

Aprobada con

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA

TESIS DE GRADO



228

**"INCIDENCIA DEL ALCOHOLISMO
EN EL DETERIORO
DE LAS FUNCIONES MENTALES EN EL
ALBERGUE SAN VICENTE DE LA
CIUDAD DE LA PAZ"**

Presentada por: María Angelina Castellón Mallea

Tutor : Dr. Rodolfo Lopez H. (Ausente)

Tutor: Lic. Marcos Fernández M.

<ALCOHOLISMO>
<DETERIORO FUNCIONES MENTALES>

0 061

La Paz — Bolivia
2004



*Dedica esta tesis con mucho cariño
a todos los "hermanos
del fugo". "San Vicente",
por su fortaleza y su amor hacia Dios.
al hermano Alejandro
por creer*

AGRADECIMIENTOS:

*'Un agradecimiento especial a Dios
y a mis padres Ángel y Julieta
por su amor incondicional.
A la Universidad Mayor de San Andrés
por acogerme en sus aulas.
Al Prof. Dr. Rodolfo López Hartmman
por su colaboración y orientación desinteresada.
Al Cíc. Marcos Fernández por su cooperación
en el asesoramiento de esta tesis.
A mi esposo Romel y mis hijos Hans y Diego
por su apoyo, amor y comprensión.
Mi gratitud también a una gran amiga Lic. Adela Blanco
por su amistad y sus aportes importantes en este trabajo.
Mi agradecimiento finalmente
para los internos del Hogar "San Vicente"
cuyos aportes fueron muy valiosos,
además por su confianza y cordialidad.*

RESUMEN

El presente trabajo de investigación demuestra la existencia de un nivel de deterioro en las funciones mentales de personas alcohólicas, en base a los resultados estadísticos obtenidos. El tipo de investigación es no experimental descriptivo explicativo, el diseño de la investigación corresponde al transeccional-descriptivo.

El trabajo consistió en tomar una prueba de Examen Mental Abreviado a un grupo de personas alcohólicas internos del Hogar "San Vicente", se aplicó también la misma prueba a otro grupo de 30 personas que no presentan problema de alcoholismo como característica principal, esto para mostrar los niveles probables de obtener en un grupo no alcohólico.

La investigación consistió en establecer si es que existe un deterioro en las funciones mentales de orientación, registro, concentración, nominación, lenguaje, operaciones secuenciales, lectura, memoria y construcción en sujetos alcohólicos del hogar "San Vicente".

El alcoholismo una enfermedad crónica, un desorden de la conducta de evolución progresiva, caracterizada por la ingestión compulsiva de bebidas alcohólicas y que además interfiere en la salud, en el aspecto social, familiar, y laboral del individuo.

Las funciones mentales son el trabajo que realiza el cerebro, tomando en cuenta que cada área es responsable de movimientos motores y principalmente de procesos cognitivos como de orientación en el área frontal, registro en el área frontal, concentración en el área frontal, nominación área temporo-parietal, memoria a corto plazo en el área hipocampo dominante, escritura en el área temporo-parietal dominante y construcción en el área parietal no dominante.

Los resultados obtenidos tienen diferencias estadísticamente comprobables entre ambos grupos de personas y además la diferencia es significativa.

Se concluye que por los análisis de los resultados obtenidos, se pudo establecer que el alcoholismo es un factor preponderante en el deterioro de las funciones mentales y que además los años de consumo es un indicador importante ya que se encontró que el deterioro es mayor en aquellos sujetos con mayor tiempo de consumo.

INDICE

Introducción	1
Capítulo I Planteamiento y Justificación de la investigación	5
1. Planteamiento del problema	 5
1.1. Formulación del problema de investigación	7
2. Justificación	 8
Capítulo II Objetivos de la investigación	 10
1. Objetivo General	 10
2. Objetivos Específicos	10
Capítulo III Marco Teórico	 11
1. Sustancias Psicoactivas	11
1.1. Clasificación de las drogas	12
1.1.1. Drogas estimulantes	12
1.1.2. Drogas depresores	 13
1.1.3. Drogas alucinógenas o psicodélicas	 14
2. El alcohol como droga	16
2.1. Antecedentes históricos	 16
2.2. El alcohol desde una perspectiva química	18
2.3. Antecedentes del consumo de alcohol en el mundo	 22
2.4. Antecedentes del consumo de alcohol en Bolivia	24
3. El alcoholismo como enfermedad	28
3.1. Abuso, tolerancia y dependencia del alcohol	30
3.1.1. Abuso	 30
3.1.2. Tolerancia	31

3.1.3. Dependencia	 32
3.2. Progresión del alcoholismo	36
3.2.1. Abstemio	 37
3.2.2. Bebedor moderado o social	 37
3.2.3. El bebedor excesivo	39
3.2.4. El bebedor alcohólico	40
4. Funciones mentales	43
4.1. La memoria	 44
4.1.1. Trastornos de la memoria	 45
4.2. La atención	 46
4.3. La orientación	 47
4.4. El lenguaje	 48
4.4.1. El lenguaje expresivo	 49
5. Efectos del consumo de alcohol en el cerebro humano	 50
5.1. Lesiones del lóbulo Temporal	53
5.2. Lesiones del lóbulo parietal	 54
5.3. Lesiones del lóbulo occipital	56
5.3.1. Zonas secundarias del cortex occipital	 57
5.4. Lesiones del lóbulo frontal	58
5.4.1. Lesiones del lóbulo prefrontal	 60
6. Consecuencias crónicas del alcoholismo	 62
6.1. Síndrome de abstinencia al alcohol	 63
6.1.1. Temblor alcohólico	 65
6.1.2. Alucinosis alcohólica	 65
6.2. Delirio alcohólico (Delirium Tremens)	 66
6.3. Síndrome de Wernicke Korsakov	68
6.4. Delirio de celos o celotipia alcohólica	 70
7. Grupos abstinentes	72
7.1. Alcohólicos anónimos (AA)	73
8. Albergue "San Vicente "	76
8.1. Estructura orgánica	77

8.2. Programa de rehabilitación del hogar "San Vicente"	78
8.2.1. Actividades diarias	80
Capitulo IV Metodología de la Investigación	82
1. Tipo de investigación	82
2. Diseño de investigación	83
3. Planteamiento de la hipótesis	83
4. Variables	83
4.1. Conceptualización de variables	83
4.1.1. Variable independiente	83
4.1.2. Variable dependiente	84
4.2. Operacionalización de variables	85
5. Delimitación de la investigación	85
5.1. Delimitación espacial	86
5.2. Delimitación temporal	96
6. Ambiente institucional	96
7. Población	87
8. Sujetos	87
9. Muestra	87
10. Técnicas de investigación	88
10.1. Técnicas de cualitativas	88
10.2. Técnicas de cuantitativas	88
11. Instrumento	88
12. Procedimiento	89
Capitulo V Presentación y análisis de los datos	91
1. Datos generales de muestra	92
2. Resultados del examen mental abreviado	95
3. Prueba estadística para resultados obtenidos	106

Capítulo VI Conclusiones y recomendaciones	 109
1. Conclusiones	109
1.1. Conclusión general	 109
1.2. Conclusiones específicas	110
2. Recomendaciones	 113

Bibliografía

Anexos

Indice de Cuadros

Cuadro No. 1. Cuadro ANOVA para cada prueba	 107
---	-----------

Indice de Gráficos

Gráfico No. 1. Edades de los participantes por grupo	92
Gráfico No. 2. Ocupación principal por grupo	93
Gráfico No.3. Años de consumo de alcohol	94
Gráfico No. 4. Orientación Temporal por grupo	95
Gráfico No. 5. Orientación Espacial por grupo	96
Gráfico No. 6 Registro	97
Gráfico No. 7. Concentración por grupos	98
Gráfico No. 8. Nominación por grupo	99
Gráfico No. 9 Lenguaje Expresivo por grupo	100
Gráfico No. 10. Operaciones secuenciales en tres etapas, por grupo	101
Gráfico No. 11, Prueba de Lectura, por grupos	102
Gráfico No. 12. Memoria a Corto Plazo, por Grupo	103
Gráfico No, 13. Prueba de escritura, ambos grupos	104
Gráfico No. 14. Construcción por grupos	105
Gráfico No. 15. Comportamiento promedio por prueba para cada grupo	106

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol según los arqueólogos deviene de hace 6400 años antes de Cristo, durante el período neolítico, su consumo popular en la población hizo que se crearan el vino y la cerveza, y que se mantuviera el preparado de numerosas bebidas tradicionales.

Se sabe que la ingesta de alcohol a través de la historia formó parte de los ritos y costumbres de diferentes grupos humanos del planeta. Al ser su consumo tan aceptado el químico Persa Rhases alrededor del año 800 logró una preparación fuerte de alcohol a través de la destilación, sus resultados los publicó en árabe, que era la lengua internacional en su región." Madden (1986).

Los científicos y sabios de esa época al parecer consideraban que cuando se hervía el material fermentado se desprendía un polvo fino e invisible. De la frase árabe "al kohl" (el polvo) proviene el término alcohol.

En la actualidad el consumo de alcohol por su uso popular y legal se convirtió en la primera toxicomanía así lo demuestran las estadísticas mundiales sobre alcoholismo: "...se estima en más de 100.000 el número de muertos anuales sólo en Estados Unidos a causa del alcoholismo" ."(http://www.monografias.com/trabajos/alco/alco). En Europa: "En los últimos años, España a pasado a ocupar el segundo lugar en el mundo en tasa de alcoholismo."(http://www.monografias.com/trabajos/alco/alco).

Jellineck (1960), define como alcoholismo: "cualquier uso de bebidas alcohólicas que cause cualquier daño al individuo a la sociedad o a ambos".

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a fin de conceder una referencia genérica sobre el término lo definió como sigue. "Es una enfermedad crónica, de desarrollo insidioso y evolución progresiva, que se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlar su manera de

beber, lo que da lugar en la mayor parte de las ocasiones que el afectado lo haga en forma excesiva y desarrollen problemas en su salud, familia, trabajo y en su relación con la sociedad en general. Esta pérdida de control es consecuencia de una dependencia psíquica y física del alcohol que el individuo ha desarrollado por consumirlo en forma frecuente y excesiva durante cierto tiempo".

De acuerdo a las definiciones presentadas el alcoholismo es producido por la combinación de diversos factores tanto fisiológicos, psicológicos y genéticos. Caracterizándose además por una dependencia emocional y orgánica del alcohol, que produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

Esta problemática constituyó la necesidad de encarar acciones para controlar de alguna manera la enfermedad del alcoholismo, es así que se fueron creando instancias, asociaciones u organizaciones que apoyan al dependiente del alcohol. Principalmente se tienen las asociaciones conocidas como Alcohólicos Anónimos (AA), "...fueron fundados en 1935 por un médico y un corredor de bolsa, cuya experiencia mística de la sobriedad era algo, en su opinión, que había de compartir con otros afectados." Organización Panamericana de la Salud (1988).

Los AA trabajan en grupos para poder resolver un problema en común, tiene como característica principal al compartir su experiencia y así poder infundirse fortaleza mutuamente, "...son una organización mundial, con más de 15000 grupos en más de 90 países. Su eficacia revela el cálculo de que un 75 % de los que se adhieren al programa suelen superar su dependencia." Organización Panamericana de la Salud (1988).

Bolivia es también uno de los países donde existe altas tasas de consumo excesivo de alcohol y alcoholismo, principalmente en mayor proporción en los hombres que en las mujeres. "los consumidores actuales de

bebidas alcohólicas han aumentado su número de 919.255 en 1992, a 1.416.826 en el año 2000. Uso indebido de drogas en Bolivia(2000)

El presente estudio se realizó en el albergue "San Vicente" de la ciudad de La Paz, que acoge a alcohólicos varones cuyo consumo es consuetudinario, dándoles apoyo respectivo para abandonar su dependencia.

La investigación evaluó las funciones mentales siguientes: orientación, registro, concentración, lenguaje expresivo, lectura memoria, escritura, nominación operaciones secuenciales y finalmente construcción.

El instrumento utilizado para esta investigación fue el examen mental abreviado que consta de 11 ítems de evaluación. Para poder encontrar un rango de comparación que sea realmente significativo en el deterioro de las funciones mentales en los alcohólicos, se utilizó un grupo de referencia conformado por personas no alcohólicas.

Evaluando el grupo no alcohólico se pudo encontrar que el deterioro de las funciones mentales es alto en personas alcohólicas, siendo algunas áreas del cerebro más dañadas que otras, además se encontró que el tiempo de consumo medido en años, influye de manera relevante en el deterioro de las funciones mentales de: orientación, registro, concentración, lenguaje expresivo, lectura memoria, escritura, nominación, operaciones secuenciales y construcción.

El presente trabajo se divide en cinco capítulos, las cuales están relacionadas y siguen un orden secuencial:

Cap. I Planeamiento y justificación de la investigación

⚡ Cap. II Objetivos de la investigación

4	Cap. III Marco teórico
4	Cap. IV Metodología de la investigación
	Cap. V Resultados de la investigación
	Cap. VI Conclusiones y Recomendaciones

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del Problema

El alcohol etílico es una sustancia que se clasifica como un sedante hipnótico consumido en forma masiva en todo el mundo; su abuso, constituye un importante problema médico y de salud pública cuyas causas se las ubica en lo biológico, lo psicológico y lo genético.

El alcohol es una de las drogas más consumidas en el planeta, principalmente por ser legal y por ende por estar al alcance de todos los niveles sociales y rangos de edad. En Bolivia se observa que los consumidores de bebidas han aumentado su número de 919,225 en 1992, a 1,416,826 en el año 2000. Uso indebido de drogas en Bolivia(2000)

El alcohol se mezcla químicamente con el agua independientemente de su proporción, dispersándose cómodamente a través de los fluidos internos, llegando de esta manera a centros importantes del organismo, incluyendo al cerebro, que es en donde se produce el daño y se van deteriorando progresivamente funciones mentales como la memoria, orientación, registro, concentración, nominación, lenguaje, operaciones secuenciales, lectura, y construcción.

El alcohol etílico es soluble en grasas, posibilitando el ingreso al sistema nervioso central, por ello el consumo de alcohol por un tiempo prolongado causa tolerancia y dependencia física. Por lo anterior en el alcohólico crónico el organismo aumenta la capacidad de metabolizar el alcohol, aumentando su

nivel de tolerancia a la ingesta del mismo, para poder medir el nivel de dependencia se utilizan criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del DSMIV.

El consumo crónico de alcohol llega a provocar deterioro de las funciones intelectuales y motoras, alteraciones en la percepción, amnesia. trastornos del sueño e inclusive puede llegar a una alucinosis alcohólica. Como se puede apreciar el consumo de alcohol excesivo provoca daños a las funciones cerebrales, que se van dando paulatinamente es decir se agudizan a medida que aumenta el nivel de tolerancia e ingesta.,

Lamentablemente en países en vías de desarrollo el consumo de alcohol es común, debido a que su presencia es normal en casi todos los eventos sociales. Muchas de las personas que padecen de alcoholismo no lo reconocen debido principalmente a que no se lo asocia como problema de dependencia. Pero los resultados de este consumo tienen sus consecuencias en el descuido de la persona, de su alimentación, en su vida social y principalmente de su entorno familiar.

El estudiar el consumo de alcohol y sus efectos en el deterioro de las funciones cerebrales es de vital importancia debido a que afecta al raciocinio, donde el pensamiento se hace superficial y el aprendizaje y retención de la información se hace cada vez más difícil, de igual manera va disminuyendo la habilidad de discriminar entre estímulos, se van constatando además interferencias que van perturbando la coordinación motora, el equilibrio, la memoria, orientación (tiempo y espacio), concentración mental, etc.

Según la Lic. Adela Blanco de la Brigada de protección a la Familia (BPF), una de las zonas de la ciudad de La Paz con una gran cantidad de población de personas dedicadas al consumo de alcohol es precisamente la zona de Tembladerani, "...que es muy conocida por el alto índice de

delincuencia, como consecuencia de la existencia de grupos de jóvenes menores caracterizados por consumir drogas y también grupos de personas de ambos sexos de todas las edades con dependencia al alcohol y por consiguiente con problemas familiares como el abandono, violencia intrafamiliar, riñas callejeras, actos delictivos, etc."

Estos grupos de personas dedicadas al consumo de bebidas alcohólicas suelen reunirse especialmente en plazas o canchas de esta zona, se los puede observar tanto de día como de noche, y lo único que los une es su necesidad de consumir alcohol, ya que existen hombres y mujeres de todas las edades y clases sociales.

El hogar San Vicente, esta ubicado justamente en la zona de Tembladerani, el albergue se ocupa de otorgar no solamente asilo sino también terapias de rehabilitación a aquellos varones que tengan la intención de dejar de consumir alcohol para posteriormente reinsertarse dentro de la sociedad.

La presente investigación tuvo la intención de analizar en personas alcohólicas el deterioro de las funciones mentales de orientación, registro, concentración, nominación, lenguaje, operaciones secuenciales, lectura, memoria y construcción mediante un cuestionario mental abreviado.

A continuación se presenta la pregunta de investigación con la que se trabajo.

1.1 Formulación del problema de investigación

¿Cuál será la incidencia del alcoholismo en el nivel de deterioro de las funciones mentales en varones que están internos en el hogar "San Vicente" de la ciudad de La Paz?

2. Justificación

Se investiga la problemática del deterioro de las funciones mentales en el alcohólico, porque repercute especialmente en la conducta mediante malestares físicos junto a los trastornos psicológicos, que mantienen a la persona en una situación inestable con su medio ambiente, este factor se ve reflejado frecuentemente en el trabajo, problemas con la policía y principalmente en la familia.

El consumo crónico de alcohol afecta al sujeto hasta el punto que en muchas ocasiones, genera en los parientes cercanos crisis generalizada, y lleva a los familiares del dependiente del alcohol a adoptar decisiones de procurar tratamiento médico y psicológico al enfermo e incluso forzosamente, sin embargo, si esta persona con problema de alcoholismo no demuestra voluntad de cambio es finalmente abandonado y rechazado por su entorno no solamente familiar sino también social y laboral.

La conveniencia de realizar esta investigación principalmente radica en que se detalla teóricamente los efectos de alcohol en el organismo y como repercute su consumo en las funciones mentales de orientación, registro, concentración, nominación, lenguaje, operaciones secuenciales, lectura, memoria y construcción .

Estudios como la presente investigación son necesarios debido a que hasta el momento no se sabe con exactitud como el consumo continuo de alcohol afecta a las funciones del cerebro, lo cual repercutirá en la conducta misma de la persona, en su desempeño laboral y que en otros casos puede llevarlos incluso a la psicosis, como las alucinosis alcohólicas, celotipias, etc.

La relevancia esta en poder dar información al hogar San "Vicente " sobre el deterioro de las funciones cerebrales en los alcohólicos albergados en

esta institución y sobre todo a los propios interesados, que podrán evidenciar como el consumo de alcohol los afecta en sus capacidades mentales.

Por tanto las implicaciones prácticas estuvieron en la evaluación de las funciones mentales, mediante un examen mental que evalúa algunas zonas del cerebro en cuanto a su funcionamiento se utilizó el método exploratorio. No se pretende con esta investigación detener el consumo de alcohol, pero si colaborar en prestar información sobre si existe realmente un deterioro en las funciones mentales como consecuencia del alcoholismo y además en función a una comparación con otro grupo de personas no alcohólicas.

La utilidad psicológica radica en que el documento presenta una explicación teórica sobre la temática del alcohol y a la vez evalúa las funciones mentales de alcohólicos en comparación con los no alcohólicos, esta comparación permitió evidenciar con mayor detalle aquellas zonas del cerebro que están más deterioradas y aquellas que sufrieron menor deterioro. Por tanto este estudio aporta a los estudios de neuropsicología.

CAPITULO II

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con esta investigación se pretendió aportar en bien de la sociedad y específicamente del alcohólico.

Se trabajaron con los siguientes objetivos:

1. Objetivo general

Establecer el deterioro de las funciones mentales en la incidencia del alcoholismo, en el albergue de varones alcohólicos hogar "San Vicente" de la zona de Tembladerani en la ciudad de la Paz.

2. Objetivos Específicos

- Evaluar las funciones mentales en el alcohólico varón del "Hogar San Vicente".
- Conocer el deterioro de las funciones mentales causados por el alcoholismo
- Determinar el deterioro de las funciones mentales en función de los años de consumo.

Capítulo III

MARCO TEÓRICO

1. Sustancias psicoactivas

Una definición dada por la Organización Mundial de la Salud sirve de guía para comprender que son esas sustancias llamadas drogas. La OMS menciona que la:

"Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además susceptible de crear dependencia ya sea psicológica, física o ambas"

Analizando la definición antes mencionada, se puede concluir que una droga, es una sustancia química capaz de afectar el funcionamiento fisiológico como psíquico del ser humano, estas sustancias psicoactivas son capaces de conducir al sujeto a que las consuma con un cierto grado de adicción. Su procedencia puede ser natural o sintética, pero su característica es su toxicidad, ya sea derivada de su propia acción o de su mal uso.

Por consiguiente la Organización Mundial de la Salud (1992), define la drogodependencia como "un estado psíquico, a veces también físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas comportamentales que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga de forma continuada y periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar las molestias de su ausencia".

Las drogas pueden "*alterar de algún modo el sistema nervioso central*", las alteraciones que las drogas pueden causar son muy variadas: excitar, como lo hacen las drogas clasificadas como **estimulantes**; tranquilizar, eliminar el dolor o aplacar, como lo hacen las drogas clasificadas como **depresoras**; ocasionar trastornos perceptivo de diversa intensidad, como las drogas denominadas **alucinógenas**.

Son susceptibles de "*crear dependencia*" ya sea psicológica y / o física, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo.

1.1. Clasificación de las drogas

La clasificación de las drogas varía según el punto de vista de cada autor, ya sea químico, psicólogo, médico, etc., sin embargo, se tomará en cuenta la clasificación dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), divide en tres grandes grupos que son:

1.1.1. Drogas estimulantes

Se considera que las drogas estimulantes son aquellas que afectan al sistema nervioso central, estas producen en el sujeto un decremento físico marcado, tienen una acción estimulante y euforizante, también hacen que disminuya el apetito. "Los centros principales de adicción, están localizados en el área de *gratificación* denominada núcleos accumbens donde las conexiones fibrilares anatómicas son mediadas por la dopamina.

Entre las drogas estimulantes se pueden mencionar las siguientes:

- Cocaína conocida también como: pasta, base, pitillo, crack, etc.

- Anfetaminas, tales como: metilfenidato (ritalín), drogas anoréxicas, etc.
- Las metilxantinas como la cafeína, teofilina, mateína y otros.

Manifestaciones de la intoxicación por estimulantes

Subjetivas y conductuales	Vegetativas
- Euforia - Sensación de bienestar - Inquietud - Anorexia - Aumento de la libido (especialmente en las mujeres) - Insomnio - Agitación psicomotriz - Continuo moverse (a veces movimientos estereotipados) - Locuacidad	- Midriasis - Taquicardia - Hipertensión arterial - Sudoración y escalofríos - Náuseas y vómitos

J. Aizpiri Díaz, J. A. Barbado Alonso, y otros 2002.

1.1.2. Drogas depresores

Los depresores son todas estas sustancias que relajan el sistema nervioso central, son conocidos desde la antigüedad por sus propiedades hipnóticas, sedantes y, en algunos casos analgésicas, porque inducen el sueño y disminuyen la actividad corporal. Los segmentos poblacionales de más alto riesgo en el consumo de las sustancias psicoactivas depresoras son los adolescentes y los adultos jóvenes.

Se conocen como depresores de siguientes sustancias:

- Hipnóticos, como los barbitúricos y el alcohol
- Analgésicos: codeína, morfina, heroína y otros.
- Tranquilizantes (benzodiacepinas)
- Disolventes inhalantes: la acetona, tolueno y otros.
- Anestésicos: éter cloroformo y otros.

El alcohol actúa como una "sustancia depresora rápida, ya que su dilución en las membranas neuronales retrasa la descarga eléctrica celular por ser malos conductores de la electricidad. Esto hace que el nivel más superior de la conciencia y las estructuras más periféricas (lóbulo frontal y su corteza) dejen de funcionar o disminuyan su capacidad de respuesta, lo que libera estructuras instintivas más profundas (lóbulo temporal, sobre el que la corteza frontal actúa de freno) y hace que aparezcan rasgos de la personalidad y conductas que se encuentran controladas." (Comas, D. 2000).

1.1.3. Drogas alucinógenas o psicodélicas

Son sustancias psicoactivas alucinógenas naturales o sintéticas, derivadas mayormente de hongos y otras plantas que cuando son ingeridas, producen estados alucinatorios, en ocasiones psicóticos y en otras de tipo esquizofreniforme de manera temporal.

Dentro de este último grupo se encuentra el:

- LSD (dietilamida del ácido lisérgico)
- Mezcalina (Peyote)
- Cannabis: marihuana, hash y el hashis
- Psilocibina (Hongos mágicos)
- Fenciclidina (Polvo de angel)

Cada una de estas sustancias tiene sus formas particulares de ser consumida (fumada, por inhalación nasal, disuelta en líquido, inyectable, ingerida por vía oral, en píldoras, etc.) y las mismas presentan innumerables nombres comerciales para su expendio, para su aclaración se presenta el siguiente cuadro:

Modos de administración de las diferentes drogas	
Droga	Modo de administración
Depresores del sistema nervioso Opiáceos (morfina, heroína, codeína y específicos como Sosegón, Tilitrate, Dolantina)	Intramuscular, fumada, oral, parches transdérmicos
Alcohol (bebidas alcohólicas, fermentadas y destiladas)	Oral
Hipnóticos y sedantes (barbitúricos)	Oral, Intramuscular
Tranquilizantes menores (benzodiacepinas)	Oral Intramuscular
Disolventes y pegamentos	Inhalación
Estimulantes del sistema nervioso Anfetaminas y anorexígenos Cocaína	Oral, Esnifada, fumada, Masticación
Xantinas (café, té, bebidas de cola)	Oral
Psicodislépticos Derivados del cannabis (marihuana, hachís) Alucinógenos psicodislépticos (mescalina, LSD) Tabaco	Fumada Oral Fumada

J. Aizpiri Díaz, J. A. Barbado Alonso, y otros 2002.

El incremento del consumo de drogas, como consecuencia de modas, conlleva implicaciones sociales difíciles de contrarrestar, a no ser a base de ingentes recursos económicos y profesionales y muchos años de constancia. En cualquier caso, no debemos olvidar que la pandemia de la adicción a las drogas pervive gracias a que existe una fuerte estructura económica alrededor de su producción y distribución.

