

00946

VALORACION DE LA PREDISPOCISION AL ALCOHOLISMO DE ESTUDIANTES DE  
UNA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA EN BOGOTÁ D.C. 2002.

CLAUDIA LILIANA ACEVEDO  
HOLMAN ANDRES CANTOR  
MAURICIO JAVIER CARRILLO  
JOSE PLINIO CARVAJAL  
LINA CONSTANZA MENDIETA  
CAROLINA MUÑOZ  
SANDRA MILENA VALENCIA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
BOGOTA D.C.  
2002

VALORACION DE LA PREDISPOCISION AL ALCOHOLISMO DE ESTUDIANTES DE  
UNA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA EN BOGOTÁ D.C. 2002.

Investigadores

CLAUDIA LILIANA ACEVEDO  
HOLMAN ANDRES CANTOR  
MAURICIO JAVIER CARRILLO  
JOSE PLINIO CARVAJAL  
LINA CONSTANZA MENDIETA  
CAROLINA MUÑOZ  
SANDRA MILENA VALENCIA

Asesor Científico

BERTHA GAMARRA  
Psicóloga, Especialista en Psicoanálisis

Asesor Metodológico

Dra. INES AMPARO REVELO MEJIA  
Odontóloga, Magíster en Administración en Salud

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA D.C.

2002

VALORACION DE LA PREDISPOCISION AL ALCOHOLISMO DE ESTUDIANTES DE  
UNA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA EN BOGOTÁ D.C. 2002.

CLAUDIA LILIANA ACEVEDO  
HOLMAN ANDRES CANTOR  
MAURICIO JAVIER CARRILLO  
JOSE PLINIO CARVAJAL  
LINA CONSTANZA MENDIETA  
CAROLINA MUÑOZ  
SANDRA MILENA VALENCIA

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el título de especialistas  
en ODONTOLOGÍA

Asesor Científico

BERTHA GAMARRA

Psicóloga, Especialista en Psicoanálisis

Asesor Metodológico

Dra. INES AMPARO REVELO MEJÍA

odontóloga, Magíster en Administración de Salud

COLEGIO ODONTOLOGICO COLMBIANO

BOGOTA D.C.

2002

El trabajo de Grado VALORACION DE LA PREDISPOCISION AL ALCOHOLISMO DE ESTUDIANTES DE UNA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA EN BOGOTÁ D.C. 2002. elaborado por CLAUDIA LILIANA ACEVEDO, HOLMAN ANDRES CANTOR, MAURICIO JAVIER CARRILLO, JOSE PLINIO CARVAJAL, LINA CONSTAZA MENDIETA, CAROLINA MUÑOZ, SANDRA MILENA VALENCIA, ha sido aprobado como requisito parcial para obtener el Título de Especialistas en ODONTOLOGIA.

---

Director de la Investigación

---

Asesor Metodológico

---

Director del Departamento  
de Investigación y Salud Pública

Bogotá D.C., 16 de Noviembre del 2002

# CONTENIDO

pág.

1. INTRODUCCIÓN	1
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	2
1.1. PLANTIAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. JUSTIFICACION	2
1.3. PROPOSITO	3
1.4. MARCO	3
1.5. OBJETIVOS	27
1.5.1. General	27
1.5.2. Específicos	27
2. METODO	28
2.1. TIPO DE ESTUDIO	28
2.2. UNIVERSO	28
2.3. MUESTRA	29
2.4. DEFINICION DE VARIABLES	30
2.5. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	31
2.6. PROCEDIMIENTO	32
2.7. TABULACION Y ANALISIS	34
3. RESULTADOS	35
4. DISCUSIÓN	
5. CONCLUSIONES	
6. RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

El alcoholismo ha suscitado una amplia diversidad de tendencias teóricas a través de la historia, durante mucho tiempo se consideró como un vicio o dependencia hasta ser catalogado por la O.M.S. como una enfermedad, que consiste en la dificultad que tiene el organismo para metabolizar el alcohol. Esta patología tiene implicaciones a nivel físico y social por lo que el padecimiento no solo lo sufre el enfermo sino que se extiende a su entorno familiar.

Esta enfermedad se ha ido propagando a poblaciones jóvenes puesto que la edad de inicio es cada vez más temprana, estudios reportados por entidades gubernamentales como los ministerios de diferentes países indican que la población de mayor consumo es la estudiantil. En Colombia estudios realizados por la División de Estupefacientes y el Programa Rumbos de la Alcaldía del Distrito Capital de Bogotá evidenciaron el alto nivel de consumo de la población universitaria, en vista de esto se consideró la necesidad de valorar la predisposición al alcoholismo de los estudiantes de pregrado del C.O.C..

Para este fin se aplicó una encuesta estructurada valorando los datos socio-demográficos de la población, los factores predisponentes basados en el estudio CAGE (Dirección Nal. De Estupefacientes) y la predisposición al alcoholismo con preguntas tomadas de la encuesta diseñada por Alcohólicos Anónimos evaluada a nivel mundial.

## **1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION.**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El consumo de alcohol constituye un problema social muy discutido y documentado, que según los últimos estudios nacionales disponibles se ha incrementado en especial en población joven; por tal motivo es de interés conocer la predisposición al alcohol que presenta una facultad de odontología de Bogotá, en el 2002,

¿Existe o no la predisposición al alcoholismo en estudiantes de una facultad de odontología en el año 2002?

### **1.2 JUSTIFICACION**

El consumo de alcohol es un grave problema de salud pública en general y entre los adolescentes y adultos jóvenes en particular; es por eso que resulta de interés estudiar el problema del alcoholismo.

El estudio del alcoholismo y su frecuencia en estudiantes de una facultad de odontología de Bogotá, aportará información acerca de la magnitud y severidad del problema, al mismo tiempo que dará a conocer a la población universitaria los factores predisponentes y las consecuencias a que conlleva el consumo de bebidas alcohólicas.

### **1.3 PROPOSITO**

La investigación pretende alertar a la comunidad de estudiantes del C.O.C. sobre el riesgo que implica el consumo de bebidas alcohólicas.

