1. RESUMEN

El presente estudio se planteó como objetivos establecer la incidencia del Síndrome de Dependencia Alcohólica, determinando el sexo y edad de comienzo de consumo, el tipo de bebida que se consume con mayor frecuencia además se indagó acerca de los principales comportamientos que adoptan los jóvenes en respuesta a los diferentes problemas que se les presentan.

Se aplicó un Test de la OMS para diagnostico del Síndrome Dependencia Alcohólica y una encuesta a 139 alumnos de 9no y 11vo módulo de los cuales el 55 % eran del sexo masculino y el 45% del sexo femenino.

Del total de la población, se determinó que existe un índice de alcoholismo del 20% en las personas del sexo masculino y a nivel del sexo femenino no se encontró ningún caso.

Un dato interesante es que la edad de comienzo del consumo de alcohol en ambos sexos fue entre los 15-19 años. Y el lugar en el que se realiza mayormente su consumo es los bares y discotecas con el 34% en hombres y el 48% en mujeres. El tipo de bebida que mayormente consumen es cerveza con el 50% en hombres y el 44 % en mujeres.

A su vez se identificó que en respuesta a problemas ya sean de índole familiar o sentimental en los dos sexos prefieren conversar con su familia o amigos como medio de desahogo, pero existe un consumo de bebidas alcohólicas elevado en los hombres con un 22% en comparación con las mujeres que solo recurren a esta actividad en un 6% cuando tienen este tipo de problema

SUMMARY

The present study sought to establish the incidence of Syndrome of Alcoholic Dependence, determining the sex and age of consumption beginning, the drink type that wastes away with more frequency one also investigated about the main behaviors that the youths adopt in answer to the different problems that are presented.

A Test of OMS was applied for I diagnose from the Syndrome Alcoholic Dependence and a survey to 139 students of 9no and 11vo module of which 55% was of the masculine sex and 45% of the feminine sex.

Of the population's total, it was determined that an index of alcoholism of 20% exists in people of the masculine sex and at level of the feminine sex he/she was not any case.

An interesting fact is that the age of beginning of the consumption of alcohol in both sexes was among the 15-19 years. And the place in which is carried out its consumption mostly is the bars and discos with 34% in men and 48% in women. The drink type that mostly consumes it is beer with 50% in men and 44% in women.

In turn it was identified that in answer to problems are already of family or sentimental nature in the two sexes they prefer to converse with their family or friends like half of I relieve, but a consumption of drinks alcoholics risen in the men with 22% in comparison with the women exists that alone they appeal to this activity in 6% when they have this problem type.

2. INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial, este estado varía en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida y de acuerdo a las motivaciones de su injerencia, este estado es el que en la actualidad se conoce como intoxicación alcohólica. Hay datos que corroboran que existe el uso de cerveza, vinos y otras bebidas alcohólicas desde hace 3000 años antes de Cristo. Pero el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta alrededor del año 800 después de Cristo.

La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad. La influencia del alcohol se ha visto reflejada en las diferentes esferas de la historia de la sociedad desde tiempos muy remotos.

En la actualidad el consumo de bebidas alcohólicas se ha establecido como algo fundamental, que no puede faltar en toda reunión social, tanto para personas adultas como para menores de edad, es así que los jóvenes le han llegado a considerar como una substancia desinibidora y que les ayuda a mostrar otra personalidad totalmente diferente a la que presentan normalmente, lo que en muchos de los casos los ha llevado a adoptar conductas violentas hacia si mismos o hacia los demás y la aparición de una prematurez en el inicio de su vida sexual activa lo que conlleva en muchos casos a la aparición de embarazo en adolecentes

el abandono de sus estudios y la adquisición de responsabilidades que no son propias de su edad y para las que no se encuentran preparados.

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

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

Además se ha logrado observar una relación entre el incremento de consumo de bebidas alcohólicas y un aumento en la aparición de accidentes de tránsito, suicidios, conductas violentas, violencia doméstica, abuso o maltrato infantil y la negligencia ocurren en mayor medida en ocasiones en que las personas han bebido mucho, pero la mayoría de esas personas no son alcohólicas,

lo que nos hace pensar que el consumo de alcohol se relaciona de manera directa con una alteración en la manera de comportarse y actuar de las personas.

El problema, por tanto, no es solamente que los jóvenes beban, sino que sus formas de beber están más lejos del modelo tradicional y tienen que ver con sus estilos de vida y su manera de divertirse, con su manera de estar y de proyectarse en el mundo. Para analizar esta situación debemos hacerlo desde una triple dimensión: desde el adolescente, desde la sustancia, en este caso el alcohol, y desde el contexto actual: los valores de nuestra sociedad, el sistema productivo, la publicidad, el papel de la familia, de la escuela y de los grupos sociales en lo que conviven.

Por todo lo mencionado se pretendió Determinar la Incidencia del Síndrome de Dependencia de Alcohol en los Estudiantes del 9no y 11vo Módulo del ASH en el año 2009, la edad en la que se inició su consumo, el tipo de bebida alcohólica que más consumen los estudiantes y la prevalencia de acuerdo al sexo. Además Identificar que comportamiento adoptan los jóvenes en respuesta a problemas de índole familiar, sentimental y que actividades se encuentran realizando con el grupo de amigos al que pertenecen, y como ha influido esto para que se produzca el inicio de bebidas alcohólicas en ellos.

Para esto se aplicó un Test de la OMS para Diagnóstico de Síndrome de Dependencia Alcohólica y una encuesta para valorar los principales comportamientos que adoptan los jóvenes en respuesta a diferentes problemas que estos presentan.

Se identifico que el 20% de la población estudiada del sexo masculino presenta algún grado de alcoholismo, que la bebida alcohólica que más se consume es la cerveza con el 47%, la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas seria mayormente entre los 15 y 19 años con el 74%, la actividad que realizan mayormente cuando están bajo la influencia del alcohol es conducir vehículo en un 46%, además se estableció que el consumo de alcohol se da más en bares o discotecas con el 46% y que gran parte de los jóvenes el 15% cuando tienen problemas familiares o sentimentales conversan con sus familiares en un 34% e ingieren bebidas alcohólicas en un 15%. Por todo esto se puede observar la magnitud del problema y que necesita que se inicie acciones de manera urgente para evitar que este problema que se encuentra afectando a los jóvenes de esta institución se siga agravando.

En base a los resultados encontrados se planteó un programa de intervención educativo-preventivo dirigido a los estudiantes de Área de la salud humana.

3. REVISIÓN DE LITERATURA

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

1. ALCOHOLISMO

   a. CONCEPTO DE ALCOHOLISMO

   b. QUE ES EL ALCOHOLISMO

   c. CAUSAS Y EFECTOS DEL ALCOHOLISMO

   d. EPIDEMIOLOGÍA

   e. TIPOS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

      - BEBIDAS AÑEJADAS
      - BEBIDAS FERMENTADAS
      - BEBIDAS DESTILADAS

   f. PATRONES DE CONSUMO

   g. EFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO EN RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ALCOHOLISMO.

   h. FISIOPATOLOGIA Y METABOLISMO DEL ALCOHOL

   i. CUADRO CLINICO Y HALLAZGOS DE LABORATORIO

      - CARACTERISTICAS DESCRIPTIVAS
      - HALLAZGOS DE LABORATORIO

- EXPLORACIÓN FÍSICA Y ENFERMEDADES MEDICAS ASOCIADAS

j. TRANSTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

1. INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA
2. ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

k. DIAGNOSTICO DE ALCOHÓLISMO

- TEST ORRGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
- TEST MAST-MICHIGAN

. l. TRATAMIENTO DEL ALCOHÓLISMO

- MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA INDIVIDUAL
- PSICOTERAPIA DE APOYO
- MANEJO CLÍNICO
- MANEJO DEL SINDROME DE ABSTINENCIA
- MANEJO DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

2. COMPORTAMIENTOS JUVENILES

a) PROBLEMAS JUVENILES ENFOQUE DE RIEZGO
b) CIRCULOS DE RIEZGO
c) FACTORES PREDICTORES DE MAYOR VULNERABILIDAD
d) CONDUCTAS RIESGOSAS EN EL PERIODO JUVENIL

1. ALCOHOLISMO

a) CONCEPTO DE ALCOHOL:

Se considera como alcohol a cualquier clase de compuesto orgánico formado a partir de hidrocarburos por la sustitución de uno o más grupos hidroxilos en un número similar de átomos de hidrógeno.

b) QUE ES EL ALCOHOLISMO

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD que tiene catalogada la ENFERMEDAD ALCOHÓLICA en el epígrafe 303 del glosario de enfermedades, entre las NO TRANSMISIBLES, ha sustituido el término ALCOHOLISMO por el de SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL, en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y lo define como: ..."un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales... un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la

urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una IMPORTANCIA FUNDAMENTAL DEL ALCOHOL, en que el planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener preferencia sobre resto de sus actividades. Además de estos cambios, se observa un estado de alteración psicobiológica, con signos y síntomas a la privación del alcohol. Ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia..."[1]

El alcohólico se caracteriza por depender del alcohol, tanto física como psíquicamente, y la incapacidad de detenerse o abstenerse. La falta de la bebida provoca síntomas de abstinencia.

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

c) CAUSAS Y EFECTOS DEL ALCOHOLISMO

Causas

La mayoría de los expertos concuerda en que los de factores más comunes son:

- Evasión: la bebida se puede usar como un medio para excluir de la mente problemas desagradables en vez de hacerles frente.

[1] Informe del Comité de expertos de la OMS en la Serie de Informes técnicos núm. 650 ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. GINEBRA 1.980

- Soledad: la bebida se puede usar para disminuir el dolor causado por tener pocas amistades, mudanzas frecuentes, no tener "raíces", separación de los seres queridos, etc.
- Miedo: la bebida puede darle a las personas tímidas, inseguras o amenazadas, un falso sentido de confianza en sí mismos y seguridad.
- Falta de control emocional: puede parecer que la bebida alivia los problemas que uno sufre en sus relaciones con otras personas.

Problemas familiares que pueden incidir en que una persona se transforme en alcohólico

- Culpabilidad
- Vergüenza
- Rencor
- Inseguridad
- Delincuencia
- Problemas económicos
- Maltrato físico

Efectos

El alcohol produce sobre el organismo un efecto tóxico directo y un efecto sedante; además, la ingestión excesiva de alcohol durante periodos prolongados conduce a carencias en la nutrición y en otras necesidades orgánicas, lo cual complica la situación. Los efectos sobre los principales sistemas del organismo son acumulativos e incluyen un amplio rango de alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras de estómago y de duodeno, la

pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en los sistemas nerviosos central y periférico.[2] Pueden llegar a producirse desmayos, alucinaciones e intensos temblores, síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica más grave, y el delirium tremens, que puede ser mortal a pesar del tratamiento adecuado; esto último contrasta con los síndromes de abstinencia de drogas como la heroína, que aunque muy aparatosos rara vez son fatales. Se ha demostrado en fechas recientes que la ingestión de alcohol durante la gestación, incluso en cantidades moderadas, puede producir daños graves en el feto, especialmente retraso en el desarrollo físico y mental; la forma más grave de este retraso, poco frecuente, se llama *síndrome de alcoholismo fetal.*

El alcohol se incorpora rápidamente al torrente sanguíneo. A nivel del Sistema Nervioso Central, provoca depresión de las funciones de autocontrol y autocrítica, disminuye la coordinación motriz y afecta la respiración y la circulación.

Los efectos crónicos pueden ser:

- Trastornos severos de la conducta y de la comunicación, tanto afectiva como social
- Disminución de las facultades mentales y obsesión por la ingesta de alcohol
- Trastornos en la sexualidad

[2] IAN A BERNARD. Manual de Orientación Educacional. Pg. 124 a 126

- Lesiones orgánicas, como gastritis, úlceras, pancreatitis aguda y crónica, cirrosis hepática, infertilidad, etc.

Síndrome de abstinencia

Los efectos del síndrome de abstinencia son:

- Delirium tremens:
  - Desorientación - hiperactividad
  - Fiebre - Insomnio
  - Diaforesis - Taquicardia.
- Convulsivo:
  - convulsiones violentas intercaladas con períodos pasivos.
- Alucinación alcohólica:
  - delirium tremens;
  - alucinaciones pronunciadas (en especial auditivas);
  - temor;
  - los restantes signos del delirium tremens.

d) EPIDEMIOLOGÍA

Las tradiciones culturales que fomentan el consumo del alcohol en la familia, en la religión y en la vida social, especialmente durante la infancia, afectan tanto los patrones de consumo de alcohol, como la probabilidad de que se presenten problemas relacionados con él. Los patrones de consumo de alcohol en diferentes países se caracterizan por las acusadas diferencias en la cantidad y frecuencia de su consumo.

En muchas culturas asiáticas la prevalencia global de los trastornos relacionados con el alcohol es relativamente baja; en cambio, la proporción varones a mujeres es alta. Estos hallazgos parecen estar relacionados con la ausencia, en casi el 50 % de los japoneses, chinos y coreanos, del aldehído-deshidrogenasa responsable del metabolismo del alcohol a través del acetaldehído. Cuando estos sujetos consumen alcohol experimentan rubefacción facial y palpitaciones, lo que disminuye la probabilidad de un consumo excesivo. [3]

En Estados Unidos los blancos y los afroamericanos presentan la misma proporción de abuso y dependencia; los latinos presentan proporciones más altas, siendo la prevalencia menor entre las mujeres latinas que entre las mujeres de otros grupos étnicos. Aunque es difícil separar causa y efecto, el bajo nivel educacional, la falta de empleo y un bajo *status* socioeconómico se asocian con trastornos relacionados con el alcohol. Los años de escolaridad no son importantes en la determinación del riesgo de problemas alcohólicos, pero sí lo es el hecho de

[3] Cifras CONCEP 2007. Disponible en: www.wikimediafoundatión.org.com

que la escolaridad no se culmine (p. ej., quienes abandonan la escuela presentan una mayor proporción de trastornos relacionados con el alcohol).