El consumo de sustancias psicoactivas por el hombre, se remonta prácticamente a los orígenes mismos del ser humano, sin embargo, es en este siglo sobre todo en las últimas décadas, en las que el avance tecnológico cada vez más sofisticado llega también a la producción de sustancias psicoactivas, rompiéndose no solamente los patrones de utilización de drogas, sino también los controles socioculturales e inclusive económicos, llegando a la permisividad mediante la promoción social del consumo de drogas, convirtiéndose en un problema que involucra a la sociedad en su conjunto.

2. El alcohol como droga

2.1. Antecedentes históricos

El alcohol etílico o etanol es una sustancia producida por microorganismos como levaduras o bacterias a partir de la fermentación de productos vegetales como uvas, manzanas, cebada o maíz. De acuerdo con los hallazgos arqueológicos, el hombre prehistórico descubrió la manera de fabricarlo alrededor del año 6400 antes de Cristo, durante el período neolítico, así nacieron el vino y la cerveza, además de numerosas bebidas tradicionales.

"Dicen los etnólogos que no existe ningún pueblo que no haya logrado producir bebidas fermentadas conteniendo alcohol. Este proceso de fermentación es probablemente una de las primeras reacciones químicas que el hombre supo realizar. Sin embargo, las bebidas alcohólicas pueden obtenerse por fermentación o por destilación. Las fermentadas son las más antiguas, puesto que hasta la edad media no se conoció la destilación, que proporciona bebidas más fuertes." (Martínez Murillo Salvador, 1979).

Las bebidas alcohólicas han sido conocidas y utilizadas por el hombre desde tiempos inmemoriales. La llamada hidromiel -mezcla fermentada de agua y miel- y la cerveza se ha consumido de forma casi universal hace miles de años.

"Se conservan restos del año 2200 a.c. que evidencian cómo se recomendaba la cerveza a mujeres en estado de lactancia. El código del rey babilonio Hamurabi amparaba a los bebedores de cerveza y vino de palma, y hacía ejecutar a la tabernera que rebajara la calidad de la bebida." (Observatorio Español sobre Drogas, 1999).

"Los griegos rendían culto a Dioniso y ofrecían bebidas alcohólicas a sus dioses y a los soldados antes de que estos entraran en combate. También ellos las utilizaban para facilitar sus relaciones: constituían el eje de los denominados symposia (banquetes celebrados con fines recreativos en los que intercambiaban ideas filosóficas, políticas, etc. mientras ingerían vino, cerveza e hidromiel)." (Observatorio Español sobre Drogas, 1999).

Las referencias bíblicas al vino son muy numerosas. "Parece imposible cumplir la Ley siendo abstemio, pues en todas las ocasiones de señalada importancia social (circuncisión, fiestas, matrimonios, banquetes por el alma de los difuntos) es correcto apurar al menos un vaso" (Escohotado, A., 1994).

Por su parte, parece ser que fueron los árabes quienes descubrieron la destilación, pero no fue sino hasta el siglo XV que Basilio Valentín le llamó "espíritu de vino", siendo Lowitz en 1796 el que obtuvo el alcohol, tocando en suerte a Saussure conocer su constitución química. (Martínez Murillo Salvador, 1979).

Las primeras investigaciones escritas acerca de la separación del alcohol de los fermentados por destilación se encuentra en los escritos de "Master Selernus, se atribuye a Lowist la primera elaboración del alcohol absoluto y a Eneas Coffey en 1832 la construcción del primer alambique de destilación, es así que los diferentes tipos de bebidas conocidas hoy en día se obtienen mediante procesos de destilación, como ser el ron, singani, brandy, etc. o de fermentación como la cerveza y el vino.

El consumo de bebidas alcohólicas se asoció durante la Edad Media con salud y bienestar. De hecho, el alcohol adoptó ese nombre a finales del siglo XVI pues hasta entonces se le conocía con el elocuente apelativo de aqua vitae.

Será a partir de la Revolución Industrial del siglo XIX cuando el consumo de esta sustancia alcance niveles hasta entonces desconocidos y que se verán notablemente incrementados desde la segunda mitad de esta centuria.

Algunas referencias señalan su presencia en nuestro continente primero en Mesoamérica y después en América Andina hacia el año 1500 A.C. También América conoce fermentaciones alcohólicas de escasa graduación desde tiempos remotos: el pulque y la chicha gozaron de amplia aceptación entre los pueblos aborígenes, quienes les atribuían un significado religioso, curativo y/o mágico.

En nuestro país el alcohol se conoce con distintos nombres, de acuerdo a las diferentes culturas: K'usa enaymara, ag'a quechua, cangui en guaraní, etc.

Actualmente en nuestro país ocurrieron muchos cambios sociales, un resultado de este cambio social es la sustitución de las bebidas alcohólicas tradicionales por las industriales y una tolerancia social producida en gran parte por la propaganda a través de los medios de comunicación como por ejemplo: la televisión, internet, etc., con el consiguiente cambio de actitudes con relación al consumo de alcohol, especialmente en los adolescentes.

2.2. El alcohol desde una perspectiva química

Etimológicamente el Alcohol, es un vocablo derivado del árabe "al kul", que significa "el polvo", su nombre químico es alcohol etílico. El alcohol etílico o etanol es un líquido incoloro, tiene la fórmula $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$, esta sustancia se produce naturalmente como producto de descomposición de los carbohidratos vegetales: determinados microorganismos denominados levaduras, actúan sobre azúcares vegetales naturales, debido a la acción de sus enzimas descomponen el azúcar, generando de esta forma una energía que será empleada por la levadura para dar lugar a un producto deseado: el alcohol. Este proceso fundamental en la producción de alcoholes se conoce con el nombre de fermentación.

Algunas variedades del alcohol son elaboradas a partir de una base original de azúcar, como el vino, la cerveza, jugos de fruta, etc., la acción de la levadura es

inhibida a medida que va aumentando la concentración de alcohol.

Otras bebidas alcohólicas provienen de la aplicación de un procedimiento distinto, llamado destilación, caracterizado por la concentración que sus productos tienen al hacer uso de este método, el material fermentado es calentado. Siendo que el alcohol hierve a temperaturas más bajas que el agua (78.3°C), se va evaporando, ese vapor es retenido condensado gracias a una instrumentación que permite el tratamiento correspondiente.

Las propiedades de las bebidas alcohólicas son modificadas por la presencia de otras sustancias congéneres, estos alcoholes diferentes del etílico son sustancias de mayor peso molecular en la serie de los alcoholes y otros compuestos, son estas sustancias congéneres las que determinan el aroma y el sabor específico de las distintas bebidas alcohólicas, se cree que estas sustancias aumentan el poder tóxico y la resaca posterior al consumo.

La concentración de alcohol en la bebida constituye un amplio margen oscilatorio, su contenido se indica generalmente en grados y va referido al porcentaje por volumen de alcohol (Vol. o/o). Al designar un determinado producto alcohólico con "x Vol. o/o" quiere decir que "x" es el contenido de alcohol en mililitros (ml.) de alcohol puro en 100 ml. de la bebida.

La siguiente tabla muestra el nivel alcohólico de los productos más conocidos y consumidos en nuestra sociedad:

CONCENTRACIÓN DE ALCOHOL EN BEBIDAS		
TIPO	Vol. o/o	GRAMOS POR LITRO
CERVEZA	3.50 - 8.30	28.00 - 66.00
VINOS	8.00 - 20.00	63.00 - 160.00
Vino Tinto	10.50 - 13.00	85.00 - 105.00
Vermouth	14.80 - 19.70	120.00 - 160.00
Champagne	9.40 - 14.00	75.00 - 113.00
LICORES	20.00	162
WHISKY	38.00 - 65.00	300.00 - 514.00
RON	38.00 - 80.00	300.00 - 632.00
VODKA	40.00 - 78.00	320.00 - 553.00

TABLA DE CONVERSIÓN EQUIVALENCIA CANTIDAD Y TIPO DE BEBIDA / C.C. DE ALCOHOL.		
TIPO DE BEBIDA	DOSIS	C.C. DE ALCOHOL PURO
CERVEZA Y SIDRA Graduación media = 5. 100 c.c. = 5 c.c.	Botellín (1/5) - v. grande	10
	Botellín (1/3)	17
	Corto	5
	Cana	8
	Doble	14
	Sidra - v. pequeño	7
	Sidra - v. grande	10
VINO, CHAMPAGNE - ESPUMOSOS Graduación media = 12. 100 c.c. = 12 c.c.	Chato	6
	Vaso vino	12
	Vaso grande	24
	1/2 botella	60
	Botella	90
BRANDYS - LICORES RON - ANIS - GINEBRA Graduación media = 40. 100 c.c. = 40 c.c.	Copa	18
	Combinado	28
	Litro	400
APERITIVOS: VERMOUTH - JEREZ Graduación media = 17. 100 c.c. = 17 c.c.	Copa	12
	Vaso	12
	Combinado	12
	Litro	170
WISKY Graduación media = 43. 100 c.c. = 50 c.c.	Medio	17
	Entero	30
	Doble	56
AGUARDIENTES - VODKA - CHINCHÓN Graduación media = 50. 100 c.c. = 50 c.c.	Copa	22
COMBINADOS Graduación media = 50. 100 c.c. = 50 c.c.	Determinar por las cantidades individuales de cada bebida.	

P. Moreno, C. Blanco, 1998.

El grado de intoxicación en el individuo estará supeditado al grado de concentración de alcohol en la sangre (G.A.S.), este parámetro se expresa en "porcentaje por mil" (0/00) y significa que en 1000 mililitros de sangre se constata 1 mililitro de alcohol puro.

Una persona aparece intoxicada cuando el grado de concentración de alcohol en sangre (GAS) se sitúa alrededor de 300/00 (en 1000 mililitros de sangre hay 3

mililitros de alcohol puro). La mayor parte de los casos de muerte en estado de intoxicación alcohólica aguda muestra un grado de concentración de alcohol en la sangre de 1.8 a 6,7 por 1000, la dosis letal para el ser humano se estima que es de 4 por mil. Mediante una experimentación alcohólica aguda, existe una insuficiencia respiratoria e insuficiencia cardíaca, razón por la cual se llega a la muerte de una persona.

De acuerdo a sus características el alcohol posee algunas peculiaridades físico-químicas, se mezcla libremente con el agua independientemente de su proporción. Suministrado al cuerpo humano, tan abundante en agua, se dispersa cómodamente a través de los fluidos internos, llegando sin dificultad a los centros importantes del organismo, incluyendo el cerebro.

El alcohol etílico es también, soluble en grasas, lo que facilita su ingreso al sistema nervioso central e impide que las membranas realicen su función normalmente, por ello ejerce efectos tempranos en la capacidad de pensamiento, sentimiento y las demás unidades del comportamiento.

El alcohol que se consume es absorbido por el estómago y más rápidamente por el intestino delgado, la ingestión del alcohol durante las comidas o luego de ellas altera el procesamiento, en estas circunstancias el alcohol es absorbido con mayor lentitud, debido a que la comida permanece en el estómago para las subsiguientes operaciones digestivas, la proteína de los alimentos retiene el alcohol en el estómago.

El alcohol luego de haber llegado a la corriente sanguínea pasa inmediatamente a través del hígado. El enzima "deshidrogenasa", presente en el hígado, actuando sobre el alcohol se convierte en el elemento que limita la proporción de eliminación de alcohol del cuerpo, esta enzima es el factor principal para que el hígado pueda realizar su labor de oxidación.

El hígado, a través de la vena cava inferior llega a la circulación general y a los

tejidos, así, influenciará el sistema nervioso central, induciendo a una diversidad de efectos. Dentro del proceso de eliminación se compromete a un 3 a 10% del alcohol asimilado, esta cantidad se expelle a través de las vías respiratorias, al llegar a los pulmones se mezcla con el oxígeno depositado, para luego departir entre el oxígeno de la sangre y los alvéolos.

Los riñones contribuyen a la eliminación del alcohol en forma de orina, en una proporción que varía de 0.1 a 21%. y un 0.5 a 1% es expelido a través de la piel en forma de sudor, esto debido a la capacidad del alcohol de disolverse rápidamente en el agua.

Entonces, un 90 a 97% es oxidado y metabolizado por el hígado, este órgano siendo sometido a prueba en un bebedor consuetudinario llega a un punto en el cual no logra oxidar todo el alcohol y se convierte en esclerótico.

El alcohol es una sustancia psicoactiva, se la utiliza en las bebidas corrientes, constituido principalmente por el "etanol", que es un depresor del sistema nervioso, los efectos comprenden desde la pérdida de las inhibiciones, sentimientos de relajación y tranquilidad hasta cambios inadaptativos del comportamiento que pueden manifestarse como depresión, agresión y conducta violenta, palabras poco claras, estupor e inhabilidad para funcionar coherentemente.

2.3. Antecedentes del consumo de alcohol en el mundo

El abuso de consumo de sustancias psicoactivas es un problema generalizado que influye en la población del mundo, en el informe sobre el desarrollo mundial, se manifiesta: "las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol afectan anualmente a 5% y 10% de la población mundial, y constituyó en 1990 el 2% de la carga total de morbilidad".

A nivel mundial "las bebidas alcohólicas son presentadas como factores

destacados en las relaciones sociales e, incluso, se utilizan como costumbre ritual, no sólo en celebraciones lúdicas, sino también religiosas... Sin embargo el consumo de alcohol constituye un serio problema mundial de importantes proporciones para la salud pública... Ausentismo laboral, pérdida de empleo, malos tratos a la mujer y al niño, delincuencia, abandono, ruptura familiar, accidentes de tráfico, marginación, son algunas de las consecuencias sociales asociadas al abuso de alcohol." (Portella E, Ridao M, y otros, 1998).

España ocupa el tercer lugar entre los países productores de bebidas alcohólicas y con sus tres millones de alcohólicos también es el tercer país en número de alcohólicos. En Estados Unidos, el alcoholismo es considerado como el tercer problema en gravedad, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo, en términos de morbilidad total, en contraste con la mortalidad, es probablemente el primero. 10.000 adolescentes mueren cada año por causas relacionadas con alcohol. (Kaplan H, Sadock B. 1987).

Aún en los países islámicos, en donde el consumo de alcohol esta estrictamente prohibido por la religión, se comprueban datos estadísticos de problemas relacionados por el hábito de beber a escondidas.

España es en la actualidad el quinto país del mundo en cuanto a consumo per cápita, con 10,2 litros por habitante y año en 1996. En general el alcohol es responsable de unos 13.000 fallecimientos al año, lo que suponen el 3,8% de la mortalidad total, y de un considerable número de años de vida potenciales perdidos cerca de 200.000 en 1996. (Grupos de expertos del PAPPS - España 2001).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS-1995) de España, un 17,4% de la población mayor de 16 años consume más de 14 unidades de riesgo que se sitúan en 20-40 g de alcohol puro por día y hay numerosos estudios epidemiológicos que demuestran que a partir de esos límites se presenta lesión orgánica y riesgos objetivos para la salud. (R. Córdoba García, R. Ortega Sánchez-Pinilla, y otros, 2001).

En América Latina, el consumo excesivo de alcohol y alcoholismo, se considera uno de los problemas de salud más importantes; "las investigaciones epidemiológicas e informaciones sobre producción y consumo de alcohol, evidencian que en numerosos contextos nacionales son los miembros de los estratos medios y altos los que consumen mayores volúmenes de bebidas alcohólicas. (Encuesta Nacional de Adicciones, 1998).

En México, y según las últimas encuestas, el porcentaje de hombres dependientes del alcohol es de 12.5%, mientras que el de las mujeres es de 0.6%. El grupo de edad que manifestó una incidencia más alta fue de 18 a 29 años. (Encuesta Nacional de Adicciones, 1998).

En Chile el consumo excesivo de alcohol y alcoholismo también se consideran uno de los principales problemas de salud pública: "la tasa de mortalidad por cirrosis del hígado como la tercera causa de defunción en el país ha permanecido alta en los últimos veinticinco años (alrededor de 30 muertes por cada 100.000 habitantes). En 1989 la tasa alcanzó un valor de 46 muertes por 100.00, una de las mas altas del mundo, En los Estados Unidos la tasa de mortalidad por cirrosis del hígado es de 11.6 por 100.000"

Según la Organización mundial de la Salud, (1992) la cantidad de jóvenes que consumen alcohol aumentó en un 20 %, en los últimos 10 años. Hace 10 años de cada 7 hombres que consultaban por problemas relacionados con el alcohol consultaban 3 mujeres; hoy la relación es de 6 hombres por 4 mujeres.

2.4. Antecedentes del consumo de alcohol en Bolivia

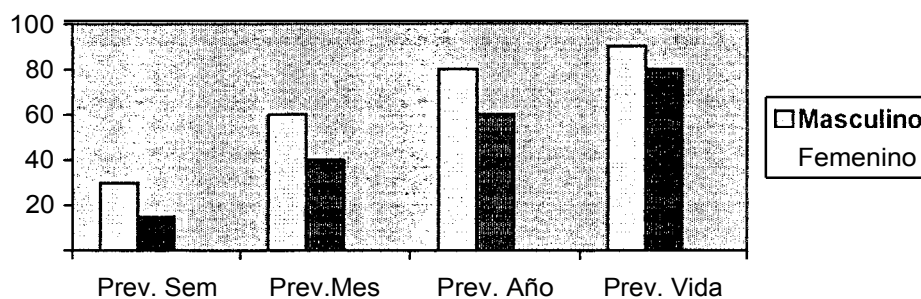
Según lo establece el Informe Mundial de Salud presentado por la Organización Mundial de Salud (OMS), el alcohol es el factor de riesgo que más años de vida saludable les cuesta a los bolivianos. El consumo de alcohol se ubica

en el primer lugar con un porcentaje de 5,6 por ciento, que es equivalente a la proporción de años saludables de vida perdidos en una persona por el consumo de esta droga. (Periódico "La Prensa", 2003).

En Bolivia, según los datos estadísticos proporcionados por el Centro Latinoamericano de Investigación Científica (CELIN) en 1998, la droga de mayor consumo es el alcohol: "existen 2,358,225 bolivianos (edades 12 - 50 años), entre hombres y mujeres que son consumidores actuales de alcohol.

Cuando se considera el género masculino y 896,437 del género femenino no hay mucha diferencia entre los varones y las mujeres cuando se trata de probar o consumir ocasionalmente una bebida alcohólica, pero esta diferencia se va ahondando a medida que aumenta la frecuencia del consumo de alcohol (Ver Tabla)".

GENERO - BOLIVIA 1998



	<i>Prev. Sem</i>	<i>Prev. Mes</i>	<i>Prev. Año</i>	<i>Prev. Vida</i>
Masculino	29.2	56.2	75.2	84.2
Femenino	13.9	33.7	57.5	73.9

En este grupo de consumidores se encuentra el grupo de personas dependientes al alcohol, con un porcentaje aproximado de 7.8%, lo que significa que en Bolivia existen a aproximadamente 626, 2247 personas que necesitan tratamiento y rehabilitación.



La edad en que más se consume alcohol en Bolivia, en cualquiera de sus formas, esta comprendida entre los 18 y 50 años de edad ya además esta el desalentador dato de que cada cinco años se incrementa el número de personas que consumen alcohol, tal como lo muestra el siguiente cuadro estadístico, realizado en las principales ciudades de Bolivia:

**PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE ALCOHOL POR CIUDAD,
TRABAJO REALIZADO EN CIUDADES CON MAS DE 30.000 HABITANTES
(CUADRO COMPARATIVO 1992 - 1996) BOLIVIA**

CIUDAD	1992			1996		
	Prev. Mes	Prev. Año	Prev. Vida	Prev. Mes	Prev. Año	Prev. Vida
LA PAZ	39.5%	66.7%	78.0%	41.31%	68.5%	81.5%
SANTA CRUZ	52.0%	66.0%	76.0%	45.7%	69.7%	81.4%
COCHABAMBA	49.6%	66.8%	73.6%	44.9%	70.1%	84.6%
EL ALTO	40.9%	56.0%	66.8%	37.3%	62.3%	73.4%

Según datos otorgados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), afirman que en 1993 se consumió 104 millones de bebidas alcohólicas, esta cantidad equivale a 30 litros por habitante, tomándose en cuenta un universo de Bolivianos a partir de 15 a 65 años. (INE, 1994).

**PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE ALCOHOL DEL ENTREVISTADO —
ESTUDIO URBANO — INFORMACIÓN 1992 — 1996 — 1998 — 2000
PAÍS: BOLIVIA**

PREVALENCIA						
ESTUDIO	Porcentaje			Absoluto		
	MES	AÑO	VIDA	MES	AÑO	VIDA
1992	42.1%	58.9%	68.7%	919,255	1,286,083	1,500,067

1996		44.2%	66.9%	79.2%	1,137,735	1,722,047	2,038,656
1998		45.9%	67.7%	77.9%	1,324,545	1,953,632	2,247,976
2000	-	47.91%	71.35%	79.26%	1,416,826	2,110,021	2,344,008

Según el Centro Latinoamericano de Investigación Científica (CELIN), se advierte que los consumidores de alcohol hasta el año 2000, presentan un porcentaje de 47,91% de la población urbana comprendida entre los 12 y 50 años de edad. Se observa que los consumidores de bebidas han aumentado su número de 919,225 en 1992, a 1,416,826 en el año 2000.

Según los datos del Centro Latinoamericano de Investigación Científica (CELIN) la edad media de inicio del consumo de alcohol, presenta fluctuaciones leves hasta el año 2000. Los mismos se aprecian en el siguiente gráfico:

**PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE ALCOHOL POR
EDAD DEL ENTREVISTADO ESTUDIO URBANO
INFORMACIÓN 1992 -1996 - 1998 - 2000
PAÍS: BOLIVIA**

PREVALENCIA ESTUDIO		EDAD			
		12 - 17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años
MES	1992	16.7%	49.6%	52.3%	51.5%
	1996	17.7%	43.6%	53.2%	57.8%
	1998	17.2%	48.1%	56.9%	55.6%
	2000	15.86%	47.78%	58.08%	58.14%
AÑO	1992	28.7%	67.9%	72.2%	68.5%
	1996	35.2%	71.1%	77.5%	78.6%
	1998	32.9%	74.0%	79.1%	77.7%
	2000	32.73%	76.38%	81.40%	81.42%
VIDA	1992	34.5%	77.0%	81.7%	81.3%
	1996	38.6%	84.7%	92.6%	94.2%
	1998	36.4%	83.4%	91.7%	91.9%
	2000	35.45%	82.68%	90.00%	93.29%

Los consumidores actuales de alcohol son menores al año 2000 que en 1992, en los rangos etáreos de 12 a 17 y de 18 a 24 años de edad, pero este porcentaje

es superior en los 25 y 50 años de edad, muy especialmente entre los 35 y 50 años, constituyéndose este último grupo como muy difícil de concienciar sobre las consecuencias del alcohol, por sus hábitos ya establecidos. (CELIN - 2000).

La preferencia de consumo de bebidas alcohólicas en Bolivia, sin importar el estrato social, género, edad, etc., es la cerveza y la segunda es la chicha, sin importar el hecho de que la chicha sea más producida y consumida en el valle, por lo menos en mayor proporción que en el altiplano y en el oriente. Otra bebida preferida es el singani que cuenta con un significativo porcentaje de mujeres casi en similar porcentaje, después el ron preferido más por varones que mujeres y el alcohol consumido en lo que se conoce como los misiles, tirillos, jumechis y demás preparados, este último con claro predominio masculino, al igual que el whisky.

3. El alcoholismo como enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a fin de conceder una referencia genérica definió que el alcoholismo:

"Es una enfermedad crónica, de desarrollo insidiosos y evolución progresiva, que se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlar su manera de beber, lo que da lugar en la mayor parte de las ocasiones que el afectado lo haga en forma excesiva y desarrolle problemas en su salud, familia, trabajo y en su relación con la sociedad en general. Esta pérdida de control es consecuencia de una dependencia psíquica y física del alcohol que el individuo ha desarrollado por consumirlo en forma frecuente y excesiva durante cierto tiempo".

Jellineck (1960), define como alcoholismo: "cualquier uso de bebidas alcohólicas que cause cualquier daño al individuo a la sociedad o a ambos".

Otra definición de alcoholismo es la que otorga Alcohólicos Anónimos que

menciona que: alcoholismo es la dependencia que tiene el sujeto hacia el alcohol y que no puede controlar su deseo de beber lo que conduce a problemas personales, morales,. espirituales de salud, familiares, de comunicación, laborales y sociales".

Se puede decir entonces, que el alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales, familiares y con su capacidad para el trabajo.

El alcoholismo es un término general que describe un cuadro completo de condiciones físicas, psicológicas y sociológicas, muchas investigaciones han conformado un amplio espectro del fenómeno, apoyan la concepción de considerar el estudio del alcoholismo como un aspecto interdisciplinario, conectado principalmente con la medicina, la psicología, la química, biología, sociología, economía e inclusive la pedagogía.

El Dr. José Antonio Elizindo López, dice que el alcoholismo se considera una enfermedad, porque tiene una etiología, y desarrolla una progresión que puede llegar a la cronicidad, además porque el conjunto de fenómenos derivados de la pérdida de control llena todos los requisitos que la medicina exige para considerarla como enfermedad a un determinado conjunto de signos y síntomas:

- Tiene una historia natural
- Existe un cuadro clínico perfectamente identificado y similar en todos los individuos que lo padecen.
- Se evidencia una etiología
- Un desarrollo de los factores fisiológicos y patológicos subyacentes a la enfermedad.
- Un pronóstico
- Un esquema terapéutico integral

- Una serie de estrategias para su prevención

3.1. Abuso, tolerancia y dependencia del alcohol

3.1.1. Abuso

Se entiende por abuso al empleo de algo de una forma que se aparta de lo habitual o que difiere de la finalidad que originalmente le fue concedida, desde un punto de vista cualitativo o cuantitativo.

Abuso alcohólico supone que, cuando por efecto del alcohol, existen modificaciones pasajeras y claramente visibles de las funciones psíquicas y/o físicas en el consumidor, por ejemplo la embriaguez: así mismo, es el consumo de alcohol superior al normativo dentro de un ambiente sociocultural existente.

