimiento
Angustia patológica o existencial	Vivir sufriendo y sufrir viviendo
Tendencia a la evasión, y Beber	

FUENTE: Las Familias Alcohólicas. Dr. Ernesto Lammoglia.

Los sujetos con personalidad alcohólica presentan una marcada infelicidad y conflictos en su historia familiar. Los alcohólicos nunca se sintieron queridos durante la infancia, o sienten que son una carga para los padres. Y es perfectamente comprensible que el alcohólico adulto, ya en actividad, sea incapaz de establecer una relación afectiva y significativa con sus hijos y con los que le rodean, ya que ve el mundo a través de una neblina emocional que es impenetrable a la capacidad de percepción de la gente que lo rodea o que trata de acercársele. Por eso, el alcohólico se aísla y encuentra imposible integrarse con otros, así sean sus parejas, sus hijos, amigos, etc. Está centrado en sí mismo y preocupado en grado superlativo en él, su imagen y su prestigio.

IDENTIFICACIÓN DEL ENFERMO ALCOHOLICO

Tanto el alcoholismo “Incipiente” como el avanzado pueden ser objeto de manejo satisfactorio; sin embargo, es definitivo que antes de recomendar alguna medida específica, ya sea médica o no (Alcohólicos Anónimos), es necesario diagnosticar correctamente el problema. A menudo los médicos diagnostican sólo la lesión orgánica secundaria e ignoran el problema primario, o sea, el alcoholismo. (1)

Hay varios datos que pueden orientar la presencia de un problema de alcoholismo. A menudo, el consumo excesivo de alcohol se relaciona con síntomas del aparato gastrointestinal, ansiedad (nerviosismo) e insomnio. En particular pueden ser manifestaciones de la abstinencia al alcohol o de la sobre estimulación inicial del sistema nervioso que sigue la sedación inicial (anestesia de emociones) que producen dosis pequeñas de alcohol, Otros trastornos que pueden orientar o alertar al ser observados (médico o no) hacia un problema de alcoholismo son las quemaduras por cigarrillos, el desaliño o aliño exagerado (con abuso de afeites o perfumes) o bien datos de laboratorio en exámenes de rutina, como la baja de potasio no explicable. (1)

Una vez que el personal médico o paramédico ha diagnosticado alcoholismo, es conveniente obtener mayores datos del problema por el interrogatorio. Cuando se toca el tema del alcoholismo, muchos o mejor dicho casi todos los enfermos se colocan a la defensiva, lo que constituye otro síntoma de la enfermedad. Insisten en que pueden “beber o dejar de beber”. Por esta razón, antes de someterlos a interrogatorios médicos, debe motivarse su colaboración pidiéndoles su opinión acerca de la semejanza que guardan sus experiencias con otras personas, incluidos los que reconocen su enfermedad alcohólica. (1)

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SÍNDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL (ALCOHOLISMO)

Anamnesis: Una entrevista bien planificada y desarrollada por alguien que se encuentre bien entrenado, es la herramienta ideal para el diagnóstico del síndrome de dependencia de alcohol, así como de los trastornos inducidos por esta sustancia. Se recomienda utilizar preguntas que puedan generar respuestas positivas, en lugar de las evasivas. La información proporcionada por el propio paciente es fundamental, pero, debido al componente de negación, profundamente arraigado en pacientes dependientes, la información indirecta, cobra especial relevancia en estos casos. Los familiares más allegados (esposas, hermanos, padres, hijos, etc.), compañeros de trabajo, constituyen una riquísima fuente de datos.

Examen Mental: Cambia de acuerdo a la situación de intoxicación, abstinencia, complicaciones, etc. Se buscarán patrones rígidos de pensamiento adictivo.

Examen Físico:

Se buscarán signos de consumo:

- Aliento alcohólico
- Facies característica
- Signos de consumo crónico relacionados con complicaciones orgánicas

CLASIFICACIÓN: Últimamente se han descrito los siguientes subtipos de dependencia de alcohol (Kaplan & Sadock's 2005)

TIPO A: comienzo tardío, dependencia leve, pocos problemas relacionados con el alcohol y psicopatología mínima (a veces denominado tipo 1)

TIPO B: dependencia severa, inicio temprano de los problemas relacionados con el alcohol, significativa historia familiar de uso de alcohol, elevado número situaciones de estrés. Severa psicopatología, uso de múltiples drogas (a veces llamado tipo 2)

TIPO C: bebedores sociales tienden a beber diariamente en moderadas cantidades en situaciones sociales.

TIPO D: bebedores aislados, tienden a beber solos y están sujetos a campañas de bebida

TIPO E: dependencia tipo gamma, incapaz de parar la bebida una vez iniciada.

Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de alcohol.

Abstinencia de Alcohol, cuyo diagnóstico se hace en base a:

- Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades
- Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio 1.:
 9. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
 10. temblor distal de las manos
 11. insomnio
 12. náuseas o vómitos

13. alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 14. agitación psicomotora
 15. ansiedad
 16. crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
- Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
 - Los síntomas no se deben a condición médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si: Con alteraciones perceptivas

Siempre que se haga el diagnóstico de SÍNDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL, debe descartarse la presencia de comorbilidad psiquiátrica, es decir la coexistencia de otro trastorno mental, debido a la alta frecuencia de coexistencia, que en algunos casos llega al 50%.

Así mismo, se buscará la presencia de los llamados **Trastornos Inducidos por el Alcohol:**

13. Intoxicación
14. Abstinencia
15. Delirium inducido por intoxicación alcohol
16. Delirium inducido por abstinencia de alcohol
17. Demencia inducida por alcohol
18. Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
19. Trastorno psicótico inducido por alcohol /Con ideas delirantes/ con alucinaciones
20. Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol
21. Trastorno de Ansiedad inducido por alcohol
22. Trastorno sexual inducido por alcohol

23. Trastorno del sueño inducido por alcohol

24. Otros no especificados

Los trastornos inducidos por alcohol se caracterizan por síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) que se parecen a los de los trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno depresivo mayor versus trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol, con síntomas depresivos, de inicio durante la intoxicación).