El abuso y la dependencia del alcohol son más frecuentes en varones que en mujeres, en una proporción 5:1. Sin embargo, esta proporción varía en función de la edad. Las mujeres tienden a empezar más tarde el consumo abundante de alcohol en comparación con los varones y, por tanto, también presentan más tarde los trastornos relacionados con el alcohol. Una vez establecido el abuso o dependencia alcohólica en las mujeres, progresa con mayor rapidez, y en la edad media de la vida éstas pueden tener los mismos problemas y en la misma proporción que los varones (problemas de salud, consecuencias laborales o interpersonales). Con la misma cantidad de alcohol ingerida/ kg de peso las mujeres tienden a presentar concentraciones de alcohol en la sangre más altas que los varones debido al menor porcentaje de agua en su organismo, al mayor porcentaje de ácidos grasos y al hecho de que tienden a metabolizar el alcohol más lentamente (debido, en parte, a los menores niveles de alcohol deshidrogenasa en la mucosa del estómago). A causa de estos niveles más altos de alcohol su salud corre un mayor riesgo que la de los varones (sobre todo en lo que concierne a problemas hepáticos) cuando el consumo de alcohol es abundante.[4]

Para identificar la magnitud del problema hay que tener en cuenta que según el MSP: en el año 2000 a nivel nacional se reportaron 2704 casos de personas con problemas de alcoholismo alcanzando una taza de 21,4 x cada 100

[4] DSM IV. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. pag. 207

000 habitantes y esta ha sufrido un incremento para el 2007 de 3376 casos con una taza de 62,2 x cada 100 000 habitantes[5] .

"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 2000 el consumo de alcohol era del 21,4%; en 2001 bajó levemente al 20,6%, pero en 2003 subió al 23,9% y en 2006 llegó al 23,5%.[6]

A nivel de regiones, la Amazonía representa el 36% de los casos, la Sierra el 33,5%, la Costa es el 13,7% y la región insular es cercana al 0%.

A nivel de la ciudad de Loja la incidencia de alcoholismo en el año 2000 reporto 285 casos de alcoholismo alcanzando una taza de 66,4 x cada 100 000 habitantes y esta ha sufrido un incremento notable, para el 2007 de 523 casos con una taza de 120.5 x cada 100 000 habitantes[7], llegando a ser la ciudad con la taza más elevada de personas alcohólicas a nivel nacional en este año.

e) TIPOS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Las bebidas de consumo popular en nuestro país como el aguardiente contienen entre 45 y 65% de alcohol, el whisky, los vinos de 10 a 15% y la cerveza un 5 %.

[5] Informe de la Dirección Nacional de Salud Mental. EPI-2 Ministerio de Salud Publica
[6] Instituto nacional de estadísticas y Censos. Anuario de Estadísticas del Transporte 2006
[7] DINE. Informativo de la Red Epidemiológica del Ecuador.

Para realizar un estudio sobre el alcoholismo a estas se las ha clasificado en tres clases: bebidas añejadas, bebidas destiladas y bebidas fermentadas.

Bebidas Añejadas

Las bebidas añejadas son aquellas que se destilan con esencias como es sabido que el alcohol etílico carece de sabor aromático, los industriales le agregan esencias para hacerlo gustar.

La ginebra: Es en un alcohol aromatizado en donde se usan las bayas de la ginebra.

El ajenjo: Es el alcohol que tiene una infusión de anís y ajenjo.

El Vermut: Esta bebida consiste en azucarar al vino blanco, luego se aromatiza en donde se hace una infusión de ajenjo o de otras sustancias.

Bebidas Fermentadas

Entre las bebidas fermentadas podemos señalar las siguientes: El vino, la sidra y la cerveza.

El vino: El vino se obtiene a través de la fermentación del sumo de uvas Existiendo vino débil, común y licor, de acuerdo al contenido de alcohol; así es débil cuando contienen el 8% de alcohol; tenemos un vino común cuando tiene el 10%. de alcohol, como por ejemplo el Medoc. El vino licor son aquellos que tienen hasta un 20% de alcohol, como un ejemplo de este tipo de vino tenemos el Marsella.

La cerveza: La cerveza se obtiene de la fermentación del azúcar de la cebada mezclada con el agua, luego se aromatiza con lúpulo. La cerveza tiene un contenido aproximado del 6% de alcohol.

La sidra: esta clase de bebida se obtiene a partir de la fermentación del jugo de manzanas o del jugo de peras mezclado con agua. La sidra contiene un 4% de alcohol aproximadamente. Se caracteriza por ser espumante lo que le hace agradable al gusto, pero su valor nutritivo es escaso.

Bebidas Destiladas

Las bebidas destiladas se obtienen a partir de la destilación de las bebidas fermentadas, generalmente su contenido de alcohol oscila entre el 40 al 50 %.

Las bebidas destiladas se dividen en naturales y en artificiales.

Las naturales se extraen de las sustancias naturalmente azucaradas así, tenemos: el coñag y el armañag que son provenientes del vino, el kirsch proveniente de la cerveza , el ron proviene de la caña de azúcar, una vez destilado el jugo de la caña, al producto de la destilación se le agregan algunas sustancias para darle el color y bouquet

En cambio las artificiales provienen de aquellas sustancias que naturalmente son feculentas o amiláceas: como el trigo, la papa, etc.

f) PATRONES DE CONSUMO

Los patrones de consumo constituyen:

- **Consumo social y recreativo:** se produce en ambientes sociales entre amigos o compañeros que desean compartir una experiencia agradable.

- **Consumo circunstancial y situacional:** Se define como un consumo auto limitado o temporal que es motivado por el deseo de conseguir un efecto farmacológico que permita afrontar una situación específica.

- **Consumo intensificado o abuso:** se caracteriza por el consumo prolongado y programado de alcohol de por lo menos una vez al día, o es motivado por la necesidad de obtener alivio para un problema físico o emocional. Representa la primera forma de alcoholismo.

- **Consumo disfuncional o dependencia:** Se caracteriza por una conducta de búsqueda compulsiva, hacia el alcohol, pérdida del control, consumo crónico progresivo a pesar de las consecuencias y gran tendencia a las recaídas.[8]

El alcoholismo se relaciona inicialmente con una dependencia psicológica y luego física:

- **Psicológica:** estado de adaptación psicológica en el que el etanol es necesario para procurarse placer o disipar un estado de malestar.

[8] RENATO D. ALARCON. Psiquiatría 2da Edición pag. 305-306

- **Física:** estado de adaptación física, en el que las neuronas dependen del etanol para obtener la excitación que brinda satisfacción y alivio al individuo que consume el alcohol.

g) EFECTO DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO EN RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ALCOHOLISMO

Efecto a corto plazo: El alcohol tiene efectos a corto y a largo plazo tanto fisiológico como psicológico. Una vez ingerido es absorbido en la sangre sin digestión. Cuando alcanza el cerebro su efecto fisiológico a corto plazo es deprimir el SNC en su funcionamiento. Cuando el contenido de alcohol en el torrente sanguíneo es de alrededor del 0,1% (el equivalente a beber 150ml de Whisky o cinco vasos de cerveza), se deteriora la coordinación muscular: el bebedor puede tener problemas para caminar en línea recta o para pronunciar ciertas palabras. Con un nivel de alcohol en la sangre del 0,5 %, la persona puede perder el conocimiento o incluso morir.

Los efectos fisiológicos a corto plazo del alcohol en una persona especifica son determinadas por el peso corporal de un individuo, la cantidad de alimento presente en el estomago, la velocidad de ingestión sobre el tiempo, la experiencia

anterior con la bebida, la herencia, los factores personales y el ambiente y cultura del bebedor.

Los efectos psicológicos a corto plazo del alcohol a menudo incluyen sentimientos de felicidad, perdida de las inhibiciones (debido a que el alcohol deprime los centros cerebrales inhibidores), juicio deficiente y reducción de la concentración. Los efectos precisos también dependen de la situación o contexto con que ocurre la ingestión. Las reacciones también dependen de la expectativa que han desarrollado los individuos con respecto al alcohol. La bebida abundante y prolongada a menudo deteriora el desempeño sexual y produce malestar.

Efectos a largo plazo: Los efectos psicológicos a largo plazo de beber en abundancia son más graves. La mayoría de las personas comienzan a beber en situaciones sociales. Debido a que el alcohol alivia la tensión, los bebedores tienden a beber más y con mayor frecuencia. Los niveles de tolerancia pueden incrementarse durante un periodo de meses o años o embriagarse con pequeñas cantidades.

Debido al stress, a la incapacidad para afrontar de manera adecuada o a una predisposición biológica al alcoholismo, algunos bebedores se preocupan con pensamientos sobre el alcohol. Pueden preocuparse respecto así habrá suficiente alcohol en una fiesta; pueden intentar beber de manera discreta e incluso a escondidas. Comienzan a consumir grandes cantidades y pueden prácticamente tragarse bebidas. Estos bebedores con frecuencia sienten culpa; se dan cuenta de

que su forma de beber es excesiva. La bebida abundante y continua puede conducir a perdidas del conocimiento, períodos en los que los bebedores no recuerdan sus actividades.

Aunque relativamente pocos estudios han examinado a las mujeres alcohólicas la evidencia disponible sugiere que existe las diferencia de género. Por ejemplo las mujeres alcohólicas reportan más problemas en la infancia, tales como padres alcohólicos, infancias infelices y hogares destruidos, que los hombres alcohólicos. Además, las mujeres se vuelven bebedoras problema a una edad posterior a la de los hombres. Estos hallazgos sugieren que las perspectivas basadas en la investigación con hombres alcohólicos deben ser examinadas con cuidado para su aplicabilidad a las mujeres.

Los efectos fisiológicos a largo plazo del consumo del alcohol incluyen un aumento de la tolerancia conforme la persona se acostumbra a este, malestar físico, angustia y alucinación. El alcoholismo crónico destruye células cerebrales y a menudo es acompañado por hábitos nutritivos deficientes y deterioro físico. Por tanto el hemisferio cerebral izquierdo de los alcohólicos se ha encontrado menos denso que los de un grupo control.

Otras consecuencias directas o indirectas por lo general atribuidas al alcoholismo crónico son enfermedades del hígado tal como la cirrosis, en la que se desarrolla una cantidad excesiva de tejido fibroso e impide la circulación de la sangre; Falla del corazón; hemorragias de los capilares, sobre todo de los que se encuentran en los lados por dentro de la nariz, y canceres de la boca y garganta. El

consumo de alcohol en mujeres embarazadas puede afectar a los productos; los niños que sufren de síndrome alcohólico fetal nacen con retardo mental y deformidades físicas.

h) FISIOPATOLOGÍA DEL METABOLISMO DEL ALCOHOL

Luego de ser ingerido el alcohol se absorbe con facilidad en el tracto gastrointestinal; es una de las pocas substancias que se pueden absorber en el estómago. El alcohol se puede considerar como una substancia intermedia entre alimento y droga. Proporciona calorías pero no puede descomponerse ni ser almacenado como las proteínas, las grasas y los HC. Como alimento el alcohol se produce por tres vías simultaneas:

- El sistema de alcohol deshidrogenasa (ADH), ubicado en el citoplasma de los hepatocito.

- El sistema de Oxidación del Etanol microsómico (MEOS), ubicado en el retículo endoplasmático.

- La Catalasa, ubicado en los peroxizomas.

Las vías de la ADH y MEOS producen trastornos metabólicos y tóxicos específicos y las tres vías general acetaldehído un metabolito muy tóxico.

La vía de MEOS ubicado en el retículo endoplasmático liso, produce acetaldehído y radicales libres. La ingestión prolongada y excesiva de alcohol produce inducción enzimática y aumento de la actividad de MEOS. Una de las enzimas más importante del MEOS, miembro del sistema CYP 450 también produce la oxidación de otros componentes entre ellos diversas drogas, toxinas, vitaminas A y D y substancias carcinógenas. El aumento de la actividad de este sistema aumenta la susceptibilidad de las personas que consumen grandes cantidades de alcohol a los efectos hepatotóxicos a las toxinas industriales, de los anestésicos, de los carcinógenos químicos, de las vitaminas y del analgésico paracetamol.

Los productos finales del metabolismo del alcohol causan una variedad de trastornos metabólicos que pueden provocar daño hepático. El acetaldehído por ejemplo, tiene efectos tóxicos múltiples sobre las células hepáticas y la función del hígado. La edad y6 el sexo son factores importantes en el metabolismo del alcohol y en la producción de matabolitos tóxicos. La testosterona deprime el sistema de ADH. Por eso las mujeres tienden a producir mayores cantidades de Acetaldehído y son más propensas a sufrir daño hepático por alcohol que los hombres. La edad también influye en la capacidad hepática de metabolizar el alcohol y en la resistencia de los efectos hepatotóxicos. El daño hepático se relaciona con el consumo promedio diario del alcohol y con la duración del abuso de alcohol. En general es raro que un consumo diario de alcohol menos a 80 g en el hombre y de 40 g en la mujer produzca enfermedad hepática.