Se puede decir que en una situación determinada existe abuso de sustancias cuando:

- La función económica y social esta comprometida
- El uso determina consecuencia médicas graves y potencialmente irreversibles
- La magnitud del uso amenaza con desintegrar las instituciones sociales
- La interrupción del uso provoca agudos síntomas físicos y psicológicos de abstinencia y es causa de otros trastornos de la salud
- Los usuarios procuran la droga aún cuando conocen sus efectos perniciosos

En otras palabras, el abuso de sustancias psicoactivas conlleva a la deficiencia funcional. El abuso se caracteriza por, el consumo recurrente de alcohol que conduce al incumplimiento de las obligaciones, se relaciona con el consumo en situaciones donde hacerlo podría poner en peligro su vida, (por ejemplo manejar un automóvil) y también conduce a problemas legales e interpersonales.

3.1.2. Tolerancia

El consumo continuado de alcohol produce tolerancia, fruto de la capacidad adaptativa de nuestro organismo: es la necesidad de una dosis superior de sustancia para conseguir el mismo efecto.

Cuando aparece el fenómeno del aumento de la tolerancia en un bebedor esto suele resultar muy engañoso, pues no se preocupa por este hecho, sino más bien, siente que aprendió a beber, cada día aguanta más y a diferencia de antes, ahora llega a consumir grandes cantidades de alcohol sin que se presenten síntomas tempranos de borrachera.

Las personas presentan un nivel de tolerancia a las sustancias y conservan un cierto control sobre su consumo. Obviamente, el individuo que abusa de ellas corre el riesgo de desarrollar dependencia. A veces, la línea entre el abuso y la dependencia está poco clara.

El DSM-IV reconoce, además, diferentes criterios sobre el abuso de sustancias:

Criterios DSM-IV para el abuso de sustancias
• Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses: - Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el consumo de sustancias; descuido de los niños o de las tareas domésticas). - Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia). - Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arrestos por comportamiento

escandaloso debido a la sustancia).

- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (discusiones conyugales, peleas...).

- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia (incluyendo los períodos de remisión).

Asociación Americana de Psiquiatría: "DSM-IV. Masson. 1995.

El aumento en la tolerancia se define como una adaptación biológica del organismo al alcohol, por lo cual el bebedor necesita mayor cantidad para obtener los mismo efectos que antes lograba con menos cantidad, o dicho de otro modo, cuando el cuerpo experimenta el alcohol, el cuerpo se adapta y al adecuarse la sustancia al organismo ésta disminuye su efecto en consecuencia se aumenta cada vez más las dosis para lograr el mismo efecto.

3.1.3. Dependencia

Se entiende por dependencia, a un estado de malestar e incluso molestias que aparecen en el individuo, una vez que dejó de consumir alcohol.

La dependencia de sustancias, "consiste en un grupo de síntomas, cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, a sufrir la abstinencia y a una administración compulsiva de la sustancia." (Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG - 2002)

Según sus características, una droga siempre genera dependencia, que será mayor o menor en lo físico o psíquico según sus peculiaridades químicas y la

cantidad consumida.

La dependencia psicológica genera una situación en la que existe sentimiento de satisfacción e impulso psíquico, que exigen la administración regular de la droga para producir placer o evitar el malestar.

La dependencia física hace que el organismo vivo necesite realmente la presencia de la droga para mantener su homeostasis.

Para desarrollar un cuadro de dependencia física la exposición del organismo al consumo de droga debe alcanzar un nivel suficiente para que el sistema enzimático sea capaz de adaptarse metabólicamente y crear dependencia. No sólo debe valorarse la capacidad de creación de dependencia física, también su potencia psicoactiva, que no suele ser proporcional a la anterior.

Para el DSM-IV el diagnóstico de dependencia de sustancias necesita, al menos, la presencia de tres síntomas de una lista de siete en algún momento de un período continuado de doce meses:

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de dependencia de sustancias
1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: - Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. - El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: - Síndrome de abstinencia característico de la sustancia. - Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía. 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. 5) <u>Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia</u>

(visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales -o recreativas debida al consumo de la sustancia.

7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Hay que especificar si:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (si se cumple cualquiera de los puntos 1 ó 2).
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (si no se cumplen los puntos 1 ó 2).

Asociación Americana de Psiquiatría: "DSM-IV. Masson. 1995.

En casos muy graves, derivantes de un proceso de dependencia prolongado y extremo, el síndrome de abstinencia toma otra fisonomía accesos de epilepsia, alucinaciones, pérdida del sentido de orientación, etc., y podría extenderse a tal punto de dar lugar al episodio sicótico conocido con el nombre de delirium tremens.

El síndrome de abstinencia puede controlarse suministrando la droga en cuestión, o una con similares efectos. Esto hace que se establezca un círculo vicioso que incremente y mantenga la gravedad de la dependencia, porque el individuo para evitar o eliminar tales estados de convulsión recurre repetidamente al alcohol, en cantidades que lo lleven a una tranquilidad relativa.

Con frecuencia se interrumpe el sueño para beber alcohol, y en casos de mayor ansiedad combinan el alcohol con tranquilizantes, ansiolíticos, etc., empeorando con mayor gravedad, el círculo decadente y destructivo.

La dependencia física esta íntimamente ligada al aumento a la tolerancia de alcohol que se va conformando en el bebedor consuetudinario y esta dada por la necesidad de acrecentar la cantidad de droga que permita alcanzar determinados efectos.

El dependiente concibe el alcohol como un medio estimulante que lo introduce en un mundo propio de bienestar y liberación, donde la realidad sino esta alejada, al menos no es vivida dramáticamente, el alcohol, entonces, se convierte en un tipo de "sostén" que su condición personal desadaptada necesita.

La dependencia psicológica es la demanda irresistible de consumo continuado, periódico o permanente de droga, con la que se busca aliviar una molestia o provocar euforia, no obstante, no se puede definir el preciso momento en que un sujeto materializa su dependencia psicológica, pero se puede afirmar que el espectro esta dado por la primera coyuntura en el cual el individuo recurre y prefiere el alcohol porque reconoce la cualidad del alcohol de poder cambiar su línea de percepción cognoscitiva y consciente y quiere sustituiría por otra menos consiente y muy irracional, es decir, el dependiente psicológico sabe que el alcohol es el medio más eficaz y adecuado de ayuda para poder afrontar o apartarse de la realidad.

Si bien la fuga es un factor sobresaliente en el cuadro dependiente, cada bebedor tiene un estilo propio de relacionarse con el alcohol, muchos manifiestan que beben para relajarse, por distracción, por olvidar, etc. El dependiente muy difícilmente querrá auto criticarse o aceptar su conducta de bebedor, entre otras razones esto se debe a que se requiere de mucho tiempo para llegar a constatar su dependencia.

La tendencia a una dependencia psicológica se hace mas intensa, cuando la persona concibe el empleo del alcohol como el único estímulo o que junto a otros es el más importante, que realmente le refuerza o gratifica, constituyéndose de esta manera su única preocupación, de tal forma que el "etanol" llega a ser su estímulo que impulsa su quehacer cotidiano. La adaptación al alcohol no se limita a personas que consumen cantidades excesivas de este, sino que ocurre también con los bebedores sociales que toman alcohol en dosis moderadas y con alguna frecuencia.

3.2. Progresión del alcoholismo

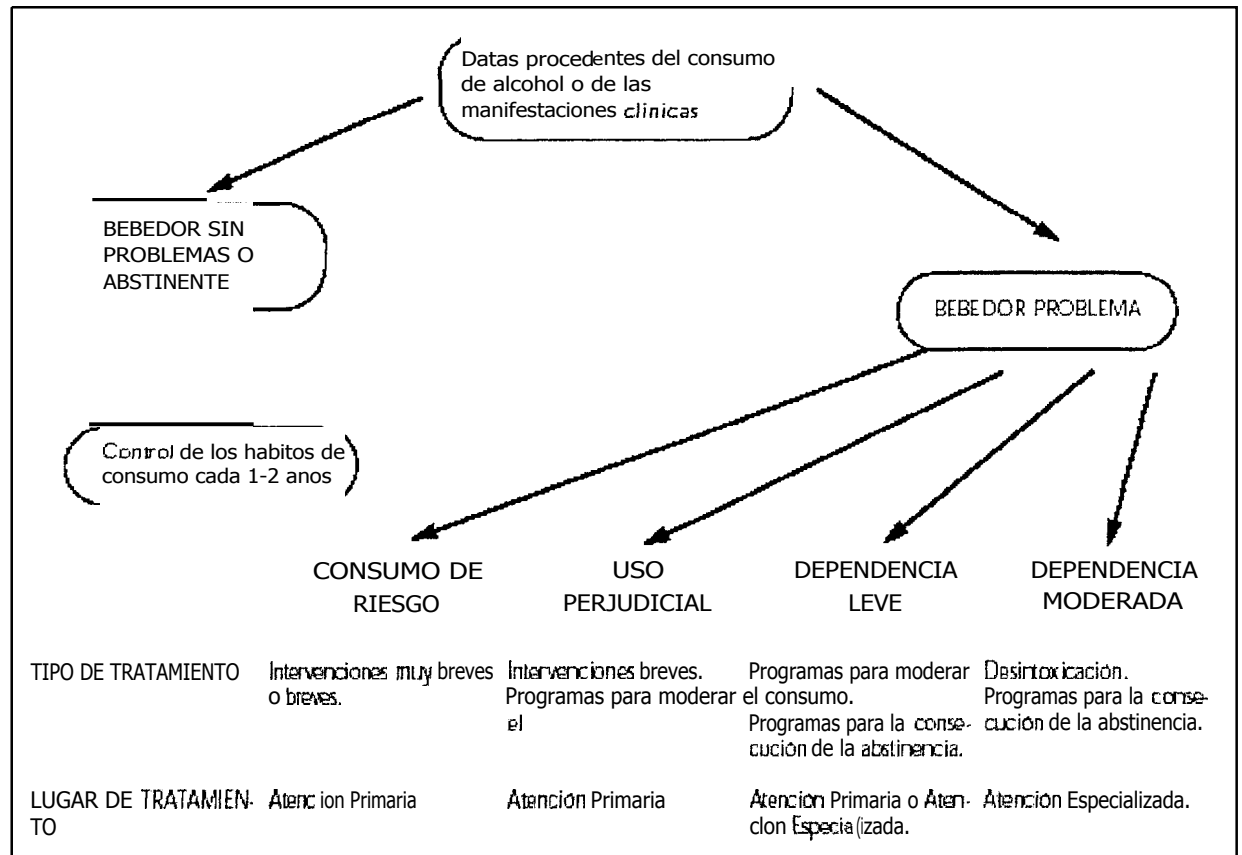
Para establecer la progresión del alcoholismo, se debe establecer su epidemiología. Para entender la eclosión de la dependencia alcohólica esta requiere de la interacción de tres eslabones clásicos:

- Agente: las bebidas alcohólicas en sus diferentes modalidades, concentraciones y combinaciones.
- Ambiente: permisividad, disponibilidad, publicidad de las bebidas alcohólicas y las modas asociados al bajo coste.
- Individuo-víctima: factores de susceptibilidad genética, factores de personalidad, edad de comienzo, presión social y costumbres.

Agente, ambiente e individuo se resumen como frecuencia de consumo, concentración de la sustancia tóxica y edad de comienzo de exposición del tóxico, todos ellos parámetros universales. Cuanto mayor frecuencia de consumo, mayor graduación de la bebida y más joven sea el individuo que consume alcohol, mayor será el deterioro orgánico y psíquico y la intensidad de la dependencia. (J. J. Rodríguez Sendín, I. De La Serna, y otros, 2000).

El alcoholismo debe ser considerado como la etapa final de todo un proceso que esta relacionado con la conducta de los individuos frente a las bebidas alcohólicas y el uso que hacen de ellas

Para aclarar el proceso del consumo, podemos referirnos a la representación de (Morales y Rubio, 1997):



Es difícil una clasificación de este problema, sin embargo, diversos autores coinciden en encontrar distinciones en las fases o etapas del alcoholismo. En la presente investigación se considera la siguiente clasificación de progresión al alcoholismo: abstemio, bebedor moderado o social, bebedor excesivo y bebedor alcohólico.

3.2.1. Abstemio

Son bebedores que no responden, quienes o bien no disfrutan o muestran un desagrado activo al gusto y a los efectos del alcohol y en consecuencia, no tiene interés en repetir la experiencia. Estas personas no solamente se abstienen si no que buscan el persuadir o coaccionar a otros que comparten su abstinencia. (Fraile Martin A., Minguez Garcia P. y otros, 2002).

Abstemio entonces, es aquella persona que no bebe o que muy ocasionalmente lo hace en cantidades moderadas, sin llegar a la embriaguez, se considera a este tipo de individuos no dependientes al alcohol.

Todos pasan por esta etapa, algunos lo prueban muy ocasionalmente lo beben en pequeñas cantidades pero prefieren no usarlo; otros hacen uso de las bebidas alcohólicas, después de cierta edad con mayor o menor regularidad, pero en cantidades moderadas, ambos constituyen el grupo de los abstemios. De acuerdo a un estudio realizado, en cuanto a los hábitos del consumo del alcohol en Bolivia el 11% es abstemio.(Periódico La Razón, 7de enero. 1996).

3.2.2. Bebedor moderado o social

Es aquella persona que consume bebidas alcohólicas de manera regular o irregularmente, no llega o excepcionalmente llega a la embriaguez, o a perder la conciencia, no presenta los síntomas de dependencia psicológica ni física al alcohol, bebe por motivos sociales, sin embargo que experimenta cierto alivio que se atribuye a fenómenos circunstanciales.

No busca beber compulsivamente, bebe solamente en circunstancias sociales, a veces rechaza la bebida, es decir, no le atribuye importancia al alcohol y toma en cuenta la tolerancia del grupo social por el hábito de beber de nuestra cultura.

El bebedor moderado o social, "bebe con sus amigos el alcohol es parte de su proceso de socialización, pero no es esencial, y no toleran una embriaguez alteradora, esta es rara, puede ocurrir sólo durante una actividad de grupo. (...) mantienen ciertos controles de su conducta. Un alcohólico social encontrará tiempo para una copa por lo menos, antes de la cena. Es probable que poco después de ésta se quede dormido. Su bebida no interfiere en su matrimonio ni interfiere gravemente en su trabajo." (Martínez Ruiz M. 2002)

En este modo de consumo de bebidas alcohólicas, el individuo por lo general lo hace en cantidades moderadas, en sorbos lentos, eligiendo y gustando la situación en general. El alcohol no es necesario para que la persona se sienta contenta o tranquila; la bebida es un complemento más.

3.2.3. El bebedor excesivo

El individuo consume frecuentemente bebidas alcohólicas en grandes cantidades, de manera exagerada y excesiva, hasta quedar en un estado de embriaguez. Puede presentar pérdida de control en su comportamiento y paulatinamente irá presentando signos de dependencia psicológica al alcohol.

Esta persona bebe más de lo aceptado por su grupo social-cultural al que pertenece. Algunas veces presenta problemas económicos, familiares, laborales, de salud y policiales que son provocados por riñas familiares, peleas callejeras, etc.

Se busca los momentos o circunstancias como pretextos válidos para beber y la primera copa se convierte en muchas, hace alarde de la cantidad de alcohol que puede consumir, se siente inmune al alcoholismo y lo niega. Aumenta la tolerancia, motiva a otras personas amigos o no a que lo acompañen a consumir y crea una actitud positiva del consumo del alcohol.

En esta etapa niega con firmeza su problema, tiende a realizar correlaciones sin sentido, justifica su conducta. El rol de la familia en este caso es importante, en algunos casos los familiares ocultan y tienden a volverse codependientes de este sujeto que esta en la fase pre-alcohólica.

La química del alcohol afecta de diferentes maneras a la química fisiológica del sistema nervioso central, es decir, que los efectos del alcohol varían de persona a persona, por esta razón las reacciones de la personalidad de los bebedores son distintas uno del otro, los hay desde aquellos sujetos pasivos que después de una euforia momentánea se deprimen, hasta personas que llegan a constituirse en

"bebedor problema", a causa de las constantes riñas que provoca.

A este último mencionado, se lo puede identificar por la compulsividad de su consumo, las primeras copas ocasionan otras. En este proceso el sujeto cambia su personalidad y tiende a mostrar conductas contrarias a su estado de sobriedad, habla incoherencias, aumenta exageradamente su ego, aparecen sentimientos de poder o de seguridad de la cual carecen, es sabio y agresivo al mismo tiempo, trata de imponer su punto de vista, se lamenta y trata de racionalizar sus problemas de la vida cotidiana.

De diez borracheras, por lo menos ocho le traen problemas familiares, policiales, entre otros, accidentes de tránsito, riñas, peleas, problemas laborales, etc. En muchos casos llega a la separación o divorcio; porque su pareja, después de haber intentado ayudarlo de una u otra manera, siente que ya no puede más por lo que decide continuar sola, finalmente el individuo pierde el trabajo.

Después de pasar por todos estos aspectos, es tan fuerte su remordimiento que tiende, generalmente sin éxito, a dejar de beber por periodos de tiempo. En este lapso tiende a justificar su consumo, como una especie de racionalización que lo haga sentir bien, se desintoxica, retorna a sus actividades, económicamente trata de solucionar sus deudas, y soluciona sus problemas principalmente con su familia. La única solución, en esta etapa, para el bebedor excesivo es la abstinencia total.

3.2.4. El bebedor alcohólico

Cada nueva fase supera la anterior y así todos alcohólicos han sido primero abstemios, luego bebedores moderados, posteriormente excesivos y caer finalmente en la enfermedad del alcoholismo. El proceso es reversible hasta la etapa de bebedor excesivo, es decir, un bebedor excesivo puede volver a ser un bebedor moderado o abstemio. Sin embargo, no se llega a alcohólico sin haber sido bebedor excesivo.

Se identifica por su gran dependencia o adicción de alcohol y una forma acumulativa de conductas asociadas con la bebida. (Rubio Valladolid G. 2002).

En esta etapa el enfermo ya presenta dependencia psicológica y física, ya se notan los síndromes de tolerancia y de abstinencia, su organismo le pide alcohol y ya no puede vivir sin el. Justifica su consumo y tiende a echar la culpa a otro, no racionaliza su problema, también tiende a hacer comparaciones: "yo bebo como cualquier otra persona normal", otra característica es la negación de su problema, "yo no soy alcohólico y cuando yo quiera dejen de beber" .

Además busca y se da cada vez mejores artimañas para poder beber, sin importar en donde o con quien, huye siempre escapa, el beber de esa manera, pareciera ser una evasión. Alcohólicos Anónimos (AA) los llama "huidas Geográficas", es decir, el trasladarse de un distrito a otro que es signo de que su sistema nervioso está cediendo gradualmente, no llega a estar quieto en un solo lugar.

Duerme solo lo necesario para "oxidar el alcohol", generalmente descansa como una vigilia, 2 ó 3 horas dependiendo del volumen ingerido de bebida alcohólica.

Generalmente, el perfil del sujeto alcohólico es el siguiente:

- Lagunas mentales, palinsestos o amnesia retrógrada después de una ingestión.
- Preocupación por el alcohol, desdoblamiento de la personalidad, ingestión ávida.
- Sentimiento de culpabilidad. El bebedor se avergüenza del alcohol que consume, evita hablar de ello al mismo tiempo que le incomoda que se le hable.
- Existe una incapacidad para detener la necesidad de ingestión de alcohol, el bebedor siente la necesidad de beber más, esto tornándose incontrolable y pensando que no tiene más voluntad, pero que puede tenerla y que en la próxima oportunidad se contentará con una o dos copas.
- Presenta intentos de justificación, el bebedor comienza a tratar de justificar su comportamiento referente al alcohol; encuentra un sin número de explicaciones

para persuadirse que no perdido la capacidad de "detenerse" y que solo es resultado de la vida social que lleva.

- La esposa, hijos, hermanos, madre, padre, amigos le reprochan, e inicia una lucha contra presiones familiares y sociales.
- Al perder el amor por sí mismo su criterio moral cambio notablemente. Busca compensar su caída con ideas o delirios de grandeza, gasta exageradamente, discursos grandilocuentes, adquiere una actitud agresiva, piensa que las cosas están mal en su entorno, no se hace parte del conflicto, culpa a otro por su problema
- Sus remordimientos se hacen cada vez más tenaces, sin embargo, bebe más.
- Puede pasar por algunos períodos de abstinencia, después de ese tiempo intenta cambiar sus hábitos de beber; cambia de bebida, quizás por otro de menos graduación.
- Es una persona hostil hacia su medio, olvida a sus amigos, también su empleo, cree que sus actividades son contrarias a su forma de ser o más propiamente con su manera de beber.
- Pierde totalmente interés por todo lo que no es él mismo, desarrollando de esta manera un tipo de egocentrismo, intentando siempre huir.
- Experimenta resentimientos, se hace hipersensible, sin algún motivo, porque su sistema nervioso va deteriorando sus funciones. Se asusta de cualquier cosa: un grito, una mirada, etc., psicológicamente también cambia.
- Se aprovisiona, temiendo que le falte alcohol.
- Descuida su alimentación. Anteriormente, solía servirse algo para dar a entender que se encontraba bien, ahora se alimenta sólo lo necesario. Sus piernas ceden y le tiemblan las manos. Está a punto de caer por el mínimo desequilibrio.
- Pueden aparecer los primeros motivos de salud que lo obliga a una hospitalización urgente.
- Su vida sexual virtualmente no le interesa; entonces desarrolla celos (celotipia), en muchos casos acusa a su esposa o compañera de ser infiel con cualquier varón. Su personalidad es mucho más susceptible.
- Es incapaz de comenzar el día sin alcohol; la copa matutina es imprescindible

para él, es un momento en que el bebedor puede reconocer en sus lapsos lúcidos que el alcohol se ha convertido en su amo. Así mismo, no puede detenerse solo y busca desesperadamente alguien que pueda salvarlo.

- En esta fase un familiar o amigo puede auxiliario con mucha autoridad moral: mediante mensajes positivos; tratarlo con cariño y firmeza, manifestando que presumiblemente "esta enfermo" y que puede ayudarlo, haciendo que pueda admitir su enfermedad.
- Finalmente, el bebedor tiene un amo: la bebida. Beber ciegamente sin control, todo quedo atrás: la familia, el trabajo, alimentarse, dormir, etc. lo cual muestra el principio del fin cayendo poco a poco en la fase más aguda del alcoholismo, el colapso puede ser inevitable si el enfermo no recibe ayuda o en muchos casos no busca ayuda.

4. Funciones mentales

El cerebro es el órgano mayor del sistema nerviosos central, por ende el centro de control para todo el cuerpo, actividades voluntarias como involuntarias, es responsable de la complejidad del pensamiento, memoria, emociones y lenguaje.

Se pueden reconocer, tres regiones diferentes: tronco cerebral, cerebelo y cerebro. El tronco cerebral controla las funciones vitales del cuerpo humano tales como respiración y digestión. El cerebelo cumple las funciones principales de mantenimiento de la postura y la coordinación de movimientos corporales.

El cerebro, que consta de dos hemisferios, el izquierdo y el derecho, unidos por el cuerpo calloso, estos dos hemisferios son los encargados de la mayoría de las funciones mentales en el ser humano, tales como la memoria, lectura, construcción, registro, orientación temporo-espacial, percepción, concentración y nominación. **EL COMERCIO .Facultad de Medicina.1999.**

4.1 Memoria

La memoria es la capacidad para mantener las cosas en la mente y recordarlas en algún momento. Las funciones de atención y percepción se hallan relacionadas con la memoria, porque se debe percibir un elemento y prestarle atención para poder recordar luego.

Según el Dr. Danton Melgar, la memoria se divide en:

Memoria inmediata, es el máximo de información que una persona es capaz de retener simultáneamente para repetir inmediatamente después de haber sido presentadas.

Memoria a corto plazo, se encarga de retener la información por el tiempo suficiente para que se la utilice.

Memoria operativa o de trabajo, para reemplazar el depósito a corto plazo se crea un depósito temporal, controlado por un sistema atencional denominado administrador central que es un sistema de atención con capacidad limitada y dirige la asignación de la atención tanto a los aspectos visuales como verbales de una tarea y controla su procesamiento. Depende del circuito articulador que retiene y ensaya elementos en el mismo orden en que son presentados en el depósito fonológico. El registro visoespacial retiene tanto la información espacial como las imágenes visuales que no pueden ser ensayadas verbalmente como tamaño, forma y color.

Memoria a largo plazo, se divide en diferentes subsistemas:

1. Episódica que es un sistema que retiene memorias relacionadas con un tiempo y un lugar determinados.
2. Semántica es un sistema de conocimiento general adquirido con el transcurso del tiempo y no relacionado con los acontecimientos en el momento del aprendizaje.

3. Procesal es un sistema de información que no puede ser inspeccionada conscientemente. Como las habilidades motoras, nadar, etc.

4.1.1. Transtornos de la memoria

Los trastornos de la memoria para hechos recientes dependen generalmente de una incapacidad para fijar las experiencias nuevas.

La identificación de los diversos trastornos de la memoria se denomina síndromes amnésicos. El síndrome amnésico se compone de:

Memoria a corto plazo normal.

Dificultad para aprender y recordar información nueva, conocido como amnesia anterógrada.

Pérdida de algunas memorias adquiridas antes del inicio, conocido como amnesia retrógrada.

Ausencia de alteración intelectual o del lenguaje.

La amnesia es la incapacidad para recordar, que puede ocurrir por daño cerebral, por interferencia con las funciones cerebrales, como el consumo continuo de drogas, conmoción cerebral o por conflictos psicológicos.

Según Ardila, se puede distinguir cuatro tipos principales de amnesia:

Amnesia anterógrada que consiste en la dificultad para retener información luego de una perturbación cerebral.

Amnesia retrógrada, es la incapacidad de evocar una información previamente aprendida.

Amnesia específica, se relaciona con la naturaleza de la información a memorizarse.

Amnesia inespecífica, se presenta para todo tipo de material y puede asumir cualquier tipo de modalidad.

4.2 La atención

La base sobre la que se organizan los procesos mentales se denomina atención. Se entiende por estado mental no solamente la condición intelectual de una persona, sino también todas sus situaciones emocionales y motivacionales.

No se percibe todo lo que sucede en el ambiente, sino que se selecciona lo que queremos e ignoramos los demás. Cuando ocurre un acontecimiento especial, la atención se desvía del objetivo actual a otro nuevo.

La atención es el estado de alerta y despertar que hace tomar conciencia de lo que sucede alrededor. Esta íntimamente relacionada con la memoria porque la práctica de una tarea conduce a más información almacenada y esto facilita la evocación rápida sin atención. Neuropsicología. Dr. Danton Melgar.

Kinsbourne, explica lo que acontece en el lóbulo prefrontal, el sistema estriado y el déficit de dopamina que existe en niños y adultos con déficit de atención.