### **1.4 MARCO TEORICO**

Desde tiempos muy remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial. Este estado varía en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida y de acuerdo a las motivaciones de su injerencia. Existen reportes escritos del uso de cerveza, vinos y otras bebidas alcohólicas que datan desde 3000 años antes de Cristo. Pero el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta alrededor del año 800 después de Cristo. Este proceso ha permitido la preparación de licores altamente potentes que se consumen actualmente.

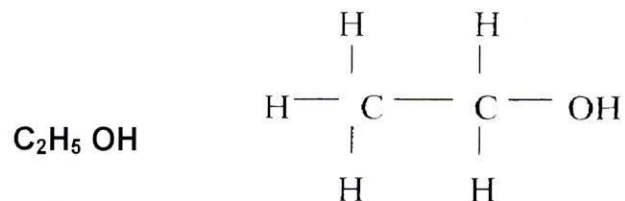
Con toda probabilidad la aparición de bebidas alcohólicas debieron darse entre los periodos conocidos como mesolítico y neolítico. La cerveza era conocida en Egipto, Mesopotámia, y también en el continente americano desde las más remotas civilizaciones precolombinas. La chicha, cerveza típica actual en el Perú, Bolivia y Colombia especialmente fue ofrecida a Colon en su tercer viaje, cuando el 6 de agosto de 1498 llega a las costas de Venezuela. Este tipo de cerveza procedente del maíz es también todo un símbolo cultural que puede documentarse en todo Latinoamérica. (Repetto M, 1995)

La obtención de las bebidas alcohólicas por el hombre solo fue posible cuando se pudieron guardar en recipientes adecuados los líquidos azucarados procedentes de los granos y de los frutos. Es decir cuando ya existía un atisbo de organización agrícola, cosechas y un intento de guardar cierto tipo de frutos y de granos como medio alimenticio. La sustancia denominada alcohol es de origen puramente natural y se elabora espontáneamente a partir de la fermentación del azúcar cuando en él actúan algunos tipos de levaduras. A pesar de que las clases de alcohol son muchas, el único que puede consumirse en bebidas de carácter alcohólico es el **etílico**, el cual comercialmente se obtiene por dos métodos principales: el primero consiste en la fermentación de los azúcares, y el almidón de los cereales, papas o melazas, por medio de levaduras que contienen enzimas catalizadoras que transforman los azúcares complejos a sencillos y a continuación en alcohol y dióxido de carbono. (Aguirre, Cesar. 1996)

El segundo es un método sintético que emplea la reacción de un hidrocarburo insaturado, el etileno con ácido sulfúrico, seguido de una reacción de hidrólisis. El etileno empleado en este proceso proviene de los hidrocarburos del petróleo.(The Merck index. 1989)

El alcohol etílico absoluto es un líquido incoloro y volátil de olor agradable. El alcohol diluido es utilizado en bebidas y su concentración suele expresarse en grados o en porcentaje.

Su nomenclatura química, estructura molecular y características son:



La densidad: 0.78, punto de ebullición: 78.3 C, punto de fusión: -115 C, solubilidad: totalmente soluble en agua, alcoholes, cetonas, esterés e hidrocarburos halogenados, rata de evaporación: 7, presión de vapor (a 25 C): 45, punto de explosión: 55, TLV. : 1000 ppm (1900 mg / m) ( U.S Dpto. salud y Serv. Humanos 1994)

El alcohol etílico tiene varios usos, uno de ellos es en las bebidas alcohólicas las cuales se pueden dividir en tres grupos según su contenido de alcohol; las de contenido alcohólico bajo: con graduaciones alcohólicas de 2 a 6 grados, entre ellas la cerveza es la de mayor consumo. Contenido alcohólico medio: con graduaciones desde 6 a 20 grados, comprende todo tipo de vinos y las bebidas Destiladas: son bebidas obtenidas por destilación de vinos, de maltas o de soluciones azucaradas, pueden tener graduaciones hasta de 40 a 50 grados.

Porcentaje de etanol según la bebida: Whisky, Vodka, Ginebra; 45 a 50%, Aguardiente y Ron 29 a 38%, Jerez y Oporto 25%, Vinos 3 al 20%, Cerveza 4 a 7%. Por sus propiedades como disolvente es la base de productos cosméticos y de perfumería; así como de productos industriales y farmacéuticos. (Guevara. J., 1995)

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. . La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). Además define al síndrome de dependencia al alcohol como “ Un estado psíquico y generalmente también físico resultante de la ingestión de alcohol, caracterizado por respuestas de comportamiento y otras, que siempre incluyen la compulsión a beber alcohol de una manera cotidiana o periódica para experimentar los aspectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia; puede haber tolerancia aunque esta podría no estar presente. El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte (Aguirre, Cesar. 1996)

Metabólicamente el etanol desordena la estructura física de la membrana celular al interferir con las moléculas de la bicapa fosfolipídica de la misma afecta la mayoría de los canales iónicos y de los receptores; puede actuar sobre los receptores de proteínas o enzimas. El etanol, como sustancia liposoluble, se distribuye ampliamente en el sistema nervioso central interactuando con las membranas neuronales y ejerciendo un clásico efecto depresor sobre este por la alteración de corrientes iónicas dependientes del receptor N-Metil-D Aspartato; adicionalmente ejerce un efecto sobre el receptor

GABA, aumentando la conductancia del Ion cloro, causando depresión primaria. La aparente estimulación se produce por la actividad incoordinada de diversas partes del encéfalo, por la depresión de los mecanismos inhibidores del control (GABA).

A nivel del nervio periférico disminuye los valores máximos de las conductancias de sodio y potasio; las concentraciones para bloquear nervios periféricos son mayores que los que producen efectos centrales. (Goodman y Ilman. 1994).