El metabolismo del alcohol requiere un cofactor, el dinucleótido de Nicotinamida y la Adenina (NAD), que es necesario para que muchos otros procesos metabólicos entre ellos los metabolismos de los pirubatos, uratos y ácidos grasos, el alcohol compita con el uso del NAD y tiende a alterar algunas funciones metabólicas del hígado. El uso preferencial de NAD en el metabolismo del alcohol puede generar un aumento de la producción y acumulación de ácido láctico en la sangre. Al disminuir la disponibilidad del NAD, el alcohol también altera la capacidad del hígado de formar glucosa a partir de los aminoácidos o de otras substancias precursoras. La ingestión excesiva de alcohol en periodos de depleción de los depósitos de glucógeno hepáticos puede producir una hipoglucemia producida por el alcohol lo que puede tornarse en un problema para el alcohólico que vomita y que no come por varios días.[9]

i) CUADRO CLINICO Y HALLAZGOS DE LABORATORIO

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. La dependencia del alcohol y el abuso de alcohol se asocian con frecuencia a la dependencia y el abuso de otras sustancias (p. ej., Cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y nicotina). El alcohol puede usarse para aliviar los efectos secundarios de estas sustancias o para sustituirlas en caso de no disponer de ellas.

[9] PORT. Fisiopatología. Salud –Enfermedad: Un Enfoque Conceptual pag. 933-934

Los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio acompañan frecuentemente y a veces preceden la dependencia del alcohol. La intoxicación por alcohol se asocia en ocasiones con amnesia para acontecimientos sucedidos durante la intoxicación (lagunas o blackouts). Este fenómeno puede estar relacionado con la presencia de niveles altos de alcoholemia y quizá con la rapidez con que se alcanzan dichos niveles.

Los trastornos relacionados con el alcohol se asocian a un aumento significativo del riesgo de accidentes, violencia y suicidio. Se estima que aproximadamente la mitad de las muertes por accidentes de tráfico se deben a que el conductor o el peatón están bebidos. La intoxicación alcohólica grave, especialmente en sujetos con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia con la ejecución de actos criminales. Por ejemplo, más de la mitad de todos los asesinatos y sus víctimas se cree que presentaban intoxicación por alcohol en el momento del asesinato. La intoxicación alcohólica grave contribuye también a la desinhibición y a los sentimientos de tristeza e irritabilidad que contribuyen a los intentos de suicidio y a los suicidios consumados. Los trastornos relacionados con el alcohol contribuyen al absentismo laboral, a los accidentes laborales y a la disminución de la productividad. El abuso y la dependencia del alcohol, junto con el abuso y la dependencia de otras sustancias, presentan una alta prevalencia entre los sujetos sin hogar (homeless) en Estados Unidos.

Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia pueden asociarse también a la dependencia alcohólica. Aunque el comportamiento antisocial y el trastorno antisocial de la personalidad suelen

asociarse a trastornos relacionados con el alcohol, es más frecuente que se asocien a trastornos relacionados con sustancias ilegales (p. ej., cocaína, heroína o anfetaminas) que, con frecuencia, dan lugar a actos criminales.

Hallazgos de laboratorio. Un indicador sensible del consumo abundante y prolongado de alcohol es la elevación (> 30 U) de la gammaglutamiltranspeptidasa (GGT). Esta prueba puede ser la única anómala de todas las pruebas de laboratorio.

Por lo menos el 70 % de los sujetos con elevación de la GGT bebe de manera abundante y persistente. El volumen corpuscular medio (VCM) puede estar elevado en sujetos que beben de forma abundante a causa de deficiencias de algunas vitaminas B, así como por los efectos tóxicos del alcohol sobre la eritropoyesis. Aunque el VCM se utiliza para ayudar a identificar a los bebedores que consumen alcohol en abundancia, es un mal método para controlar la abstinencia debido a la larga vida media de los hematíes.

Las pruebas de función hepática (p. ej., la transaminasa glutamicooxalacética [SGOT] y las fosfatasas alcalinas) pueden revelar lesión hepática a consecuencia del consumo abundante de alcohol. Cabe observar elevaciones de los lípidos en la sangre (p. ej., triglicéridos y colesterol) como consecuencia de la disminución de la glucogénesis asociada al consumo abundante de alcohol. Unos niveles altos de ácidos grasos en la sangre contribuyen también al desarrollo de hígado graso. Niveles altos dentro de los

valores normales de ácido úrico, sin ser específicos, pueden aparecer en grandes consumidores de alcohol.

La prueba más válida para medir el consumo de alcohol es la concentración de alcohol en la sangre, que puede usarse para estimar la tolerancia al alcohol. Se considera que un sujeto con una concentración de etanol de 100 mg/dl que no muestra signos de intoxicación ha adquirido un cierto grado de tolerancia al alcohol. Cuando la concentración de etanol alcanza los 200 mg/dl muchos sujetos sin tolerancia presentan una intoxicación grave.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. La ingestión repetida de dosis altas de alcohol puede afectar casi todos los órganos, especialmente, el tubo digestivo, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central y periférico. Los efectos gastrointestinales incluyen gastritis y úlceras de estómago o duodeno, y cerca del 15 % de los grandes consumidores de alcohol presentan cirrosis hepática y pancreatitis. También se observa un aumento de la proporción de cáncer de esófago, estómago y de otras partes del tubo digestivo. La hipertensión moderada es una de las enfermedades asociadas con más frecuencia.

Menos frecuentes son la miocardiopatía y otras miopatías, aunque aparecen en mayor proporción entre los bebedores de grandes cantidades de alcohol. Estos factores, junto con acusados aumentos de los niveles de triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad (colesterol) contribuyen a un mayor riesgo de cardiopatía. La neuropatía periférica se demuestra por debilidad

muscular, parestesias y disminución de la sensibilidad periférica. Los efectos más persistentes del sistema nervioso central incluyen déficit cognoscitivo, deterioro grave de la memoria y cambios degenerativos en el cerebelo. Estos efectos están relacionados con la deficiencia de vitaminas (en especial déficit de vitamina B, incluyendo el de tiamina). El efecto más devastador del sistema nervioso central es el trastorno amnésico persistente, que es relativamente poco frecuente (síndrome de Wernicke-Korsakoff), en el que está gravemente deteriorada la capacidad para procesar nuevos datos en la memoria.

Muchos de los síntomas y hallazgos físicos asociados con los trastornos relacionados con el alcohol son consecuencia de enfermedades ya mencionadas antes. Como ejemplos cabe mencionar la dispepsia, las náuseas y la hinchazón que acompañan a la gastritis y a la hepatomegalia; las alteraciones hepáticas se acompañan de varices esofágicas y hemorroides. Otros signos físicos son temblor, marcha inestable, insomnio y disfunción de la erección. Los sujetos con dependencia alcohólica crónica pueden presentar una disminución del tamaño testicular y signos de feminización a causa de la disminución de los niveles de testosterona.

El consumo de alcohol abundante y repetido durante el embarazo puede asociarse a abortos espontáneos y síndrome alcohólico fetal. Los sujetos con historia de epilepsia o graves traumatismos craneales tienen más probabilidad de presentar crisis comiciales. La abstinencia de alcohol se asocia a náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, sequedad de boca, abotargamiento facial y edema periférico.

La intoxicación por alcohol puede dar lugar a caídas y accidentes que pueden provocar fracturas, hematomas subdurales y otras secuelas de traumatismos craneales. La intoxicación alcohólica repetida y grave puede suprimir los mecanismos inmunológicos y predisponer a infecciones y al aumento de riesgo de cáncer. Por último, no reconocer la abstinencia alcohólica en sujetos en los que no se ha valorado la dependencia alcohólica conlleva el riesgo de un mayor coste y un tiempo de hospitalización más prolongado.[10]

j) TRANSTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

INTOXICACIÓN ALCOHOLICA. La intoxicación por alcohol no es un síndrome trivial ya que intoxicaciones extremas puede llevar al coma, depresión respiratoria y muerte debida a bien a la parada respiratoria o a la aspiración del vómito. El tratamiento de la intoxicación grave requiere ventilación mecánica en una unidad de cuidados intensivos, atención al control del equilibrio acido-base del paciente, los electrolitos y la temperatura. Algunos estudios del flujo sanguíneo cerebral (FSC), durante la intoxicación han puesto de relieve un

[10] DSM IV. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. pag. 205-206

discreto incremento de dicho flujo tras la ingesta de pequeñas cantidades de alcohol, pero una clara disminución cuando la ingesta es continuada.[11]

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (p. ej., comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después (Criterios A y B). Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma (Criterio C). Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiacepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso, si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre.

[11] HAROLD I. KAVIN. Psiquiatría Clínica. Ciencias de la Conducta. Pag. 445

INTOXICACIÓN AGUDA:

En el alcoholismo agudo o embriaguez de acuerdo con los fenómenos orgánicos y mentales que se producen en el individuo, se puede distinguir cuatro períodos: 1. Fase prodrómica, 2. De excitación; 3. De confusión o perturbación; 3. El del coma.

FASE PRODRÓMICA: (0,25 g/l -0,3 g/l) Cuando el individuo percibe un cambio en su estado mental. Determinados test psicomotores y aptitud revelan ALTERACIONES que afectan la percepción de los sentidos y una disminución de los reflejos.

EXCITACIÓN: (0,3 g/l 1,5 g/l) Perdida de la inhibición y perdida del autocontrol con parálisis progresiva de los procesos mentales más complejos, este es el primer estado que puede comportar cambios de personalidad.

En este período se ha llegado a comprobar que el individuo siente un bienestar tanta orgánico como psicológico. Acusa una verdadera euforia, con rapidez de reacción a los estímulos, los hechos son interpretados con claridad; en el aspecto afectivo, los sentimientos sufren exageración y activamente los movimientos tales como la palabra y toda manifestación intelectual sufren también exageración. Como conclusión podemos decir que en el individuo se nota una verdadera hiperactividad de sus funciones mentales.

CONFUSIÓN O PERTURBACIÓN: (1,5 g/l - 3 g/l), Empieza a aparecer temblor, confusión mental, incoordinación motriz: generalmente, la persona acaba durmiéndose.

A medida que el individuo va ingiriendo mayor cantidad de alcohol, todas las manifestaciones del período anterior empiezan a declinar, y así se observa, que las funciones orgánicas tales como: respiración, circulación, digestión. etc., funcionan mal psicológicamente. Esa clarividencia para interpretar los hechos que existan en el período de excitación, aquí se convierten en ofuscación y como consecuencia las sensopercepciones son mal interpretadas, la ideación, el juicio y demás procesos intelectuales, entran en un periodo de decadencia, la voluntad tiende a desaparecer ya que todos los frenos individuales decaen, luego los actos entonces ejecutados por estos sujetos no son sino únicamente el resultado del temperamento personal. Esta es la razón para que el sujeto se vuelva agresivo sin ninguna norma de ética y aún con sacrificio de su personalidad.

COMA Y MUERTE: (>3 g/l) La característica de este período que se ha observado es la abolición casi total de las funciones de reacción. En el aspecto orgánico del sujeto, aparece primeramente sopor, es decir un sueño morboso y pesado que luego termina en un sueño profundo, psicológicamente ha perdido toda relación con el medio ambiente, quedando únicamente las funciones de la vida vegetativa. Otros autores de este período lo suelen llamar estado letárgico.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

El alcoholismo crónico proviene del abuso diario del alcohol o sea que el individuo está habituado y hace uso de las bebidas alcohólicas una profesión. Es todo lo contrario de lo que sucede en el caso de la ebriedad aguda, que habitualmente desaparece sin dejar rastros, la ebriedad consuetudinaria deja profundas huellas en el organismo y un estigma de la degeneración que se transmite frecuentemente a la descendencia del bebedor. Se trata de un mal que en otros tiempos adquirió proporciones alarmantes.

Orgánicamente en el alcohólico crónico se observa un déficit funcional de todos sus órganos y sistemas tanto circulatorio, respiratorio, digestivo, nerviosa, etc.

Es de mucha importancia el estudio psicológico del alcoholismo crónico, porque se ha observado en su aspecto intelectual decae progresivamente, pudiendo llegar hasta la demencia. La ideación se reduce exclusivamente al concretismo desapareciendo toda concepción abstracta.

En el alcohólico crónico no se puede hablar de libertad, puesto que es víctima y está dominado por la pasión del alcohol. Decisión tampoco existe ya que ésta es la consecuencia de la deliberación serena, lo que no existe en el ebrio consuetudinario ya que no tiene una serenidad absoluta para decidir sus actos y únicamente lo hace a impulsos de su intoxicación habitual.

En lo referente a sus sentimientos afectivos se observa una pérdida total, aún en los sentimientos más elevados Como son los de la paternidad. Conyugales, el amor a los hijos, etc. Aun más se observa una despreocupación total por su propia personalidad.

También los sentimientos éticos y las actividades morales se pervierten, y ésta es la razón para que ésta clase de sujetos realicen cualquier clase de actos antisociales, ya que están guiados exclusivamente por la necesidad imperiosa del alcohol.

Como también se observa toda clase de percepción o anulación de la función generadora que se traduce en impotencia en el hombre y frigidez y frialdad en la mujer, pero sin embargo no es difícil que en ciertos períodos por la falta de sentido moral que hay en estos sujetos y por la excitación paroxística puede convertirse en un agente de delitos sexuales generalmente de Carácter pervertido.

Si a todo lo anotado, tomamos en cuenta el aspecto económico familiar, social, se observa que el alcoholismo consuetudinario se ha convertido en un verdadero lastre social.

Se ha descrito las alteraciones orgánico - mentales del alcohólico crónico, para comprobar que estas alteraciones alcanzan su máxima intensidad en la intoxicación aguda, puesto que en ésta, las sensaciones son mal interpretadas produciendo verdaderas alucinaciones y de las más variadas ya sean visuales, auditivas, táctiles, Las mismas que producen angustias y desesperación. No son

raras las alucinaciones de celos de índole familiar aún de índole social, están representados por- actos de agresividad existiendo por tanto una verdadera confusión mental, lo que es peor aún de razonamiento. En la esfera afectiva, la emoción de odio o de miedo, es la predominada; mientras los sentimientos desaparecen. En éste estado los instintos de conservación individual también se pervierten pudiendo llegar a su suicidio.

Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por alcohol

A. Ingestión reciente de alcohol.

B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

(1) lenguaje farfullante

(2) incoordinación

(3) marcha inestable

(4) nistagmo

(5) deterioro de la atención o de la memoria

(6) estupor o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

ABSTINENCIA DE ALCOHOL

La característica esencial de la abstinencia alcohólica es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol (Criterios A y B). El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o pulsaciones por encima de 100); aumento del temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora; ansiedad, y crisis epilépticas.

Cuando se observen alucinaciones o ilusiones, el clínico puede especificar con alteraciones perceptivas. Los síntomas pueden provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social y de otras áreas importantes de la actividad del sujeto (Criterio C). Los síntomas no han de

deberse a enfermedad médica ni ser explicados mejor por otro trastorno mental (p. ej., abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o trastorno de ansiedad generalizada) (Criterio D).

Los síntomas se alivian con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. Los síntomas de abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente (p. ej., entre 4 y 12 horas) después de haber interrumpido o reducido la bebida. Sin embargo, los síntomas de abstinencia pueden aparecer tras largos períodos de tiempo (p. ej., unos días). Debido a la vida media corta del alcohol, los síntomas de abstinencia alcanzan su mayor intensidad durante el segundo día de abstinencia y mejoran de forma marcada al cuarto o quinto días. Sin embargo, a los síntomas de abstinencia pueden seguir síntomas de ansiedad, insomnio y disfunción autonómica en distintos grados de intensidad durante períodos de 3 a 6 meses.

Menos del 5 % de los sujetos presenta síntomas de abstinencia más graves (p. ej., hiperactividad autonómica intensa, temblores y delirium por abstinencia de alcohol). Las crisis comiciales de gran mal aparecen en menos del 3 % de los sujetos. El delirium por abstinencia de alcohol incluye alteraciones cognoscitivas y de la conciencia, y también alucinaciones visuales, táctiles o auditivas («delirium tremens»). Cuando aparece el delirium por abstinencia es probable que exista una enfermedad médica asociada (p. ej., insuficiencia renal, neumonía, hemorragia digestiva, secuelas de traumatismos craneales, hipoglucemia, alteraciones del equilibrio electrolítico o estado postoperatorio).

Puede aplicarse la siguiente especificación para el diagnóstico de abstinencia de alcohol:

Con alteraciones perceptivas. Esta especificación debe anotarse cuando las alucinaciones con juicio de realidad intacto o las ilusiones auditivas, visuales o táctiles aparecen en ausencia de delirium. Juicio de realidad intacto significa que el sujeto sabe que las alucinaciones son inducidas por la sustancia y no representan la realidad externa. Cuando las alucinaciones aparecen en ausencia de un juicio de realidad intacto, debe considerarse un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, con alucinaciones.

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de alcohol

A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

(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)

C. 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.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.[12]

k) DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

CRITERIOS PARA DEPENDENCIA DE SUBSTANCIAS

Dependencia: Exige tres de los siguientes criterios los cuales deben tener una duración mayor a doce meses:

1. Sustancia tomada a menudo en grandes cantidades.

2. Intentos por controlar o terminar el uso de una sustancia

[12] DSM IV. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. pag. 191-203-204

3. Gran cantidad de tiempo gastado en el consumo o en la recuperación
4. Cuadro frecuentes de intoxicación.
5. Abandono o reducción de actividades laborales sociales o recreativas.
6. Consumo crónico a pesar de los problemas físicos — psicológicos — sociales.
7. Necesidad de cantidades mayores para alcanzar el efecto deseado.
8. Signos y síntomas de abstinencia luego de la supresión o reducción.
9. Ingesta de alcohol para aliviar los síntomas de abstinencia

Abuso: Exige solo uno de nueve criterios anteriores en el cual debe perdurar durante 12 meses.

Se Han elaborado algunos test que sirven para realizar el diagnostico del síndrome de dependencia alcohólica planteados por algunas organizaciones como el de la OMS, (Ver anexo 1), o el de MAST-Michigan.[13]

l) TRATAMIENTO DEL SINDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA INDIVIDUAL

Las dos áreas en que los gobiernos han intervenido más para modificar conductas a través de leyes respaldadas por penas criminales son con la

[13] GERMAN E. BARROS. Medición Clínica En Psiquiatría. Psiquiatría y Psicología

conducción de automóviles después de haber bebido y la embriaguez pública. La evidencia sugiere que la conducta responde al riesgo percibido de ser arrestado. Cuando las leyes son aplicadas de manera adecuada disminuye la frecuencia que se consume alcohol y se reducen los accidentes y las muertes asociadas; ayudan a mantener una percepción social que desaprueba el que se conduzca después de haber bebido y proporcionar una oportunidad para atacar fuertemente una conducta si la sociedad esta dispuesta a que se otorguen recursos, se publicite la medida y la tención necesaria para que la convicción de que es inapropiado beber y conducir sea un fenómeno social mas que un concepto abstracto.

La persuasión negativa busca cambiar conductas a partir de las amenazas de consecuencias adversas, por ejemplo, o penas por conducir automóviles bajo los efectos del alcohol. A fin de que mediados de este tipo tengan resultados positivos, debe conocerse la norma y las consecuencias de su violación y que este tenga una repercusión inmediata con el énfasis en la consistencia de su aplicación más que en su severidad. Otras estrategias han buscado proporcionar alternativas al uso promoviendo actividades más saludables; sin embargo, no existe evidencia de un impacto duradero de estas medidas. [14]

PSICOTERAPIA DE APOYO

La psicoterapia que se centra en las razones `por las cuales una persona bebe es mucho más efectiva que aquellas que giran en torno a cuestiones

[14] RENATO D. ALARCON. Psiquiatría. Segunda Edición pag. 311

psicodinámicas más vagas. Para explorar las razones por las que se bebe el terapeuta debe centrarse en las situaciones en las que el paciente bebe , en la motivación que lo impulsa a hacerlo, en los resultados que se espera de la bebida, y en las posibles vías alternativas para hacer frente a estas situaciones. Incluir al cónyuge interesado y colaborador, un compañero, amigo o miembro de la familia en una cesión de terapia conjunta es muy eficaz.

La naturaleza del contacto inicial entre el terapeuta y loa persona que presenta un trastorno relacionado con el alcohol es fundamental para el éxito del tratamiento. En los primeros encuentros, el terapeuta debe ser activo y dar apoyo; los pacientes con estos problemas a menudo sospechan un rechazo, y puede malinterpretar el rol pasivo del terapeuta como rechazo. Estos pacientes a menudo de muestran ambivalentes con la terapia y es frecuente que no vayan a algunas visitas, y que experimenten algunas recaídas. Algunos terapeutas intentan enfocar el tratamiento menos en términos de paciente individual, y más en función de los problemas de interacción de la familia, con los compañeros de trabajo y con la sociedad en general.

El terapeuta debe afrontar el consumo de alcohol como un mecanismo de defensa psicológica; la eliminación de las barreras emocionales e intelectuales entre el paciente y el terapeuta debe ser un objetivo integral de la terapia. El terapeuta debe estar preparado porque la alianza terapéutica a menudo será puesta a prueba una y otra vez y debe luchas con la falta de motivación del paciente cuando aparezcan recaídas. Los estados depresivos que aparecen con frecuencia,

pueden remitir con un tratamiento activo y de apoyo, y pueden complementarse con fármacos antidepresivos [15]

MANEJO CLÍNICO

Ninguna aproximación de tratamiento funciona para todos los individuos, por ello es útil contar con grupos que incluyan médicos, especialistas en adicciones, psiquiatras y miembros de la familia. El tratamiento puede incluir desintoxicación -si se requiere-, manejo de la abstinencia, tratamiento formal, apoyo de grupos de autoayuda, tratamiento de complicaciones médicas y psiquiátricas, prevención de recaídas y seguimiento.

MANEJO DE LA ABSTINENCIA

La desintoxicación es el primer paso para la recuperación, pero sola no es suficiente, por lo que los paciente deben involucrarse en un tratamiento acorde con sus necesidades como segundo paso. En casos no muy severos la desintoxicación puede llevarse a cabo en casa, cuando la familia es sensible y está

[15] HAROLD I. KAVIN. Psiquiatría Clínica. Ciencias de la Conducta. Pag. 461-462

dispuesta; en casos más avanzados se requiere de ámbitos médicos y el uso de benzodiacepinas, y en algunos casos severos, el paciente debe ser hospitalizado.

En el decenio pasado se especuló sobre el impacto en los índices de recuperación, que resultaría de aparear características de pacientes con las propias del tratamiento. De probarse esta hipótesis, sería necesario reorganizar los servicios de salud con sistemas de referencia que permitieran canalizar al paciente al tratamiento idóneo en lugar de que recibiera el tratamiento establecido en "la puerta que tocaba", como sucedía entonces.

Hasta el momento, el Proyecto MATCH, llevado a cabo en EUA, ha proporcionado la información más completa sobre este aspecto; 1726 pacientes fueron asignados al azar a tres diferentes tipos de tratamiento:

a) modelo de atención profesional basado en los 12 pasos, b) intervención cognitivo-conductual y e) programa de incremento de la motivación; 952 de estos pacientes recibieron sólo tratamiento en forma extrema y 774 recibieron tratamiento en consulta externa, posterior a uno más intensivo en un programa de internamiento; los resultados para estos dos grupos fueron analizados por separado y en ambos los tres programas de intervención (cognitivo/conductual, 12 pasos e incremento de la motivación) tuvieron resultados similares. Con el fin de evaluar si los resultados variaban de acuerdo con las características de los pacientes, se analizaron diferencias en 21 variables, entre ellas, el sexo, la espiritualidad, la motivación, la autoeficacia, el funcionamiento social, las deficiencias cognitivas, irritabilidad, sociópata, trastorno antisocial de

personalidad, tipo y severidad de patología psiquiátrica, dependencia interpersonal, apoyo de redes sociales para beber, grado de compromiso con el alcohol, dependencia, tipo de alcoholismo, previa participación en AA y motivación para el cambio; los pacientes fueron evaluados al año y a los tres años.

Sólo 4 de las 21 características evaluadas tuvieron un impacto asociado con el tipo de tratamiento recibido.

Es común que los pacientes que solicitan tratamiento tengan otros problemas además de su alcoholismo, por lo que es recomendable que los programas consideren estas necesidades. Un elemento relacionado es ¿cuánto debe durar el tratamiento para ser efectivo? No hay una respuesta contundente a este problema, por ejemplo, el NIAAA (2000) considera que con 12 sesiones semanales puede ayudarse al paciente a tener control sobre su problema de una manera más rápida. Al instrumentar estos programas es necesario considerar otras variables que impactan la efectividad del tratamiento y que se relacionan con las características de los servicios en cuanto a su accesibi1igad y a las actitudes del personal, así como con los costos directos e indirectos que tiene el tratamiento para los pacientes y sus familiares.[16]

[16] RENATO D. ALARCON. Psiquiatría. Segunda Edición pag. 312 a 314

2. LAS CONDUCTAS Y COMPORTAMIENTOS JUVENILES

En las décadas recientes se han hecho muchos avances en el campo de la salud y en la atención a la situación de la juventud. La prolongación de la esperanza de vida, la modernidad y la globalización con su gran gama de complejos estímulos, incrementa la necesidad de los adolescentes y jóvenes de encontrar, en las nuevas circunstancias que les rodean, los elementos para asumir los cambios biopsicosociales que experimentan en la construcción de un rol social que coincida con la identidad, organizar su comportamiento desde un hacer en el mundo que los objetive positivamente y sustente un proyecto de vida que dé sentido a su relación presente con el entorno, lo que en muchas áreas de América Latina incluye, además, las dificultades propias de la pobreza.

Los avances de la medicina tienen un gran potencial en la reducción del sufrimiento y en la prolongación de la vida, lo que ha permitido prestar una atención cada vez más especializada a las diferentes etapas del ciclo vital e incluso considerar las diferencias de género. Desde el enfoque de enfermedad se observó que la morbimortalidad juvenil tenía la particular y relevante característica de ser desencadenada por factores mayoritariamente externos y conductuales: drogas, accidentes, suicidios, fugas, deserción escolar, embarazos, ETS, violencia, lo que llevó a organizar la atención para los y las adolescentes a través de estas problemáticas. Esto dio lugar a que el concepto que se tenía, de la adolescencia como la edad sana, se pasara al énfasis de las conductas de riesgo y que los

programas dirigidos a dicho período etario se enfocaran de modo específico para cada uno de los problemas. Así los adolescentes recibieron programas verticales como respuestas separadas a cada riesgo o daño: drogas, accidentes, ETS/SIDA, embarazo, sin articular un plan que atendiera la salud integral en la adolescencia. Las experiencias mostraron que los problemas se relacionaban y que además del daño y los comportamientos de riesgo, existían factores protectores por lo que los enfoques comenzaron a enriquecerse (Donas, 1992). Por otro lado muchos de los aspectos en que los jóvenes afectan la tranquilidad social están asociados a comportamientos riesgosos; los y las adolescentes llamaron más la atención cuando eran externalizadores de problemas que cuando sufrían de depresión, aislamiento, abuso sexual, etc., lo que llamó poderosamente la atención de diversos sectores sociales, como los comunicadores, maestros, etc., y la juventud fue cada vez más identificada como un segmento poblacional problemático que a menudo alcanzó una perspectiva estigmatizada. Esto trae consecuencias riesgosas, pues el reconocimiento peyorativo de las personas que atraviesan el período adolescente, facilita la construcción de la identidad negativa (Erikson, 1974), ya que la valoración social contribuye a la elaboración de la identidad y la necesidad juvenil de ser reconocido como *alguien* lleva a preferir ser alguien temido, detestado que ser *nadie*.