La capacidad de atención es determinada por los siguientes aspectos:

Esfuerzo mental: tareas que comprenden mucho esfuerzo mental demandan gran parte de la capacidad total de la atención.

Habilidad: la adquisición de habilidad en una tarea, como resultado de la práctica, reduce de las demandas de atención, de modo que hay más atención disponible para atender otras tareas.

La motivación y el despertar aumentan la capacidad total disponible para asignación.

Se habla de la atención como voluntaria o involuntaria. La atención voluntaria corresponde a casos en los que el individuo parece tener la libertad para elegir su

propio foco de atención, escogiendo deliberadamente aquello a lo que presta atención.

En la atención involuntaria el individuo se ve influenciado por factores que lo obligan a prestar atención a determinados estímulos, en forma independiente de la voluntad. Algunos de los factores dependen de la motivación, y las principales son: la intensidad, la repetición, el aislamiento o el contraste, el movimiento o el cambio, la novedad y la congruencia.

4.3 La orientación

La orientación es un componente de la conciencia normal, puede definirse como la capacidad del sujeto para reconocer:

Lo que le rodea.

Las relaciones temporales y espaciales de los objetos entre sí y consigo mismo y

Su situación dentro del ambiente físico y social.

La capacidad de orientarse implica las siguientes categorías:

1. Orientación en tiempo: conocer hora, día y fecha, mes, año.
2. Orientación en lugar: ser capaz de designar el sitio en que se encuentra actualmente, la dirección en que vive, la forma de trasladarse de la casa a un sitio conocido, etc.
3. Orientación en persona, incluye la capacidad de identificarse y de identificar personas conocidas.

La capacidad para orientarse depende de la existencia de datos perceptuales disponibles, de la capacidad de recordar datos de la memoria y de la capacidad de juzgar la realidad y distinguirla de la fantasía.

4.4 El lenguaje

El Dr. Danton Melgar dice que lenguaje es el sistema de reglas que capacita a una persona para comunicarse con los demás. Es el medio por el cual la gente se comunica entre sí empleando símbolos verbales o no verbales, la adquisición del lenguaje no es una operación pasiva basada en la imitación.

El lenguaje es una función cerebral superior que se adquiere mediante un proceso de aprendizaje que cursa gracias a la existencia de suficientes estímulos verbales en el medio, este desarrollo por más que se piense que es genético, tiene su desarrollo en la corteza cerebral. (Azcoaga)

Para que el lenguaje sea decodificado, tiene que haber el aislamiento de los sonidos hablados, esto se realiza en las zonas postero superiores de la región temporal izquierda, por lo que una lesión de esta área produce la afasia temporal. No destruye los intentos activos de decodificar el lenguaje audible y el resto de las actividades mentales las conserva como ser la aritmética escrita y la actividad visual constructiva, si impide todo lo dependiente de la actividad hablada.

El segundo desorden de la comprensión del lenguaje es la alteración en el reconocimiento del significado, es una alteración del trabajo concertado de los analizadores de audición del lenguaje y visuales, por lo que la palabra articulada no evoca su correspondiente imagen.

Para que existe una comprensión de las frases, debe haber una síntesis simultánea de sus elementos, esta labor se lleva a cabo en las regiones parieto occipitales izquierdas, donde se realiza el análisis espacial y el análisis lógico gramatical, su lesión produciría una afasia semántica. Otro paso para la comprensión sería el análisis activo de sus elementos más significativos, esto requiere una búsqueda activa, formación de un programa de acciones y el examen de su curso, que se realiza con la ayuda del lóbulo frontal, por lo tanto una lesión en el lóbulo

frontal va producir una dificultad en comprender frases complejas o el significado oculto de las mismas. Neuropsicología. Dr. Danton Melgar.

4.4.1. Lenguaje expresivo

Consiste en la codificación del pensamiento en una expresión extendida. El primer paso es el lenguaje repetitivo, copia de un sonido, sílaba, o palabra lo que requiere una percepción auditiva exacta. El segundo paso es la participación de un sistema suficientemente preciso de articulaciones, la tercera condición es la capacidad de poder conectar una palabra con otra que depende de la capacidad del manejo motor. La cuarta condición para repetir una frase requiere de varios aspectos que sería un cierto grado de abstracción de estos estereotipos establecidos.

Otro tipo de lenguaje expresivo es denominación de objetos, tiene que partir de una imagen, en el cual no hay un modelo acústico sino que tiene que partir de una imagen visual de lo percibido o imaginado para luego codificarlo mediante la palabra apropiada. Es así, que se necesita la percepción clara, por que si hay una alteración en la síntesis visual o dificultades para reconocer dibujos disfrazados se produce una afasia óptica que aparece en lesiones de las zonas temporo occipitales izquierdas. Neuropsicología. Dr. Danton Melgar

La segunda condición es la integridad de las estructuras acústicas del lenguaje, en pacientes con dificultad en esta condición aparece la parafasia literal al pedirle la denominación, sin que se le ayude ni mencionando las primeras iniciales o sílabas de la palabra.

La tercera condición para denominar un objeto es descubrir el significado propio, selectivo e inhibir todas las alternativas irrelevantes, en este caso si se puede ayudar al sujeto dando la primera sílaba o sonido de la palabra.

La cuarta condición es la movilidad de los procesos nerviosos, para que la palabra encontrada no se congele, no puede pasar a otro nombre que requiere de las

zonas inferiores promotoras izquierdas.

El lenguaje expresivo, además de consistir en repetir frases o nombrar objetos, también consiste en lenguaje narrativo espontáneo, que empieza con una intención o plan y luego debe ser recodificado en una forma verbal, en ambos casos participan los lóbulos frontales, es así que cuando existe una lesión en esas áreas aparece la falta de espontaneidad en el lenguaje.

El paso de la intención o plan general a la narración requiere la participación del lenguaje interno con toda su estructura predicativa, cuando existe una lesión parieto temporo occipital izquierda, no pueden encontrar la palabra adecuada pero se mantiene la entonación y melodía de la frase que pueden ser rellenos con otras palabras pero inadecuadas. Neuropsicología. Dr. Danton Melgar

5. Efectos del consumo de alcohol en el cerebro humano

El alcohol debido a sus propiedades químicas de su molécula, es igual soluble en un medio lipídico que en un medio acuoso, esta propiedad es fundamental para la influencia en el cerebro y en otros sistemas celulares periféricos, sin embargo, siendo el alcohol una molécula simple, no tiene suficiente complejidad estructural para interaccionar con un receptor específico, entonces, los efectos del alcohol en el cerebro no se deben a su interacción con algunas de estas proteínas receptoras.

Las membranas están compuestas por moléculas de lípidos y proteínas, con capacidad de movimiento a lo largo de la membrana; es decir que una capacidad muy importante de las membranas celulares es la fluidez. En el caso de las membranas neuronales, el alcohol las desordena, aumentando la posibilidad de movimiento de los lípidos y las proteínas, sin embargo a medida que el consumo de alcohol se convierte en crónico se observa que las membranas neuronales se vuelven más rígidas, reduciéndose la fluidez, impidiendo de esta manera que las membranas realicen su función celular, como la conducción eléctrica y la transmisión química.

La acción exacta del alcohol sobre los sitios moleculares en la neuronas no están totalmente aclarados aún "Una hipótesis es que el alcohol perturba a los lípidos en la membrana de la célula (...), esta hipótesis se basa en el hecho de que la potencia del alcohol hace que sea capaz de poder penetrar, alterando de esta manera las membranas. Estos efectos del alcohol sobre las membranas han sido demostrados, sin embargo, no se puede afirmar lo mismo en concentraciones bajas de alcohol, producidas por una embriaguez moderada."

Es así que el alcohol altera la función y el ambiente interno de la neurona, que son las encargadas de la adquisición y el traslado de la información: "aquellas moléculas del citoplasma neuronal, cuya activación forma parte de la transmisión de la información de neurona a neurona (por ejemplo, la adenilciclase), son también objetivos del alcohol.

En algunos sistemas neuronales concretos el alcohol favorece la activación o la síntesis de éstas molécula, resultado un incremento de la respuesta fisiológica. El cerebro humano es muy susceptible a los efectos agudos y crónicos del alcohol, y se pueden producir lesiones en distintas partes, la naturaleza de estos efectos han sido difícilmente estudiados en sujetos humanos vivos, sin embargo, actualmente la accesibilidad del cerebro humano para su estudio fue mejorando gracias a la alta tecnología de ciertas computadoras que pueden "graficar" o ver las estructuras del cerebro y al mismo tiempo registrar la actividad cerebral. Por ejemplo, se han descrito lesiones en el cuerpo calloso protuberancia, tálamo y cuerpos mamilares, así como el ensanchamiento de los áureos cerebrales y cerebelosos, dilataciones de los ventrículos cerebrales, etc.

En el hipocampo y el cerebelo son estructuras decisivas en el aprendizaje y la coordinación motora, se ha observado que en individuos dependientes al alcohol, las prolongaciones dendríticas tienen menor densidad e incluso su número de neuronas es menor.

"El consumo de grandes cantidades de alcohol durante un periodo prolongado puede resultar en daños cerebrales irreversibles. Los alcohólicos crónicos pueden sufrir una atrofia del cerebelo, que es la parte del cerebro que controla el equilibrio, eso puede resultar en una pérdida permanente en la coordinación." (Wilfredo G. Santa, M.D. 1994).

Cuando hay ingestión de alcohol en el sujeto, los efectos nerviosos se reflejan mediante el comportamiento; en sujetos con una baja concentración de alcohol en la sangre, generalmente experimenta una euforia y tienen una percepción reducida de inquietud. A medida que G.A.S. asciende, ya existe un fallo en la coordinación motora y pueden estar acompañadas por un comportamiento agresivo. Con un ascenso en el G.A.S., el sujeto parece sedado; la rapidez para aprender y recordar llega a ser severamente nula, la respiración se deprime y puede llegar a morir a causa de una inadecuada respiración.

Entonces, la ingestión aguda del alcohol tiene efectos sobre la motivación, emoción, cognición, movimiento y finalmente, respiración y conocimiento, estas consecuencias son atribuibles a la acción del alcohol sobre las funciones nerviosas.

El alcohol al llegar al cerebro, narcotiza las neuronas dificultando primero e impidiendo luego la comunicación entre ellas, esto se produce en primer término en las regiones del cerebro encargadas del razonamiento y otros procesos complejos. A medida que el consumo de alcohol progresa y se vuelve crónico, se van afectando las regiones primitivas.

DOSIS DE ETANOL	EFFECTOS
Dosis de 15 a 20 cc. en bebida diluida.	Producen bienestar, calor en el rostro por vasodilatación periférica.
Dosis 34 cc. en bebida diluida	Disminuyen de forma homogénea los reflejos más sencillos como la exactitud de los movimientos habituales automáticos, como andar, comer, etc., disminuye sensiblemente, aumentando los errores hasta el 40 %.
Dosis 11 cc. en bebida diluida.	Se producen errores mecanográficos, de coordinación y de

	memoria.
Con alcoholemia superior a 0,25 % mg II .	Hay doble riesgo de accidentes, dado que el alcohol perturba los reflejos y acentúa la sensación ilusoria. El consumo de alcohol altera la visión periférica, afectando la atención y el control motor ocular.
Un nivel de 0,10 % de alcohol en la sangre.	Se narcotizan los centros cerebrales más antiguos y se dificultan relativamente la locución y la actividad motora.
Un 0,20 % de alcohol en la sangre.	Afecta profundamente el área motriz del cerebro y 0,30 % altera gravemente la percepción sensorial, entrando en un estado de estupor.
A nivel de 0,40 % de alcohol en la sangre	Prácticamente se anula la percepción y la persona se encuentra narcotizada y en coma.
Con niveles del 0,60 al 0,70 % de alcohol en la sangre	Se afectan los centros cerebrales primitivos que controlan la respiración y la frecuencia cardíaca, y sobreviene la muerte.

n base a datos la Fundación Manantiales 2001.

5.1. Lesiones del lóbulo temporal

Mílnner en 1974 realizó un trabajo sobre la diferencia de funciones de los lóbulos temporales izquierdo y derecho, en un 95% de los casos, resultaron que el lóbulo temporal izquierdo tiene una función lingüística especial por el hecho de estar centrado en el área de Wernicke. De modo complementario, se ha mostrado que el lóbulo temporal derecho se ocupa especialmente del reconocimiento de patrones musicales y espaciales (Scheid y Eccles. 1975).

Una de las lesiones de este lóbulo se presenta con "La agnosia auditiva o sordera cortical que es un síndrome conformado por la incapacidad de interpretar sonidos verbales (agnosia verbal), no verbales (agnosia auditiva no verbal) y melodías (amusia) que en la mayoría de los casos corresponde a lesiones temporales bilaterales. Se presenta el caso de una agnosia auditiva secular a lesiones predominantemente subcorticales e insular derecha." La agnosia auditiva está asociada a lesiones predominantemente del lóbulo temporal derecho. (Taleti, E.; Beinlich, y otros. 2002).

El abuso de alcohol suele asociarse al de otras drogas (psico-estimulantes, alucinógenos, etc; también puede asociarse a la epilepsia del lóbulo temporal, que

también puede inducir trastornos psicóticos orgánicos. La intoxicación etílica por alcohol incluye además cambios psicológicos comportamentales desadaptativos durante su ingesta.

5.2. Lesiones del lóbulo parietal

Mountcastle en 1970 hace el siguiente resumen a propósito de las lesiones del lóbulo parietal;

Los humanos con lesiones parietales muestran profundas perturbaciones de conducta, la característica común es una alteración de la percepción de la forma corporal y sus relaciones con el espacio circundante: especialmente por lo que respecta a la exploración visual y estereotáctica del espacio extra personal inmediato.

El síndrome se puede dividir en:

- 1. Aquellos en los que una lesión unilateral produce cambios de función puramente contralaterales, y*
- 2. Aquellos en los que incluso lesión unilateral producen desórdenes más globales que afectan a ambos lados del cuerpo.*

El síndrome contra lateral, se da comúnmente asociado a una lesión del lóbulo parietal derecho (menor). Produce patrones de conducta más grotesco a lo que nombra Hécaen en 1967 "pantomima del olvido generalizado: el sujeto puede olvidar o negar de los miembros contralaterales, olvidándose incluso de vestirlos. Las extremidades contralaterales rara vez se mueven, aunque no están paralizadas, se da un fallo en la realización de órdenes, el paciente trata de retirarse y evitar el semicampo contralateral del espacio, a pesar de esta pantomima del olvido, el sujeto puede negar que se encuentra enfermo en absoluto.

El síndrome bilateral, puede producirse cuando hay una lesión extensa del

hemisferio derecho (menor). El paciente experimenta dificultades de orientación en el espacio circundante, por ejemplo, la lectura de un mapa o hallar un camino, tareas que implican la coordinación de pistas somestésicas y visuales que son función especial del hemisferio menor.

El sujeto tampoco consigue copiar dibujos ni construir formas tridimensionales uniendo bloques, una gran variedad de desórdenes globales son también resultado de extensas lesiones del lóbulo parietal izquierdo (dominante). Hay trastornos del lenguaje asociados y todo tipo de dificultades de comunicación de las entradas sensoriales. Las dificultades se extienden a la iniciación y control de los movimientos, como si el paciente careciese de ideas.

En el lóbulo parietal izquierdo se da una integración de los datos sensoriales con el lenguaje. Eso se descubre al constatar que las lesiones provocan desórdenes en la gesticulación, la escritura, la aritmética y el conocimiento verbal de ambos lados del cuerpo- Como consecuencia, se dan incapacidades de la acción motora (apraxia), de la capacidad constructora y del cálculo. Las lesiones del lóbulo parietal que terminan en el lóbulo temporal producen afasia, con lesiones en la circunvolución angular (Brodman, 39), se da una pérdida de reconocimiento verbal y simbólico (alexia). (Milner 1967).

El lóbulo parietal derecho se ocupa especialmente de datos espaciales y, de forma no verbalizada, de las relaciones entre cuerpo y espacio. Se ocupa espacialmente de las habilidades espaciales; las lesiones provocan la pérdida de las habilidades (apraxia) que dependen de movimientos finamente organizados, la incapacidad de manejar datos espaciales se manifiesta en la escritura, donde las líneas son ondulantes, con las palabras irregularmente espaciadas y a menudo deformadas por perseverancia: esto es las letras propiamente dobles aparecen triples. También puede haber desórdenes más sutiles de expresión lingüística, Con deterioro de la fluidez y del vocabulario. Los pacientes sufren de un nivel anormal de fatiga lingüística.

Hécaen en 1967 resume la diferencia existente entre los dos lóbulos parietales:

Las heridas en la parte derecha del cerebro desorganizan la referencia espacial de varias actividades mientras que las de la parte izquierda provocan perturbaciones en los sistemas de signos, códigos y en la actividad de categorización. Así pensamos que es necesario postular la existencia de una función organizadora de mediación verbal en las actividades del hemisferio mayor (dominante).

Toda esta descripción nos da a entender que el consumo de cualquier sustancia psicoactiva interfiere en los procesos funcionales e histológicos de las diferentes regiones cerebrales, una alteración interna o neuroquímica u hormonal puede generar lesiones a las diferentes estructuras cerebrales, pudiendo interferir su normal funcionamiento y afectar no sólo a un lóbulo independiente, sino en su defecto puede interferir a muchos otros.

5.3 Lesiones del lóbulo occipital

Tras el consumo de etanol se apreció una reducción de la actividad global cerebral con afectación de prácticamente todas las áreas cerebrales. No obstante, diferentes estudios permiten comprobar que el etanol reducía sobre todo la actividad del córtex occipital. Este patrón de afectación es similar en sujetos que consumen consecutivamente esta sustancia. (Wang GJ, Volkow **ND**, Franceschi y otros, 2000).

Áreas primarias del córtex Occipital

Las zonas occipitales del cerebro constituyen el centro cortical del sistema visual, una lesión en estas zonas da lugar principalmente a una perturbación en el proceso de información visual y esto debe reflejarse en los procesos mentales en el aspecto de la síntesis y el análisis visual.

Una lesión del nervio óptico conduce a una ceguera de un ojo, una lesión del quiasma óptico en su parte medial conduce a la pérdida de campos exteriores (temporales) visuales, mientras que las lesiones del tracto óptico, la radiación óptica o el cortex visual de un hemisferio conducen a la pérdida de los campos visuales opuestos, es decir, una hemianopsia contralateral homónima. (Luria 1985)

Muchas veces se presenta una embriaguez alucinatoria, caracterizada por alucinaciones auditivas y / o visuales de contenidos violentos, estas alteraciones a nivel de los procesos mentales superiores, nos da a entender los efectos nocivos del uso de diferentes sustancias que afectan al sistema nervioso central y a la corteza cerebral en su conjunto.

5.3.1 Efectos sobre las zonas secundarias del córtex

Occipital

El consumo de alcohol altera los mecanismos fisiológicos responsables de las lesiones orgánicas de las zonas primarias y secundarias, su consumo produce alucinaciones que provienen en gran parte de la oxidación del alcohol y la producción de acetaldehído, de los efectos detergentes del propio alcohol sobre las membranas celulares y de la frecuente asociación con deficiencias nutricionales.

El síntoma esencial asociado a una lesión de estas morías es la alteración de la percepción integral de complejos visuales completos, la incapacidad de combinar impresiones individuales en esquemas completos y el consiguiente desarrollo del fenómeno de la incapacidad para reconocer objetos completos o sus representaciones pictóricas, (Luria 1985).

Un paciente con lesión en la zona visual secundaria no es ciego; puede observar características individuales, su defecto consiste en que no puede combinar estos rasgos individualmente en formas completas y, por tanto, se ve obligado a deducir el significado de la imagen que él percibe extrayendo conclusiones de

detalles individuales y teniendo que hacer un gran esfuerzo, en donde un sujeto normal percibe la forma inmediata mente.

El consumo de etanol aumenta el tiempo de reacción a estímulos y pérdida de la capacidad de concentración, existe un deterioro de la acomodación y de la capacidad para seguir objetos, reducción del campo visual y alteración de la visión periférica, estas y muchas otras afecciones se presentan en el consumo del alcohol y se agravan según el tipo de ingesta.

5.4 Lesiones del lóbulo frontal

Los lóbulos frontales representan la confluencia y síntesis de los aspectos perceptivos, volicionales, cognitivos y emocionales. Modulan y dan forma al carácter y la personalidad. Cuando se lesionan, se puede observar un exceso o defecto de la activación, desintegración de la personalidad y del funcionalismo emocional, dificultad en iniciar y planificar una actividad, alteración de la atención y capacidad de concentración, apatía y euforia, desinhibición y reducción de la capacidad de monitorizar el autocontrol de los pensamientos, habla o acciones (Junqué y Barroso, 1994).

Por ejemplo en un estudio de 40 pacientes alcohólicos crónicos asintomáticos se observó una reducción del flujo sanguíneo cerebral global en todos los lóbulos, comparado con los controles con afectación en el 65% de ambos lóbulos frontales y en menor proporción de los lóbulos temporales y occipitales. En los alcohólicos crónicos el patrón de alteraciones del flujo sanguíneo cerebral es diferente, los pacientes alcohólicos también presentaban una alteración de las pruebas neuropsicológicas frontales, de tal modo que se halló una correlación altamente significativa entre grado de hipoperfusión frontal y alteración de las pruebas neuropsicológicas. Estas alteraciones de la perfusión cerebral se observaron tanto mientras los pacientes mantenían la ingestión alcohólica como a los 10 días de abandonar el hábito. (Nicolas JM, Catafau AM, Estruch R, y otros 1993).

Por otro lado es de crucial importancia el dato de la localización anatómica del lóbulo frontal, al ser considerada un área asociativa y por la ley del "rango y especialización filogenética" es muy susceptible de ser lesionado en los Traumatismos Craneoencefálicos (TCE).

Martín A., en (1995) aporta datos que confirman que el lóbulo frontal nos dota de la peculiar "faceta humana" de nuestra naturaleza:

Correlación del lóbulo frontal con las actividades mentales superiores

1. Control del comportamiento: elección de las opciones de conducta apropiadas o adaptadas a la situación dada.
2. Fijación de la atención (concentración mental) sobre contenidos preferentes de la conciencia: esencial para el pensamiento secuencial al permitir el mantenimiento de las funciones psíquicas hacia un objeto determinado.
3. Elaboración superior del pensamiento: intensificación y profundización de las capacidades de abstracción, generalización y combinación de ideas.
4. Capacidad de prever y pronosticar.
5. Capacidad de elaborar planes, proyectos y programas de acción, pensamiento y lenguaje.
6. Capacidad de acción diferida por inhibición de las respuestas inmediatas inconvenientes (posibilidad de reflexionar sobre lo que conviene hacer).
7. Considerar las consecuencias de los actos antes de su realización.
8. Adaptar la acción a las normas sociales que regulan el comportamiento de los individuos.

Tras una lesión frontal se han descrito trastornos afectivos, de carácter, personalidad, humor, motivación, atención, percepción, memoria, razonamiento, solución de problemas, lenguaje y control del movimiento (Lee S.S, Wild, 1998). Es decir, se pueden observar alteraciones del conjunto de las funciones cognitivas, además de las afectivas.

Los trastornos de la motivación pueden presentarse en los traumatismos craneales y en las hidrocefalias, así como en el alcoholismo crónico. Forma parte del cuadro de demencia subcortical que aparece en las enfermedades degenerativas de los núcleos grises centrales, como la enfermedad de Parkinson, la parálisis supranuclear progresiva, la corea de Huntington, u otras afecciones alterando las estructuras profundas del cerebro, vasculares o tumorales. Los trastornos son semejantes a los observados en las lesiones prefrontales. El deterioro es progresivo y comporta una pérdida de iniciativa, de iniciación ideatoria. El síndrome apático se completa por una somnolencia, un desinterés, trastornos de la atención y de la concentración. (Marin R, Fogel BS, Hawkins J, Duffy J, Krupp B. 1995).

Lezak (1995), nos expone los problemas conductuales más comunes asociados a la lesión frontal. Problemas de iniciación (decremento de la espontaneidad, la productividad, lentitud, falta de iniciativa). Dificultad para realizar cambios mentales o conductuales (perseveración y rigidez). Problemas de finalización (impulsividad, desinhibición, falta de control). Autoconciencia deficiente: incapacidad de percibir los propios errores, de apreciar el impacto de uno mismo sobre los otros, tendencias hacia la autosatisfacción y por último, actitud concreta: incapacidad de planificar o mantener conductas dirigidas a una meta. Los individuos desinhibidos son incapaces de controlar sus inclinaciones de respuesta inmediata como medio de conseguir metas a largo plazo.

5.4.1 Lesiones en el lóbulo prefrontal

La introducción de la técnica del SPECT (single photon emission tomography) ha permitido el estudio del flujo sanguíneo cerebral regional en diferentes situaciones. Cuando se aplicó esta técnica para estudiar los efectos agudos de la ingestión de etanol sobre la circulación cerebral se obtuvieron resultados sobre una activación del córtex prefrontal derecho que podría estar mediada por el sistema opioide endógeno. (Tishonen J, Kuikka J, Hakola P, y otros, 1995).

Se hizo muchos estudios sistemáticos de pacientes con lesiones extensas de

los lóbulos prefrontales derecho o izquierdo, como Teuber en 1972 y Milner en 1974, y afirman que estos sujetos con lesiones en el lóbulo prefrontal izquierda tienden a hablar muy poco espontáneamente y consiguen puntuaciones significativas muy bajas en los test de fluidez verbal (Milner 1967).

Existe una relación de complementariedad entre los lóbulos temporal y frontal del mismo lado. En el lado izquierdo dan reconocimiento verbal e inmediatez verbal; en el derecho, reconocimiento e inmediatez pictórica. Cada lóbulo frontal tiene como función suministrar como ordenación temporal de los sucesos que se han reconocido y evaluado por medio del lóbulo temporal correspondiente. Las escisiones del lóbulo frontal producen así una pérdida de memoria para el orden secuencial de experiencias.

En la actualidad la teoría general elaborada por Fuster, (1989) considera a la corteza prefrontal como fundamental en la estructuración temporal de la conducta. También realiza el control superior del comportamiento emocional en virtud de sus íntimas relaciones con el sistema límbico. Así las lesiones a este nivel producen alteraciones en los aspectos básicos de la personalidad y en el planteamiento y ejecución de los complejos programas de conducta.