El etanol produce disminución de las concentraciones de noradrenalina y serotonina en el S.N.C. llevando a diferentes síndromes clínico-neurológicos característicos del alcoholismo crónico. El etanol lesiona las células por precipitación y deshidratación del protoplasma, e irrita las superficies desnudas y mucosas. El alcohol inhibe la glucogénesis y esta alteración en la insulina impide la entrada de las pequeñas cantidades de glucosa que se hallan en el compartimiento extracelular. Con la acidosis, el potasio, fosfato, magnesio y otros electrolitos salen de la célula. La gran solubilidad de etanol en agua y grasas le permite atravesar fácilmente por distribución pasiva las distintas membranas biológicas, pudiendo ser absorbido por cualquier vía y distribuyéndose rápidamente en el organismo. .(Goodman y Ilman. 1994).

El alcohol entra al torrente sanguíneo desde el estómago, en donde se absorbe una cantidad pequeña, en el intestino delgado se absorbe la mayor parte del alcohol; luego la sangre transporta el alcohol a todo el cuerpo. En el hígado el 98% del alcohol

absorbido es biotransformado en agua, dióxido de carbono y energía, a la razón de ½ onza de alcohol puro por hora. La ruta más importante es la digestiva. Entre los treinta y sesenta minutos siguientes a su ingestión se absorbe aproximadamente el 80 a 90% de la dosis. El contenido gástrico y las comidas grasas específicas frenan notablemente la absorción y multiplican por dos o tres el tiempo de la misma. La absorción se ve afectada además por la motilidad gastrointestinal, la calidad y composición del licor y la ingestión simultánea de medicamentos. Tanto el tracto respiratorio como el gastrointestinal, son rutas efectivas de absorción. El etanol es rápidamente absorbido por el estómago, intestino delgado y colon. El intestino absorbe el 80% de una dosis oral de etanol; el estómago absorbe el remanente. Entre el 90 y 98% del etanol que ingresa al cuerpo es completamente oxidado. (U.S Dpto. de salud y Serv. Humanos. 1994)

La relación de las concentraciones de etanol en fluidos y tejidos biológicos es la siguiente: Sangre 1, Cerebro 0.847, Corazón 0.61, Músculos 0.54 e Hígado 0.38, en el plasma es ligeramente superior que los eritrocitos, en individuos de igual peso, edad y género el volumen de distribución es diferente dado que el tejido adiposo puede variar entre ellos. Con la edad el agua total del cuerpo disminuye en el hombre 18 a 40 años el agua total es de 61% del peso, para las mujeres de 18 a 40 años, es de 51% para mayores de 60 años es de 52% (hombres) y mujeres mayores de 60 años es de 46%. (U.S Dpto. de salud y Serv. Humanos. 1994) - (Olmos, ME, Marulanda Narváez. 2000).

El etanol puede ser excretado por el riñón, pulmón y otras vías. En el riñón pasa por simple filtración glomerular y difusión por tubos renales. Aproximadamente un 5 a 15 % de etanol absorbido se excreta sin modificar a través del aire espirado, orina y en menor proporción como sudor, saliva, jugo gástrico, bilis y lagrimas. Aparece también en la leche pero en cantidad de producir toxicidad en el lactante. La concentración de etanol en orina es aproximadamente de 1.3 veces la de la sangre. En el pulmón la concentración de etanol en el aire aspirado es paralela a la de la sangre en una relación de 1 a 2000. la concentración en saliva sudor y lagrimas mantienen una relación lineal con los niveles de sangre. (Goldfrank. Emergencias Toxicológicas 1994)

De acuerdo con el programa de prevención y control de la hipertensión arterial, desarrollado por el Ministerio de Salud en 1.991, algunos de los efectos clínicos producidos por el alcoholismo son: aumento del riesgo de cáncer, cardiopatías, cirrosis, convulsiones, deficiencias nutricionales, degeneración cerebral, delirium tremens, demencia, disfunción sexual, intoxicaciones, lagunas y neumonía. Las psicológicas: alucinaciones, aumento en la agresión, ansiedad, consumo de otras sustancias, comportamiento antisocial, dependencia, depresión, ideación suicida, negación, paranoia y soledad. (Aguirre, Cesar. 1.996).

El alcohol quizás no cause cáncer, pero probablemente puede realzar los efectos carcinogénicos de otras sustancias, como el humo de cigarrillos. Cerca de 75% de cánceres del esófago y 50% de cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo. El alcoholismo también se asocia con un mayor riesgo para

los cánceres colorrectales. El tabaquismo combinado con el beber realza los riesgos para todos estos cánceres extraordinariamente. El riesgo para el cáncer hepático aumenta en los alcohólicos.

El consumo crónico puede causar miocardiopatías, arritmias e insuficiencia cardiaca congestiva, produce vaso dilatación ocasionando sensación de calor rubor en la piel.

Esto sucede por depresión vasomotora central y acción directa del alcohol sobre los vasos sanguíneos. Dentro de las alteraciones hepáticas tenemos La cirrosis hepática que es un daño difuso del hígado que se puede identificar inicialmente, por la aparición de fibrosis y nódulos regenerativos. Esto conduce a insuficiencia hepática e Hipertensión portal. La última parece ser consecuencia de la distorsión que producen los nódulos de regeneración y la fibrosis en la red vascular intrahepática. . (Sánchez P M D, Mora I R. 1.996)

La enfermedad hepática alcohólica la cual es un desorden progresivo cuya severidad depende de la duración, cantidad e intensidad de la ingesta dentro de ellas encontramos el Hígado graso alcohólico que se presenta en bebedores frecuentes. Es reversible con el cese de consumo. Es una acumulación grasa producida por la pérdida de eficiencia en la oxidación de los ácidos grasos y el aumento de su utilización para esterificarlos a triglicéridos, asociado a una disminución en la síntesis y secreción de lipoproteínas. La hepatitis alcohólica es precursora de la cirrosis, esta dada por una lesión inflamatoria caracterizada por la infiltración hepática con leucocitos, daño hepático, necrosis de hepatocitos e hialinización alcohólica. Las secuelas de fibrosis son irreversibles. Sus manifestaciones clínicas pueden ser leves a graves

comprendiendo: anorexia, náuseas, vómito, disminución de peso, dolor abdominal, ictericia, fiebre, angiomas arteriales cutáneos, ascitis, edema, anemia, encefalopatía y hemorragia de vías digestivas. (Sánchez P M D, Mora I R. 1.996)

En el tracto gastrointestinal aumenta la motilidad del intestino delgado y disminuye la absorción de agua y electrolitos, lo que causa diarrea. Por efecto irritativo causa gastritis, esofagitis, úlceras, hemorragia de vías digestivas, vómito y puede producirse síndrome de Mallory. (Sánchez P M D, Mora I R.)