Las agencias socializadoras como la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc., se encuentran con nuevos contextos al enfrentar los cambios sociales y generan variadas respuestas y estímulos que buscan ser encauzadas en políticas de juventud que respondan al desafío de configurar las opciones

apropiadas para este sector estratégico de la sociedad y pasar del signo de la problematización y exclusión juvenil, al signo de la incorporación positiva para el desarrollo personal y social.

Es, especialmente, en la década cumplida a partir de la declaración del Año de la Juventud en 1985, que se acumulan estudios, se promueven más perspectivas positivas, propuestas y programas que permiten tener una visión más compleja de la juventud, reconocer su relevancia en el desarrollo social, sus aportes y dificultades, la interacción de sus características con las posibilidades del entorno. El concepto de riesgo en el período juvenil se ha destacado por la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas conduzcan a daños en el desarrollo que pueden afectar tanto el conjunto de sus potencialidades como deteriorar su bienestar y salud (Weinstein, 1992). Actualmente, el enfoque de la atención a la salud juvenil, procura desde una perspectiva más integral y articulada *reducir los factores de riesgo, incrementar los factores de protección y brindar oportunidades de reconstrucción y avance de la situación.* La conceptualización de la salud se refiere por lo tanto a una meta, a un proceso, no a un estado, particularmente en personas que se encuentran en un crítico período de crecimiento y no atravesando una mera transición de la niñez a la adultez.

Con el objeto de señalar las principales dimensiones a considerar en una visión integral de los comportamientos juvenil de riesgo, iniciaremos el presente trabajo con un caracterización del enfoque de riesgo en la promoción de la salud, para luego diferenciar las conductas de alto riesgo de aquellos comportamientos que involucran los riesgos propios de los procesos de elaboración de identidad en

la adolescencia, además de analizar la interrelación entre los factores de riesgo y protección con la vulnerabilidad, el daño y la capacidad para sobreponerse a la adversidad. Finalmente esbozaremos algunos lineamientos con las estrategias de intervención en la salud juvenil para favorecer el desarrollo pleno de las potencialidades, contribuir satisfactoriamente a su inserción social y disminuir la preeminencia de los procesos mórbidos.

a) LOS PROBLEMAS JUVENILES ENFOQUE DE RIESGO.

El enfoque de riesgo, aplicado a la adolescencia, ha destacado particularmente las conductas riesgosas de los propios jóvenes como factor que conduce a la morbimortalidad. Como lo señala Irwin: "Los comportamientos asociados a la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comporten un tema común: la toma de riesgos".

LOS DAÑOS

Los daños más frecuentemente encontrados son: accidentes automovilísticos, muerte por inmersión, embarazo indeseado, SIDA y otras enfermedades sexualmente transmisibles, suicidios, homicidios, otras lesiones no buscadas, drogadicción, comportamiento delictivo, promiscuidad crónica. Una

encuesta nacional en Costa Rica reveló que, aun cuando las estadísticas de salud confirman los accidentes como uno de los daños relevantes en la adolescencia, no son identificados por este grupo etáreo, ni por sus familiares, como un problema que requiera atención prioritaria para prevenir el riesgo (Krauskopf et. al. 1992).

b) LAS CONDUCTAS COMO FACTOR DE RIESGO.

Las conductas juveniles que se han identificado como factor de riesgo son: las relaciones sexuales, particularmente precoces, sin protección y con múltiples parejas; el consumo intensivo de alcohol y otras drogas, incluido el tabaco; la conducción de vehículos a edades tempranas y sin utilización de los elementos de protección (cinturón de seguridad, casco en el caso de las motocicletas), en estado de ebriedad o siendo pasajero de un conductor ebrio, propensión a peleas físicas, particularmente portadores armas blancas o de fuego (Departamento de Salud de los Estados Unidos, 1994). Es interesante destacar la diferencia de género frente al riesgo señalada por Silber (1992) y que se refleja, por ejemplo en que los varones se ven más seriamente afectados en las estadísticas de accidentes, homicidios y suicidios. Es un hecho bastante generalizado, de que son mayores los intentos de suicidios en las mujeres y que los suicidios efectivos son más frecuentes en los hombres. En la misma línea, Weinstein señala que existe un mayor riesgo psicosocial entre los hombres que entre las mujeres, vulnerabilidad que es el resultado de su dificultad de acceso a la escolaridad y el empleo, su relación más

riesgosa con las adicciones, la sexualidad, el sistema penal y la carencia de redes de apoyo.[17]

c) LOS CIRCUITOS DE RIESGO

Se ha establecido que en la adolescencia los comportamientos específicos que favorecen los daños de la salud se encuentran interrelacionados. Weinstein (1992:8) señala que "existen ciertos circuitos de riesgo y que el joven que ha ingresado a uno de ellos va adicionando vulnerabilidades de distinto origen". Irwin (1990) reporta estudios de diversos autores que observan la relación entre el alcohol, consumo de cigarrillos y accidentes vehiculares. El consumo de alcohol es considerado también un predictor de ingestión de drogas ilícitas y actividades de sexo no protegido. Silber (1992:550,551) concuerda con esta posición al señalar que una conducta juvenil aislada como fumar, puede ser el preanuncio de otras conductas de alto riesgo a corto plazo y sugiere que en tales circunstancias es recomendable evaluar más atentamente la posibilidad de uso de otras drogas, relaciones sexuales desprotegidas y tipificar los grupos de pares. Agrega que las conductas de alto riesgo ocurren con más frecuencia en adolescentes con un perfil psicológico "caracterizado por agresividad, excesivo énfasis con respecto a la independencia personal y la tendencia a actividades desviantes".

[17]MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Convención Iberoamericana de Derechos de los y las Jóvenes. Disponible en: webmast. mmrree.gov.ec

d) **FACTORES PREDICTORES DE MAYOR VULNERABILIDAD.**

El inicio de ciertas actividades se torna un predictor más serio de riesgo cuando ocurre a menor edad. Así Weinstein destaca la incorporación temprana al empleo, al desempeño de trabajos marginales, la deserción temprana de la escuela, la iniciación sexual a menor edad. Bejarano y Jiménez (1993) destacan el inicio de la carrera alcohólica en las primeras fases de la adolescencia como un predictor de agravamiento de ésta y otras adicciones en el futuro.

Importantes factores que no provienen directamente de sus conductas han sido señalados como eslabones de riesgo que incrementan la vulnerabilidad juvenil y que están presentes en los contextos o medios sociales donde el individuo se desenvuelve y en sus antecedentes de personalidad. Entre los diversos factores vinculados a los comportamientos de riesgo durante el desarrollo adolescente, Irwin (1990), al igual que muchos investigadores, destaca el menor éxito académico y los problemas de comportamiento en el colegio. Señala quela literatura coincide en dar una particular importancia a los cambios ambientales que ocurren en el sistema escolar y destaca el pasaje de la escolaridad primaria a la secundaria. Estas y otras transiciones en la vida escolar tienen una naturaleza particularmente tensionante, que se traduce en comportamientos disruptivos frecuentes en la adolescencia. En América Latina existen diversos agravantes, como el hecho que en las zonas rurales de algunos países no existen establecimientos secundarios y se producen migraciones que pasan a engrosar las

filas de jóvenes urbanos marginales, sin mayor preparación para los cambios culturales y las necesidades laborales. Varias investigaciones identifican la baja escolaridad o deserción como un factor asociado al embarazo adolescente. Krauskopf y Cabezas (1989) encontraron que, en el área metropolitana de San José, el embarazo se producía mayoritariamente en muchachas que ya habían desertado del sistema escolar, lo que coincide con otras investigaciones latinoamericanas y se diferencia de datos de EEUU, que señalan al embarazo como causa de deserción escolar (si bien parece estar asociado a previas dificultades en el rendimiento). En el área rural, por otra parte, establecer una unión es motivo de abandono escolar y dedicación al hogar, lo que incluye la procreación de los hijos (Porras, 1993).

Torres Rivas (1989) informa que, de acuerdo con el Censo de la Población Penal costarricense, efectuado en 1982, el analfabetismo continúa siendo la característica de muchos jóvenes delincuentes (40% de los menores de 17 años). Además el 63.4% tenía primaria incompleta y todos carecían de trabajo permanente. Weinstein destaca algunas conductas que son producto de la situación de pobreza en América Latina como la incorporación prematura al empleo, al desempeño de trabajos marginales y la menor contractualidad, que conduce a falta de protección de su salud y derechos salariales; la desocupación prolongada; conflictos de tipo legal o penal, especialmente aquellos que conducen a experiencias de detención y reclusión; la repitencia reiterada durante la permanencia en el sistema escolar y la expulsión por causas académicas o

disciplinarias, así como la deserción temprana del sistema, la carencia de redes de apoyo para enfrentar las dificultades que experimente en su familia, empleo, sexualidad, adicciones, estados depresivos, etc.. Diversos autores señalan que el ambiente de pobreza extrema implica mayor exposición a riesgos graves y menores recursos protectores; la conflictividad alta y crónica del medio familiar especialmente si va acompañado de abandono, maltrato, expulsión del hogar, presencia de alcoholismo, abuso físico y sexual; no tener familia, pertenencia a grupos de pares que se orientan a la transgresión social, a la violencia o a la adicción a drogas; permanencia en centros de reclusión legal, carencia de redes de apoyo (Blum, 1995; Weinstein, 1992); no estudiar ni trabajar, carencia de opiniones de desarrollo de destrezas que permitan obtener autonomía y reconocimiento social. Es importante reconocer que entre los factores de riesgo se encuentran aspectos propios del funcionamiento psicológico y social del joven como son la baja autoestima y la ausencia de un proyecto de futuro.[18]

e) **LAS CONDUCTAS RIESGOSAS EN EL PERÍODO JUVENIL.**

En el período juvenil los cambios biológicos, sociales y psicológicos replantean la definición personal y social del ser humano a través de una segunda individuación que moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida, los que conllevan ansiedad

[18] www. psicología del adolescente.com/ como se comportan los jóvenes

transicional y vulnerabilidades específicas (Bloss, 1981; Ausubel, 1954; Erikson, 1974).

EL CONTEXTO DE LA MODERNIDAD

La modernización ha traído una débil y frecuentemente contradictoria estructuración de la programación ofrecida a este período de crecimiento. En este contexto, lo cotidiano se constituye en un reto y a la vez en una incertidumbre en medio de la cual los y las jóvenes elaboran su identidad. Nuestra sociedad, a diferencia de las sociedades primitivas, no es clara para plantear requisitos públicos que incorporen a los jóvenes ritualmente como un miembro de reconocido valor. Larson (1988) señala que "Si buscamos un equivalente del rito de pasaje adolescente en nuestra sociedad podemos ver que, en el presente, los desafíos esforzados que se designan para servir como demostración decisiva en los roles prestigiosos de nuestra sociedad, probablemente no sean tanto el vigor físico como la propia independencia personal y la capacidad para pensar y trabajar. Los proyectos académicos, las disertaciones y tesis se acercan más a esta descripción".

Evidentemente tal opción sólo es accesible a un número reducido de jóvenes, y, que aún para ellos, estos ritos valoran sólo la esfera intelectual y no consideran los aspectos socio afectivos ni físicos. Es posible que los comportamientos de riesgo como fumar, manejar carros audazmente, beber, sean equivalentes de ritos de pasaje, generados en la propia subcultura juvenil cuando no encuentran oportunidades de probar su pasaje a la adultez mediante la prueba

de sus nacientes destrezas ante una sociedad que los acoja. En este sentido, los países que han implementado la entrega de la Tarjeta Joven, llenan parte del vacío señalado.

LA IDENTIDAD

La construcción de la identidad puede resolverse mediante el reconocimiento de características personales y la exploración de nuevas posibilidades desde la perspectiva de un compromiso futuro personal y de su sociedad. Cuando la conducta de riesgo aparece en esta dirección, puede ser parte del encuentro con la potencialidad y la experiencia enriquecedora. Es cada vez más evidente en los estudios actuales que ciertas conductas, aún cuando involucren riesgos "también pueden derivar en lo contrario, constituyéndose en una fuente de aprendizaje y en una suerte de antídoto frente a eventuales daños (Weinstein, 1992:8). Cuando las bases del desarrollo de la identidad son deficitarias, la afirmación adolescente se establece carente de un compromiso estructurante, que busque evitar los peligros para poder preservar los logros presentes y futuros. En cambio, se incrementan las conductas riesgosas que buscan la satisfacción inmediata o la autoafirmación a través de acciones efímeras que dan sensaciones de logro y reconocimiento.

LAS OPCIONES

La satisfacción o la insatisfacción con el rendimiento personal tienen implicaciones en el equilibrio personal (autoimagen), la inserción social (valoración social) y el desarrollo de capacidades para responder al presente y planificar el futuro. La ausencia de solución a estos problemas afecta la salud y el bienestar de los jóvenes, conducen a un incremento de los comportamientos de riesgo, y contribuye a una reducción de sus oportunidades de inserción social satisfactoria. En estas condiciones la juventud se hace vulnerable a la obtención de gratificaciones a través de conductas indiscriminadas -de corto alcance, inmediatas y accesibles- para afirmar su autoestima, buscar sensaciones de éxito en el riesgo mismo, encontrar acompañamiento emocional en actividades peligrosas que no prevén consecuencias, o anestesiarse (drogas, actividades masivas, juegos que los aíslan de la realidad) para no sentir la frustración aplastante; todo lo cual conduce al daño. La apertura de oportunidades amplía los campos de experiencia, permite al adolescente contar con credenciales para una inserción exitosa y ofrece metas ante las cuales hay motivación para posponer pseudosoluciones inmediatistas riesgosas. La reducción de las reacciones negativas en cadena impide repetir las respuestas mal adaptativas y no facilita las actitudes negativas de otras personas.