En conclusión, esta región cerebral está implicada en el rendimiento de las funciones ejecutivas del ser humano. Estas funciones ejecutivas según Lezak, (1987), comprenderían la capacidad para seleccionar los actos volitivos, formular objetivos, realizar la planificación (ensayo mental), ejecutar y regular la actividad dirigida hacia el objetivo y verificar y automatizar las acciones y los resultados. La pérdida de estas funciones, que son independientes del resto de las funciones cognitivas, comprometen las posibilidades del afectado para llevar a cabo una vida independiente, autónoma y socialmente adaptada. Estos déficits ejecutivos son considerados por Lezak como la principal causa de los trastornos emocionales y sociales en el paciente traumatizado y por ello actualmente la planificación de los procesos de rehabilitación cognitiva deberían orientarse en base a la recuperación de estas funciones.

Nauta en 1971 resume el desorden del lóbulo:

Se caracteriza principalmente, por un desarreglo de la programación del comportamiento. Una de las deficiencias funcionales esenciales de los pacientes del lóbulo frontal parece, consistir en la incapacidad de mantener fin su conducta una estabilidad temporal normal: sus programas de acción, una vez iniciados, tienden a desvanecerse, a estancarse en la reiteración o a apartarse del objetivo propuesto. El hecho de que la admitida conciencia de una discrepancia entre el propósito y el resultado de sus acciones no logre influir sobre su estrategia, sugiere la existencia de una inadecuada de todos ese errores, u señales de aproximación al error, incluyendo incluso las órdenes verbales autodirigidas, que normalmente modulan el desarrollo de los programas de conducta.

6. Consecuencias crónicas del alcoholismo

Además de los efectos sobre el cerebro humano, el consumo continuado de alcohol produce respuestas en el organismo y en el comportamiento del ser humano de diversos modos; siendo el alcohol esencialmente una droga depresora e inhibidora, ejerce mayor efecto sobre el sistema nervioso central, esta influencia varía en relación a la cantidad de alcohol presente en el cuerpo humano, grado de retención de proteínas en el estómago, tolerancia individual, velocidad de absorción, estructura física, hábito de consumo, estado psicológico, etc.

El alcohol altera muchas funciones del organismo entre las mismas se puede mencionar algunas de las más relevantes:

FUNCIONES PSICOMOTORAS	FUNCIONES COGNITIVAS	FUNCIONES EMOCIONALES
- Puede producir trastornos como el delirium tremens, síndrome de abstinencia,	- Alteración de la memoria a corto plazo.	- Alteración del control emocional, que a veces lleva a violencia

alucinosis alcohólica, paranoia alcohólica e ideación paranoide. Altera el sentido de equilibrio - Altera la agudeza visual. Valoración errónea de distancias. Enlentecimiento del tiempo de reacción. - Torpeza, disminución de la habilidad motora. Incluso tras la ingesta de una sola copa ya se aprecia una disminución de la capacidad de ejecutar actos complejos, aunque al bebedor le parezca que puede incluso mejorarla. - Dificultades de coordinación. Trastorno de la atención	Demencia a largo plazo. Altera la capacidad de discernimiento. Infravaloración de las alteraciones	Alteración de la autoestima Ideación suicida, impulsos autodestructivos, depresión. - Imprudencia, disminución del sentido de responsabilidad Desinhibición. Trastorno de la personalidad.
---	---	---

P. Moreno, C. Blanco 1998

A continuación se presentarán las complicaciones más importantes del alcohol sobre el ser humano, después de un consumo consuetudinario.

6.1. Síndrome de abstinencia al alcohol

El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente al alcohol, cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente. El consumo prolongado de alcohol lleva a que se produzca tolerancia a sus efectos, por lo cual el sujeto tiene que aumentar la cantidad de alcohol para conseguir la intoxicación.

El síndrome de abstinencia aparece al interrumpir el consumo de algunas sustancias. Se debe a la pérdida temporal de la homeostasis que el cerebro consigue con la sustancia. El malestar producido por la abstinencia hace que abandonar el uso de sustancias sea muy difícil y, a veces, incluso peligroso. (Marcos Frías, 2000).

Este síndrome, como ya se dijo, aparece con la interrupción o reducción de la ingesta de alcohol por un sujeto físicamente dependiente, los síntomas se desarrollan cuando la concentración de alcohol en el organismo desciende a un nivel más bajo del acostumbrado.

El síndrome de abstinencia del alcohol, es "Una serie de síntomas y signos que acompañan a la retirada del alcohol, comenzando generalmente 12 a 48 h. tras el cese de la ingesta. El síndrome de abstinencia leve incluye temblor, astenia, sudación, hiperreflexia y síntomas GI (gastro intestinal). Algunos pacientes pueden sufrir convulsiones generalizadas de tipo gran mal, habitualmente no más de 2 en una corta sucesión (epilepsia alcohólica o convulsiones del alcohol). (Elzo J. 2000).

Una característica de este síndrome son los temblores, al comienzo esta en los dedos y en las manos, y pueden estar acompañados de un hormigueo en la musculatura interna. Se puede notar un temblor muy fino, que se manifiesta cuando el individuo trata de ejecutar una tarea de precisión. Luego el temblor se va agravando, este interfiere con tareas simples como el afeitarse, escribir, vestirse, etc. Se llega inclusive en casos más crónicos al temblor en la lengua, las extremidades y el tórax.

Otro síntoma importante en el síndrome de abstinencia al alcohol, es la hiperactividad autonómica, es decir, sudoración y taquicardia, por ejemplo: el sujeto nota que su ropa de cama amanece mojada por el sudor, también presenta síntomas de ansiedad, irritabilidad, inquietud, miedo, etc., otras características son la anorexia, náuseas y vómitos.

Los síntomas y signos alcanzan su máximo al tercer día después de dejar de beber y luego comienzan a desaparecer, sin embargo, es frecuente que haya insomnio, y puede haber alucinaciones auditivas y/o visuales. Los fenómenos del sueño se relacionan con una disminución del intervalo que media entre el inicio del estado de sueño y el comienzo de la etapa de movimientos oculares rápidos o sueño

MOR, así como con una aumento en el tiempo en el que el individuo pasa en la fase MOR.

El síndrome de abstinencia depende de muchos factores, individuales, sociales, ambientales y sociales. Los síntomas que surgen ante el cese del consumo pueden ser tan intensos que llevan a la persona a que siga consumiendo alcohol para evitarlos.

6.1.1 Temblor alcohólico

El temblor es una manifestación de la abstinencia, este se produce debido a fallas en el putamen y el cerebelo: sobrevienen durante y/o después de la abstinencia alcohólica, aunque también están presentes cuando existe abuso persistente y continuado de alcohol.

Al principio son reversibles, y desaparecen con el renovado consumo de alcohol; más tarde son continuos e irreversibles. Empieza con un temblor ligero, que se toma amplio, es decir, aproximadamente 8 a 9 sacudidas por segundo. El temblor alcohólico es más rápido que el temblor parkinsoniano: se inicia en las manos se propaga a la lengua, los labios, los párpados, la cabeza y los pies, aumentaron las tensiones emocionales, es independiente a enfermedades neurológicas.

6.1.2 Alucinosis alcohólica

Es otra alteración debida a la abstinencia, la alucinosis alcohólica sigue al consumo excesivo y prolongado de alcohol. Los síntomas son ilusiones y alucinaciones auditivas, frecuentemente acusadoras y amenazadoras; el paciente suele ser aprensivo y puede estar aterrorizado. El estado se asemeja a la esquizofrenia. (Basabe, N. ; Ibáñez, J. y Romo, I. 1994).

A diferencia del delirium tremens, puede ocurrir en la abstinencia, pero también en la intoxicación o las recaídas alcohólicas. Suele afectar a varones con al

menos 10 años de dependencia. (Glass IB. 1989).

Se trata de una psicosis alcohólica, que consiste en un estado prolongado de alucinaciones auditivas que ocurren cuando la conciencia del sujeto se encuentra relativamente lúcida, estas alucinaciones son voces de varias personas, el contenido consiste con frecuencia en referirse al sujeto alcohólico en tercera persona, las voces hacen comentarios sobre su comportamiento anterior y su carácter en tono amenazador, insultante o peyorativo, sin embargo, no se presentan otros signos como los trastornos del razonamiento o la incongruencia afectiva que pudieran confundirse con síntomas de esquizofrenia.

El sujeto retiene contacto considerable con la realidad por lo que respecta a la localización atribuida a las voces alucinadas, y como no puede ver la persona o personas que podrían emitir los sonidos, cree que las voces provienen de sitios donde los movimientos de los labios no pueden ser vistos por él. La psicosis puede iniciarse de forma aguda o paulatina, sin tratamiento se prolonga mucho más que un delirio, y puede durar semanas a meses.

6.2 Delirio alcohólico (Delirium Tremens)

El nombre delirium deriva del latín de (de o desde) y lira (surco o huella). Por su significación, el término sugiere un descarrilamiento o separación de una ruta o vía, es decir, una desviación brusca del estado habitual del individuo.

El delirium tremens "consiste en un ataque muy agudo, una especie de locura donde el paciente ve imágenes espantosas y alucinantes, es un estado de delirio de un síndrome cerebral orgánico agudo, que puede estar asociado a la abstinencia. Pueden producirse pesadillas, alucinaciones. El delirium tremens (síndrome de abstinencia grave) se inicia con episodios de ansiedad, confusión creciente, sueño escaso acompañado de pesadillas), sudación profusa y depresión profunda." (Comas, D. 1991).

Según Vallejo Ruiloba, (1991) conviene subrayar algunas diferencias entre la alucinosis alcohólica y el delirium tremens:

- 1.- El delirium tremens generalmente es desencadenado por abstinencia previa. La alucinosis suele desencadenarse por un aumento del consumo.
- 2.- En el delirium tremens hay alteración de conciencia y la alucinosis aparece con conciencia clara.
- 3.- En el delirium tremens las alucinaciones son principalmente visuales y en la alucinosis hay alucinaciones auditivas.
- 4.- El correlato somático agudo del delirium tremens no se encuentra presente en la alucinosis.

El delirium tremens, es uno de los síndromes asociados al consumo continuado de alcohol: abstinencia brusca, disminución radical de la dosis y/o debido a estados de gran fatiga física y tensión psicológica: obteniendo como resultado el delirio. La sintomatología se conforma en tres grupos progresivos, con el siguiente perfil: fase desencadenante, fase de pre-delirio y fase delirante.

1ra. Fase desencadenante: Intranquilidad interior

Temor generalizado
Disforia
Malestar, náuseas
Perturbaciones del sueño
Aceleración e irregularidad del pulso
Desorganización vegetativa (transpiración)
Temblor

2da. Fase pre-delirio:

Vómito
Diarrea
Insomnio

Elevada temperatura
Temblor de dedos y manos

3ro. Fase delirante:

Agitación
Desorganización motora
Miedo (terror)
Deshidratación
Acentuación del delirio durante el insomnio
Taquicardia
Fiebre
Descontrol táctil
Alucinaciones óptico-auditivas
Estado conductual alucinatorio
Sugestionabilidad
Desorientación - síndrome amnésico
Pérdida de conciencia

La duración de estos síntomas oscila entre 2 y 12 días, el temblor empieza por lo general a las 24 horas de haber cesado el consumo de alcohol, momento en el cual también las alucinaciones asumen su más alta expresión.

6.3 Síndrome de Wernicke Korsakoff

En 1972 Victor definió la psicosis de Korsakoff como "un estado anormal en que la memoria y el aprendizaje están afectados mientras que las demás funciones cognitivas están íntegras. El hallazgo más importante es la amnesia retrógrada con desorientación en el tiempo y dificultad para recordar la secuencia temporal de los eventos. Los pacientes pueden confabular y presentar neuropatía periférica. (Michael Farrell y John Strang, 1998).

Este síndrome se presenta debido al déficit de tiamina secundario al consumo

continuado de alcohol, el mismo produce microhemorragias y necrosis, desmielinización y gliosis del parénquima, sobre todo diencefálico. Los síntomas de la fase aguda (encefalopatía de Wernicke) "son nistagmo por paresia/parálisis de los músculos rectos laterales oculares o de la conjugación, ataxia de postura y marcha y confusión; pudiendo haber síntomas de abstinencia." (Lishman WA. 1987).

El cuadro crónico o psicosis de Korsakoff "puede aparecer gradualmente por sí solo, o asociarse al Wernicke o evidenciarse al mejorar ésta. Aparecen fallos de memoria de evocación y a menudo hay también fallos de orientación, concentración, percepción y juicio y apatía." (Kopelman MD. 1991).

El tratamiento consiste en dar tiamina. "Es muy importante administrarla antes de reponer glucosa, para no precipitar o empeorar el síndrome de Wernicke. Se puede dar 100 mg/día, o bien usar un complejo vitamínico B. A veces se han asociado clonidina y/o propanolol. La encefalopatía de Wernicke suele ser reversible (las alteraciones oculares en horas, la confusión hasta 2 meses), pero sólo un 20% de los Korsakoff se recuperan totalmente." (Janicak PG & Piszczor J. 1988).

El síndrome de Korsakoff se caracteriza por una alteración notable de la memoria reciente. El paciente puede recurrir a la confabulación para ocultar los defectos de su retentiva. Este trastorno se atribuye a la ingesta excesiva de alcohol, la desnutrición crónica y la carencia dietética de vitaminas del complejo B, en particular la tiamina. (Botelho J, Skinner H, Williams G, 1999)

A nivel del cerebro se revelan afecciones graves en el tálamo, hipotálamo, cerebro medio, en la base del tercero y cuarto ventrículo, además del lóbulo anterior del cerebelo, las modificaciones patológicas son las mismas en los estadios agudos de la enfermedad de Wernicke que en la fase crónica de la psicosis de Korsakoff; "La polioencefalitis hemorrágica superior fue publicada por Wernicke, casi al mismo tiempo, como el síndrome amnésico de Korsakoff, en el intervalo de 1880 a 1890-...Según recientes estudios, la enfermedad de Wernicke y la psicosis de Korsakoff no representan entidades diferentes, sino sólo diversos estadios de la misma

enfermedad a la que corresponde aún la atrofia cerebelosa."

En el síndrome de Wernicke son muy frecuentes las alteraciones psíquicas» comienzan por pequeños síntomas delirantes (confusión mental), a los que siguen la apatía y falta de participación. Los estados de confusión mental son de tres tipos: estado confusional, Korsakoff (estado amnésico) y un grupo de signos como: apatía, sordera, incapacidad de concentración y atención.

La psicosis de Korsakoff se caracteriza por las siguientes alteraciones, independientes entre sí;

- Pérdida de la memoria anterógrada, vinculada a la incapacidad de aprender nuevos contenidos.
- Reducción de la capacidad de reducción de los contenidos amnésicos.
- Empeoramiento de la capacidad de percepción y de comprensión.
- Disminución de la espontaneidad y la iniciativa
- Trastornos de la capacidad de concentración, de la organización espacial y de la abstracción visual y verbal.

Se caracteriza por una grave alteración de la memoria reciente, a menudo compensada por la confabulación. El síndrome está generalmente asociado a la ingesta excesiva de alcohol, o mal nutrición crónica o déficit dietéticos del grupo vitamínico **B**, pero puede producirse con otras enfermedades cerebrales orgánicas.

El síndrome de Korsakoff puede realizarse de forma insidiosa o súbita, siguiendo un episodio de delirium tremens. (Gill JS, Shipley **MJ**, Hornby Rh. y otros, 1988).

6.4 Delirio de celotipia alcohólica

Es un trastorno delirante donde se cuestiona la fidelidad del cónyuge. Hay problemas de convivencia por la extrema suspicacia, irritabilidad e incluso agresividad física del paciente. Algunos autores lo relacionan con la afectación

sexual por etanol. Aunque suele tratarse con neurolépticos, responde mal a ellos, y el mejor tratamiento es la prevención evitando la ingesta. (S. Alvarez Avello y M. T. de Lucas Taracena, 1994).

Las ideas celotípicas de los alcohólicos se explican desde una perspectiva psicodinámica: los alcohólicos tienen sentimientos, respecto a la pareja, basados en su propia conducta, sobre todo debido a su fracaso sexual, que se van exteriorizando por ideas de celos. Se diferencian tres tipos de celotipia:

- Las ideas celotípicas del bebedor que son frecuentes, sin embargo, no tienen rasgos de carácter delirante.
- La configuración delirante con contenidos celotípicos en el delirio alcohólico (delirium tremens) y otras psicosis, que retornan al ceder la psicosis.
- El delirio celotípico crónico del alcohólico, que se instaura incluso sin psicosis, y que además persiste durante la abstinencia. Se caracteriza por ideas celotípicas grotescas, que persisten inclusive en casos, en los que, dada la situación, resulta muy improbable o casi imposible actividades sexuales o eróticas de pareja: esto lleva a conductas absurdas, como el revisar la ropa buscando indicios de actividad sexual, vigilancias, sospechas, etc.

Este delirio crónico de celos ha sido descrito solamente; en el varón alcohólico, debido a que el abuso crónico del alcohol determina desde el punto de vista funcional alteraciones genitales traducidas en una disfunción sexual, que se debe a su vez a un trastorno neurológico: un alcohólico con impotencia puede sospechar que su cónyuge está buscando relaciones sexuales con otro.

Los sentimientos de celos van desde sospechas ligeras y transitorias, es decir, cuando el individuo se encuentra intoxicado, hasta convicciones firmes que persisten durante la abstinencia, es las acusaciones de infidelidad pueden venir acompañadas de violencia en la familia.

7 Grupos abstinentes

Los grupos abstinentes son formaciones de individuos con un denominador en común el consumo crónico de alcohol como problemática.

Son agrupaciones unidas con el único objeto de ayudarse recíprocamente a superar las dificultades que acompañan al uso continuo del alcohol. Al mismo tiempo representa un modelo positivo de interacción humana, capaz de comprender la gravedad de una situación y de crear las condiciones para mejorarlas.

Para su intervención existe una modalidad indicada sobre todo en el tratamiento del consumo perjudicial y el consumo de riesgo basado en la siguiente clasificación:

1. Frente a los no bebedores o bebedores ligeros, el médico cumple un cometido de promoción de la salud (Prevención Primaria).
2. Frente a los consumidores de riesgo o perjudicial, las intervenciones indicadas breves y tratamiento reparador si hay lesión orgánica.
- 3. A** los alcoholdependientes, el médico deberá derivarlos a los programas específicos de tratamiento de deshabituación, aunque se pueda realizar una intervención breve previa a la derivación.

La finalidad de la intervención breve es promover la motivación y el compromiso terapéutico, el análisis funcional de la conducta, las estrategias de autocontrol, el cambio en el estilo de vida y sobre todo, en el proceso de cambio. (A. Martín Centeno, P. Rojano Capilla, 2001).

En el pasado y hasta la mitad del presente siglo, el alcoholismo y las conductas de dependencia no fueron asumidas como correspondía por la sociedad y por los profesionales de la salud, estas circunstancias favorecieron a la expansión de grupos de "autoayuda", que fueron coadyuvando al mejor conocimiento científico del

alcoholismo.

Uno de estos grupos orientados por la premisa que "sólo quién sufre puede ofrecer ilimitada ayuda" es Alcohólicos Anónimos, una alternativa que proporciona una visión de dinamismo al encarar esta problemática.

7. 1. Alcohólicos Anónimos (AA)

Alcohólicos Anónimos, es una asociación formada por voluntarios que ofrecen apoyo a personas con trastornos relacionados con el alcohol. En muchos casos, los médicos envían a su paciente a A.A. como parte de un tratamiento multidisciplinario. Los miembros que se encuentran en esta asociación admiten públicamente su dependencia del alcohol básicamente un grupo de autoayuda.

Los alcohólicos anónimos, conocidos en el mundo por la sigla "AA", representa una agrupación de autoayuda fundada en EEUU en 1935, precisamente por dos alcohólicos; Will W. Y el Dr. Bob. El objetivo estaba esencialmente impulsado por la intención de ofrecer una confraternidad o asociación de bebedores compulsivos deseosos de abstenerse del Consumo de alcohol.

Su actividad prevalente se traduce en reuniones de grupo usualmente semanal, donde se escucha testimonios de cada integrante del grupo, para el miembro asume especial importancia la identificación con el grupo y la presencia en él, donde sus integrantes comparten el mismo problema y brindan una disponibilidad asistencial de 1 - 4 horas sobre 24, si es que el caso lo requiere.

La organización está casi exclusivamente a cargo de alcohólicos, forman grupos poco estructurados que renuncian a cualquier institucionalización legal. No cobran cuota alguna, se encuentran en reuniones semanales, en las que sólo pueden participar aquellas personas que arrastran tras de si una "carrera alcohólica" y que están dispuestas a designarse a sí mismas como alcohólicas. El anonimato queda preservado mediante el uso exclusivo del nombre de pila.

En situaciones urgentes, sobre todo en caso de recaída, los diversos miembros de la asociación se ayudan entre sí. A través de un intercambio mutuo de los propios problemas, exento de reservas (testimonio), se consigue una elevada cohesión interna en el grupo.

Los alcohólicos anónimos vieron asimismo la necesidad de involucrar a los familiares. De esta manera se organizaron grupos especiales para cónyuges no alcohólicos (*Al-Anon*), y para hijos de alcohólicos (*Al-Ateen*).

Los AA intentan ayudarse a sí mismos sin la colaboración de expertos no Alcohólicos, en sus reuniones cambian impresiones acerca de sus experiencias y comentan preceptos aislados de su ideología, que se halla expuesta en 12 pasos, que contiene un carácter religioso-humanitario:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que no somos ya capaces de gobernar nuestra vida.
2. Creemos que sólo un poder (superior a nosotros mismos) puede devolvernos nuestra salud espiritual.
3. Nos decidimos a confiarle a Dios nuestra voluntad y toda nuestra vida, sea cual fuere nuestra concepción de él.
4. Hacemos un inventario concienzudo y sin miedo de nuestro contenido interno.
5. Reconocemos ante Dios, ante nosotros mismos y ante las demás personas la naturaleza exacta- de nuestras faltas.
6. Estamos dispuestos, sin reservas, a dejar que Dios elimine todos nuestros defectos de carácter.
7. Le pedimos humildemente que nos libre de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estamos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Siempre que es posible, reparamos directamente el daño infringido a

cuantos se lo habíamos causado, salvo en aquellos casos en que, al hacerlo, pudiéramos perjudicar a ellos mismos u a otros.

10. Hacemos diariamente un inventario de conciencia y, cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente.
11. A Través de la oración y la meditación, intentamos mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos haga capaces de conocer Su Voluntad para nosotros y nos dé la fortaleza para aceptarla.
12. Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en cada uno de nuestros actos.

Sin embargo, para el éxito de los AA, son esenciales aún los siguientes puntos, llamadas "Las 12 tradiciones";

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de "AA".
2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental; un Dios amoroso tal como se exprese en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza no gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de "A.A." es la voluntad para dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a "AA", considerado como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: Llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un grupo de "A.A." nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de la institución a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7. Todo grupo de "AA" debe mantenerse completamente así mismo

negándose a recibir contribuciones de afuera.

8. "AA." nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. "A.A" como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear Juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. "A.A," no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

Los AA trabajan sobre una estructura no ganancial, ni política, ni religiosa. La afiliación es bienvenida para toda persona con dificultades de alcohol, dispuesta a respetar la "abstinencia absoluta".

8. ALBERGUE "SAN VICENTE"

El albergue "San Vicente" se encuentra en la zona de Tembladerani de la ciudad de La Paz.

Nació con la iniciativa del padre Daniel Stretch, quien al leer un artículo publicado en un matutino local, en donde decía que Radio Patrulla 110 recogía entre 50 a 100 cadáveres de alcohólicos callejeros, cada año en la ciudad de La Paz, motivó al padre Stretch en crear un albergue que proporcione atención principalmente a personas alcohólicas, el cual pueda otorgar alojamiento, alimentación, que realicen trabajos manuales que permita la rehabilitación y al mismo tiempo aprender un oficio para su posterior reinserción social.

8.1 ESTRUCTURA ORGÁNICA

Inicialmente se solicitó un terreno a la Alcaldía, la que donó 877 Mts. La idea original fue construir dos piezas para dar techo a hombres que necesiten cobijo, después de un año, las dos habitaciones resultaron pequeñas para la cantidad de gente que se albergaba, por esta razón fue necesario ampliar la infraestructura.

Actualmente el lugar cuenta con tres plantas de dormitorios para los internos, taller de carpintería, taller de mecánica, sastrería, taller de serigrafía, una cocina, un horno, un taller de artesanía, una biblioteca, un comedor, un depósito, oficinas, dos baños, y finalmente una capilla. Gracias a la mano de obra de los mismos internos, el hogar ofrece actualmente lugar para 70 personas.

A objeto de ampliar los servicios del albergue se creó dos centros rurales de rehabilitación: en Chuspipata el cual alberga a diez personas y aproximadamente, en donde se realizan labores de floricultura principalmente y otro en Alto Beni con más o menos veinte internos en donde se realizan trabajos de agricultura y granja.

Como se indica anteriormente, el hogar "San Vicente" pretende lograr un modelo que cumpla con lo siguiente:

- Que responda a los objetivos y a la estrategia del albergue, planteando las líneas de acción y análisis de las formas de la cultura popular en un sector determinado y marginado de la sociedad (alcohólicos).
- Que se ubique en los procesos psicológicos, económicos y culturales generadores de la marginación.
- Que operativice en procesos educativos concretos orientados a la elaboración creativa y a la experimentación permanente de actividades que promuevan la toma de conciencia, la autovaloración y la participación coordinada en acciones concretas.

- Que permita el desarrollo de actividad física en la que interno encuentre a la vez una forma de expresión de sí mismo y de su energía, la posibilidad de participar en formas organizativas que requieran y propicien la relación entre las personas.
- Que permita la recuperación de las personas a través del funcionamiento de talleres como por ejemplo de carpintería, artesanía, etc. Y principalmente el programa de Alcohólicos Anónimos.
- Que permita el autofinanciamiento a través de los talleres, agricultura, etc.
- Que sea irradiable a otros lugares, como modelo para la creación de otros albergues similares, incluyendo albergues para mujeres.

8.2. Programa de rehabilitación del Hogar "San Vicente"

Un alcohólico, permanece amenazado por su enfermedad durante toda su vida, por lo tanto para poder controlar esta enfermedad es preciso tomar medidas rehabilitadoras. Se entiende por rehabilitación: *"la restitución de la capacidad laboral y de rendimiento que se había perdido. así como la capacidad de una convivencia social constructiva, después de haber sufrido una enfermedad o, en un sentido más amplio, ante cualquier dificultad"*. Se trata de un esfuerzo complejo interdisciplinario, destinado a conseguir una activación y emancipación del impedido y que exige, como condición la colaboración voluntaria del propio interesado.