La incoordinación y el deterioro de la capacidad de juicio que se asocian a la intoxicación alcohólica pueden parecerse a los síntomas de algunas enfermedades médicas (p. ej., acidosis diabética, ataxia cerebelosa y otras enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple). De forma parecida, los síntomas de la abstinencia de alcohol recuerdan también los de algunas enfermedades médicas (p. ej., hipoglucemia y diabetes cetoacidótica). El temblor esencial, un trastorno frecuentemente familiar, puede sugerir el temblor asociado a la abstinencia alcohólica.

La intoxicación alcohólica (excepto por el aliento) se parece a la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La presencia de alcohol en la respiración no excluye por sí misma las intoxicaciones por otras sustancias, ya que no es raro el consumo de múltiples sustancias de forma concurrente. Aunque en algún momento de la vida es probable que la intoxicación forme parte de la historia de muchos sujetos que beben alcohol. La abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos produce un síndrome muy parecido al de la abstinencia alcohólica.

La intoxicación por alcohol y la dependencia del alcohol se distinguen de otros trastornos inducidos por el alcohol (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, de inicio durante la abstinencia), porque los síntomas de estos últimos trastornos exceden de los que se asocian habitualmente a la intoxicación por alcohol o a la abstinencia de alcohol y, además, son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente. En el DSM III R fue incluida la intoxicación idiosincrásica por alcohol, definida como un cambio de comportamiento acusado, habitualmente con agresividad, que sigue a la ingesta de cantidades relativamente pequeñas de alcohol. Este cuadro clínico debe diagnosticarse, actualmente, como intoxicación por alcohol o trastorno relacionado con el alcohol no especificado.

APOYOS COMPLEMENTARIOS:

➤ I Nivel

- Biometría Hemática (volúmenes corpusculares).
- Electrolitos plasmáticos, BUN, creatinina, glicemia,
- Transferrina, TGO, TGP, GGT, Proteínas, Albumina
- Alcoholemia en sangre
- Eco abdomen si se piensa en casos complicados

➤ II Nivel

- Los exámenes necesarios según cuadro del paciente

➤ III Nivel

- Los exámenes necesarios según cuadro del paciente

Cuestionarios:

CRA, AUDIT, CAGE, etc.

Criterios Técnicos:

Criterios diagnósticos de la dependencia de alcohol, un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que lleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los ítems siguientes, ocurriendo en cualquier momento de un período continuado de doce meses.

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- El síndrome de abstinencia característico para el alcohol (ver criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de alcoholismo (291.8 CIE 10 – F10.3 DSM IV)
- El consumo de alcohol alivia o evita los síntomas de abstinencia
- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo del alcohol
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol, con el consumo de la bebida o, para recuperarse de los efectos de la droga.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
- Se continúa tomando alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo del mismo

Especificaciones: Pueden aplicarse las siguientes especificaciones al diagnóstico de dependencia de alcohol:

- Remisión total temprana/Remisión parcial temprana
- Remisión total sostenida/Remisión parcial sostenida
- En terapéutica con agonistas
- En entorno controlado
- Leve/Moderado/Grave

Especificar si:

- Con dependencia fisiológica
- Sin dependencia fisiológica

TRATAMIENTO:

- **I Nivel**
- Prevención primaria:
 - Consejo población general.
 - Educación sanitaria.
- Prevención secundaria:
 - Detección precoz.
 - Intervención breve:
 - Información positiva sobre los beneficios de la moderación.
 - Información sobre el peligro de la ingesta excesiva.
 - Negociar la reducción, que no sobrepase los límites del consumo moderado o de riesgo bajo.

- El estilo y contenido de la entrevista debe regirse por elementos motivacionales.
- Prevención terciaria:
 - Intervención breve en paciente dependiente. Si no está preparado para iniciar tratamiento de deshabitación, se le cita para revisión cada 1 ó 2 meses con los siguientes objetivos:
 4. Motivar para el cambio.
 5. Reducir el consumo.
 6. Tratar los trastornos relacionados con el consumo de alcohol diagnosticado.
 - Derivación a un recurso especializado:
 4. La derivación implica una responsabilidad compartida. No debe ser reactiva ni defensiva. Existen muchos pacientes que se pierden en la derivación.
 5. Seguimiento de la evolución del enfermo: control del cumplimiento del programa terapéutico.
 6. Prevención de recaídas.
 - Tratamiento de desintoxicación:
 3. Evaluación del síndrome de abstinencia.
 4. Valoración de la realización desintoxicación: Ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria.
 - **Criterios derivación hospitalaria:**
 2. Entorno familiar no colaborador.

➤ **II Nivel**

- Manejo del problema a nivel provincial
- En hospitales generales: Psiquiatría de enlace
- Contacto con grupos de Autoayuda

➤ **III Nivel**

En un hospital especializado se concentran, por un lado la mayor parte de pacientes con severos problemas de dependencia, comorbilidad y serias complicaciones del problema. Este nivel debe contar, además de un programa bien estructurado para el abordaje integral del problema, un equipo profesional interdisciplinario que pueda resolver la mayoría de las situaciones clínicas que se presenten. Además de la asistencia hospitalaria, ambulatoria y de emergencia, deberá contar con programas para la familia y estar abierto a la comunidad para los aspectos preventivos, educativos y de rehabilitación.

En términos generales, se podría describir cinco etapas que se dan en estos contextos:

Valoración: Diagnóstico integral del problema. Se requiere un diagnóstico multiaxial que incluya los siguientes ejes:

- El Cuadro Clínico, la severidad, la presencia de síntomas de abstinencia, la comorbilidad, las complicaciones
- La personalidad, rasgos o trastornos de la misma
- Condiciones médicas simultáneas
- Los estresores
- La evaluación del funcionamiento laboral y social.

Desintoxicación: Tratamiento del síndrome de abstinencia o prevención de su presencia. Tratamiento de las complicaciones

Motivación: Toma de conciencia de la problemática y adquisición del deseo de recuperación.

Deshabitación: Detección y manejo de hábitos perjudiciales, problemas de conducta y comportamientos conflictivos.

Rehabilitación: reinserción familiar, laboral y social y mantenimiento de la recuperación.

Todo hospital deberá contar con un programa de seguimiento de los pacientes, que generalmente han sido hospitalizados y un programa de terapia grupal ambulatoria.