Si la situación en que se encuentran no brinda tal perspectiva, los adolescentes revierten hacia sí mismos la insatisfacción o desahogan su enojo contra el medio, lo que les provee la sensación de poder. Su vulnerabilidad ha aumentado y consiguientemente se incrementa reactivamente la predisposición a evadir la frustración mediante la satisfacción riesgosa y efímera de sus necesidades de autoestima y pertenencia.

LAS CONDUCTAS DE RIESGO

Concordamos con Jessor (1991) cuando sugiere diferencias entre 1) *conductas de riesgo* que son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial o la supervivencia de la persona durante su desarrollo juvenil e incluso, en ocasiones, buscan el peligro en sí mismo y 2) *conductas que involucran riesgos,* que son propias de los y las jóvenes que asumen cuotas de riesgo (no muy diferentes de los adultos) conscientes de ello y como parte del compromiso y la necesidad de un desarrollo enriquecido y más pleno. Jessor considera infortunada la tendencia a considerar a todos los y las adolescentes como personas que tienen conductas de riesgo, por cuanto la generalización lleva a que las conductas de riesgo se expliquen por darse en adolescentes y no permite profundizar en aquellos jóvenes que realmente tienen un estilo de vida consistente en conductas de riesgo (verdaderos factores de riesgo) cuya vulnerabilidad los constituyen en importantes grupos meta para la promoción de su salud, bienestar e inserción social.

La reformulación psicosocial del concepto de riesgo condujo a un análisis de costo beneficio de la conducta, lo que se hace particularmente importante en el enfoque que se dé a la juventud. Jessor (1991) ejemplifica su posición con las campañas antidrogas que le enseñan al adolescente a Decir No. Plantea que la posibilidad que los adolescentes abandonen un comportamiento tan riesgoso está relacionado fuertemente con la posibilidad que se le ofrezcan alternativas de satisfacción valiosas para ellos. La insatisfacción y preocupación que los y las adolescentes tienen por su rendimiento personal (tanto educativo como laboral), la carencia de nutrientes socio afectivos y cognitivos, muestran su necesidad de un presente que les abra posibilidades de descubrimiento y certeza acerca de sus propias capacidades y valor. Esto es particularmente importante en las consideraciones de intervenciones preventivas, pues los aspectos que se tratan son de alta sensitividad, intimidad y tienen numerosas implicaciones personales y socioculturales.

Jessor (1991:598) señala que "fumar, beber, conducción peligrosa de vehículos o actividad sexual temprana pueden ser formas de ganar la aceptación y respeto de los pares; en establecer autonomía en relación a sus padres, en repudiar la autoridad convencional, sus valores y normas, en manejar su ansiedad, frustración y anticipación del fracaso o en afirmar su madurez y mostrar la transición de la niñez a la adultez". La posición de Jessor no se orienta a justificar la permanencia de estas conductas sino a destacar la complejidad de la intervención para que logre ser efectiva.

DAÑO, FACTORES PROTECTORES Y RESILIENCIA

En los aspectos anteriores hemos mencionado los factores de riesgo, y la vulnerabilidad. El panorama no quedaría completo (al menos en el actual nivel de aportes sobre el tema) si no se considera la *resiliencia*, factor importante que se refleja en la sorprendente capacidad que muestran muchos seres humanos de crecer y desarrollarse en medios adversos y alcanzar niveles de competencia y salud, que, en otros casos, no alcanzan individuos que no fueron sometidos a situaciones severamente traumáticas ni negativas.

RESILIENCIA

El término resiliencia, que Rutter (1992) conceptualizó con importantes investigaciones y desarrollos teóricos, proviene de una sociedad identificada en los metales, que pueden resistir los golpes y recuperar su estructura interna. Se refiere a la capacidad del ser humano de recuperarse de la adversidad y, más aún, transformar factores adversos en un elemento de estímulo y desarrollo. Se trata de la capacidad de afrontar de modo efectivo eventos adversos, que pueden llegar, incluso a ser un factor de superación (Suárez, 1993). La resiliencia aporta una susceptibilidad menor al stress y disminuye la potencialidad de verse afectado por eventos negativos, incluso, algunos daños. Se refleja en el hecho que en

momentos diferentes de la vida de las personas muestran mayor capacidad para enfrentar, resistir y recuperarse de factores que pueden ser destructivos. Entre los factores que incrementan la resiliencia, Rutter (1992) destaca la exposición previa a la adversidad psicosocial con un enfrentamiento exitoso con la tensión y el peligro. Dosis graduales de enfrentamiento de dificultades puede operar de modo similar a las inmunizaciones. En cambio, la sobreprotección parece actuar en sentido contrario. Una posible explicación de ello está que, en la sobreprotección, las decisiones y sus consecuencias están en manos de otros, lo que fomenta un locus de control externo y el individuo no consolida su autoestima con la puesta a prueba de sus destrezas y el reconocimiento personal y social del resultado de sus responsabilidades, por lo cual se siente más a merced de los eventos externos. Por otro lado, el sometimiento permanente a adversidades y stress, parece reducir fuertemente el desarrollo de resiliencia (Grottberg, 1992).

FACTORES PROTECTORES

Señala Rutter que un mismo factor puede ser de riesgo y/o protector (por el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas) según las circunstancias. Esto es, la reducción del impacto a la vulnerabilidad se produce al comprender más ampliamente el significado de peligro, haber tenido gradual exposición a este tipo de situaciones con posibilidad de responder efectivamente o contar con el respaldo necesario y aprender a desarrollar alternativas de respuesta que no sean

destructivas, recibir de adultos significativos los modelajes apropiados para el desarrollo de respuestas para la solución de problemas que son parte del devenir humano. En un pequeño estudio efectuado en Costa Rica se pudo constatar que los adolescentes en cuyos hogares se comentaban los problemas que cualquier miembro afrontaba y se conversaba habitualmente sobre alternativas reales de solución o enfrentamiento, desarrollaban un mayor sentido de competencia para conducirse en situaciones adversas (Krauskopf, 1994).

La posibilidad de establecer una autoestima positiva, basada en logros, cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, oportunidades de desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias, incrementar el locus de control interno (esto es reconocer en sí mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades, preservación y aspiraciones) son factores personales protectores que pueden ser fomentados y que se vinculan con el desarrollo de la resiliencia. Es necesario que la familia apoye el crecimiento adolescente; confirme el proceso de individuación; pueda analizar las nuevas expresiones que emergen de los cambios en la fase juvenil sin estigmatización; resuelva las dimensiones afectivas emergentes en el marco de una aceptación dinámica del sistema familiar; comparta las necesidades de los nuevos roles y pueda, desde una perspectiva empática, guiar, aconsejar, colaborar, supervisar. La protección que proviene del autocuidado físico (alimentación, ejercicios, sexo seguro) del desarrollo de nuevos intereses, de gratificaciones a través de la

expresión de talentos y participación social disminuyen la exposición gratuita al riesgo.

También son fundamentales los factores protectores externos. No es igual el destino de una adolescente embarazada que cuenta con la posibilidad de acceder sin repudio a control prenatal, que puede proseguir con su educación, que cuenta con el apoyo y orientación frente a su situación, que una joven a la que le ocurre lo contrario. Tampoco serán igualmente efectivos los talleres de prevención del SIDA para adolescentes que promueven las relaciones sexuales responsables, con capacidad de autoafirmación, locus de control interno y protección a través del uso del condón, si los factores protectores externos esperados no son congruentes. Ejemplos de ello pueden ser: la censura del vendedor de la farmacia ante la solicitud de condones, la dificultad de algunos funcionarios asignados a la capacitación para estar convencidos de la posición frente a la modalidad de prevención en sexualidad juvenil, el temor de muchachas de ser descubiertas con preservativos por sus padres, la incredulidad de los adultos acerca de la posibilidad que los jóvenes realmente tomen precauciones en momentos de tanto emoción, la angustia de aceptar la existencia de la sexualidad juvenil.

Factores predisponentes al daño

Factores que obstaculizan la estructuración de comportamientos de logro son los desafíos consumistas, efímeros que se ofrecen al sector adolescente y la

mayor accesibilidad de participación en culturas de transgresión y evasión, al tiempo que las oportunidades de gratificaciones y opciones de relevancia social constructiva son restringidas. Gresham (1986) destaca que los adolescentes que no han aprendido a enfrentar las situaciones resultantes de las tensiones propias de su desarrollo y de las condiciones del ambiente, han estado, frecuentemente, inmersos en hogares caóticos y modelos desprovistos de capacidad de contención y conducción.

Si la construcción de la identidad se da con sentimientos de valor personal y los esfuerzos por lograr la incorporación social van acompañados de reconocimiento positivo y un locus de control interno, se incrementa la protección frente al riesgo en las actividades exploratorias requeridas. Si, en cambio, la identidad se construye de modo confuso, incompleto, parcial, con sentimientos de desvalorización personal y exclusión social la vulnerabilidad será mayor y la propensión a adoptar conductas riesgosas para satisfacer la deprivación a cualquier costo, será más probable.[19]

[19] IAN A BERNARD. Manual de Orientación Educacional.

4. DISEÑO *Y METODOLOGÍA*

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio fué Descriptivo y Transversal que valora la Incidencia del Síndrome de Dependencia de Alcohol y Comportamientos Juveniles a nivel de la población que se estudio.

UNIVERSO

Todos los estudiantes legalmente matriculados en el 9no y 11vo Modulo de la carrera de Medicina de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA período 2009-2010.

POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO

Es de 139 estudiantes que se encuentran matriculados en los Módulos 9no y 11vo de la Carrera de Medicina, según el registro de datos obtenidos en Secretaria del Área de la Salud Humana.

TÉCNICA E INSTRUMENTOS:

Para la recolección de datos se utilizó el Test Planteado por la Organización Mundial de la Salud para el diagnostico del

Síndrome de Dependencia Alcohólica, el cual consta de 10 preguntas y cada una de las cuales tiene varios parámetros a los que se les asigna un valor, al final de la aplicación del test el encuestador se encargó de sumar estos valores y estadificar a cada una de las personas a la que se le aplicó el test deacuerdo con las normas del mismo en uno de los siguientes 4 estadios: 0-3 Sin problema, 4-10 en riesgo del alcoholismo, 11-20 Alcoholismo Moderado y > 20 Alcoholismo Severo.

Además se aplicó una Encuesta elaborada por el autor de esta tesis, que fue encaminada a descubrir los principales comportamientos que adoptan los jóvenes en casos de depresión, problemas familiares o sentimentales y que actividades se encuentran realizando con mayor frecuencia con el grupo de amigos que frecuentan, también se indagó a que edad inició el consumo de bebidas alcohólicas y que tipo de bebida alcohólica ingieren con mayor frecuencia.

PROCEDIMIENTO

- Las encuesta y aplicación del test se realizó en días laborables, en horas de la mañana, antes de iniciar el horario de clase, se entregaron las hojas en forma de test que son

fotocopias en letra de imprenta; la pregunta en negrilla para facilitar la lectura y se garantizó a los encuestados que los resultados obtenidos en la presente investigación se mantendrá en el anonimato.

- Una vez obtenidos los datos se inició su procesamiento.
- Los datos se representaron en cuadros estadísticos.
- El análisis se lo realizó en forma porcentual y en gráficas.
- Luego se realizó la discusión pertinente.
- Se determinaron las conclusiones y recomendaciones.
- Se elaboró la propuesta de intervención de acuerdo a los hallazgos que se encontraron durante la elaboración de la presente investigación.

5. **RESULTADOS:**

A. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO ESTUDIANTES DEL 9NO. Y 11VO. MÓDULO DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ASH AÑO 2009.

Cuadro Nº 1

POBLACIÓN TOTAL EN ESTUDIO		
SEXO	**No de casos**	**PORCENTAJE**
HOMBRES	76	55
MUJERES	63	45
TOTAL	**139**	**100**

Fuente: Secretaría del Área de la Salud Humana.

Elaboración: Fabián Patricio Pilco M.

ANALISIS: De la población total en estudio esta representada en su mayor parte por hombres en un número de 76 representando el 55% y 63 mujeres que representan el 45%.

B. SINDROME DE DEPENDENSIA ALCOHÓLICA EN LOS ESTUDIANTES DEL 9NO. Y 11VO. MODULO DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ASH AÑO 2009

Cuadro Nº 2

INTERPRETACIÓN TEST DE LA OMS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº casos
0-3 Sin riesgo de alcoholismo	42	32	71	45	55	77
4-10 Con riesgo de alcoholismo	38	29	29	18	34	47
11-20 Alcoholismo moderado	16	12	0	0	9	12
>20 Alcoholismo grave	4	3	0	0	2	3
TOTAL	**100**	**76**	**100**	**63**	**100**	**139**

Fuente: Estudiantes del ASH del 9no y 11vo modulo.

Elaboración: Fabián Patricio Pilco M.

ANALISIS: Del total de la población estudiada 77 personas con el 55% no presentan riesgo de alcoholismo, 47 con el 34% si presentan riesgo, 12 personas con el 9% presentan un alcoholismo moderado y 3 de ellos con el 2% presentan un alcoholismo grave. Además se puede identificar que los casos de alcoholismo solo se presentan en las personas del sexo masculino involucrando al 20% de los mismos y ninguna de las mujeres presenta algún grado de alcoholismo.