En el sistema hematopoyético se produce agranulocitosis tóxica que lleva a anemia leucopenia y trombocitopenia, disminuyendo la pacientes con hepatopatía alcohólica presentan un riesgo diez veces mayor para el cáncer, agregación plaquetaria e inhibición del tromboxano A<sub>2</sub>. disminuye la respuesta de hipersensibilidad retardada, en el cardiovascular se disminuye la contractibilidad miocárdica, taquicardia, hipotensión, aumento del consumo de oxígeno. (Sánchez P M D, Mora I R. 1.996)

En los genitales hay atrofia testicular, disminución de la capacidad de erección, ginecomastia, impotencia, esterilidad y disminución de la testosterona. En la mujer, amenorrea, atrofia ovárica, ausencia de cuerpo lúteo y esterilidad, también hay alteración in-útero como cambios faciales (pliegues nasales epicánticos atrofia de cornetes, dientes pequeños con alteraciones del esmalte) alteración cardíaca (defectos del tabique auricular o ventricular), limitación de movimientos articulares, retardo mental y microcefalia. (Sánchez P M D, Mora I R. 1.996)

En el cerebro el proceso de razonamiento se disminuye conforme el alcohol afecta a las neuronas. Entre más alta sea la concentración del alcohol, mayor será el número de neuronas afectadas. También produce trastornos mentales y neurológicos. El uso habitual del alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo depresión clínica, confusión y, en los casos graves, psicosis y trastornos mentales. El alcohol también puede causar problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y cefalea (dolores de cabeza) (especialmente después de beber vino rojo). Excepto en los casos graves, el daño neurológico no es permanente y la abstinencia casi siempre conduce a la recuperación de la función mental normal. Dentro de los daños causados por el alcohol al sistema nervioso central debemos fijarnos con especial atención en el síndrome de abstinencia el cual se refiere a un conjunto de síntomas, que aparecen por el cese o la reducción del consumo de alcohol de un período prolongado de grandes ingestas de alcohol, presentando síntomas como sudoración temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, ansiedad, agitación psicomotora. (Aguirre, César. 1.996).

El delirium tremens representa para el sujeto alucinaciones visuales o táctiles en las que asegura observar hordas de insectos que penetran por sus cavidades nasales o visuales y auditivas. Las alucinosis alcohólica consiste en que el sujeto escucha voces de amigos e incluso de lo que el cataloga como dioses o demonios. La enfermedad de Korsakoff cuya sintomatología psíquica de amnesia, de fijación, fabulación, falsos reconocimientos, desorientación temporoespacial y labilidad afectivas. Y a la

exploración neurológica se suele apreciar una polineuropatía. En la anatomía patológica se aprecia lesiones degenerativas sobre todo en los cuerpos mamilares. (Jellinek 1999)

Las etapas del consumidor de alcohol son, el bebedor que no está sometido al alcohol como instrumento de la diversión o de la tranquilidad. Cuando ingiere licor lo hace consciente de la medida y es casi imposible verlo borracho. El bebedor que ya a elegido algunos momentos en los que considere conveniente compartir unas copas, al principio los espacios de tiempo entre una y otra ingesta de licor son largos pero las ocasiones van incrementándose cada vez más. El bebedor que tiene la necesidad creada de consumir licor periódicamente. El alcoholismo ya está presente, todo el tiempo presenta negación con relación al problema, presenta lagunas mentales frecuentes. Otro tipo de bebedor es aquel donde la influencia del licor sobre los estados físicos y psíquico del individuo se hace ya evidente. El trago es la forma de vida de este individuo.(Jellinek 1999)

Los grados de intoxicación etílica son los siguientes: PERIODO I: CORTEZA-CEREBELO; Grado I: 20-50 mg %, Euforia, desinhibición, ligera incoordinación motora, mayor inseguridad. Grado II: 50-100 mg %, incoordinación motora, confusión, nistagmus horizontal, imposibilidad de dar juicios críticos, pupilas midriáticas reactivas a la luz. Grado III: 100-150 mg %, mayor incoordinación, aumento polígono de sustentación, disartria, cambios de conducta, alteración funciones sensoriales, pupilas midriáticas reactivas a la luz, hiporeflexia, hipotensión, taquicardia. PERIODO II: CEREBRAL VESTIBULAR; Grado IV: 150-200 mg %, embriaguez, marcha alterada,

diplopía, depresión conciencia (somnolencia), pupilas midriáticas reactivas a la luz lenta, nistagmus, hiporeflexiva, hipotensión. PERIODO : III CENTROS ESPINALES; Grado V: 200-300 mg %, mayor depresión de la conciencia, náuseas, vómito, ataxia, diplopía, pupilas midriáticas reactivas lentas a la luz, hipotensión, hiporeflexiva. PERIODO : IV CENTROS BULBARES; Grado VI: 300-400 mg %, estupor, hipotermia, bradicardia, hipotensión, hipotonía, hipotermia, convulsión. Grado VII: 400-500 mg %, coma profundo, depresión cardio-respiratoria, convulsiones tónico-crónicas generalizadas, frialdad, pupilas midriáticas no reactivas a la luz lentas, muerte.( U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos 1.994)

Aún así existen investigadores que aseguran que las principales causas tienen que ver con factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo se han determinado algunos factores de riesgos psicosociales con la aparición del alcoholismo tales como el aislamiento, la timidez, la depresión, impulsividad, conductas autodestructivas hostiles, inmadurez sexual y la presencia de la personalidad de tipo dependiente.(Jellinek. 1.999)