Se valorará el cumplimiento de los objetivos del tratamiento en base a:

- Ausencia del consumo de alcohol y drogas.
- Buena salud física y mental
- Reinserción familiar
- Reinserción laboral
- Reinserción social.

Tratamiento no farmacológico

- Psicoterapia individual/Consejería
- Psicoterapia de pareja
- Psicoterapia familiar

- Psicoterapia grupal
- Modalidades especiales de psicoterapia para alcohólicos.
- VINCULACION con GRUPOS DE ALCOHOLICOS ANONIMOS

Tratamiento Farmacológico:

Prescripción de medicamentos para la dependencia de alcohol.

Medicamentos que han probado su eficacia en ayudar al paciente a reducir el consumo, evitar la recaída, obtener y mantener la abstinencia, son:

- Acamprosato
- Disulfiram
- Naltrexona, que tiene también una presentación inyectable de depósito.
- Ultimamente se está recomendando el Topiramato

No está por demás enfatizar que siendo este un problema crónico, con tendencia a las recaídas, es indispensable mantener la adherencia terapéutica, la que se consigue con un abordaje desde varios ángulos. Por otro lado, la adherencia no es un evento, sino un proceso.

PRONÓSTICO: El alcoholismo es un severo problema de salud y social, está implicado en cerca del 50% de accidentes y muertes accidentales, de un 15% de suicidios. Hay muchas muertes relacionadas con las complicaciones. Los programas de tratamiento tienen diferentes resultados, pero mucha gente con una Dependencia de Alcohol, tiene una completa recuperación. Edwards (2003) manifiesta que es probable que de 100 pacientes de 45 años tratados por dependencia de alcohol y seguidos por 20 años, el 40% estaría muerto, el 30% seguiría bebiendo destructivamente y el 30% estaría en abstinencia. Señala algunos aspectos que influenciarían la recuperación en el plazo largo:

- Características del paciente al inicio de la intervención.
- Aceptación de una meta de tratamiento apropiada
- Involucrarse con AA, además del tratamiento.
- El proceso de recuperación natural.

BIBLIOGRAFIA:

Trabajos citados

1. **Lammoglia, Ernesto.** Las Familias Alcoholicas. México : Grijalbo, 2000, págs. 27-28. 231 - 243
2. Protocolos de Atención Médica. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.** *Alcoholismo. Salud Mental.* 2011.
3. *Concepto del alcoholismo como enfermedad.* **Fernández, Jorge Sánchez-Mejorada.** Venezuela : Universidad Veracruzana, 2007.

g) DISCUSIÓN

DISCUSIÓN:

Si bien las causas del alcoholismo todavía no han sido totalmente aclaradas; sin embargo, *se ha encontrado numerosos “factores de riesgo”*²². Muchos expertos creen que para que se presente el alcoholismo es necesario un contexto de predisposición genética o bioquímica. Algunos expertos diferencian entre el consumo abusivo de alcohol, que puede observarse en cualquier bebedor excesivo, y el síndrome crónico, que según ellos sólo se da en personas con predisposición genética²³. ***Es conocido que la etiología del alcoholismo es multifactorial y que intervienen diferentes factores***²⁴.

En base a los resultados identificamos que la población, tanto de familiares de alcohólicos como los alcohólicos encuestados son adultos, con excepción de dos encuestados que se encuentran en la segunda etapa de la Adolescencia (15 - 19 años) y denotamos que el presente estudio se correlaciona con un estudio internacional realizado en Venezuela en el año 2008, por Neris Marina Ortega Guevara cuyo título es, “El consumo de alcohol, factores de riesgo e información sobre daños a la salud en estudiantes de pregrado”, cuyos participantes se encuentran en edades que fluctúan entre 19 a 31 años y más, en el que el mayor porcentaje de participantes están dentro de las edades de 25 – 27 años (69%), estando en concordancia en parte con este estudio, ya que la mayoría de familiares encuestados están en edades que oscilan de 20 – 39 años (75%), en los alcohólicos encuestados sus edades fluctúan de 40 a 64 años (48.75%), particular que además se realiza en una población en recuperación.

Los estudios realizados a nivel nacional también trastocan en parte con esta investigación y no se relacionan de una manera precisa, como el realizado en Guayaquil titulado: “La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes”, realizado por

²² M.S.P. (2011). Protocolos de atención médica por grupos de edad. *Grupo de protocolos del Adulto*. Salud Mental, **Alcoholismo**. Pág. 1

²⁴ Pérez-Villamil, Á. H. (2013). *Manual CTO Medicina General*. Pag.26

Martha Ramírez Ruiz y Denise de Andrade en el año 2005, realizado en niños de 8 y 12 años, y así trabajos locales sobre alcoholismo que se enfocan más bien en las prácticas de riesgo para el consumo de alcohol y en el consumo de alcohol, los mismos que son encontrados en las bases de datos científicas, y son realizados en poblaciones como adolescentes y estudiantes, más no en una muestra poblacional casi adulta por completo y con el problema específico, lo que establece mayor apreciación de la realidad.

Según los factores de riesgo encontrados en las dos poblaciones encuestadas, se denota que existe una fuerte influencia del factor hereditario para el riesgo y desarrollo de alcoholismo, esto refleja la realidad demostrada en un estudio realizado en México, en el año 2000, a alcohólicos activos y recuperados, titulado “Las Familias Alcohólicas” cuyo autor, el Dr. Psiquiatra, Ernesto Lammoglia, manifiesta en su primer capítulo: “El Alcohólico nace, no se hace” que habla de que el alcoholismo no es una enfermedad que se puede adquirir por contagio o simplemente por malos hábitos y cita diversos estudios científicos que han demostrado que existe una predisposición genética hacia el alcoholismo y esta predisposición hace que la persona sea extremadamente susceptible al alcohol, pero a diferencia de la herencia como tener ojos azules o cierto talento para el arte, no se acepta o ni siquiera se considera que el alcoholismo se trasmite por los genes. Generalmente, la herencia alcohólica se considera como “una debilidad en la fibra moral”.