C. COMPORTAMIENTOS QUE ADOPTAN LOS ESTUDIANTES DEL 9NO. Y 11VO. MODULO DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ASH AÑO 2009 EN CASOS DE DEPRESIÓN

Cuadro Nº 3

ACCIONES QUE ADOPTAN EN CASOS DE DEPRESIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos
Ingerir bebidas alcohólicas	26	20	5	3	16	23
Conversar con tus amigos	24	18	40	25	31	43
Conversar con tus familiares	28	21	48	30	37	51
Acudir al Psicólogo	1	1	3	2	2	3
Guardar una actitud reservada	21	16	5	3	14	19
Total	**100**	**76**	**100**	**63**	**100**	**139**

Fuente: Estudiantes del ASH del 9no y 11vo Módulo.

Elaboración: Fabián Patricio Pilco M.

ANALISIS: De la muestra encuestada podemos establecer que el 37% de los mismos prefieren conversar con sus familiares ante este problema, el 31% conversa con sus amigos, el 16% ingiere bebidas alcohólicas, el 14% prefiere guardar una actitud reservada y no conversar con nadie y solamente el 2% busca ayuda profesional y acude al psicólogo.

D. COMPORTAMIENTOS QUE ADOPTAN LOS ESTUDIANTES DEL 9NO Y 11VO. MODULO DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ASH AÑO 2009 ANTE PROBLEMAS EN EL HOGAR O DE ÍNDOLE SENTIMENTAL.

Cuadro Nº 4

COMPORTAMIENTOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos
Ingerir bebidas alcohólicas	22	17	6	4	15	21
Conversar con tus amigos	28	21	32	20	29	41
Conversar con tus familiares	24	18	46	29	34	47
Acudir al Psicólogo	1	1	3	2	2	3
Guardar una actitud reservada	25	19	13	8	20	27
Total	**100**	**76**	**100**	**63**	**100**	**139**

Fuente: Estudiantes del ASH del 9no y 11vo Módulo.

Elaboración: Fabián Patricio Pilco M.

ANALISIS: El 34% de los encuestados conversan con sus familiares cuando tienen problemas en su hogar o sufren una decepción amorosa, el 29% conversa con sus amigos, el 20% guarda una actitud reservada, el 15% ingiere bebidas alcohólicas y solamente el 2 acude al psicólogo.

E. ACTIVIDADES QUE COMPARTEN CON SU GRUPO PAR LOS ESTUDIANTES DEL 9NO Y 11VO. MODULO DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ASH AÑO 2009.

Cuadro Nº 5

ACTIVIDADES QUE FRECUENTAN CON SU GRUPO PAR	**HOMBRES**		**MUJERES**		**TOTAL**	
	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos
Salir a bares y discotecas	34	26	51	32	42	58
Hacer deporte	13	10	24	15	18	25
Ingerir bebidas alcohólicas	30	23	21	13	26	36
Fumar	20	15	5	3	13	18
Usar drogas	3	2	0	0	1	2
Total	**100**	**76**	**100**	**63**	**100**	**139**

Fuente: Estudiantes del ASH del 9no y 11vo Módulo

Elaboración: Fabián Patricio Pilco M.

ANALISIS: De la población encuestada las actividades que realizan con mayor frecuencia con sus amigos son: el 42% salen a bares y discotecas, el 26% ingieren bebidas alcohólicas, el 18% hacen deporte, el 13% fuman y el 1% usan drogas.

F. COMPORTAMIENTOS DE RIEZGO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DEL 9NO. Y 11VO. MODULO DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ASH AÑO 2009.

Cuadro Nº 6

COMPORTAMIENTOS DE RIEZGO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos
Conducir vehículos	55	42	35	22	46	64
Adoptar conductas violentas entre ustedes o con otras personas	18	14	10	6	14	20
Se han comportado de mala manera con su familia	17	13	52	33	33	46
Han realizado alguna vez actos ilícitos	9	7	3	2	7	9
Usar drogas	0	0	0	0	0	0
Total	**100**	**76**	**100**	**63**	**100**	**139**

Fuente: Estudiantes del ASH del 9no y 11vo Módulo.

Elaboración: Fabián Patricio Pilco M.

ANALISIS: Del total de la población encuestada el 46% han conducido alguna ves un vehículo cuando han estado bajo influencia del alcohol, el 33% se ha comportado de una mala manera con su familia, el 14% han adoptado conductas violentas con otras personas o con sus amigos y el 7% han realizado actos ilícitos.

G. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ESTUDIANTES DEL 9NO. Y 11VO. MODULO DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ASH AÑO 2009.

Cuadro Nº 7

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos
11 - 14 años	16	12	3	2	10	14
15 - 19años	71	54	78	49	74	103
más de 20 años	13	10	19	12	16	22
Total	**100**	**76**	**100**	**63**	**100**	**139**

Fuente: Estudiantes del ASH del 9no y 11vo Módulo

Elaboración: Fabián Patricio Pilco M.

ANALISIS: La edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas se dió mayormente entre los 15-19 años con el 74%, en las personas mayores de 20 años el 16% y entre los 11-14 años el 10 %.

H. LUGARES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ESTUDIANTES DEL 9NO. Y 11VO. MODULO DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ASH AÑO 2009.

Cuadro Nº 8

LUGARES DE CONSUMO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos
Casa	20	15	40	25	29	40
Barrio (calle)	29	22	3	2	17	24
Bares y Discotecas	45	34	48	30	46	64
Otros	7	5	10	6	8	11
Total	**100**	**76**	**100**	**63**	**100**	**139**

Fuente: Estudiantes del ASH del 9no y 11vo Módulo

Elaboración: Fabián Patricio Pilco M.

ANALISIS: Los lugares en que las personas encuestadas ingieren bebidas alcohólicas con mayor frecuencia son los bares y discotecas con el 46%, en la casa el 29%, en el barrio o la calle el 17% y un 8% en otros lugares o eventos.

I. TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA QUE MAS CONSUMEN LOS ESTUDIANTES DEL 9NO. Y 11VO. MODULO DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ASH AÑO 2009

Cuadro Nº 9

TIPOS DE BIBIDA ALCOHÓLICA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos
Cerveza	50	38	44	28	47	66
Vino	13	10	29	18	20	28
Ron	5	4	0	0	3	4
Whisky	13	10	10	6	11	16
Vodka	3	2	2	1	2	3
Otros (Cantaclaro)	16	12	16	10	17	22
Total	**100**	**76**	**100**	**63**	**100**	**139**

Fuente: Estudiantes del ASH del 9no y 11vo Módulo

Elaboración: Fabián Patricio Pilco M.

ANALISIS: La bebida alcohólica que ingieren más comúnmente los encuestados es la Cerveza con el 47%, entre otros licores el que más recalca es el Vino con un 20%, el Cantaclaro con el 17%, luego siguen el Whisky con el 11%, el Ron con el 3% y por último el Vodka con el 2%.

6. DISCUCIÓN

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación quiero resaltar la presencia de diferencias significativas en algunas de las variables sometidas a análisis.

Se Logro identificar que el 20% de la población estudiada presenta problemas relacionados con el consumo de alcohol lo cual comparando con cifras que aporta la Dirección Nacional de salud Mental del Ministerio de Salud Pública en un informe del año 2006 en el cual dice que en el Ecuador el 23.5% de la población a nivel nacional presenta problemas relacionados con el consumo de alcohol, lo cual nos muestra que la problemática del alcoholismo a nivel local es muy parecida a la que existe a nivel nacional y que no estamos aislados de este problema.

Además se identifico que la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas fue entre los 15-19 años con una media de 17 con el 74,5%, lo cual en comparación con el informe del Instituto Nacional de Substancias Psicotrópicas y Estupefacientes (CONCEP) en el año 2008 donde dice que a nivel nacional la edad de inicio de consumo es a los 14 años, en base a esto se puede decir que a nivel local el inicio de consumo de esta substancia se esta retrasando un poco pero esto no quita que cada vez se está dando a edades mas tempranas posiblemente debido que a esta edad es donde los jóvenes se están descubriendo a si mismos y

muchos de estos sienten la necesidad de experimentar nuevas cosas y realizar nuevas actividades.

Se observó que la bebida alcohólica que más ingiere la población estudiada en la ciudad de Loja fue la cerveza con el 47% lo cual poniéndolo en comparación con un estudio que se lo realizo en Argentina (Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina - N° 139, Pág. 24-28 por la Dra. Beatriz Haseitel) en el cual se observa que se consume la misma bebida en un 53,9%, en base a esto podemos identificar que el consumo de cerveza es elevado en ambas poblaciones debido posiblemente a su costo o a que esta tiene menor cantidad de licor, por tanto tiene un mejor sabor y es más fácil que la consuman personas de ambos sexos.

Se observo que cuando los jóvenes presentan problemas familiares o de índole sentimental en el caso de los hombres recurrieron a la ingesta de bebidas alcohólicas en un 22% y las mujeres en un 6%, haciendo comparación con un estudio que se realizó en la ciudad de Loja (UNL, Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina año 2002), donde menciona que ante los mismos problemas el 33% de los hombres y el 4% de la mujeres consumen alcohol, se observa en ambos casos que hay aun ingesta mayor de licor en al caso de varones ante estas circunstancias en comparación con las mujeres posiblemente debido a que ellas son más espontaneas y prefieren conversar con sus amigos o familiares y no necesitan del alcohol para conversar sus problemas con otras personas.

Entre los lugares que frecuentan más comúnmente con sus amigos las personas estudiadas están los bares y discotecas con el 34% para los hombres y el 51 % para las mujeres, además de esto se encontró que también los bares y discotecas es donde más se realiza el consumo de bebidas alcohólicas en ambos sexos con el 45% para los hombres y el 48% para las mujeres, en base a esto podemos deducir que estos lugares donde los jóvenes acostumbran visitar como medio de diversión y para sociabilizar con otras personas de su misma edad también están contribuyendo para que los mismos consuman licor con sus amigos y crean que la conducta que se encuentran adoptando es algo normal y no lo toman como algo malo.

Con la presente investigación he pretendido contribuir en primer lugar a tener un mayor conocimiento acerca de la realidad del consumo de Alcohol en la Provincia de Loja en especial en la Carrera de Medicina del ASH de la UNL y en segundo lugar tener un mayor conocimiento de los principales comportamientos que adoptan los jóvenes en respuesta a sus problemas y como contribuyo esto en los mismos para que estos inicien a consumir bebidas alcohólicas, todo ello a través de la realización de un análisis de los distintos datos obtenidos en la población estudiada durante el periodo de tiempo que abarca la investigación.

Finalmente considero que los resultados del presente estudio pueden contribuir al diseño de programas que puedan ayudar a disminuir la incidencia de

este problema y tratar de retrasar al máximo la edad de inicio de consumo de esta substancia.

7. CONCLUSIONES

- De la presente investigación se puede concluir que de 139 jóvenes a los que se les aplicó el test contestan lo siguiente: en el caso de los hombres que fueron 76, el 42% no manifiesta ningún grado de alcoholismo, el 38% se encuentra en una situación de riesgo, mientras que el 16% presenta alcoholismo moderado, mencionando también que el 4% presenta alcoholismo grave; en el caso de las mujeres se aplicó el test a 63 de ellas, los resultados fueron que el 71% no presenta riesgo, el 29% se encuentra en riesgo de tener problemas con el consumo de alcohol y el 0% sufre de alcoholismo, con lo de se demuestra que hay una mayor incidencia de alcoholismo en hombres, del grupo estudiado.

- Luego de analizar los datos de las encuestas realizadas, se puede concluir que la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas bebidas alcohólicas es la misma tanto para hombres como para mujeres, dicha edad fluctúa entre los 15 y 19 años con una media de 17, para el caso de los hombres con el 71% y en el caso de las mujeres el 78%.

- Los resultados de las encuesta arrojan datos sobre la bebida alcohólica que ingieren con mayor frecuencia los encuestados de sexo masculino, es la cerveza con el 50%, en segundo lugar está el alcohol etílico con el 16% y la que menos consumen es el vodka con el 3%; en el caso de las mujeres,

de la misma manera consumen mayormente cerveza con el 44%, le sigue el vino con el 29% y la que menos consumen es el vodka con el 2%.

- De la encuestas realizadas se puede concluir que cuando los hombres se encuentran atravesando una situación de depresión, la actividad que realizan y demuestra mayor porcentaje es ingerir bebidas alcohólicas con un 26%, no así en el caso de las mujeres, ya que cuando éstas se encuentran deprimidas un 5% ingiere bebidas alcohólicas y en lugar de esto prefieren conversar con sus familiares en un 48% o sus amigos con el 40%.

- De los resultados se puede deducir que en el caso de los hombres cuando tiene problemas familiares o sufren de una decepción amorosa un 22% consume bebidas alcohólicas, mientras que en el caso de las mujeres, cuando tiene problemas familiares o sufre de una decepción amorosa el 6% de los casos ingiere bebidas alcohólicas, lo cual indica que las mujeres son más espontánea y recurren al apoyo familiar, mientras que los hombre no y buscan una salida más "practica".

- La actividad que más realizan los hombres y mujeres cuando están en compañía de sus amigos es salir a bares y discotecas en los hombres el 34% y en las mujeres el 51%, de esta manera se ven expuestos al consumo de bebidas alcohólicas.

- Se concluye según los datos que proporcionan las encuestas que para el caso de hombres cuando ingieren bebidas alcohólicas las actividades que más realizan es conducir vehículos, poniendo de esta manera en riesgo su vida; mientras que para el caso de las mujeres menciona que el 52% se ha comportado de manera inadecuada con su familia mostrando una actitud de rebeldía y hostilidad.

8. RECOMENDACIONES.

- Lo más importante es tener una actitud preventiva en contra del consumo de bebidas alcohólicas mediante el establecimiento de campañas que vayan dirigidas a proporcionar información, con el fin de empezar a hacer consciente a la población de la problemática, tratando de tocar puntos esenciales, tales como que es el alcoholismo, en que consiste, por que se dá, cuales son los efectos que produce la ingestión excesiva de alcohol, lugares en donde se puede acudir a solicitar información, ayuda, etc.