Se ha hablado de la posibilidad que haya un factor genético que favorezca que se presenten en ciertas personas y en otras no. Pero ahora las investigaciones van más allá: científicos de la Universidad de Indiana en Estados Unidos, realizaron un estudio con pacientes que presentaban alcoholismo y sus familiares en primer grado de consanguinidad, buscando si había alguna relación con la información genética de los participantes. Los resultados, publicados en la revista *American Journal of Psychiatry*,

mostraron fuertes indicios de la existencia de un gen en el cromosoma 1 que puede predisponer a la aparición de este como información práctica, los autores concluyen que si se comprueba la existencia de un defecto genético, quienes lo presenten tienen mucha mayor probabilidad de desarrollar alcoholismo, si consumen alcohol y por lo tanto, deben abstenerse de hacerlo. En las personas con alcoholismo severo, los investigadores han ubicado un gen que afecta la función de una estructura de nervio-célula conocida como receptor de dopamina D2 (DRD2), el cual, a su vez, influye la actividad de dopamina. Este gen también se encuentra en las personas con el trastorno de déficit de atención, quienes tienen un mayor riesgo para el alcoholismo. .( Publicación realizada por Romero, J. 2001)

La asociación de este gen con estos problemas neurológicos conduce a algunos expertos a creer que el gen receptor de dopamina D2 no es una causa primaria del alcoholismo, pero que las personas con este gen tienen mayor probabilidad de beber para tratar los síntomas psicológicos y conductuales de sus trastornos neurológicos. El punto central de este grupo ha sido el gen ADH2, que codifica una enzima (alcohol deshidrogenasa), responsable de que el alcohol ingerido sea degradado en otros componentes que el cuerpo humano puede aprovechar en su metabolismo. Existen dos formas posibles de este gen que los científicos han denominado ADH2\*1 y ADH2\*2. Se ha demostrado que la forma ADH2\*2 disminuye el riesgo que los individuos desarrollen el alcoholismo. De esta manera, un análisis genético a partir de la sangre de un individuo, con tal de determinar la forma de su gen ADH2, puede dar información sobre

su predisposición de convertirse en una persona alcohólica.  
(<http://profesional.medicinatv.com/reportajes/alcoholiso> 1999)

La idea de que el alcoholismo puede ser un problema hereditario que afecte a miembros de una misma familia procede de los años 70, pero nunca se había podido determinar si un hijo de padres alcohólicos lo es por los genes o por el aprendizaje que experimenta durante su infancia en la convivencia. La investigación dada a conocer ahora tampoco responde a esa pregunta, pero confirma que, además de los factores ambientales, podría existir una predisposición en los genes, que heredamos directamente de nuestros padres. Si uno de los hijos de un alcohólico mostraba predisposición hacia esa enfermedad, su hermano gemelo también debería tenerla. Un estudio realizado en Finlandia con 902 hermanos gemelos varones permitió establecer que los comportamientos de alcoholismo menos severos eran menos hereditarios, mientras que los más graves eran hereditarios en mayor medida.  
(Romero, J., 2001)

La teoría de la herencia en el alcoholismo ha encontrado apoyos incluso en estudios realizados con niños adoptados por otras familias. Uno de estos estudios, realizado en Dinamarca, encontró indicios sólidos de que la carga genética es importante en el alcoholismo, incluso cuando los niños no convivían con sus padres naturales. Otros estudios han profundizado acerca del papel que juegan los receptores cerebrales de la dopamina en la aparición del alcoholismo, ya que este neurotransmisor está relacionado con las respuestas gratificantes y de la motivación que se fabrican en nuestro cerebro.

Nurnberger considera que la predisposición genética para el alcoholismo encontrada en el cromosoma uno coincide con lo apuntado por los estudios previos realizados con gemelos y hermanos. Desde un punto de vista médico, el alcoholismo es una enfermedad heterogénea, porque esconde un grupo de problemas que parecen similares, pero cuyos mecanismos y modo en que fueron adquiridos pueden ser muy diferentes. (Romero, J., 2002)

Los científicos han encontrado que la forma ADH2\*2 se encuentra con mucha más frecuencia en personas no alcohólicas que en personas alcohólicas, cosa que implica una acción protectora del gen. El riesgo para el alcoholismo en los hijos de padres alcohólicos es de un 25%. El enlace familiar es más débil para las mujeres, pero los factores genéticos contribuyen a esta enfermedad en ambos géneros. Una familia y una salud psicológica estables no son protectoras en las personas con un riesgo genético. (<http://web1.infotracgalegroup.com/itw/infomark2002>)

Es importante de destacar, sin embargo, que, hereditario o no, las personas con alcoholismo todavía son legalmente responsables de sus propias acciones. Las personas con antecedentes familiares de alcoholismo tienen mayor probabilidad de empezar a beber antes de la edad de 19 años y de volverse alcohólicas. Pero cualquier persona que empieza a beber en la adolescencia está en mayor riesgo. Genética y ambiente son los llamados factores de riesgo, sin que el riesgo determine el destino, es decir, el hijo de un padre alcohólico no desarrollará necesariamente la enfermedad. Los científicos han estudiado miles de personas provenientes de varios cientos de familias

que cuentan, en mayor o menor grado, con un historial de alcoholismo. La idea ha sido identificar la localización de los genes que influyen en la vulnerabilidad. El éxito de estas investigaciones estará en identificar a las personas que están en alto riesgo de alcoholismo, además de abrir espacios vitales para corregir efectivamente los problemas relacionados con el alcohol. (<http://web1.infotracgalegroup.com/itw/infomark2002>)

Otro punto de estudio es el que analiza el modo en que los factores genéticos y ambientales se combinan para provocar la enfermedad. Aunque las causas biológicas en lo que respecta a las alteraciones de riesgo son desconocidas, ciertas personas pueden correr un riesgo mayor o menor debido a la manera en que metabolizan el alcohol. Un estudio reciente encontró que éstos son menos sensibles a los efectos de intoxicación del alcohol. Esto confirma otros estudios en los que los hombres jóvenes con padres alcohólicos presentaron menos señales de embriaguez y tuvieron niveles inferiores de hormonas de estrés que aquellos que no tenían una historia familiar. En otras palabras, tenían una mejor resistencia al licor. Los expertos sugieren que estas personas pueden heredar una falta de esas señales de advertencia que por lo común hacen parar de tomar a las personas. Algunas personas beben para aliviar la ansiedad o la depresión, y teorías se han propuesto sobre el hecho de que una tendencia hereditaria para la depresión o la ansiedad puede hacer a personas más propensas al alcoholismo. (<http://web1.infotracgalegroup.com/itw/infomark2002>).