Los científicos no señalan aun el gen en particular o a otro mecanismo biológico específico que realmente cause alcoholismo, pero hay mucha información sobre la bioquímica de la adicción al alcohol, se sabe que el cuerpo de un alcohólico responde anormalmente al alcohol. Primero reacciona ajustándose al impacto del alcohol, luego se acomoda a él y finalmente se vuelve adicto. (Lammoglia, 2000)

Otro estudio internacional como el realizado por la Dra. Claudia Black y publicado en su libro “Eso no me sucederá” (Hijos Adultos de Padres Alcohólicos), en el año 2000, quien habla, que aunque los hogares se diferencian en cuanto a los estilos de ingestión alcohólica, hay ciertos aspectos

comunes en lo que se refiere a los efectos que el alcoholismo tiene sobre sus hijos. La consecuencia más común para los hijos es que su probabilidad de volverse alcohólicos es mayor que cualquier otro grupo, siendo el alcoholismo una enfermedad generacional, y se consideran que tanto la genética como el ambiente desempeñan un papel en el surgimiento y el avance de la enfermedad.

En cuanto a la edad de inicio del consumo de alcohol, la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente, en el estudio, “los adolescentes: el alcohol y otras drogas”. Información para la Familia 2011, habla de que es común el experimentar con el alcohol durante la adolescencia, algunos adolescentes lo hacen por poco tiempo y luego lo dejan, otros continúan usándolo ocasionalmente sin tener problemas significativos y otros desarrollan una dependencia. Se ha estimado que la edad promedio para iniciar el consumo de alcohol se enmarca entre los 12 y los 15 años. (Psychiatry, 2011). Hecho que se correlaciona con el estudio ya que mayoritariamente (52.50%) los alcohólicos encuestados iniciaron el consumo de alcohol en edades de 10 a 15 años.

Otros factores de riesgo de alcoholismo como los factores familiares identificados en este estudio, hacen evidente que el alcoholismo se relaciona con una mala función familiar, tanto en los familiares de alcohólicos como en los alcohólicos, hecho que tiene similitud con una investigación realizada en Cuba a población masculina alcohólica, mayor de 15 años y que establece la relación entre el alcoholismo y el funcionamiento familiar, en el que se constata que el 58,3% de las familias donde se acoge un alcohólico resultó ser disfuncional, seguido del 19,4% severamente disfuncional y el 11,9% funcional, mientras que el 10,4% de los adictos conviven en una familia moderadamente funcional. Se reflejaron conflictos en el área familiar, como no sentirse apoyado por la misma, insatisfacción de afecto familiar, dificultades en la comunicación y cohesión de sus miembros; por lo que resulta evidente un deterioro en el funcionamiento familiar de estos pacientes.

Es importante tener en cuenta que la familia de un alcohólico puede ser causa y consecuencia de la afección. Cita además a estudios como el realizado por Sandoval JE, Hernández AE en su libro “Alcohol, Mito y Realidad”, publicado por la Editorial Científico Técnica en el año 2004, plantea que la presencia de un alcohólico en la familia desencadena con frecuencia crisis familiares de carácter no transitorio; en estas familias se va produciendo cada vez más un funcionamiento anómalo al afectarse la comunicación entre sus miembros. La familia suele verse involucrada en diferentes eventos de violencia física y psicológica intrafamiliar que en algunos casos repercuten fuera del núcleo familiar: conflictos entre vecinos, riñas callejeras y problemas judiciales que ocasiona el familiar alcohólico. Junto a las dificultades económicas por la pérdida de empleo, se suma la cantidad de eventos negativos que vive la familia, que es consecuente al grado de severidad del mal funcionamiento familiar (Félix Ibrahim Hidalgo Pereira, 2013).

Lo factores psicológicos identificados en la población alcohólica de esta investigación, han sido ya previamente identificados en el estudio realizado por (Lammoglia, 2000), los mismos que se correlacionan, no de una manera sistemática como lo explica en su estudio, quien indica que bajo la observación clínica, se pueden presenciar ciertos rasgos que caracterizan la personalidad alcohólica, siendo estos, los 17 factores psicológicos que se han identificado en los alcohólicos encuestados, aunque difieren en su frecuencia , son factores que además corresponden a 17 síntomas que presenta la personalidad alcohólica y, como consecuencia, el alcohólico desarrolla un rasgo más que es el beber. Identificados así en este estudio todos ellos con diferente frecuencia de presentación.

Estudios como el realizado en Venezuela antes citado, también identifica algunos factores de riesgo similares a los del presente trabajo investigativo. En el cuál se concluye que existe una gran vulnerabilidad del grupo de estudiantes debido a la presencia de factores de riesgo: genero, ausencia de información, presencia de patrón de consumo de sustancias alcohólicas, presencia de amigos y familiares consumidores, ausencia de vigilancia (Guevara, Venezuela 2008.).

Un estudio realizado en la ciudad de Azogues por la Dra. Lara Velecela Sonia Vanessa en el año 2010, guarda relación parcial con el presente estudio, encontrando como factores de riesgo que se asociaron al consumo de alcohol en adolescentes de nivel medio de la ciudad de Azogues, e identificando la depresión, la influencia familiar para el consumo de alcohol, sexo masculino, pero no así la migración de los progenitores.

En nuestra ciudad estudios como el realizado por Andrea Natali Acaro Merino, en alumnos de primero a tercer año de bachillerato del Colegio Instituto Técnico Superior Daniel Álvarez Burneo de la ciudad de Loja, en el año 2012, acerca del consumo de alcohol y tabaco se identifican algunos factores de riesgo que se relacionan con este estudio, como el tener miembros de la familia y amigos que beben, identificado como el mayor riesgo para adoptar hábitos nocivos frente al uso de alcohol.

Así mismo el realizado por Lucy Mireya Rosero Poma y Lady Maritza González Guillén, en los internos del centro de rehabilitación Posada Solidaria del Centro de Apoyo Social Municipal de la ciudad de Loja CASMUL en el período 2008 – 2009. Investigación que concluye en que el mayor impacto en cuanto al consumo de alcohol que se produce en los internos del Centro de Rehabilitación Terapéutica “Posada Solidaria”, es de carácter Psicológico. Por otro lado el 46% de las familias de los internos están de acuerdo, que el consumo de alcohol causa conflictos emocionales y dependencia en sus familiares, los mismos que dañan las adecuadas relaciones intrafamiliares entre ellos.