- Realizar actividades culturales y deportivas en las que no se expendan bebidas alcohólicas.

- Colocar cartelones en los cuales se encuentren las direcciones y números de teléfono de centros de ayuda, para que las personas que tienen un problema relacionado con el consumo de alcohol o de otras substancias tengan una alternativa donde pueden acudir por ayuda.

- Presentar y desarrollar una propuesta de intervención educativo-preventiva frente al consumo de bebidas alcohólicas en base a los resultados que se obtuvieron en la presente investigación.

- Comunicar los resultados de la presente investigación a las autoridades de la institución con la finalidad de que tomen acciones encaminadas a disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Informe del comité de expertos de la OMS en la Serie de Informes técnicos núm. 650 Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1980.
2. IAN A. BERNARD. Manual de Orientación Educacional. Editorial KAPELUSZ. Buenos Aires. 3ra. Edición
3. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
4. HARRISON. Principios de Medicina Interna. Alcohol y alcoholismo. Editorial Mac GRAW-WILL. 15 va edición.
5. GOODMAN-HILLMAN, LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEÚTICA, Abuso de sustancias tóxicas, Editorial Mac GRAW-WILL. 9na edición.
6. RENATO D. ALARCÓN. Tratado de Psiquiatría. Editorial SPADEM-ADAGP. 2da Edición.
7. PORT. Fisiopatología. Salud-Enfermedad: Un enfoque Conceptual. Editorial médica Panamericana. 2da.Edición
8. ANTONIO BALBUENA. Medición Clínica en Psiquiatría y psicología. Editorial siglo XXI. 18va. Edición.
9. HAROLD I. KAVIN. Psiquiatría Clínica. Ciencias de la Conducta. Ediciones GRIJALBO. 8va. Edición.
10. GERMÁN E. BARROS. Medición Clínica en Psiquiatría. Editorial ASTECA. 5ta Edición.
11. JULIO PEREIRA. Psiquiatría y Psicología. Editorial OCEANO. 12ava. Edición.

12. COBOS JOSE. Manual de Intoxicaciones. Editorial de la UNL. Primera Edición
13. NEGRETE, Carlos. CONGRESO Nacional de alcoholismo y drogadicción- Toxicofilias-, Editorial SALVAT, 9na Edición 1994, Buenos Aires Argentina
14. STEPHEN J. McPHEE. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Editorial MUNE and STRATTON. 46ava Edición
15. LAWRENCE M. TIERNEY. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 39ava Edición
16. TERAN Rafael. ADICCIONES. Origen de las Adicciones. 2da Edición 1998. Quito-Ecuador.
17. REVISTA DEL MSP, PLAN NACIONALDE SALUD MENTAL. Alcoholismo y Drogadicción. Edición A-H 1999, Quito-Ecuador
18. Cifras CONCEP Julio 2009. Disponible en: www.ecuadorinmediato.com
19. LA SITUACIÓN DE LA JUVENTUD EN EL ECUADOR. Análisis, Indicadores y propuesta.
20. SISSE. Informe de Suicidios en el Ecuador. Disponible en: http/cepamgye.files.wordpress.com

10. **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVO PREVENTIVA**

Es importante no considerar a los jóvenes como aislados del contexto social en que se desenvuelven, si no a ambos conjuntamente para tener siempre presente los respectivos elementos del sistema como son: Jóvenes, familia y barrio. Y de esta manera actuar de una manera adecuada para tratar de buscar una solución a este problema.

ANTECEDENTES:

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio se identifico que:

- El 20% de la población estudiada de sexo masculino presenta alcoholismo en relación al sexo femenino que presentó un porcentaje de 0% de casos de alcoholismo.
- La edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas fue entre los 15-19 años con el 71% para los hombres y el 78% para las mujeres.

- El lugar en que se frecuenta mayormente la ingesta de bebidas alcohólicas fueron los bares y discotecas con el 48% en las mujeres y el 45% en los hombres.

Con las cifras mencionadas anteriormente se puede identificar que existe la necesidad de realizar acciones no solo encaminadas a solucionar el problema que ya esta presente si no que también vayan dirigidas aprevenir que nuevos jóvenes caigan en el consumo de alcohol a edades tempranas con al finalidad de tratar de disminuir al máximo el riesgo de que presenten a futuro problemas relacionados con el consumo de alcohol o las complicaciones a las que puede conllevar este hábito.

OBJETIVO GENERAL:

- Diseñar y Presentar una propuesta Educativo-Preventiva encaminada a disminuir el consumo de bebidas alcohólicas en los Estudiantes del Área de la Salud Humana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Diseñar una propuesta de intervención Educativo preventiva en base a los resultados obtenidos en la presente investigación.
2. Presentar la propuesta de intervención a las autoridades del Área de la Salud Humana.

ACTIVIDADES:

- Diseño de la propuesta de intervención.
- Presentación de la propuesta de intervención.

TALLERES EDUCATIVO-PERVENTIVOS:

BENEFICIARIOS: Estudiantes de la Carrera de Medicina del Área de la salud Humana.

TEMAS A TRATARSE: Factores que Predispones al Consumo de Alcohol, Efectos Nocivos del consumo de bebidas alcohólicas, Como Prevenir el Consumo de Bebidas Alcohólicas.

MATRIZ DEL TALLER:

TALLER: "***El Alcohol un Enemigo Silencioso"***

BENEFICIARIOS: Estudiantes de la carera de Medicina del Área de la Salud humana.

METODOLOGÍA DE TRABAJO: Participativa.

ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES	METODOLOGÍA	RESPONSABLE
- Bienvenida y presentación	10 min.		- Explicación del Taller y Acuerdos de Participación	- Facilitador
- Dinámica "el Vaquero"	15 min.	- Dibujos de pistolas de cartulina	- Explicación de la dinámica y realización	- Facilitador
- Sensibilización al tema del alcoholismo.	20 min.	- Video sobre alcoholismo.	- Presentación del video, Construcción del mapa de sentimientos.	- Facilitador
- Exposición del tema: Factores que Predisponen a los Jóvenes para que Inicien el Consumo de bebidas Alcohólicas.	30 min.	- Exposición en Diapositivas.	- Presentación del Tema. - Foro Abierto.	- Facilitador
- Como Prevenir el Consumo del Alcohol.	30 min.	- Papelotes - Marcadores	- Trabajo en grupo	- Facilitador

-Efectos Nocivos del consumo de bebidas alcohólicas. - Evaluación del Taller.	30 min 10 min.	- Cartulinas - Exposición en diapositivas. - Hoja de encuesta	- Plenaria - Presentación del Tema. - Foro Abierto. - Participativa	- Facilitador - Facilitador

HOJA DE EVALUACION:

FECHA;

1. Como le Parecieron los temas que se abordaron en el Taller.

- Excelentes
- Buenos
- Muy Buenos
- Malos
- Pésimos

2. La Metodología utilizada en el taller como le Pareció.

- Excelentes
- Buenos

- Muy Buenos
- Malos
- Pésimos

3. Que sugerencias me daría para nuevos talleres.

……

……

GRACIAS POR SU CLOABORACION

a. ANEXO 1

E N C U E S T A

La presente encuesta es de carácter anónimo y tiene la finalidad de realizar una recolección de datos acerca de los principales comportamientos que adoptan los jóvenes y su relación con el inicio de consumo de bebidas alcohólicas.

1. ¿QUE ACCIONES TOMAS CUANDO TE ENCUENTRAS DEPRIMIDO?
   a) Ingieres Bebidas Alcohólicas ( )
   b) Conversas con tus Amigos ( )
   c) Conversas con tus Familiares ( )
   d) Acudes al Psicólogo ( )
   e) Guardas una actitud reservada ( )

2. ¿QUE ACTITUD TOMAS CUANDO TIENES PROBLEMAS EN TU HOGAR O SUFRES UNA DESEPSIÓN AMOROSA?
   a) Ingieres Bebidas Alcohólicas ( )
   b) Conversas con tus Amigos ( )
   c) Conversas con tus Familiares ( )
   d) Acudes al Psicólogo ( )

e) Guardas una actitud reservada ( )

3. ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAS MÁS FRECUENTEMENTE CON TUS AMIGOS?

a) Sales a Bares y Discotecas ( )

b) Haces Deporte ( )

c) Ingieres Bebidas Alcohólicas ( )

d) Fumas ( )

e) Usan Drogas ( )

4. ¿CUÁNDO TU Y TUS AMIGOS ESTAN BAJO INFLUENCIA DEL ALCOHOL HAN REALIZADO ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES?

a) Conducen Vehículos

( )

b) Adoptan conductas violentas entre ustedes o con otras personas

( )

c) Se han comportado de una mala manera con su familia

( )

d) Han realizado alguna vez actos ilícitos

( )

5. ¿A QUE EDAD INGIRIÓ POR PRIMERA VEZ UNA BEBIDA ALCOHÓLICA? ……

6. ¿EN QUÉ LUGAR FRECUENTA MAS, LA INGESTIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

   - CASA ( )
   - BARRIO (CALLE) ( )
   - BARES Y DISCOTECAS ( )
   - OTROS ……

7. ¿QUÉ TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA ACOSTUMBRA BEBER CON MAYOR FRECUENCIA?

   - CERVESA ( )
   - VINO ( )
   - RON ( )
   - WHISKCY ( )
   - VODKA ( )

Gracias por su Colaboración

b. ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

El presente Test es de carácter anónimo y tiene la finalidad de realizar una recolección de datos acerca de los principales problemas asociados con el consumo de bebidas alcohólicas.

TEST SEGÚN LA OMS PARA DIAGNOSTICO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

EDAD: SEXO:

1) ¿Con qué frecuencia tomas bebidas que contienen alcohol (vinos, cerveza, aperitivos, bebidas blancas, etc.)?

a) Nunca ( ) (0)
b) Mensualmente o menos ( ) (1)
c) Entre2 y 4 veces por mes ( ) (2)
d) Entre 2 y 3 veces a la semana ( ) (3)
e) 4 o más veces a la semana ( ) (4)

2) ¿Cuántos tragos que contienen alcohol tomas en una típica ocasión de bebida?

a) 1 a 2 ( ) (0)
b) 3 a 4 ( ) (1)
c) 5 a 6 ( ) (2)

d) 7 a 9 ( ) (3)

f) > de 10 ( ) (4)

3) ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más tragos en una ocasión?

a) Nunca ( ) (0)

b) No llega a una vez por mes ( ) (1)

c) Mensualmente ( ) (2)

d) Semanalmente ( ) (3)

e) Diariamente o casi diariamente ( ) (4)

4) ¿Con qué frecuencia durante el último año te encontraste en situaciones en las que después de haber comenzado a beber no podías parar?

a) Nunca ( ) (0)

b) No llega a una vez por mes ( ) (1)

c) Mensualmente ( ) (2)

d) Semanalmente ( ) (3)

e) Diariamente o casi diariamente ( ) (4)

5) ¿Con qué frecuencia durante el último año no has podido realizar lo que se esperaba normalmente de ti a causa de la bebida?

a) Nunca ( ) (0)

b) No llega a una vez por mes ( ) (1)

c) Mensualmente ( ) (2)

d) Semanalmente ( ) (3)

e) Diariamente o casi diariamente ( ) (4)

6) ¿Con qué frecuencia durante el último año necesitaste un primer trago por la mañana para ponerte en marcha después de una ocasión de intensa bebida?

a) Nunca ( ) (0)
b) No llega a una vez por mes ( ) (1)
c) Mensualmente ( ) (2)
d) Semanalmente ( ) (3)
e) Diariamente o casi diariamente ( ) (4)

7) ¿Con qué frecuencia durante el último año tuviste sentimientos de culpa o experimentaste remordimientos después de beber?

a) Nunca ( ) (0)
b) No llega a una vez por mes ( ) (1)
c) Mensualmente ( ) (2)
d) Semanalmente ( ) (3)
e) Diariamente o casi diariamente ( ) (4)

8) ¿Con qué frecuencia durante el último año no pudiste recordar lo que sucedió la noche anterior debido a que habías estado bebiendo?

f) Nunca ( ) (0)
g) No llega a una vez por mes ( ) (1)
h) Mensualmente ( ) (2)
i) Semanalmente ( ) (3)
j) Diariamente o casi diariamente ( ) (4)

9) ¿Resultaste lesionado (u otra persona) como resultado de tu forma de beber?

a) No ( ) (0)
b) Si, pero no en el último año ( ) (1)
c) Si durante el último año ( ) (2)

10) ¿Tienes un pariente, amigo, médico u otro profesional del ámbito de la salud que se haya preocupado por tu consumo de alcohol o te haya sugerido interrumpir la bebida?

a) No ( ) (0)
b) Si, pero no en el último año ( ) (1)
c) Si durante el último año ( ) (2)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

c. ANEXO 3

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la Incidencia del Síndrome de Dependencia de Alcohol y cuales son los principales Comportamiento Juveniles que adoptan los estudiantes del 9no y 11vo Módulo de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la Incidencia del Síndrome de Dependencia de Alcohol, la edad en la que se inició su consumo, el tipo de bebida alcohólica que más consumen los estudiantes y la prevalencia de acuerdo al sexo.
2. Identificar que comportamiento adoptan los jóvenes en respuesta a problemas de índole familiar, sentimental y que actividades se encuentran realizando con el grupo de amigos al que pertenecen, y como ha influido esto para que se produzca el inicio de bebidas alcohólicas en ellos.
3. Desarrollar una propuesta de intervención encaminada a la prevención de consumo de bebidas alcohólicas.