El Hogar "San Vicente", es un centro de atención de rehabilitación que depende de la Iglesia Católica, es así que todos los internos reciben apoyo espiritual basado en principios católicos, además de contar con apoyo psicológico y social estable, no siendo así con el aspecto médico y odontológico profesional por lo que se coordina con otras instituciones hospitalarias, para los internos que requieran un tratamiento médico pertinente.

El programa de rehabilitación en el Hogar "San Vicente", esta basado principalmente en reuniones de Alcohólicos Anónimos, el cual tiene como objetivo seguir un programa mental de doce puntos o "doce pasos", enfatizando en la habilidad de controlar la ingestión de bebidas alcohólicas, además de la confianza en un poder superior (Dios), un autoinventario moral (testimonio) y el propósito fundamental de ayudar a otros alcohólicos.

En estas reuniones, el individuo está en situación de obtener esperanza de los demás miembros del grupo, el grupo por su parte le proporciona consejos, información, respaldo, aceptación y aprobación, es decir, que cada individuo recibe en las reuniones aliento y esperanza a través del contacto con otros alcohólicos que están en vías de recuperación y rehabilitación; de alivio de los sentimientos de culpa, las oportunidades de vida e intercambio de información sobre las formas de conservarse sobrio y los peligros en los que se puede caer (recaídas), son entonces los recursos para poder ayudarse unos a otros.

Parte del programa de rehabilitación es también la terapia ocupacional; en donde se toma en cuenta que muchos alcohólicos no se hallan en condiciones de salir adelante, por si solos, y peor si es que tienen mucho tiempo libre, de ahí que se hallan expuestos a una recaída; por tanto este método rehabilitador incluye métodos oportunos de trabajos en talleres, que permiten un mejor aprovechamiento del tipo libre, y que de esta manera el paciente se aparte en especial de actividades o situaciones propiciadoras del consumo de alcohol.

Es así, que también se fomenta el deporte, la música, el arte y los cursos de capacitación sobre repostería, sastrería y cocina, mediante clases teórico-prácticos que dictan maestros contratados por el director del Hogar, destinado a todos los internos que deseen capacitarse en las respectivas áreas.

8.2.1 Actividades diarias:

Para todos los internos existe un horario de lunes a viernes que deben cumplir, el cual es muy importante para el tratamiento de rehabilitación:

Lunes a viernes

Hrs. 6:00 a 6:30 aseo personal de todos los internos y de el personal.

Hrs. 6:30 a 7:00 limpieza general del Hogar "San Vicente".

Hrs. 7:00 a 7.30 reunión general, en donde participan todos los internos y además el director del Hogar, en esta reunión se trata principalmente aspectos de administración, problemas de relaciones interpersonales entre los internos, etc.

Hrs. 7:30 a 8:00 desayuno

Hrs. 8:00 a 12:00 se realizan trabajos en alguno de los talleres de acuerdo a la preferencia o elección de cada uno de los internos- En este día un grupo de tres internos, trabaja en la panadería en la elaboración del pan.

Hrs. 15:00 a 15:30 hora del té

Hrs 15:30 a 18:00 se retorna al trabajo en los talleres

Hrs. 18:00 a 18:30 cena

Hrs.18:30 adelante descanso

Los días lunes se realiza una reunión de Alcohólicos Anónimos a partir de 19:30 a 22:00 Hrs. aproximadamente, de todos los internos que ocupan el 2do. y 3er. piso.

Los días martes la reunión de Alcohólicos Anónimos empieza de 19:30 a 22:00 Hrs. aproximadamente, en la que participan solamente los internos de la planta baja.

Los días miércoles se celebra una misa a. Hrs. 7:00 a 8:00 y por la noche se visita otros grupos de AA. como por ejemplo "Los Amigos de Bill", donde se trata sobre temas del Alcoholismo básicamente.

Los días jueves y viernes se realizan reuniones generales de A.A. con la participación de todos los internos de los tres pisos del Hogar, y se escuchan los testimonios de las personas que deseen hacer conocer su historia. Los días sábados y domingos descanso.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.- Tipo de investigación

Hernández, Fernández y Baptista, (1999) señalan: "La investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos" En este sentido y de acuerdo con las características del problema formulado, ésta investigación es una investigación No experimental, es decir, que se observará el comportamiento de las variables, y explicarlas sin manipularlas.

Este tipo de investigación pretende realizar una descripción sobre una temática específica y en un momento determinado. Así : "Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades". "Es necesario hacer notar que los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver (...) La descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito".

"Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos, están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales (...), su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste o porque dos o más variables están relacionadas."

Por lo expuesto, es descriptivo porque en la presente investigación se medirán las variables de estudio, explicando como se manifiestan en la realidad y es

explicativa porque el interés es explicar como se relaciona la representación social en la valoración del trabajo infantil, de esta manera proporcionará datos para entender el tema estudiado.

2. Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación corresponde al transeccional descriptivo. Como indica Hernández, (1999) "Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables... nos presentan un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en un momento dado"

La investigación es de corte transeccional o transversal por que "recolectan datos en un sólo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado."

3. Planteamiento de la hipótesis

"Existe deterioro de las funciones mentales como consecuencia del alcoholismo en internos del hogar "San Vicente" de la zona Tembladerani de la ciudad de La Paz."

4. Variables

- **Variable Independiente:** Alcoholismo
- **Variable Dependiente:** Deterioro de las funciones mentales

4.1 Conceptualización de Variables

4.1.1. Variable independiente

4. 2 Operacionalización de variables

Categoría	Dimension	Indicador	Medidor	Instrumento
Alcoholismo	Consumo	Años de Consumo	Menos de 4 años De 4 a 8 años De 9 a 12 años De 13 a 16 años De 17 a 20 años Mas de 20 años	Examen en el Abrazo
Funciones mentales	Funciones (Area cortical)	• Orientación (frontal) • Registro (frontal) • Concentración (frontal) • Nominación (temporo parietal) • Lenguaje expresivo (frontal dominante) • Operaciones de tres etapas (frontal) • Lectura (temporo parietal) • Memoria a corto plazo (Hipocampo dominante) • Escritura (temporo-parietal dominante) • Construcción (parietal no dominante)	0 a 5 0 a 3 0 a 5 0 a 2 0 a 1 0 a 3 0 a 1 0 a 3 0 a 1 0 a 1	

5. Delimitación de la investigación

La investigación contempla las siguientes delimitaciones:

5.1. Delimitación espacial

Espacialmente la investigación se circunscribe a estudiar principalmente las funciones mentales en el Albergue para alcoholicos "San Vicente", de la ciudad de La Paz, la misma que se encuentra en la zona de Tembladerani.

5.2. Delimitación temporal

La investigación se realizó en el segundo semestre del año 2002, esto es la búsqueda de información bibliográfica, que sirvió para la construcción del Marco Teórico de la investigación, y la aplicación de las pruebas mentales a los sujetos de investigación para su redacción y presentación correspondiente a principios del año 2003.

6.- Ambiente Institucional

La institución en la que se trabajó fue el Albergue de Alcoholicos "San Vicente", creado por el padre Daniel Stretch y ubicado en la zona de Tembladerani.

Los objetivos principales que cumple dentro de la sociedad el hogar "San Vicente" son los siguientes.

- Lograr la recuperación del individuo utilizando el método de la Organización de Alcoholicos Anónimos (AA), terapia ocupacional y otros.
- Reintegrar al individuo a su vida social y familiar.
- Capacitar a los internos para que puedan realizar trabajos técnicos y al mismo tiempo sean responsables.
- Hacer que los internos adquieran una mayor seguridad y autoestima para enfrentarse a una la sociedad y su vida cotidiana.
- Realizar y participar en actividades sobre educación y orientación preventiva anti-alcohólica, orientándolos con motivaciones concretas

para poder enfrentar sus problemas y necesidades con madurez reflexiva y tratar de solucionarlos por sí mismos. (Bibliografía proporcionada por el "Hogar San Vicente".)

7. Población

La población comprende a todos aquellos internos de el del Hogar para alcohólicos "San Vicente".

8. Sujetos

Los sujetos que participaron de la investigación fueron 15 personas del Hogar para alcohólicos "San Vicente", todos ellos residentes con la característica de ser consumidores habituales de alcohol, por lo menos con dos años de consumo constante y no con consumo de otro tipo de drogas o sustancias químicas.

En este grupo de personas se realizó la aplicación de la prueba Examen Mental Abreviado, el mismo que se explica su finalidad y forma de calificación en el acápite correspondiente a Instrumento.

9. Muestra

La muestra elegida para la investigación es una muestra de tipo no probabilística, por cuanto se siguieron criterios de selección, por lo que no todos los sujetos del universo tuvieron las mismas oportunidades de ser elegidos. También es una muestra arbitraria, por que no se determinó el tamaño mediante la aplicación de técnicas estadísticas conocidas, sino que se seleccionó por la disponibilidad para la aplicación de la prueba.

10. Técnicas de investigación

Las técnicas aplicadas en la presente investigación son dos: técnicas cualitativas y las técnicas cuantitativas, que se desarrollan a continuación.

10.1. Técnicas cualitativas

La técnica de investigación que se utilizó en la presente tesis es la investigación documental, ya que se hace una recopilación de la información de documento, revisión bibliográfica, las cuales sirvieron para la confección de fichas bibliográficas, fichas de contenido, fichas textuales y fichas de resumen. Ésta técnica se indica que es cualitativa debido a que la calidad de la información que se encuentre en las mismas enriquecerá la investigación principalmente en la fundamentación teórica.

10.2. Técnicas cuantitativas

En las técnicas cuantitativas usadas se menciona al Examen Mental Abreviado, por el hecho de recolectar información de tipo cuantitativo, además que se realiza la síntesis de las respuestas emitidas agrupándolas por grupos de personas y finalmente la exposición en términos gráfico - cuantitativos, para una mejor comprensión de los resultados.

11. Instrumento

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue el Examen Mental Abreviado, el instrumento base fue elaborado por los autores Folstein N., Folstein S y McHugh en 1975, éste fue traducido y adaptado por el Dr. Rodolfo López en 1992.

El instrumento consta de 11 ítems, los cuales consisten en nombrar situaciones u objetos concretos, operaciones manuales, escritura y dibujo. Cada uno de los ítems mide una función específica correspondiente al área cortical,

éstas funciones son: Orientación Temporal, Orientación Espacial, Registro, Concentración, Nominación, Lenguaje expresivo, Operaciones de secuencias trietápicas, Lectura, Escritura, Memoria a corto plazo y Construcción.

Los ítems son escalares que se miden en puntajes diferentes, dependiendo de la complejidad de la acción a realizar. El instrumento fue usado con autorización del Dr. López Hartman.

12. Procedimiento

El procedimiento consistió en seleccionar a los participantes de la investigación que pertenecían al Hogar "San Vicente" con un tiempo de abstinencia mínimo de tres meses y además con antecedentes de consumo de alcohol solamente y no así consumo múltiple, es decir, consumo de otro tipo de drogas.

Con el objetivo de formar un perfil de comparación se decidió tomar un grupo de 30 personas, los que tenían como característica común no consumir ningún tipo de drogas, incluyendo la ingesta de alcohol o consumirlo en forma ocasional, esto sirvió como una suerte de Línea Base.

Posteriormente se llegó a aplicar el instrumento en forma individual, previamente la investigadora se identificaba y señalaba el objeto de la prueba, además de señalar que la prueba a realizar no influía en ningún momento su permanencia en el albergue (ya que todos eran internos), a continuación se procedió con cada uno de los ítems.

En el primero se les pidió indicar el año, estación, la fecha, el mes en que se encontraban, el segundo ítem pedía indicar el país, departamento, barrio, calle o avenida y el lugar donde se estaba. El puntaje en cada uno de los ítems contemplaba las respuestas correctas emitidas.

El tercer ítem consistía en repetir tres nombres de personas o cosas, las

dudas o palabras no comprensibles se contabilizaron como errores. El siguiente ítem, el cuarto, solicitó resolver sustracciones seriadas de 7 o deletrear la palabra "MUNDO" al revés; en el quinto ítem se les mostraba un reloj pulsera y un lapicero, el sujeto de la investigación tenía que indicar el nombre correspondiente.

En el sexto ítem, se pedía decir "Ni Aurelio ni yo", se calificaba si lo hacía correctamente o no. El séptimo ítem daba la orden de coger un papel con la mano derecha, doblarlos por la mitad y colocarlo sobre una mesa, cada etapa de esta secuencia era calificada como éxito o fracaso. El octavo ítem pedía recordar los nombres de cosas o personas solicitadas en el ítem tercero.

Finalmente el penúltimo ítem pedía escribir una frase y se calificaba la congruencia de la misma, el último ítem consistía en mostrar los dibujos de unos pentágonos interceptados y solicitar que el investigado los copie en una hoja, este ítem se calificaba como éxito o fracaso.

A la finalización de la prueba se le agradecía al investigado por el tiempo brindado y las respuestas logradas a cada ítem se las codificaba con el número correlativo correspondiente.

CAPITULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

En este capítulo se presentan los datos obtenidos del grupo de investigación del Hogar "San Vicente". Sin embargo, con el objeto de tener una aproximación de que los resultados obtenidos de la aplicación del Examen Mental Abreviado, en esta población, son efecto del consumo de alcohol, es que los niveles de respuesta obtenidos en el Grupo del Hogar "San Vicente", se compara con un grupo de 30 personas no alcohólicas, a este grupo se le llama *Grupo de Referencia*, porque éste nos muestra los niveles que son probables de obtener en un grupo no alcohólico.

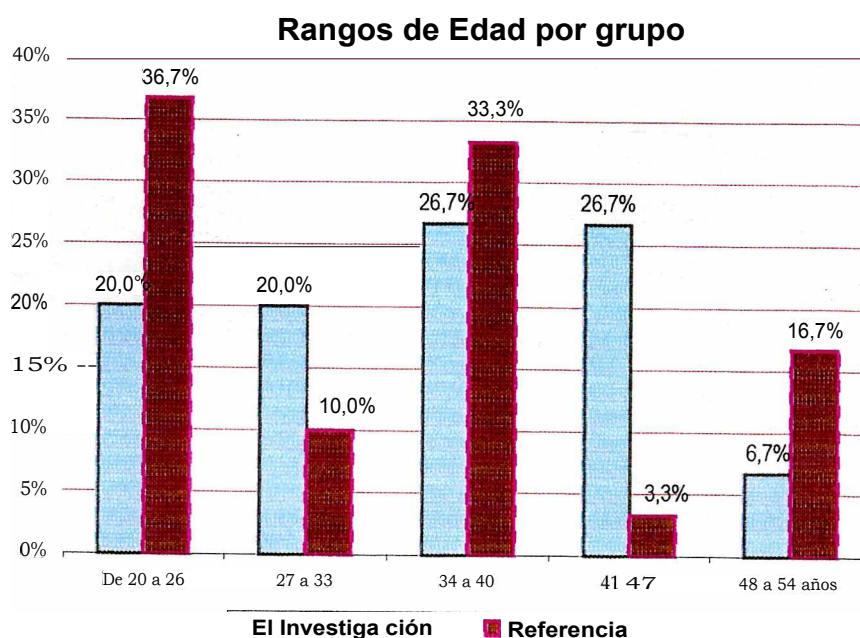
De ésta manera se tienen dos grupos el de Investigación constituido por los alcohólicos del hogar San Vicente, y los No alcohólicos que son un grupo derivado al azar por el tutor de la tesis. Así la comparación de las respuestas entre ambos grupos grafica elocuentemente los niveles obtenidos por el grupo de alcohólicos en la prueba realizada, lo que resultaría muy difícil de evidenciar sino se tuviera el grupo de referencia de los no alcohólicos.

En primera instancia, antes de entrar a desarrollar los resultados del Examen Mental Abreviado, se presentan los datos generales de ambos grupos como ser: rango de edades, ocupaciones principales y, en el caso del grupo de alcohólicos los años de consumo de alcohol.

1. Datos Generales de la muestra

En el gráfico a continuación presentamos los rangos de edad para los dos grupos descritos anteriormente.

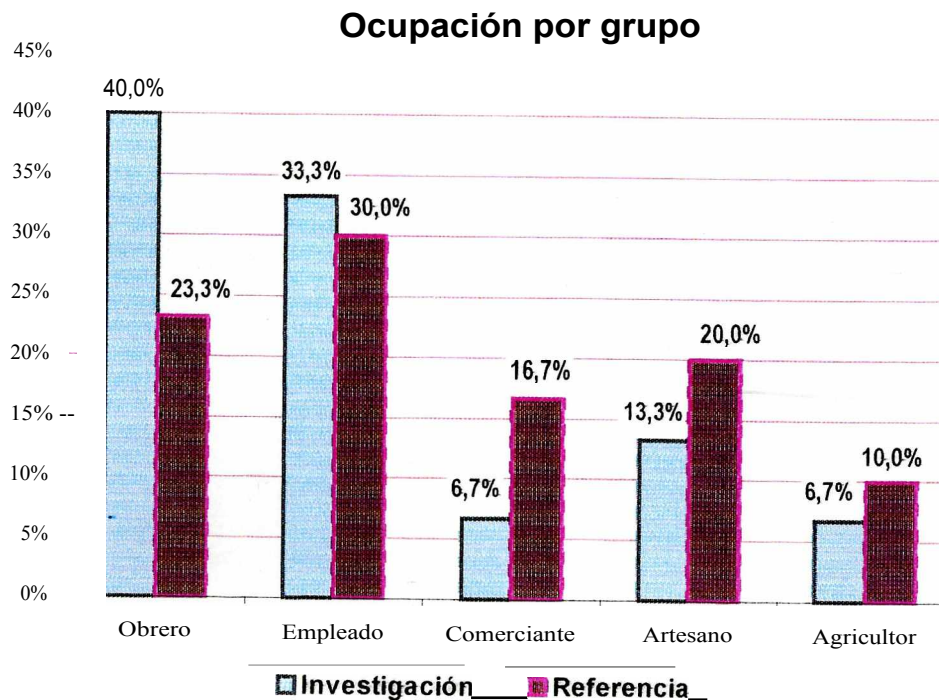
Gráfico No. 1. Edades de los participantes por grupo.



Las edades de la muestra participante en la investigación están comprendidas en el rango de 20 a 54 años, lo que permite dividirlos en 5 intervalos. Cada intervalo de edad no es similar, en lo que se refiere a la frecuencia por grupo estudiado.

La mayor cantidad de los alcohólicos se encuentran entre los 34 y los 47 años, por lo que podemos indicar que es un grupo de edad media, también podemos advertir que el 40% de los mismos tienen edades que van desde los 20 a los 33 años, y son menos, apenas el 6.7% los que tienen edades superiores a los 48 años; por lo mismo se trataría de personas que están en la plenitud de sus funciones físicas y mentales.

Gráfico No. 2. Ocupación principal por grupo



La ocupación principal que se indica en el grupo de los alcohólicos es Obrero (40%), en menor medida se tienen empleados y agricultores (6.7%) respectivamente), mientras que en el grupo de referencia es el ser Empleado.

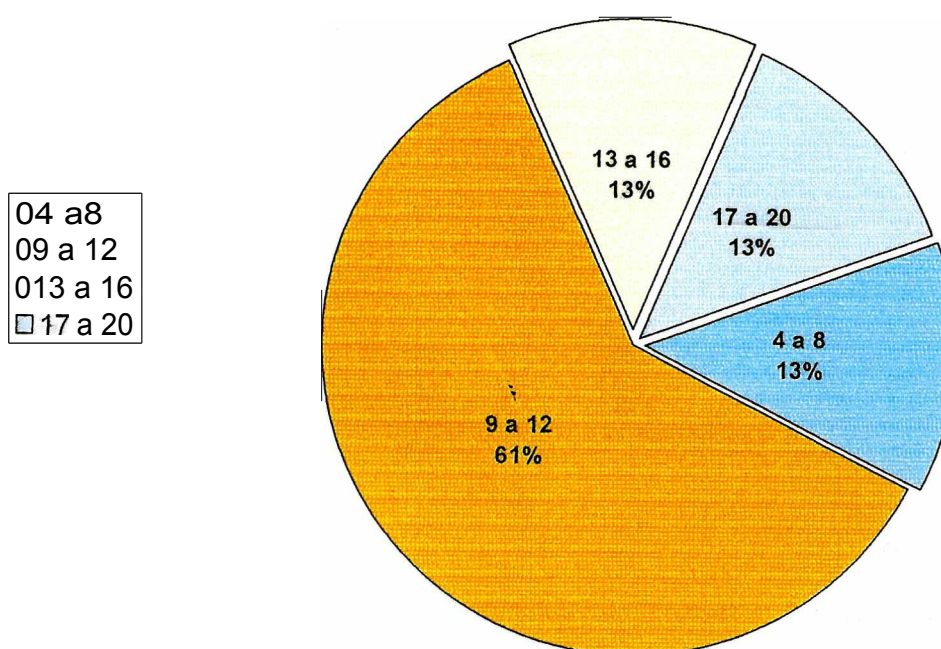
Observamos que las actividades donde el sujeto es dependiente existe mayor concentración de personas que se dedican al alcoholismo, y en aquellas donde se trata de actividades libres (como artesanos, agricultor y comerciantes) la concentración de alcohólicos es menor.

En el gráfico no se mencionan a otras actividades por que los sujetos de la investigación desarrollan alguna o algunas de las actividades indicadas en el gráfico.



Gráfico No.3. Años de consumo de alcohol

Años de consumo promedio Grupo de investigación



De acuerdo a las respuestas obtenidas, el grupo de investigación, que pertenece al Hogar "San Vicente", tiene un rango de consumo de alcohol de 4 a 20 años, la mayor parte de los sujetos se encuentra entre los 9 a 12 años de consumo.

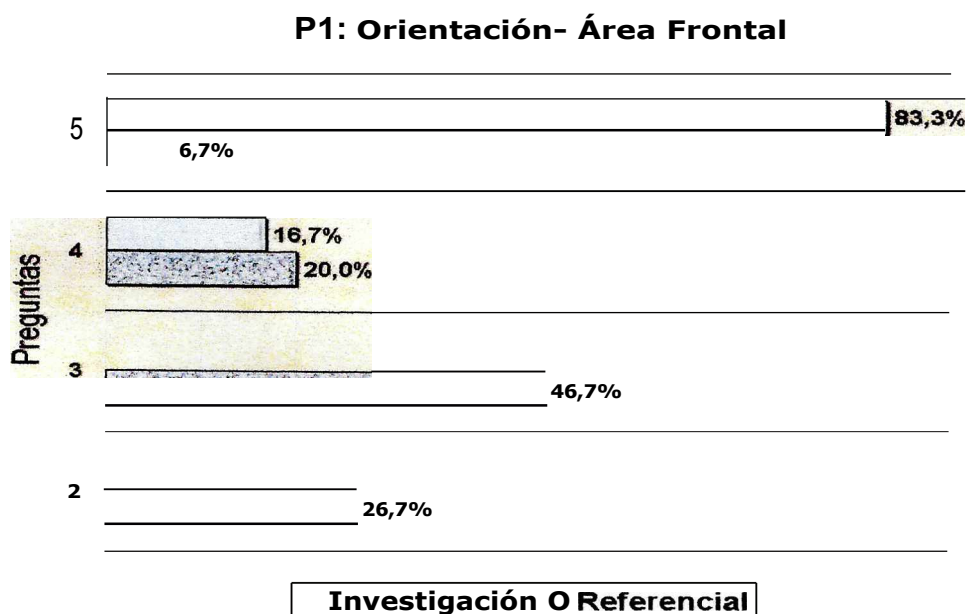
La antigüedad en el consumo de alcohol es variable; se ha tomado el caso que la cantidad de años de consumo para considerar alcohólico, en esta investigación fue de 4 años, sin embargo, más de la mitad se ha situado en un consumo que va desde los 9 a los 12 años, lo cual es indicativo de una dependencia alcohólica.

2. Resultados del Examen Mental Abreviado

El Examen Mental abreviado, mide, las siguientes funciones mentales: Orientación temporo - espacial, registro, concentración, nominación, lenguaje expresivo, operaciones secuenciales, lectura, memoria a corto plazo, escritura y construcción; para lo cual plantea 11 ítems.

Todas las respuestas presentan un puntaje ascendente que comienza en cero, éste valor indica no haber realizado la prueba solicitada y el valor más alto correspondiente indica la realización exitosa de la prueba, a continuación los resultados obtenidos para cada grupo.

Gráfico No. 4. Orientación Temporal por grupo

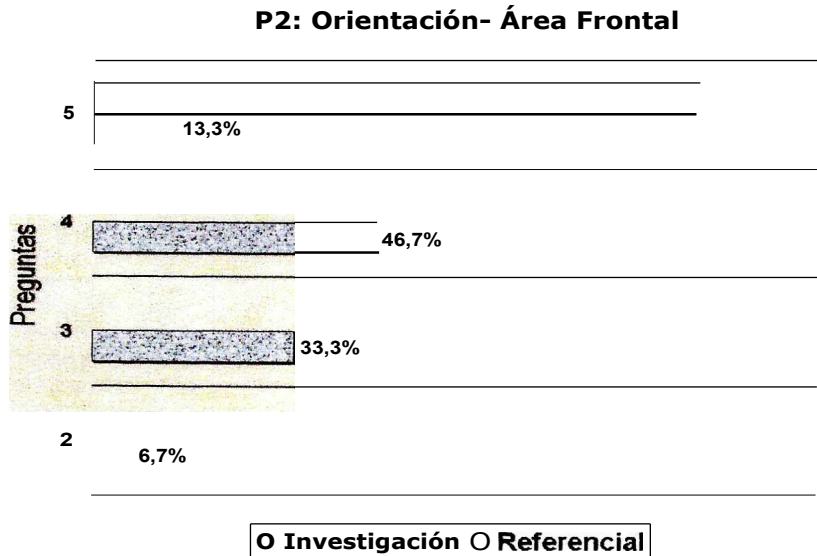


El puntaje en esta prueba está comprendido entre 0 (no cumplió con la prueba) y 5 (cumplió exitosamente con la prueba), como se aprecia en el gráfico el grupo de referencia muestra resultados en los puntajes 4 y 5 con 16,7% y 83.3% respectivamente; mientras que en el grupo que pertenece al Hogar "San Vicente"

se tiene respuestas entre los **puntajes 2 al 5** siendo en este último donde se observa menor cantidad de aciertos (6.7%), mientras que en los puntajes 2 y 3 se observan la mayor cantidad de aciertos (26.7% y 46.7% respectivamente).