Rubén Darío Álvarez Herrera en su trabajo investigativo; determinación de los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo del consumo de alcohol que predisponen al alcoholismo, en los estudiantes del Tercer Año de Bachillerato del Colegio Experimental “Bernardo Valdivieso” de la ciudad de Loja, Período: Abril - Septiembre del 2011, identifica que los factores que originan consumo de riesgo se debe mayormente por influencia de amigos, depresión, estrés, soledad y curiosidad, correlacionándose con el presente estudio.

h) CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

1. Los factores predisponentes de alcoholismo en miembros de la familia de alcohólicos que asisten a los grupos de autoayuda para familiares de alcohólicos en Loja son: el **factor hereditario**, siendo la historia familiar de alcoholismo el más frecuente. Los **factores familiares**, presentándose con mayor frecuencia los conflictos familiares y una deficiente relación afectiva y de comunicación entre los miembros de la familia. **Factores escolares**, como los modelos autoritarios de enseñanza y la limitada comunicación docente alumno, son los que mayormente se han identificado. Los **factores socioculturales**, como el estar inmersos en una cultura consumidora de alcohol y la migración que prevalecen, así como los **factores de igualdad**, como el tener amigos que consumen alcohol, y **factores psicológicos**, como la depresión y la ansiedad han sido mayoritariamente considerados por los encuestados.
2. Los factores de riesgo desencadenantes de alcoholismo en los enfermos alcohólicos que asisten a los grupos de autoayuda en la ciudad de Loja son: el **factor hereditario**, siendo la historia familiar de alcoholismo y el tener familiares de primer grado alcohólicos los más importantes. Los **factores familiares**, en los que se identifica con mayor frecuencia los conflictos familiares, las debilidades en los valores éticos y morales, y la disfunción familiar. **Factores escolares**, como la limitada comunicación docente alumno y el maltrato escolar son los más frecuentes. **Los factores socioculturales**, como el estar inmersos en una cultura consumidora de alcohol y la carencia de alternativas culturales, recreativas, educativas y de inclusión laboral en la comunidad que han sido considerados de mayor importancia. **Los factores de igualdad**, como el tener amigos que consumen alcohol y la conducta antisocial, son los que mayoritariamente han estado presentes, así como los factores **psicológicos**; la baja autoestima, depresión y ansiedad. Además se han identificado **otros factores** importantes como el de

recreación (beber por buscar sensaciones y experiencias nuevas) y el tener información errónea sobre las generalidades del alcoholismo se han presentado con mayor frecuencia.

- 3.** *Se establece el impacto de los factores de riesgo en el Síndrome de Dependencia de alcohol, dado por el deterioro moral que han sufrido los alcohólicos encuestados, la vulnerabilidad en algunas áreas de su vida personal, y los conflictos presentados; encontrándose con mayor frecuencia los problemas de comunicación presentes en el 61,25% de alcohólicos encuestados, los conflictos entre hermanos presente en un 60%, problemas económicos (58,75%), la infidelidad (55%), la violencia intrafamiliar (53,75%), peleas con otros miembros de la familia (48,75%), enemistades (47,50%), actos deshonestos e injustos (40%), la participación en desordenes públicos (40%) y minoritariamente, la lucha de poder Padre-Hijo (26,25%), la delincuencia (20%), los delitos penales (16,25%) y la instigación a la mendicidad presente en un 15% de los encuestados.*
- 4.** *Se diseñó la guía práctica que oriente al médico general al diagnóstico e intervención del paciente alcohólico.*

i) RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

1. *Se recomienda, que los organismos prestadores de servicios de salud como el MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, mediante la atención primaria de salud y a través de las visitas domiciliarias; puedan reconocer en las familias lojanas, los factores de riesgo predisponentes de alcoholismo identificados en este estudio. Y así otorgar una atención integral, que incluya al individuo, la familia y la comunidad como núcleos importantes a ser intervenidos, por los equipos de salud, siguiendo como lineamientos los fundamentos de la prevención en materia de drogas dados por el MSP, que promueve:*
 - A. *El desarrollo de habilidades para mejorar la comunicación familiar, la firmeza de los roles y la disciplina.*
 - B. *Establecer siempre relaciones positivas entre pares y apoyo para relaciones positivas en el colegio.*
 - C. *Actividades que sean conducidas por los sectores organizados de la comunidad, con el fin de difundir normas de conducta asertiva.*
 - D. *Programas que deben incluir información sobre drogas para los padres y sus hijos.*
 - E. *Mejorar las relaciones padres-hijos, así como, habilidades para escuchar, comunicarse y resolver problemas.*
 - F. *Alcanzar a familias con niños en cada estado del desarrollo.*
 - G. *Monitorear las actividades de los chicos durante la adolescencia.*
 - H. *Promover factores de protección ante el consumo de alcohol o drogas.*
 - I. *Establecer consejería para familias en riesgo.*

2. Al Ministerio de Salud Pública, se invita a que analicen los resultados del presente trabajo investigativo, para que se coordinen acciones en conjunto con la Universidad Nacional de Loja, las mismas que promuevan principalmente la prevención de los casos de alcoholismo y codependencia en la ciudad, considerando que es en la fase prodrómica este padecimiento, donde el enfermo puede ser encausado por una campaña contra el alcoholismo e impedir su avance a una fase crítica. Además promover estudios prospectivos en las familias donde se registran casos de alcoholismo, para observar a largo plazo el comportamiento de la enfermedad en los miembros de la familia y establecer así conclusiones más precisas en torno al problema.
3. A los grupos de autoayuda y comunidades terapéuticas de la ciudad de Loja, se sugiere sigan manteniendo actividades de cooperación con la comunidad profesional y se mantengan como apoyo a los equipos multidisciplinarios y de especialidades a fines que se encargan del tratamiento y manejo de los casos de alcoholismo en la ciudad.
4. A los médicos/as generales y especialistas que han recibido la guía práctica del manejo e intervención del paciente alcohólico, facilitada por el autor, se expresa, que la apliquen en su actividad diaria profesional, e intenten replicar los conocimientos ahí expuestos, para que cada vez más, los médicos no solo diagnostiquen la lesión orgánica secundaria al problema y no ignoren el problema primario, o sea, el alcoholismo.
5. A los/as alcohólicos/as y familiares de alcohólicos que se entregan diariamente por recuperar su bienestar físico, mental y espiritual en cada uno de los grupos de autoayuda y centros terapéuticos de la ciudad de Loja, a los que asisten; se recomienda que continúen con perseverancia, dedicación y buena voluntad en su intención por recuperarse del problema que tienen en común y sigan ayudando a través de su experiencia, fortaleza y esperanza a más personas con el problema.

j) BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA:

1. CIE 10, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Técnicas Gráficas FORMA S.A., Madrid, 1992.
2. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A.Barcelona, 1995
3. FIRST, M.B., FRANCES, A., PINCUS, H. A., DSM-IV, Manual de diagnóstico, diferencial. Masson, S.A. 1996
4. FREIXA, F. La enfermedad alcohólica, Editorial Herder, Barcelona, 1996
5. JELLINECK, EM. The Disease Concept of Alcholism. New Heaven: Hill Hausen, (1960)
6. NEGRETE, J.C., Epidemiología de los problemas del alcohol en: Negrete. JC, Mardones, J. y Ugarte, G. ets. Problemas médicos del alcohol (Andrés Bello, Santiago, 1985
7. Organización Mundial de la salud CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de de la Enfermedades, Ttrastornos Mentales y del Comportamiento, Madrid, Forma, S.A. (1992)
8. PACURUCU-CASTILLO, S. ALCOHOL Y ALCOHOLISMO, Abuso, dependencia y otros problemas relacionados con el consumo de alcohol. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, 1996
9. SANCHEZ-TURET, M., Enfermedades y Problemas relacionados con el Alcohol. Espaxs, Publicaciones Médicas, Barcelona, 1999.
10. HARRISON (Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, y Kurt J. Isselbacher, Eds), MEDICINA INTERNA, EDICIÓN 17.
11. FARRERAS. Medicina Interna. 14va Edición. Ediciones Harcourt S.A.

12. TEIXIDOR, MASSÓ. Medicina Interna. Editorial Masson. Barcelona España. 1997.
13. REVERENDO JOSEPH L. KELLERMANN. Alcoholismo: Un Carrusel Llamado Negación.
14. GARY ROBERTS Y ALAN OGBORNE. Mejores Prácticas Alcoholismo y toxicomanía Tratamiento y rehabilitación. Ministerio de Salud de Canadá. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/best_pract.pdf.
15. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR. Protocolos de atención médica por grupos de edad. Grupo de protocolos del Adulto, Alcoholismo, Salud Mental. 2011
16. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism website. Disponible en: <http://www.niaaa.nih.gov/> .
17. Black, C. (2000). Eso no me sucederá. México D.F.: El Arbol.
18. Calleja, P. C. (2009). TRASTORNOS Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON SALUD MENTAL. Alcoholismo y drogodependencias. En *ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL* (págs. 293-295).
19. Félix Ibrahim Hidalgo Pereira, G. M. (2013). Alcoholismo y factores de riesgo: *Estudio descriptivo de corte transversal en área rural de Cumanayagua, Cuba*, Resultados.
20. Fernández, J. S.-M. (2007). Concepto del alcoholismo como enfermedad. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*,

http://www.uv.mx/rm/num_antteriores/revmedica_vol7_num1/articulos/concepto.htm.

21. Gómez, C. P. (2010). *MANUAL DE ADICCIONES. Para médicos especialistas en formación*. España: Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol.
22. Guevara, N. M. (Venezuela 2008.). Consumo de alcohol, factores de riesgo e información sobre daños a la salud en estudiantes de pregrado. . *Universidad de Carabobo, 2*.
23. Lammoglia, E. (2000). *Las Familias Alcohólicas*. México: Grijalbo.
24. Mark H. Beers, R. B. (1999). *El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica* 10ma. Edición. Elsevier España.
25. Monteiro, M. G. (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington, D.C 20037, EE.UU.: Organización Panamericana de la Salud.
26. Monteiro, M. G. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario? *REVISTA ADICCIONES*, 100.
27. OMS. (2014). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014, Nota descriptiva N°349*. Ginebra, Suiza.: Notas descriptivas.
28. Pérez-Villamil, Á. H. (2013). *Manual CTO Medicina General*.
29. Psychiatry, A. A. (2011). *The adolescents: The alcohol and other drugs. Facts for Families*. 3:1-2.

- 30.** PUBLICACIONES, M. D. (2007). *Informe sobre Alcohol*. ESPAÑA: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO CENTRO DE PUBLICACIONES .
- 31.** Dr. Enrique Aguilar Z. (2011). "Fundamentos de la prevención en materia de drogas". M.S.P. Pag. 5,6,7.
- 32.** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Sub Secretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública. "Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud" (MAIS). Ecuador. 2013.

k) ANEXOS

ANEXOS:

ANEXO N°1

ENCUESTA N° 1

La presente encuesta pretende conocer de manera general cuales son los “FACTORES PREDISONENTES Y DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA Y SU IMPACTO EN EL SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LOJA”. Para entender de mejor manera este importante problema de salud pública y establecer conclusiones útiles para el manejo adecuado del mismo por los profesionales de la salud, así como el poder emprender acciones de prevención para el desarrollo de la dependencia. Esta información será manejada confidencial y estrictamente con fines de investigación. Para lo cual solicitamos su participación y autorización bajo el consentimiento informado.

Lea por favor atentamente cada pregunta antes de dar respuesta a la misma.