Muchas pruebas de examen selectivo están disponibles para diagnosticar el alcoholismo, generalmente en forma de cuestionarios estandarizados que el paciente puede tomar por cuenta propia o en forma de una entrevista conducida por el médico. Dado que las personas con alcoholismo a menudo niegan su problema o mienten acerca de ello, las pruebas son diseñadas para obtener respuestas relacionadas con los problemas asociados con el beber en lugar de las cantidades de licor consumidas o de los hábitos específicos del beber. La prueba más rápida toma sólo un minuto; se denomina la prueba de CAGE. Entre 80% y 90% de las personas tratadas para el alcoholismo sufren recaídas -incluso después de años de abstinencia. Los pacientes deben entender que las recaídas del alcoholismo son análogas a las erupciones recurrentes de las enfermedades físicas crónicas. Un estudio encontró que tres factores colocaban a una persona en alto riesgo para una recaída: la frustración y la ira, la presión social y la tentación interna. (<http://web1.infotraccgalegroup.com/itw/infomark2002>).

Las personas con antecedentes familiares de alcoholismo tienen una mayor probabilidad de empezar a tomar antes de los 20 años y de convertirse en alcohólicos. Sin embargo, cualquier persona que empieza a tomar en la adolescencia corre un riesgo mayor. El alcohol afecta el cuerpo viejo de manera diferente; las personas que mantienen los mismos patrones de consumo de alcohol a medida que envejecen pueden fácilmente desarrollar dependencia de alcohol sin darse cuenta. La depresión y la ansiedad pueden desempeñar una función importante en el desarrollo del alcoholismo entre los ancianos quienes a menudo están sujetos a cambios de vida no

deseados, como la jubilación, la pérdida de un cónyuge o amigo y problemas médicos. Se está encontrando en estudios que el alcoholismo está altamente relacionado con comportamiento impulsivo, excitable y comportamiento que busca nuevas experiencias, y que dichos patrones son establecidos temprano en la vida, si es que no son heredados. Las personas que sufren de trastorno de hiperactividad de déficit de atención, una enfermedad a menudo hereditaria cuyos rasgos son los mismos, corren un riesgo mayor de alcoholismo. . (Santo Domingo J. 1990)

Las personas severamente deprimidas o ansiosas presentan un riesgo mayor de desarrollar alcoholismo, tabaquismo y otras formas de adicción. El problema de alcoholismo en estos casos puede deberse a la automedicación de la ansiedad o la depresión. Debe tomarse nota de que estos trastornos de estado de ánimo son a menudo causados por el alcoholismo y pueden reducirse después de la supresión del alcohol. El alcohol bloquea el dolor emocional y a menudo se percibe como un amigo fiel cuando las relaciones humanas fracasan; también se asocia con la libertad y una pérdida de inhibición que compensa las rutinas diarias. Cuando la persona alcohólica trata de dejar de beber, el cerebro busca restaurar lo que percibe como su propio equilibrio. Las mejores armas del cerebro contra la abstinencia son la depresión y la ansiedad (los equivalentes emocionales al dolor físico) que continúan atrayendo a la persona alcohólica hacia el beber mucho más después de que los síntomas de abstinencia físicos se hayan detenido. Ni la inteligencia es un aliado en este proceso, porque el cerebro empleará todos sus poderes de racionalización para persuadir al paciente a que regrese a beber. Se ha pensado por mucho tiempo que el alcoholismo

es más prevalente en las personas con niveles educativos inferiores y en los desempleados. El beber excesivo puede ser más peligroso entre los grupos de ingresos más bajos; un estudio encontró que era un factor principal en la mayor tasa de mortalidad de las personas, en particular los hombres, en grupos socioeconómicos más bajos comparado con aquellos en grupos de nivel más alto. (<http://www.latinsalud.com/temas/alcoholismo.htm>.2001)

La vida en la ciudad o el campo no tiene una influencia en el riesgo de tomar hasta la embriaguez o el uso exagerado de alcohol. Las diferencias étnicas afectan a la sensibilidad. Aunque las razones biológicas por el riesgo alterado no se saben, las personas en ciertos grupos pueden estar en un riesgo menor debido a la manera en que metabolizan el alcohol. Algunos asiáticos tienen un gen inactivo para la química deshidrogenasa de alcohol. Este producto químico es usado por el cuerpo para metabolizar el alcohol etílico, y en su ausencia, las sustancias tóxicas se acumulan causando ruborizamiento, mareo y náusea. Las personas con este defecto genético, entonces, tienen probabilidad de experimentar reacciones adversas al alcohol. Los riesgos para el alcoholismo son mayores en las personas con niveles educativos inferiores y en las personas que fueron desempleadas. Los beneficios médicos de beber leve a moderadamente con frecuencia se divulgan, dando a los exbebedores la excusa espuria de regresar al alcohol para su salud. (Hnin, P., Claeson. M., Correia. M., 2002)

La bebida en un miembro de la familia se convierte en una causa de agobio, un stress que debilita la resistencia familiar en muchos aspectos y la hace insuficiente o incluso perturbadora, dañina; en alguna de sus funciones esenciales. La bebida puede ser así mismo la señal, algo que indican que existen problemas previos, disfunciones, desajustes en la familia que han producido una forma de beber inadecuada en alguno o varios de sus miembros. Por otra parte la bebida puede servir como un elemento que mantiene un determinado equilibrio familiar. Algunas personas logran un cierto pseudoajuste a unas condiciones difíciles en su vida familiar mediante el uso de la bebida y a su vez, así la persona modificada es mas fácil de aceptar por sus familiares cuando bebe. .(Santo Domingo. J., 1990)