En ambos grupos se observa una diferencia significativa entre las respuestas obtenidas, claramente el grupo que no pertenece al hogar "San Vicente" a desarrollado la prueba de manera más exitosa que el investigado (alcohólicos), en éste llama la atención que los resultados obtenidos sean tan dispersos lo que no se observa en el grupo de los no consumidores.

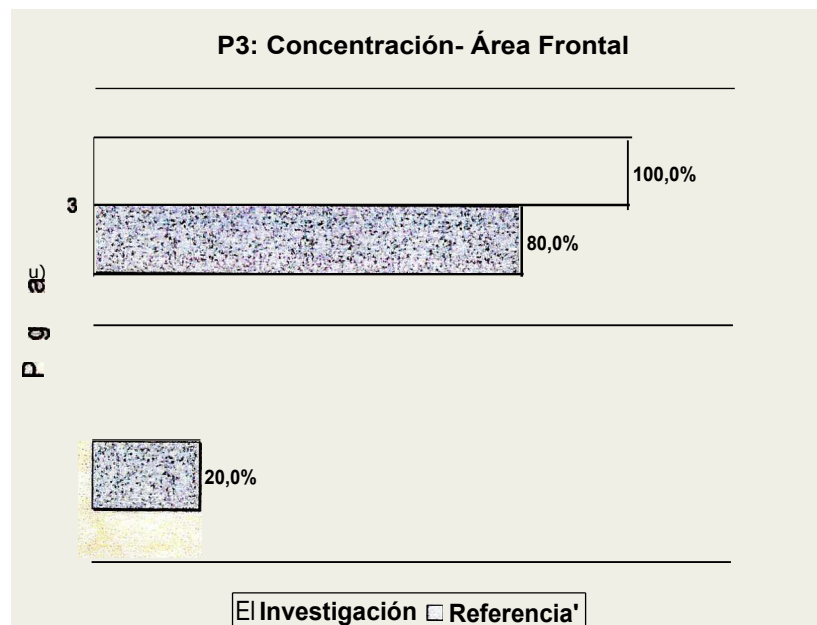
Gráfico No. 5. Orientación Espacial por grupo



En esta prueba realizada, las respuestas de ambos grupos son contundentemente diferentes, el 100% del grupo de referencia ha cumplido exitosamente con la prueba solicitada, mientras que el grupo del Hogar "San Vicente" muestra una mejoría respecto a la prueba anterior, ya que el 46,7% de ellos tienen de 4 aciertos y el 13,3% lograron exitosamente la prueba.

Estas dos pruebas que miden la orientación temporal y espacial, indican que el grupo investigado (alcohólicos) del Hogar "San Vicente" tiene dificultades en esta dimensión, respecto al grupo de referencia. La orientación temporal es la que se muestra con menores valores que la orientación espacial, esto dentro del grupo de los consumidores alcohólicos, es decir, que éste grupo perdió su orientación temporal más que su orientación espacial.

Gráfico No. 6 Registro

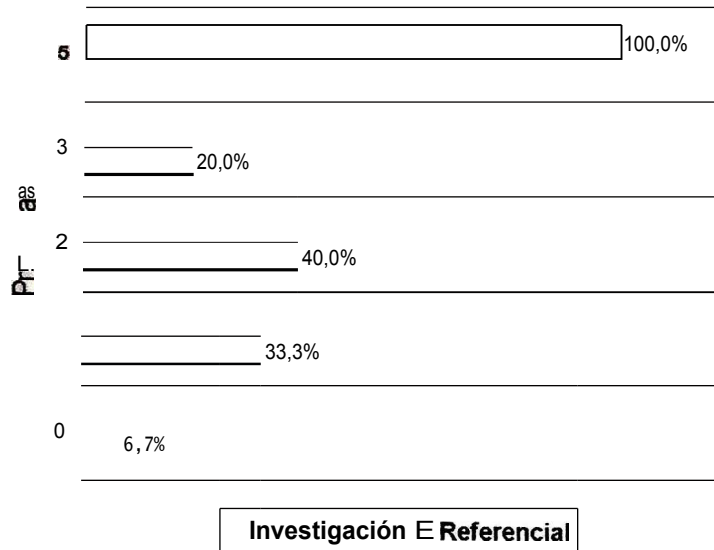


Esta prueba consistió en nombrar tres ítems o nombres y volverlos a repetir, como se observa en la gráfica el grupo de referencia cumplió con esta prueba en un 100%, mientras que el grupo del Hogar "San Vicente" tuvieron un acierto total del 80% el restante 20% tuvo 2 aciertos de 3 oportunidades.

En esta prueba también se evidencia diferencia entre las respuestas de los alcohólicos y los no alcohólicos, lo cual indicaría que pruebas que para una persona no consumidora de alcohol es fácil de realizar, no lo es para una persona que consume alcohol.

Gráfico No. 7. Concentración por grupos

P4: Concentración- Área Frontal

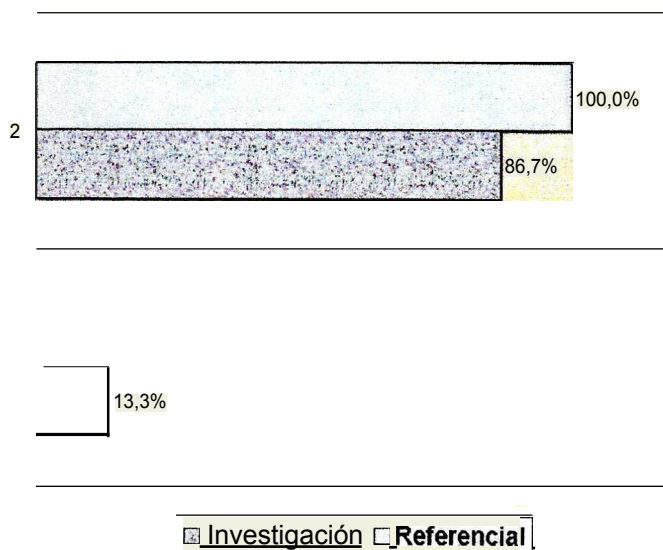


Esta prueba fue completada exitosamente por el grupo de referencia en 100%, mientras que en el grupo investigado del Hogar "San Vicente", se observaron complicaciones con esta prueba, ya que ninguno de ellos pudo realizar con éxito, ni mucho menor con una aproximación a éste, es más, el 80% de ellos se sitúan entre el valor 2 o menor.

Podemos advertir que la prueba de concentración ha resultado muy difícil para el grupo de consumidores de alcohol, esto es evidente cuando comparamos los resultados con el grupo que no consume alcohol.

Gráfico No. 8. Nominación por grupo

P5: Nominación- Temporo Parietal



Nuevamente en ambos grupos se observa un comportamiento distinto ante esta prueba, el grupo de referencia obtuvo un acierto del 100%, mientras que el éxito en el grupo investigado del Hogar "San Vicente" fue parcial, con casi un 87% de acierto, no se observan respuestas que indique no haber realizado la prueba.

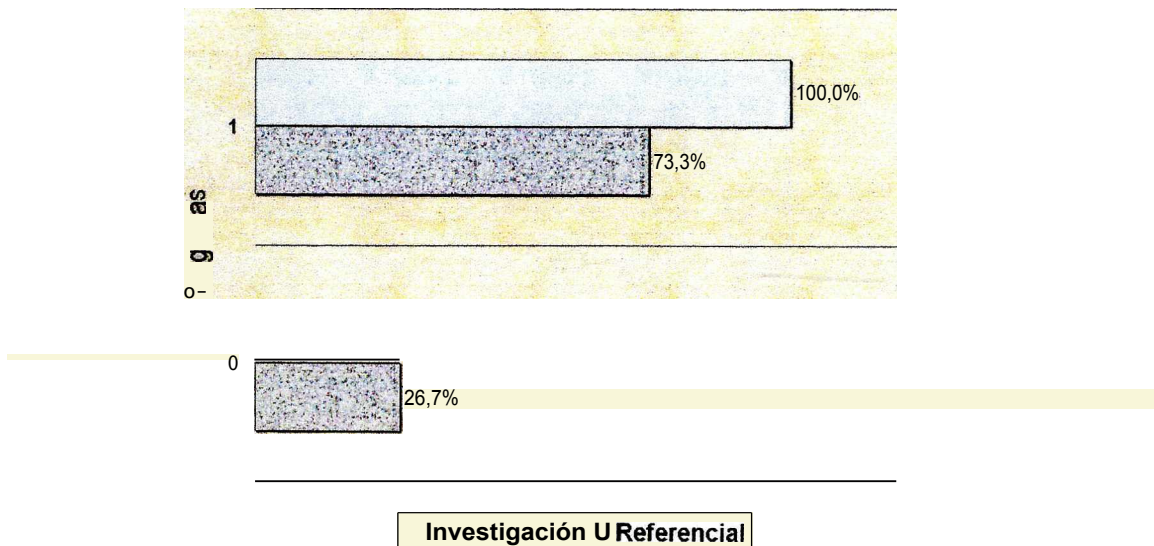
La prueba, que consistió en mostrarles un reloj y una lapicera, la cual ellos debían indicar sus nombres respectivos, muestra algunas deficiencias para el grupo de los alcohólicos, aunque las mismas no muestran mucha distancia de acierto respecto al grupo de los no alcohólicos.

Se rescata de esta prueba que el alcohol también tiene algún grado de efecto sobre la función parietal, afectando al acto de la nominación.

Dr. J. M. Bofva

Gráfico No. 9 Lenguaje Expresivo por grupo

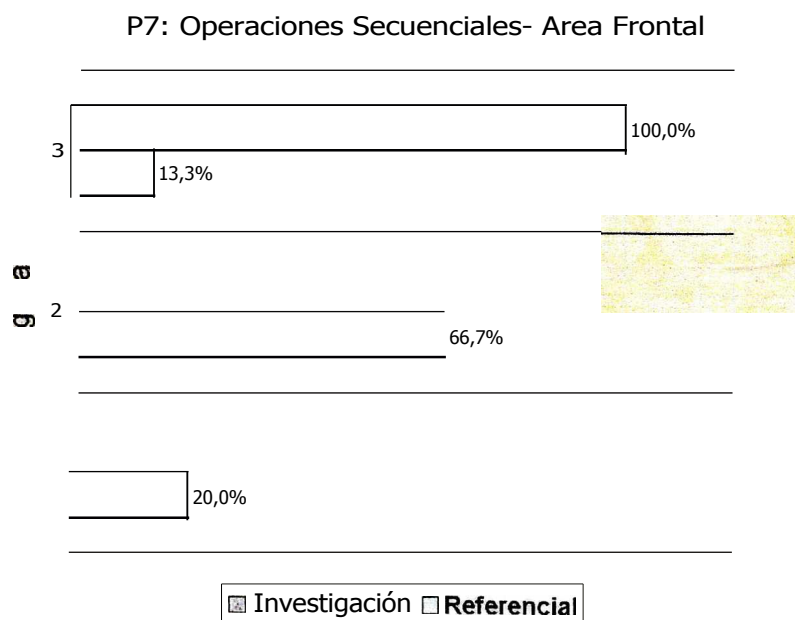
P6: Lenguaje expresivo- Frontal Dominante



Esta prueba mide el lenguaje expresivo en ambos grupos, como se aprecia en el gráfico el 100% del grupo de referencia pudo responder acertadamente, mientras que del grupo perteneciente al Hogar "San Vicente", las respuestas exitosas llegan al 73.3%, el 26.7% no pudo con la prueba.

Aunque podemos apreciar que la prueba no ha resultado muy difícil de superar por el grupo de alcohólicos, respecto a las pruebas anteriores, salvo la anterior, aún así observamos que este grupo sigue mostrando alguna dificultad en realizarla correctamente. Así podemos indicar que el alcoholismo incide en el lenguaje expresivo, notando un porcentaje importante en el segmento de alcohólicos que no pudieron realizarla.

Gráfico No. 10. Operaciones secuenciales en tres etapas, por grupo



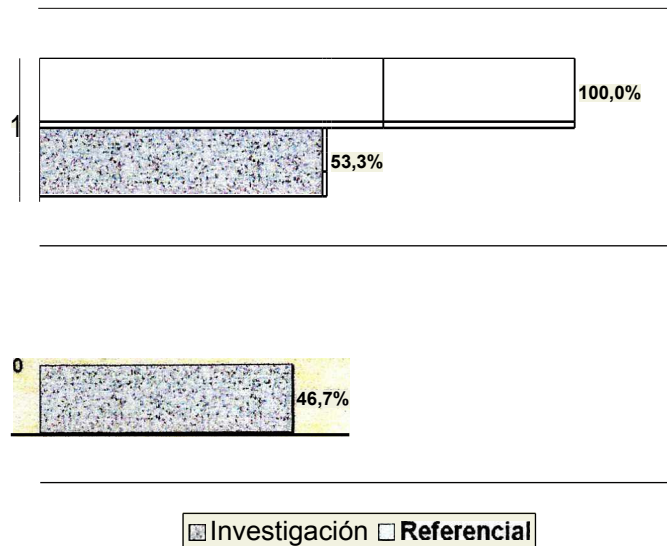
Las operaciones secuenciales han sido resueltas exitosamente por el grupo de referencia en su totalidad, mientras que en el grupo de investigación, sólo el 13,3% pudo con las operaciones, el 66,7% tuvo un éxito parcial, el 20% restante no pudo con la prueba.

Esto evidencia que la prueba ha consistido de algún nivel de dificultad para los alcohólicos, y si la comparamos con el grupo de no alcohólicos, asumimos que el consumo de alcohol tiene influencia negativa sobre el uso de las funciones que controlan las operaciones de tipo secuencial.

También llama la atención el hecho de que son más los alcohólicos que no realizaron la prueba correctamente (20%) que los que si pudieron con la prueba correctamente (13.3%)

Gráfico No. 11. Prueba de Lectura, por grupos

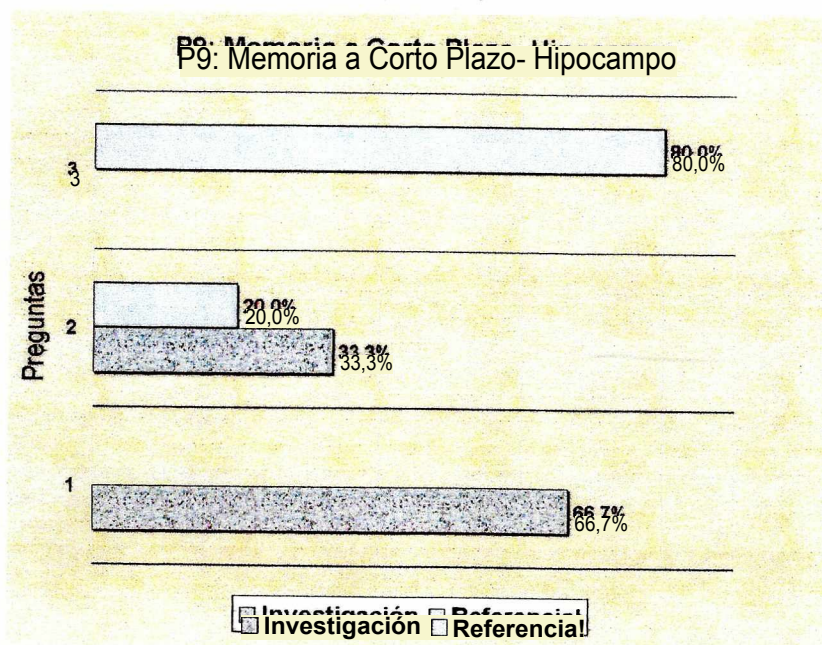
P8: Lectura- Temporo Parietal



De acuerdo a los resultados obtenidos, el grupo referencial tuvo nuevamente el 100% de éxito, mientras en el grupo el Hogar "San Vicente" apenas un poco más de la mitad pudo exitosamente con la prueba (53.3%), mientras que el resto (46.7%), no pudo pasar la prueba.

Nuevamente se muestran diferencias muy claras en el comportamiento de las respuestas a las pruebas, entre ambos grupos, la función de la lectura ha mostrado ser más afectada que la del lenguaje expresivo, por lo mismo podemos señalar que en esta función podemos encontrar indicios de los daños que causan al cerebro y sus funciones el excesivo consumo de alcohol.

Gráfico No. 12. Memoria a Corto Plazo, por Grupo

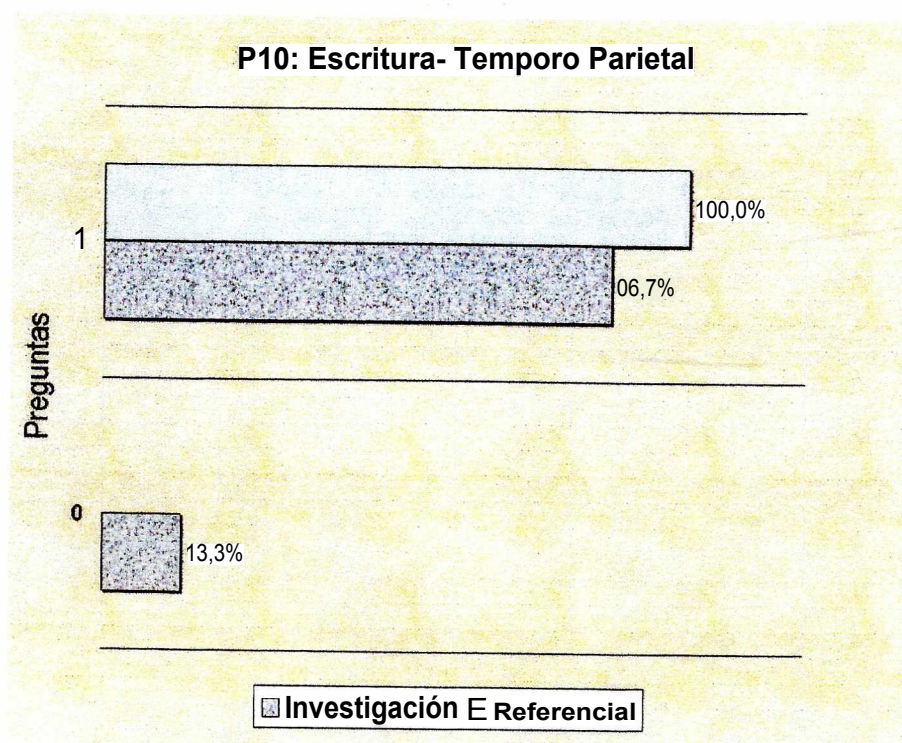


El grupo de referencia realizó exitosamente la prueba en un 80%, el 20% restante tuvo un éxito parcial. Por el lado del Grupo de alcohólicos, nadie logró un éxito completo, el 33.3% tuvo un éxito parcial y el resto no logro pasar la prueba.

La prueba de la memoria ha sido un tanto dificultosa para ambos grupos, principalmente para el grupo de consumidores de alcohol, por cuanto no pudieron con la prueba dos tercios de los componentes de dicho grupo. Ésta prueba consistió en recordar cuáles fueron los ítems mencionados en la tercera prueba, también observamos que en el grupo de los no consumidores existe un porcentaje de personas que no pudieron con totalmente con la prueba, aunque el porcentaje de los que sí pudieron es altamente mayor.

No obstante podemos mencionar que el consumo de alcohol interfiere de manera muy negativa en el uso de ésta función.

Gráfico No, 13. Prueba de escritura, ambos grupos

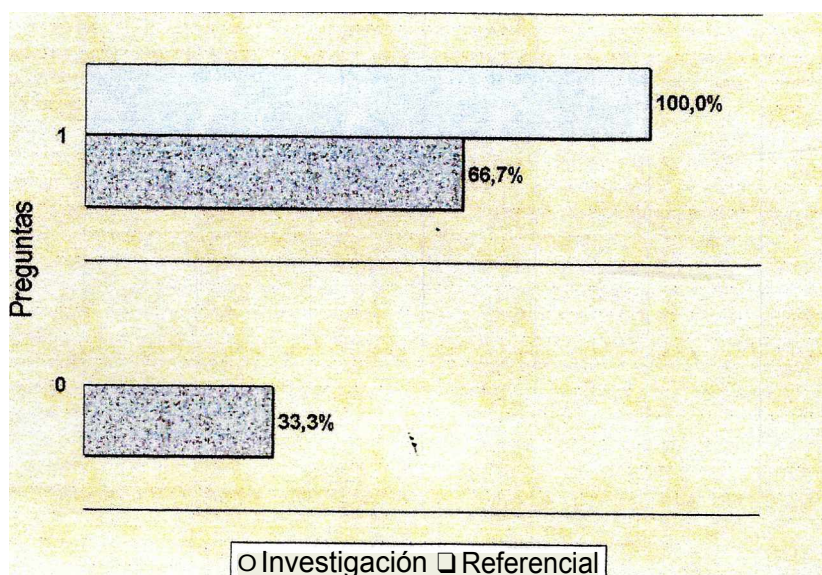


El nivel de respuesta exitosa en esta prueba subió para el grupo del Hogar "San Vicente", pues el éxito total logrado fue del 86,7%, frente al 100% del grupo Referencial, sólo el 13.3% de los alcohólicos no pudieron con la prueba.

Sin embargo, a pesar de haber resultado relativamente fácil el desarrollar ésta prueba, el grupo de alcohólicos ha mostrado algún grado de dificultad con la misma, mientras que el otro grupo no muestra más que aciertos en la consecución de la prueba. Por lo mismo, el consumo de alcohol no influye muy significativamente en esta función.

Gráfico No. 14. Construcción por grupos

P11: Construcción- Parietal No dominante



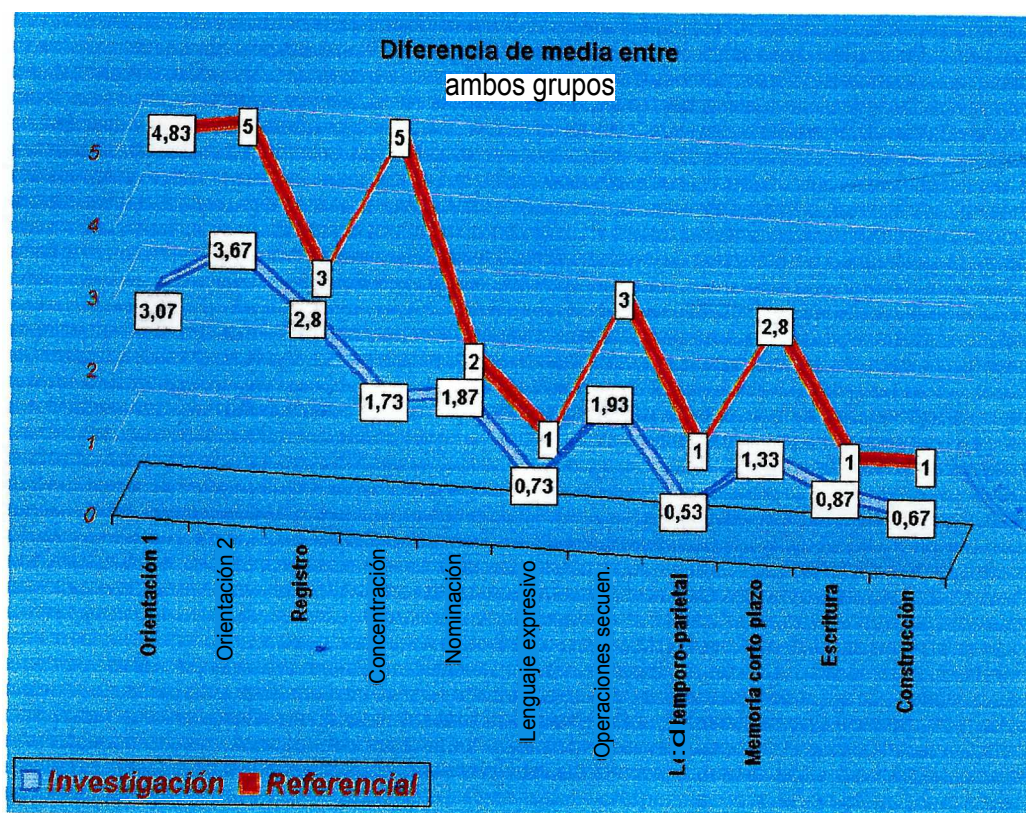
El nivel de respuestas alcanza al 100% de éxito para el grupo Referencia, para el otro grupo es del 66.7% y el 33.3% restante no logró el éxito en la prueba.

Esta prueba que consistía en copiar unos polígonos intersectados en una hoja de papel, tuvo algún nivel de dificultad para los consumidores alcohólicos, pero para el grupo de referencia, lo cual indica que la actividad de la construcción mental, es influenciada en algún grado por el consumo excesivo de alcohol.

En síntesis, podemos indicar en el desarrollo de las 11 pruebas realizadas, se nota claramente una diferencia entre las respuestas emitidas por ambos grupos, el grupo referencial obtuvo más frecuentemente el éxito en cada una de ellas, mientras que en el grupo que pertenece al Hogar de Alcohólicos "San Vicente". Con el fin de observar la diferencia total en cada una de las 11 pruebas realizadas, se muestra a continuación un gráfico que evidencia el comportamiento obtenido por cada grupo.

3. Prueba estadística para los resultados obtenidos

Gráfico No. 15. Comportamiento promedio por prueba para cada grupo



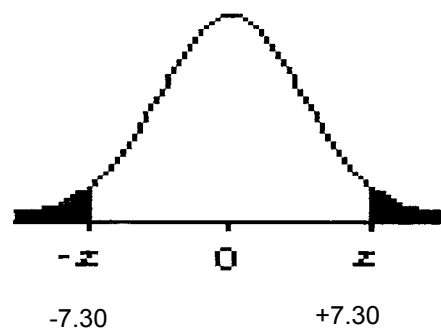
En el gráfico se aprecia el comportamiento medio de cada uno de los grupos que participaron en la investigación para cada una de las 11 pruebas mentales realizadas. La línea de color rojo indica el perfil del grupo referencial, y la línea azul el perfil del grupo perteneciente al Hogar "San Vicente", la diferencia existente entre ambos grupos es clara, los niveles más altos de éxito corresponden al grupo de referencia, mientras que el grupo del Hogar "San Vicente" muestra que en ninguna de las pruebas pudo superar al grupo de referencia.