PREGUNTAS DIRIGIDAS A FAMILIARES DE ALCOHÓLICOS

I. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Complete o marque respectivamente:

1. ¿Edad? _____
2. ¿Genero? Masculino: () Femenino: ()
3. ¿Zona de ubicación de su domicilio?: ÁREA URBANA () RURAL ()
4. ¿Nivel de Instrucción? _____
5. ¿Profesión? _____
6. ¿Ocupación? _____

II. FACTORES DE RIESGO

FACTORES FAMILIARES

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

1. ¿Proviene usted de una familia disfuncional? (Según Hunt 2007: “Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente”)
SI ()
NO ()

2. **¿En su familia de origen se han presentado conflictos familiares?**
SI ()
NO ()
3. **¿En su familia de origen se permitía libremente el consumo de alcohol?**
SI ()
NO ()
4. **¿En su familia de origen existió deficiente relación afectiva entre sus miembros?**
SI ()
NO ()
5. **¿En su familia de origen se le aplicó normas de control rígidas o castigos severos?**
SI ()
NO ()
6. **¿En su familia de origen se presentaron debilidades en los valores éticos y morales?**
SI ()
NO ()
7. **¿En su familia de origen sus padres estuvieron ausentes?**
SI ()
NO ()

FACTORES ESCOLARES

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

1. **¿Ha experimentado inadaptación escolar?**
SI ()
NO ()
2. **¿Ha sufrido maltrato escolar?**
SI ()
NO ()
3. **¿Fue sometido(a) a modelos autoritarios de enseñanza?**
SI ()
NO ()
4. **¿La comunicación Docente-Alumno fue limitada?**
SI ()
NO ()
5. **¿Sus profesores tenían una actitud tolerante, permisiva o indiferente ante el consumo de alcohol?**
SI ()
NO ()

FACTORES SOCIALES

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

1. ¿Miembros de su familia han migrado dentro o fuera del País?
SI ()
NO ()
2. ¿Considera usted haber estado inmerso en una cultura consumidora de alcohol?
SI ()
NO ()

FACTORES PSICOLÓGICOS

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

3. ¿Ha presentado en su vida situaciones como las que se citan? (Puede marcar varias opciones)

<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/> TENDENCIA A CREAR DEPENDENCIAS EMOCIONALES
<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	<input type="checkbox"/> LABILIDAD O DEBILIDAD EMOCIONAL
<input type="checkbox"/> HIPERACTIVIDAD	<input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA MANEJAR CONFLICTOS
<input type="checkbox"/> ABUSO FÍSICO	<input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA MANEJAR EL STRESS
<input type="checkbox"/> ABUSO SEXUAL	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SALUD MENTAL
<input type="checkbox"/> MALTRATO EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA ASIMILAR LAS EXPERIENCIAS
<input type="checkbox"/> PERSONALIDAD ADICTIVA	<input type="checkbox"/> MITOMANIA Y MUNDO DE FANTASIA
<input type="checkbox"/> INMADUREZ EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> TRASTORNO DE CONDUCTA
<input type="checkbox"/> EGOCENTRISMO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD DE AMAR
<input type="checkbox"/> HOMOSEXUALIDAD LATENTE	<input type="checkbox"/> VIVIR SUFRIENDO Y SUFRIR VIVIENDO
<input type="checkbox"/> SOLEDAD EXISTENCIAL	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA TOLERAR EL SUFRIMIENTO
<input type="checkbox"/> IMPULSIVIDAD	<input type="checkbox"/> TENDENCIA A LA MANIPULACIÓN
<input type="checkbox"/> IRRESPONSABILIDAD	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA INTEGRARSE A GRUPOS HUMANOS
<input type="checkbox"/> BAJA AUTOESTIMA	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA TOLERAR LA FRUSTRACIÓN
<input type="checkbox"/> TENDENCIA A LA EVACIÓN	<input type="checkbox"/> ANGUSTIA ENFERMIZA O EXISTENCIAL

FACTORES DE IGUALDAD

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

1. ¿Tiene amigos/as que consumen alcohol?
SI ()
NO ()
2. ¿Cree usted haber tenido conducta antisocial?
SI ()
NO ()

FACTOR HEREDITARIO Y OTROS

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

1. ¿Tiene usted familiares alcohólicos? (que no tengan control sobre los límites del consumo de alcohol, padeciendo de una fuerte necesidad de ingerir *alcohol* etílico, lo que interfiere la funcionalidad del individuo según lo manifiestan los problemas de salud, familiares, laborales, legales o emocionales)
SI ()
NO ()
2. ¿Es usted hijo de una persona consumidora consuetudinaria de alcohol o bebedor problema?
SI ()
NO ()
 - 2.1. En caso de una respuesta afirmativa indique ¿Cuál? Marque
PADRE ()
MADRE ()

Complete:

¿Grupo al que asiste para su recuperación?

¿Cuál es el tiempo que tiene recuperándose de los efectos del alcoholismo?

Gracias por su participación

ANEXO N°2

ENCUESTA N° 2

La presente encuesta pretende conocer de manera general cuales son los “FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES DE ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA Y SU IMPACTO EN EL SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN LOJA”. Para entender de mejor manera este importante problema de salud pública y establecer conclusiones útiles para el manejo adecuado del mismo por los profesionales de la salud, así como el poder emprender acciones de prevención para el desarrollo de la dependencia. Esta información será manejada confidencial y estrictamente con fines de investigación. Para lo cual solicitamos su participación y autorización bajo el consentimiento informado.

Lea por favor atentamente cada pregunta antes de dar respuesta a la misma.

PREGUNTAS DIRIGIDAS A ALCOHOLICOS EN RECUPRACIÓN

III. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Complete o marque respectivamente:

1. ¿Edad? _____
2. ¿Genero? Masculino: () Femenino: ()
3. ¿Zona de ubicación de su domicilio?: ÁREA URBANA () RURAL ()
4. ¿Nivel de Instrucción? _____
5. ¿Profesión? _____
6. ¿Ocupación? _____

IV. FACTORES DE RIESGO

FACTORES FAMILIARES

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

1. ¿Tiene usted familiares alcohólicos? (que no tengan control sobre los límites del consumo de alcohol, padeciendo de una fuerte necesidad de ingerir *alcohol* etílico, lo que interfiere la funcionalidad del individuo según lo manifiestan los problemas de salud, familiares, laborales, legales o emocionales)

SI ()

NO ()

2. **¿Proviene usted de una familia disfuncional?** (Según Hunt 2007: “Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente”)
SI ()
NO ()
3. **¿En su familia de origen se han presentado conflictos familiares?**
SI ()
NO ()
4. **¿En su familia de origen se permitía libremente el consumo de alcohol?**
SI ()
NO ()
5. **¿En su familia de origen existió deficiente relación afectiva entre sus miembros?**
SI ()
NO ()
6. **¿En su familia de origen se le aplicó normas de control rígidas o castigos severos?**
SI ()
NO ()
7. **¿En su familia de origen se presentaron debilidades en los valores éticos y morales?**
SI ()
NO ()
8. **¿En su familia de origen sus padres estuvieron ausentes?**
SI ()
NO ()