El medio laboral no solo refleja y sufre pasivamente las consecuencias del consumo de alcohol, sino que de él surgen factores y circunstancias, que a veces condicionan e incluso son causa de uso inadecuada de aquel. Con sus evoluciones y cambios tecnológicos también el mundo del trabajo ha creado unas exigencias y normas de conducta que suponen agobios y stress que las personas pueden tratar de paliar con alcohol y con otras sustancias. Pero además las mismas condiciones exigentes hacen que el trabajador que bebe no este en condiciones de trabajar, ni eficientemente, ni con seguridad para él ni para otras personas, por lo cual es rechazado y marginado de este mundo. El desajuste laboral es una situación que se caracteriza por la existencia de graves conflictos interpersonales y tensiones en el ambiente laboral concreto y en relación con él la inestabilidad laboral se caracteriza por el cambio frecuente de trabajo, que dan lugar al despido y la propia marcha del trabajador. El ausentismo laboral es

una de las situaciones más típicas y conocidas del alcohólico en el trabajo. (Santo Domingo J., 1990)

Hoy día, cada vez es más frecuente ver que los chicos jóvenes consumen mucha cantidad de bebidas alcohólicas, particularmente cerveza, algunos tragos de moda y vino de envase descartable. La mayoría de los informes coinciden en que los jóvenes injieren bebidas alcohólicas cuando están fuera de sus casas, durante las salidas con grupos de amigos. De ellos, aproximadamente el 72% de los menores de 18 años toman en promedio más de 1.5 litros de alcohol los fines de semana y de cada 10 de estos jóvenes, 6 son varones y 4 son mujeres. El alcohol va afectando progresivamente la percepción, el pensamiento el juicio, la coordinación de los movimientos, los reflejos, hasta la pérdida de conciencia, dependiendo de la cantidad de alcohol ingerido, el tiempo en que se toma y otras condiciones orgánicas. Los adolescentes se encuentran todavía en una etapa de desarrollo (podríamos decir que están en construcción) y sus cuerpos no tienen la suficiente tolerancia a los efectos tóxicos del alcohol como la que exhibe el organismo de un adulto. Estudios recientes demuestran que los efectos del alcohol son mucho más fuertes en ellos, no sólo por las condiciones físicas todavía precarias para metabolizarlo, sino también por razones psicológicas: las altas expectativas que los jóvenes suelen depositar en el alcohol para relajarse, desinhibirse, divertirse más, etc; hacen que los efectos tóxicos progresivos aparezcan más rápidamente y con mayor intensidad. . (Santo Domingo. J., 1990)

Por otra parte el constante proceso de cambio y transformación de su personalidad y de sus características fisiológicas facilita que se instale con mayor rapidez la dependencia psicológica y física al alcohol, generándose el proceso de adicción a la sustancia. Pero el mayor riesgo que tiene un adolescente cuando toma alcohol, es que potencia aún más la tendencia propia de los jóvenes a exponerse a situaciones peligrosas. Si sumamos a lo anterior otros efectos que aparecen progresivamente (euforia, desorientación, falta de coordinación de los movimientos y falta de reflejos, la visión doble) podremos comprender por qué el alcohol es la principal causa de accidentes. La causa más importante del consumo de alcohol se debe a las influencias ambientales, pues los jóvenes buscan permanentemente modelos e imágenes con quienes identificarse. Tanto los hábitos de la familia como la presión de los padres suelen ser preponderante en la decisión de tomar o no, y en el caso de comenzar a beber, de hacerlo con moderación o buscar la borrachera. A su vez tengamos en cuenta que tanto el adolescente como su familia, como su grupo de amigos están, insertos en una cultura que a través de los medios de comunicación reciben mensajes vinculados a despertar el interés por el consumo de alcohol.(www.buenasalud.combibliomed holdingsllc.2000).

En estudios realizados encontramos información acerca de morbilidad o aparición de enfermedades a edades cada vez más tempranas a causa del stress laboral, el cual es padecido por profesionales de la salud y educadores los cuales en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo como una sobre exigencia y

tensión afectando negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional. A este padecimiento la autora lo denomina BURN (quemarse en el trabajo), los factores estresantes laborales se pueden clasificar así: la naturaleza de la tarea, la variable organizacional e institucional, la variable interpersonal (colegios familia, amigos, redes de apoyo social) , la variable individual (caracteres del profesional, como edad, sexo experiencia, rasgos de personalidad). La sintomatología presentada al comienzo es: aparece la ansiedad, fatiga, irritabilidad, signos por lo general advertidos no por el mismo profesional sino por los colegas, familia, amigos, esta sintomatología se asocia de una forma muy marcada a la somatización que van desde trastornos funcionales según el grado de avance del problema: tendencia al suicidio, alcoholismo, adicciones, insomnio, hipertensión arterial, cefaleas, trastornos articulares y musculares entre los más relevantes. (<http://www.latinsalud.com/temas/alcoholismo> 2001)

En un estudio realizado por el programa Rumbos de la Alcaldía en Bogotá, D.C., sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años en el año 2001. Las variables analizadas fueron: Género, Edad, Nivel educativo, Sustancias consumidas, frecuencia de consumo y edad de inicio. La población total encuestada estuvo conformada por 200.876 personas de las cuales el 52% eran mujeres y el 48% Hombres. El 53% de la población se ubicó en rango de edad entre los 15 y los 24; cuya mayoría eran estudiantes (86%); el 16% eran universitarios y el restante de secundaria. El 65.5% tuvo una edad de inicio entre los 10 y los 14 años. En la población universitaria se encontró que las mujeres consumían más alcohol que los hombres con un porcentaje de 6.6 y 3.3 respectivamente. (Rodríguez E., 1.996)

Como una forma de aproximarse a la medición del alcoholismo en la población colombiana, se construyó el índice CAGE, a partir de cuatro preguntas que hace referencia a la crítica social, la culpa individual, la ingesta matutina y la necesidad sentida el sujeto de dejar de consumir alcohol. Tres o cuatro respuestas positivas indican alcoholismo, dos alto riesgo y una o ninguna, la ausencia del mismo. Esta prueba fue validada por la Universidad de Antioquia. El índice muestra que en la población universitaria el 12.4% presenta alto riesgo de alcoholismo y el 7.2% es alcohólico. Este problema es casi 4 veces mayor en hombres que en mujeres y se presenta con mayor intensidad en el grupo de 25 a 44 años, en el grupo de trabajadores y en las regiones oriental y Bogotá. Al cruzar el nivel de alcoholismo medido con el índice CAGE, con los problemas presentados con el consumo de alcohol, se puede observar de manera consistente que los problemas en el trabajo los estudios, con la pareja, la familia, así como los de salud, legales, económicos y de tránsito se presentan con mayor frecuencia cuando es alcohólico. (Rodríguez E., 1.996)

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1. GENERAL:**

Identificar la predisposición al alcoholismo de estudiantes de una facultad de odontología en el año 2002.