A pesar de que gráficamente se muestra que el grupo de consumidores de alcohol presenta menores niveles de respuesta exitosa a las pruebas mentales, y por consiguiente mayor dificultad en la resolución de las mismas, se ha visto por conveniente realizar una prueba de diferencia de varianzas, más conocida como

ANOVA, para determinar si los resultados encontrados tienen diferencias estadísticamente comprobables entre ambos grupos de personas y si esta diferencia es significativa.

Antes de explicar el cuadro ANOVA correspondiente, es necesario indicar algunos elementos que sirven para comprender el significado de los datos contenidos:

- 1) Cada columna indicada corresponde a cada una de los ítems de la prueba del Examen Mental Abreviado, desarrollado por ambos grupos.
- 2) El valor calculado F, indica el valor correspondiente debajo de la curva normal que corresponde a cada prueba mental.
- 3) F de Tablas = 7.30, es el valor obtenido por tablas correspondiente para la prueba **F** con (1,43) grados de libertad al 95% de significancia.



- 4) Las Hipótesis estadísticas formuladas son:

Hipótesis Nula. H_0 : *No hay diferencia entre los medios aritméticos en las poblaciones.*

Hipótesis Alternativa: H_1 : *Existe diferencia significativa entre los medios aritméticos.*

Cuadro No. 1. Cuadro ANOVA para cada prueba

Categoría	Fuente	Suma de cuadrad	df	Mean Square	F	Sig.	F de Tablas = 7,3
Orientación 1	Entre grupos	31,211	1	31,211	88,879	0,000	Rechaza Ho
	Dentro de grupos	15,1	43	0,351			
Orientación 2	Entre grupos	17,778	1	17,778	81,905	0,000	Rechaza Ho
	Dentro de grupos	9,333	43	0,217			
Registro	Entre grupos	0	1	0			Acepta Ho
	Dentro de grupos	0	43	0			
Concentración	Entre grupos	106,711	1	106,711	419,687	0,000	Rechaza Ho
	Dentro de grupos	10,933	43	0,254			
Nominación	Entre grupos	0,178	1	0,178	4,41	0,042	Acepta Ho
	Dentro de grupos	1,733	43	4,03E-02			
Lenguaje expresivo	Entre grupos	0,711	1	0,711	10,424	0,002	Rechaza Ho
	Dentro de grupos	2,933	43	6,82E-02			
Operaciones secuen.	Entre grupos	11,378	1	11,378	99,171	0,000	Rechaza Ho
	Dentro de grupos	4,933	43	0,115			
Lect. temporo-parietal	Entre grupos	2,178	1	2,178	25,083	0,000	Rechaza Ho
	Dentro de grupos	3,733	43	8,68E-02			
Memoria corto plazo	Entre grupos	21,511	1	21,511	113,727	0,000	Rechaza Ho
	Dentro de grupos	8,133	43	0,189			
Escritura	Entre grupos	0,178	1	0,178	4,41	0,042	Acepta Ho
	Dentro de grupos	1,733	43	4,03E-02			
Construcción	Entre grupos	1,111	1	1,111	14,333	0,000	Rechaza Ho
	Dentro de grupos	3,333	43	7,75E-02			

Con las indicaciones necesarias ya descritas observamos que se acepta la Hipótesis Nula para las siguientes pruebas: Registro, Nominación y Escritura, y se las rechaza en las demás. Esto significa que en las tres pruebas indicadas las diferencias encontradas entre los dos grupos no son significativas, en las siguientes ocho pruebas: Orientación Espacial, Orientación Temporal, Concentración, Lenguaje expresivo, Operaciones Secuenciales, Memoria de corto plazo y Construcción, las diferencias de ambos grupos son muy significativas.

Esto significa que los internos del Hogar "San Vicente" tienen menor grado de respuesta a pruebas de funciones mentales, tomando como línea de comparación a aquellos que no son alcohólicos, se esta forma se infiere que el consumo de alcohol influye en el deterioro de las funciones mentales.

Finalmente, con los resultados obtenidos se comprueba ampliamente la hipótesis de la investigación.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para poder desarrollar de forma más ordenada y detallada los hallazgos de la investigación se los divide en conclusiones generales y específicas.

Conclusión General

Se pudo llegar a establecer que los alcohólicos presentan disminución de sus funciones mentales de Orientación Espacial, Orientación Temporal, Concentración, Lenguaje expresivo, Operaciones Secuenciales, Memoria de corto plazo y Construcción, comprobándose que el consumo de alcohol incide en el deterioro del funcionamiento óptimo del cerebro.

El deterioro de las funciones mentales es mayor en aquellos alcohólicos que tienen mayor tiempo de dependencia.

Todas las funciones cerebrales evaluadas presentan deterioro en los alcohólicos.

Al comparar las funciones mentales de los alcohólicos con los no alcohólicos se pudo encontrar que las funciones más afectadas son la de Orientación Espacial, Orientación Temporal, Concentración, Lenguaje expresivo, Operaciones Secuenciales, Memoria de corto plazo y Construcción, siendo su deterioro altamente significativo, de esta forma se advierte que el cerebro puede mantener algunas funciones con poco deterioro, pero otras funciones mentales son afectadas de forma más lacerante a consecuencia del alcoholismo.

Conclusiones Específicas

Un 61% de los alcohólicos de esta investigación tienen entre 9 a 12 años de consumo consuetudinario, esto significa que su índice de tolerancia y dependencia es mayor por tanto su deterioro mental ya muestra señales evidentes.

La orientación temporal presentó problemas en casi todos los alcohólicos, ya que respondieron correctamente solamente un 6.7%, siendo esta noción una de las más básicas para determinar el estado de conexión con su medio.

Los resultados de la prueba de orientación espacial presentaron un 13.3% de personas que lograron el puntaje más alto, es decir, un puntaje más alto que la prueba de orientación temporal, por lo que se concluye que en los internos del Hogar "San Vicente" existe un deterioro más profundo en la función mental de orientación temporal que en orientación espacial.

En lo referido a la concentración y registro se pudo hallar que existe mayor dificultad en la concentración debido a que la persona tiene que hacer uso de su memoria a corto plazo, los alcohólicos presentan alteraciones, de su atención y por ende de su concentración que repercute en la memoria. Se encontró que la fijación de memoria presenta alteraciones nuevamente se reafirma el deterioro del área frontal.

Otro aspecto importante es que se pudo encontrar poca dificultad en el ítem de nominación que es cuando se pide nombrar cosas no complejas, Por tanto el área temporo -parietal presenta un bajo porcentaje de disminución en la función mental de nominación, la cual llegaría a ser una de las funciones menos afectadas por el alcoholismo..

El lenguaje expresivo, es otra de las funciones mentales menos afectadas. Sin embargo se puede advertir que si existe disminución de la expresión del lenguaje, aunque en menor grado, tomando en cuenta que el grupo de referencia obtuvo un 100% de respuestas acertadas y el grupo del Hogar "San Vicente" un 73.3% de personas que acertaron.

También en evaluación del área frontal se evaluó la eficacia al realizar secuencias en etapas donde se encontró mayor dificultad en su ejecución demostrándose que al complicarse el ejercicio de tener que precisar secuencias existe dificultad independientemente del tiempo de consumo. Es decir, todos los consumidores de alcohol presentan dificultad cuando se trata de realizar secuencias motoras que están íntimamente relacionadas con lesiones en las conexiones nerviosas periféricas. Por tanto se puede concluir que el consumo de alcohol provoca lesiones en el lóbulo frontal que es el encargado de controlar los movimientos voluntarios e involuntarios.

Con relación a la lectura se pudo apreciar que en comparación con el grupo de referencia existió dificultad en la realización del mismo en casi la mitad de los investigados pudiendo así inferir que en el grupo de alcohólicos existe deterioro del área temporo-parietal, es decir los sujetos de la investigación tienen deterioro en las áreas primarias, asociativas y sensitivas, donde el individuo no discrimina adecuadamente los estímulos.

En relación a la memoria de corto plazo se encontró que los alcohólicos del hogar "San Vicente" tienen dificultad en su ejercicio. Si bien hicieron el ejercicio anterior no pudieron recordar lo que hicieron minutos antes, demostrándose de esta forma que los alcohólicos presentan deterioro en el hipocampo dominante, que es el encargado especialmente de la memoria y de los procesos de aprendizaje.

De acuerdo a las cifras obtenidas en la prueba de memoria a corto plazo se concluye que es la función mental más deteriorada en el grupo de alcohólicos.

El ítem referido a la escritura presenta disminución en comparación con las personas del grupo de referencia, siendo siempre su porcentaje de adecuación menor. Debido a esto se infiere que el deterioro de la escritura es más bien gradual, siendo el área temporo-parietal dominante, deteriorada de forma menos aversiva.

En el ítem de construcción se pudo encontrar que existe mayor dificultad en relación con la escritura, esto debido a que el lóbulo parietal es el encargado de realizar asociaciones sensitivas, como la espacialidad, ordenación de actos complejos, con la prueba se advierte disminución en esta capacidad. Presentándose así deterioro del área parietal no dominante.

A nivel general y según los resultados obtenidos en la prueba se establece que:

El consumo excesivo de alcohol provoca un deterioro marcado principalmente en las funciones mentales de memoria a corto plazo, concentración, orientación espacial, orientación temporal y operaciones secuenciales, lo cual sugiere que existe una disminución en la capacidad para recordar.

Dentro de las funciones mentales de registro, nominación, lenguaje expresivo, lectura, escritura y construcción, se puede evidenciar un menor grado de deterioro en relación a las anteriores.

Recomendaciones

Luego de la realización de la investigación se dan a continuación algunas recomendaciones que podrían tomarse en cuenta en investigaciones similares.

- Sería interesante realizar un estudio a cerca del deterioro de las funciones mentales en alcohólicos, en comparación con un grupo con consumo de otro tipo de drogas.
- Para realizar un acercamiento con este tipo de población se recomienda realizar una empatía previa donde prime la escucha activa.
- El deterioro de las funciones mentales puede ser evaluado en función a la ingesta de otras drogas.
- La comparación entre sexos tomando en cuenta el consumo de alcohol y años de dependencia.
- Todo investigador que realice un trabajo con esta población debe tomar en cuenta que al margen de los números de estadísticas se trata de personas que además demandan atención, afecto e interés.
- Realizar estudios que correlacionen el consumo de alcohol y su incidencia en el entorno familiar.
- En cuanto al albergue "San Vicente", este podría incluir en su normatividad algunas reglas que medien para que el alcohólico permanezca por un tiempo prudente dentro de este centro.
- Se podría establecer mediante casos cuales son las razones más comunes por la que las personas llegan al alcoholismo.

- También se podría realizar un árbol genealógico donde se establezca los comportamientos y hábitos de consumo de las generaciones anteriores.
- Finalmente se sugiere realizar programas de prevención contra el consumo de alcohol en niños y adolescentes.
- A pesar de los datos sobre consumo excesivo de alcohol, debería existir una continuidad sobre estas investigaciones, ya que existen todavía muchas limitaciones de tipo económico, político y a nivel social, como la estigmatización, prejuicios, y otros factores que contribuyen a la falta de datos reales a cerca del alcoholismo en Bolivia.

BIBLIOGRAFIA

- Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho F, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, Serna de Pedro I, Solla Camino JM: "Habilidades en Salud Mental (II): alteraciones psíquicas a lo largo de la vida". Sociedad Española de Medicina General. Madrid, 2002.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual de diagnóstico y estadística de desórdenes mentales: DSM-IV. 4º ed; Masson S.A, Barcelona, España. 1995.
- Basabe, N. ; Ibáñez, J. y Romo, I. "Actitudes de los jóvenes frente al alcohol y las drogas" en autores varios, El proceso de socialización en los/las jóvenes en Euskadi, Vitoria, Gobierno Vasco. 1994.
- Botelho J, Skinner H, Williams G, Wilson D. Los pacientes con los problemas del alcohol en el cuidado primario. Entendiendo su resistencia y motivando al cambio. El Cuidado primario, 1999.
- COMAS, D. El síndrome de Haddock: alcohol y drogas en enseñanzas medias, Madrid, CIDE. 1991.
- Comas, D. Estimación de la evolución de la producción, el consumo y los problemas asociados al alcohol en España desde el año 1950 hasta el año 2000.
- Craig AH, Cummings JL, Fairbank L, Itti L, Miller B, Li J, Mena I. El flujo cerebral en correlación de la apatía en la enfermedad de Alzheimer. Archivo de Neurología, 1996.
- Elzo, J. Las culturas de las drogas en los jóvenes: Ritos y fiestas. Instituto Deusto de Drogodependencias. Servicio central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2000.
- Fraile Martin A., Minguez Garcia P., Rubio Valladolid G. Alcohol (II): Intoxicación Alcohólica. Diagnostico del Alcoholismo. En: Martinez Ruiz M.; Coord., Rubio Valladolid G.; Coord. Manual de Drogodependencias para Enfermería. Madrid: Diaz De Santos; 2002.
- Galanter M, Kleber HD: "Tratamiento del los trastornos por abuso del sustancias: La Prensa Psiquiátrica americana." Masson. Barcelona, 1997.
- Gill JS, Shipley MJ, Hornby RH, Gill SK, Beevers DG. Un estudio de caso de la comunidad de alcohol. Instituto de Epidemiología, 1988.

- Glass IB. Alucinosis Alcohólica: un enigma psiquiátrico. El desarrollo de la idea. Br J Addict, 1989.
- Janicak PG & Piszczor J. Los síndromes relacionados al alcohol. En: Flaherty JA, Channon el RA & Davis JM. La psiquiatría: el Diagnóstico y Terapia. Norwalk oriental, Appleton & Lange, 1988.
- Junqué, C.y Barroso, J. Neuropsicología. Madrid: Síntesis. 1994.
- Kaplan H, Sadock B. Compendio de Psiquiatría. 2a. ed. Barcelona: Salvat; 1987.
- Kopelman MD. El trastorno fronterizo y déficits de memoria en el síndrome de Korsakoff alcohólico y demencia de Alzheimer. Edi. Cerebro, 1991.
- Lee, S.S, Wild, K., Hollnagel, C., y Graffman, J. La atención visual selectiva en los pacientes con lesiones del lóbulo frontal y la enfermedad de Parkinson. *Neuropsicología* (En prensa). 1998.
- Lishman WA. La Psiquiatría orgánica: Las Consecuencias Psicológicas de Desorden Cerebral (2da. Edi.). Oxford, Blackwell las Publicaciones Científicas, 1987.
- Marcos Frías J. F: "Consideraciones generales en el abordaje de las drogodependencias". En: Abeijón JA, Alarcón A, Álvarez I, Caballero L, García JM, Montero M, Ogando J, Pérez de los Cobos J, Santis R, Sopelana P (Eds): "Drogas y atención primaria". Fundación Ciencias de la Salud. Madrid, 2000.
- Martín Centeno, P. Rojano Capilla. Psiquiatra. Centro de Salud Chopera II. Centro de Salud Mental Miraflores. Alcobendas. Madrid. 2001.
- Martínez Ruiz M, Llobell Seguí G, Peralba Vañó Ji, Toral Revuelta Jr. Evaluación de la eficacia de naltrexona en la dependencia alcohólica mediante determinación sérica de transferrina deficiente en carbohidratos. XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Oviedo-1996.
- Michael Farrell y John Strang Centro Nacional de Adicción, Hospital de Maudslaey Londres, 1998.
- Milner B. La amnesia y el funcionamiento en los lóbulos temporales. En: Whitty CWM, Zangwill OL editores. Amnesia. London: Butter worths 1967.
- Morales Rueda A, Rubio Valladolid G. Diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria. Medifam 1997.

- Nicolas JM, Catafau AM, Estruch R, Lomeña FJ, Salamero M, Herranz R, et al. El flujo de sangre cerebral regional SPECT en el alcoholismo crónico: la relación a la comprobación de la neuropsicología. Núcleo Med 1993.
- Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid. 1999.
- Olcina Rodriguez, J. Soler Company, E. Tratamiento Farmacológico de los Trastornos por Dependencia del Alcohol. Director del Centro de Atención al Drogodependiente de Gandía. Universidad de Valencia. 2003.
- Portella E, Ridao M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Panamericana; 1998.
- Programa de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud. *Los acercamientos al Tratamiento de Abuso de la Sustancia*. OMS/PSA/93.10. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.
- Rodríguez-Martos Dauer, A. Educación médica sobre alcohol: perspectiva de futuro, Madrid, 1995.
- Rolls ET. Las conexiones, funciones y trastornos de estructuras marginales, la corteza pre-frontal, e hipotálamo. En: la Base Científica de Neurología Clínica. Nueva York, 1985.
- Rubio Valladolid G. Opiáceos (II): Etiología Diagnóstico y Evolución de la Dependencia a Opiáceos. En: Martínez Ruiz M.; Coord. Rubio Valladolid G.; Coord. Manual De Drogodependencias para Enfermería. Madrid: Díaz De Santos; 2002.
- S. Álvarez Avello y M. T. de Lucas Taracena. Trastornos Mentales y del Comportamiento Debido al Consumo de Sustancias Psicotropas. Coordinador: J. Santo-Domingo Carrasco, Madrid 1994.
- Taletti, E.; Beinlich, A.; Bosch, M.; Eguren, L.; Arroyo, A.; Ithurralde, C. La agnosia auditiva asociada a lesiones predominantemente del lóbulo temporal derecho. Servicio de Neurología y Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Provincial del Centenario de Rosario. Cátedra de Alteraciones del Lenguaje en el Adulto, Esc. Fonoaudiología, UNR. 2002.
- Thomas P, Billon R, Hazif-Thomas C, Pradere C. Desmotivación y ancianos. El estudio de una población muy vieja en los pupilos de cuidado largo. Los

procedimientos del 8vo. Congreso de la Asociación de Psicogeriatría Internacional. Resuma 0443. Jerusalén 1997.

- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicología y la Psiquiatría. 3a. Edición. Ed. Salvat. Barcelona, 1991.
- Wilfredo G. Santa, M.D El alcohol: Un contaminante mortal de nuestro cuerpo, de nuestra mente y de nuestra sociedad. Publicado en el Libro La Gran ventana 1994.

Anexo 1

EXAMEN MENTAL ABREVIADO

	PRUEBA ESPECIFICA	FUNCION	PUNTAJE	RESULTADO
1	QUÉ AÑO/ESTACIÓN/DÍA/FECHA/MES ESTAMOS?	ORIENTACIÓN TEMPORAL	0-5	
2	EN QUE PAIS/DEPARTAMENTO/BARRIO/ Av. INSTITUCIÓN, ESTAMOS?	ORIENTACIÓN ESPACIAL	0-5	
3	REPITA TRES ITEMS O NOMBRES DE COSAS O PERSONAS	REGISTRO	0-3	
4	SUSTRACCIONES SERIADAS DE 7 O DELETREAR "MUNDO" AL REVÉS	CONCENTRACIÓN	0-5	
5	NOMBRAR UN RELOJ, PULSERA Y UN LÁPIZ AL VERLO	NOMINACIÓN	0-2	
6	REPETIR:"NI AURELIO NI YO"	LENGUAJE EXPRESIVO	0-1	
7	COJA ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA, DOBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN LA MESA	OPERACIONES SECUENCIALES DE TRES ETAPAS	0-3	
8	LEA: "CIERRE LOS OJOS" Y CUMPLA LA ORDEN	LECTURA	0-1	
9	RECORDAR LOS TRES ITEMS DEL PUNTO TRES	MEMORIA A CORTO PLAZO	0-3	
10	ESCRIBA UNA FRASE	ESCRITURA	0-1	
11	COPIAR PENTÁGONOS QUE SE INTERSECTAN	CONSTRUCCION	0-1	
TOTAL			30	

Anexo 2 Estadístico

Orientación Prueba 1	GRUPO		
	Aciertos	Investigació	Referencial
	2	26.70%	
	3	46.70%	
	4	20.00%	16.70%
	5	6.70%	83.30%

Orientación Prueba 1 Espacial	GRUPO		
		Investigació	Referencial
	2	6.70%	
	3	33.30%	
	4	46.70%	
	5	13.30%	100.00%

Registro Prueba 2	Aciertos	GRUPO	
		Investigació	Referencial
	2	20.00%	
	3	80.00%	100.00%

Concentración	GRUPO		
	Aciertos	Investigació	Referencial
	0	6.70%	
	1	33.30%	
	2	40.00%	
	3	20.00%	
	5		100.00%

Nominación	GRUPO		
	Aciertos	Investigació	Referencial
	1	13.30%	
	2	86.70%	100.00%

Lenguaje expresivo	GRUPO		
	Aciertos	Investigació	Referencial
	0	26.70%	
	1	73.30%	100.00%

Operaciones secuen.	GRUPO		
	Aciertos	Investigació	Referencial
	1	20.00%	
	2	66.70%	
	3	13.30%	100.00%

Lect. temporo-parietal	Aciertos	Investigació	Referencial
	0	46.70%	
	1	53.30%	100.00%

Memoria corto plazo	GRUPO		
	Aciertos	Investigació	Referencial
	1	66.70%	
	2	33.30%	20.00%
	3		80.00%

Escritura	GRUPO		
	Aciertos	Investigació	Referencial
	0	13.30%	
	1	86.70%	100.00%

Construcción	GRUPO		
	Aciertos	Investigació	Referencial
	0	33.30%	
	1	66.70%	100.00%

Organización Mundial de la Salud presentó ayer su informe

consumo de alcohol quita años de vida a los bolivianos

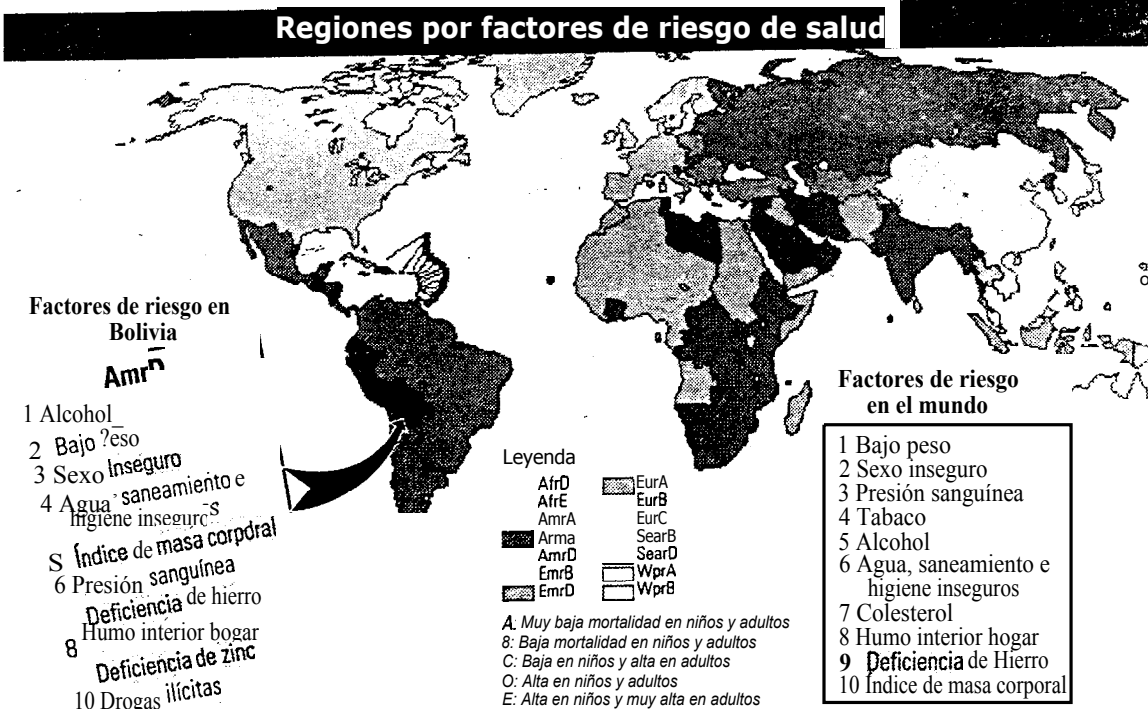
El alcohol es el factor de riesgo que más años de vida saludable le cuesta a los bolivianos, según establece el Informe Mundial de Salud, presentado ayer por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

"Previene riesgos, promueve una vida saludable", es el lema del informe este año, que identifica algunos de los principales riesgos de enfermedad, discapacidad y muerte, clasificando su impacto en categorías y subregiones del planeta.

En Bolivia —que comparte de las 14 subregiones geográficas del globo con Perú—, después del alcohol, los otros mayores factores de riesgo que más años causan en la salud de la población son el bajo peso materno y en la niñez; las relaciones sexuales sin protección; el agua, el saneamiento y la higiene inseguros; el bajo índice de masa corporal; la alta presión sanguínea; la deficiencia de hierro; el humo interior del hogar; la deficiencia de zinc y el consumo de drogas ilícitas, en ese orden.

El alcohol se ubica en el primer lugar con un porcentaje de 20 por ciento, que es equivalente a la proporción de años saludables de vida perdidos en una persona por el consumo de esta droga.

En el mundo, el primer lugar ocupa el bajo peso, seguido por las relaciones sexuales sin



protección, alta presión sanguínea y tabaco.

Estos y otros riesgos son responsables de un 40 por ciento de las 56 millones de muertes que ocurren en el mundo anualmente, y de un tercio de la pérdida global de años saludables de vida.

SALUD A MEDIA MÁQUINA

El indicador de los años perdidos de vida saludable toma en cuenta el impacto de los diferentes riesgos sobre la mortalidad y sobre la morbilidad.

Los riesgos que derivan en la

muerte reducen la expectativa de vida. Los riesgos, a corto o a largo plazo, significan que esas personas permanecen vivas, pero no con plena salud.

Los principales riesgos revisados en el informe son responsables de la pérdida considerable en la expectativa saludable de vida, en promedio, unos cinco años en países desarrollados y diez años en países en desarrollo.

A nivel mundial —alienta la OMS— la expectativa de vida saludable puede ser aumentada hasta en diez años si los gobiernos y los individuos realizan es-

fuerzos combinados contra dichos riesgos.

El informe predice que a menos que se sigan acciones inmediatas, para el año 2020 habrá nueve millones de muertes ocasionadas por el tabaco, comparadas a las casi cinco millones actuales; unas cinco millones de muertes atribuibles al sobrepeso y la obesidad, comparadas a las tres millones actuales; y que los niños con bajo peso en el mundo perderán unos 110 millones de años saludables de vida, aunque este número sea inferior a los 13 millones actuales.

Anexo 4

*El alcohólico es el único enfermo
niega estarlo y hace todo
por seguir enfermándose. .*



*Campaña Nacional Contra el Consumo de Alcohol y el
Alcoholismo. 1995*