FACTORES ESCOLARES

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

1. **¿Ha experimentado inadaptación escolar?**
SI ()
NO ()
2. **¿Ha sufrido maltrato escolar?**
SI ()
NO ()
3. **¿Fue sometido(a) a modelos autoritarios de enseñanza?**
SI ()
NO ()

4. **¿La comunicación Docente-Alumno fue limitada?**
SI ()
NO ()
5. **¿Sus profesores tenían una actitud tolerante, permisiva o indiferente ante el consumo de alcohol?**
SI ()
NO ()

FACTORES SOCIALES

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

1. **¿Miembros de su familia han migrado dentro o fuera del País?**
SI ()
NO ()
2. **¿Considera usted haber estado inmerso en una cultura consumidora de alcohol?**
SI ()
NO ()
3. **¿Las leyes y normas permisibles al consumo de alcohol fueron determinantes en su alcoholismo?**
SI ()
NO ()
4. **¿La disponibilidad de alcohol fue determinante para su alcoholismo?**
SI ()
NO ()
5. **¿Cree usted que la ausencia de líderes comunitarios o autoridades sociales que impulsen la marginación, privación económica y social, repercutió en su alcoholismo?**
SI ()
NO ()
6. **¿Para el desarrollo de alcoholismo, cree usted que fue determinante: La carencia de alternativas culturales, recreativas, educativas y de inclusión laboral en la comunidad?**
SI ()
NO ()

FACTORES PSICOLÓGICOS

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

1. ¿Ha presentado en su vida situaciones como las que se citan? (Puede marcar varias opciones)

<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/> TENDENCIA A CREAR DEPENDENCIAS EMOCIONALES
<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	<input type="checkbox"/> LABILIDAD O DEBILIDAD EMOCIONAL
<input type="checkbox"/> HIPERACTIVIDAD	<input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA MANEJAR CONFLICTOS
<input type="checkbox"/> ABUSO FÍSICO	<input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA MANEJAR EL STRESS
<input type="checkbox"/> ABUSO SEXUAL	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SALUD MENTAL
<input type="checkbox"/> MALTRATO EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA ASIMILAR LAS EXPERIENCIAS
<input type="checkbox"/> PERSONALIDAD ADICTIVA	<input type="checkbox"/> MITOMANIA Y MUNDO DE FANTASIA
<input type="checkbox"/> INMADUREZ EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> TRASTORNO DE CONDUCTA
<input type="checkbox"/> EGOCENTRISMO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD DE AMAR
<input type="checkbox"/> HOMOSEXUALIDAD LATENTE	<input type="checkbox"/> VIVIR SUFRIENDO Y SUFRIR VIVIENDO
<input type="checkbox"/> SOLEDAD EXISTENCIAL	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA TOLERAR EL SUFRIMIENTO
<input type="checkbox"/> IMPULSIVIDAD	<input type="checkbox"/> TENDENCIA A LA MANIPULACIÓN
<input type="checkbox"/> IRRESPONSABILIDAD	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA INTEGRARSE A GRUPOS HUMANOS
<input type="checkbox"/> BAJA AUTOESTIMA	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA TOLERAR LA FRUSTRACIÓN
<input type="checkbox"/> TENDENCIA A LA EVACIÓN	<input type="checkbox"/> ANGUSTIA ENFERMIZA O EXISTENCIAL

FACTORES DE IGUALDAD

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

1. ¿Tiene amigos/as que consumen alcohol?

SI ()

NO ()

2. ¿Cree usted haber tenido conducta antisocial?

SI ()

NO ()

¿Sintió usted la presión de su grupo de amigos para consumir alcohol?

SI ()

NO ()

FACTOR HEREDITARIO Y OTROS

Marque con una (X) según lo considere en su respuesta:

1. **¿Tiene usted familiares alcohólicos?** (que no tengan control sobre los límites del consumo de alcohol, padeciendo de una fuerte necesidad de ingerir *alcohol* etílico, lo que interfiere la funcionalidad del individuo según lo manifiestan los problemas de salud, familiares, laborales, legales o emocionales)
SI ()
NO ()
2. **¿Es usted hijo de una persona consumidora consuetudinaria de alcohol o bebedor problema?**
SI ()
NO ()
2.2. **En caso de una respuesta afirmativa indique ¿Cuál? Marque**
PADRE ()
MADRE ()
3. **¿Antes del desarrollo de su Alcoholismo usted padecía de dolor o una enfermedad crónica?**
SI ()
NO ()
4. **¿Ha padecido o padece usted, una enfermedad infecto contagiosa?**
SI ()
NO ()
5. **¿La información general que tenía sobre el alcoholismo fue adecuada?**
SI ()
NO ()
6. **¿Ha tenido salarios económicos inferiores la básica o mala condición económica?**
SI ()
NO ()
7. **¿Bebía por buscar sensaciones y experiencias nuevas?**
SI ()
NO ()

Complete:

1. **¿Grupo al que asiste para su recuperación?**

2. **¿Cuál es el tiempo de abstinencia que tiene?**

3. ¿Edad en la que inició el consumo de Alcohol?

4. ¿En su familia, que tipo de conflictos familiares y problemas han existido?

5. ¿En su persona, han existido de debilidades en valores éticos y morales? Podría mencionarlas.

Gracias por su participación

INDICE

Contenido

CERTIFICACIÓN:	ii
AUTORIA:.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN:	iv
DEDICATORIA:	v
AGRADECIMIENTO:	vi
TITULO:	1
RESUMEN:.....	3
SUMMARY:	4
INTRODUCCIÓN:	6
REVISIÓN DE LITERATURA:.....	11
MATERIALES Y MÉTODOS:	73
RESULTADOS:	78
DISCUSIÓN:	109
CONCLUSIONES:.....	115
RECOMENDACIONES:	118
BIBLIOGRAFIA:.....	121
ANEXOS:.....	126
INDICE	136