### **1.4.2. ESPECIFICOS:**

- Establecer los datos socio-demográficos de la población encuestada.
- Identificar los factores predisponentes al alcoholismo de la población encuestada.
- Determinar la tendencia al alcoholismo de la población encuestada.

## 2. METODO

### 2.1. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo.

### 2.2. UNIVERSO :

Conformado por la población estudiantil de pregrado del Colegio Universitario Colombiano matriculados en el segundo semestre del año 2002.

SEMESTRE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
I	20	98	118
II	38	89	127
III	15	72	87
IV	9	41	50
V	11	95	106
VI	16	79	95
VII	24	84	108
VIII	39	140	179
IX	27	68	95
X	24	119	143
TOTAL	223	885	1108

### 2.3. MUESTRA :

Marco muestral: Contiene la lista de estudiantes matriculados en el segundo semestre del 2002.

Unidad de muestreo: Estudiantes.

Diseño de la muestra: Muestreo estratificado por asignación proporcional / Género.

Tamaño de muestra: Tomado con prevalencia esperada del 50% (Desconocimiento de la prevalencia con su alcance en la población estudiantil)

Con una confiabilidad del 95% y con un error admisible del 5%.

El tamaño de la muestra fue de 218 y ajusta una tasa de no respuesta de 5% quedando de 242 estudiantes.

Donde  $n_1 = 49$  hombres.

$n_2 = 196$  mujeres.

#### TABLA

Descripción de la muestra por semestre y género.

SEMESTRE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
I	6	24	30
II	9	23	32
III	4	18	22
IV	2	10	12
V	3	23	26
VI	4	20	24

VII	6	21	27
VIII	10	35	45
IX	7	18	25
X	6	29	35
TOTAL	57	221	278

## 2.4 DEFINICION DE VARIABLES

### 2.4.1 Datos socio-demográficos:

- Genero: Femenino.

Masculino.

- Edad:

(Años cumplidos)

- Nivel educativo: Pregrado: I a X Semestre.

- Procedencia.

- Estado civil:

-Unión Libre      -Casado      -Soltero      -Separado      -Viudo

### 2.4.2 Factores predisponentes:

- Hereditarios:

Presencia de familiar que consume alcohol:

Padre                  Madre                  Hermanos                  Abuelos Paternos  
 Abuelos Maternos                  Ninguno

- Adquiridos:

Edad de inicio de consumo de alcohol:

Edad (años)          Nunca ha bebido

Predilección de Consumo:

Por presión social (amigos, reuniones, etc) Por Gusto.

Basado en la encuesta CAGE realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes (Ministerio de Justicia)

#### **2.4.3 Tendencia al alcoholismo:**

Operacionalizada a través de la Encuesta estructurada de 12 preguntas diseñada por Alcohólicos Anónimos y evaluada así:

- ◆ 4 o más respuestas positivas (sí). Presenta tendencia alcohólica definida

### **2.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta estructurada directa que consta de tres partes con un número de 20 preguntas (Anexo 1)

## 2.6 PROCEDIMIENTO.

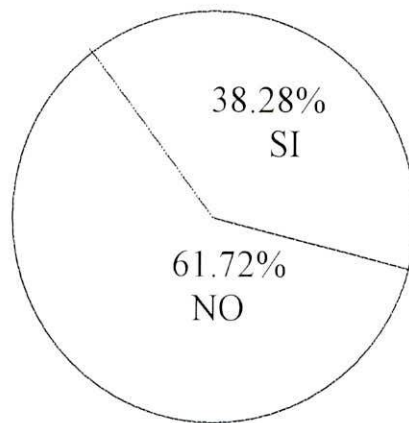
Se realizó en tres fases:

**FASE 1:** Prueba del Instrumento: Se realizó 20 encuestas al azar a la población para ajustar el instrumento, se encontró ambigüedades en la aclaración de la procedencia y nivel de educación, por tal motivo se rediseñó teniendo en cuenta las sugerencias de los encuestados para una mayor claridad.

**FASE 2:** Prueba piloto: Se recolectó las listas de estudiantes de una facultad de odontología en Bogotá, en el primer semestre del 2002, las cuales fueron tabuladas por género y semestre.

SEMESTRE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
I	38	119	157
II	19	79	98
III	31	104	135
IV	14	90	104
V	24	98	122
VI	18	68	86
VII	43	173	216
VIII	33	72	105
IX	12	86	98
X	24	129	153
TOTAL	256	1018	1274

De cada semestre se tomaron 20 personas al azar buscando una proporción entre hombres y mujeres y los resultados encontrados fueron los siguientes:



#### PREDISPOCISIÓN AL ALCOHOLISMO DE ESTUDIANTES VINCULADOS AL C.O.C.

(PRIMER SEMESTRE 2002)

Población encuestada: 222 personas.

Predisponentes a ser alcohólicas: 85 personas.

**FASE 3: INVESTIGATIVA:** se recolectó la listas de estudiantes de pregrado de una facultad de odontología en Bogotá, en el segundo semestre del 2002, los cuales fueron tabulados por género y semestre.

Para facilitar la recolección de datos se asignaron de a dos semestres a cada uno de los investigadores quienes aplicaron la encuesta en días de parciales, los alumnos no encontrados fueron buscado en días de clases teóricas y en sedes de clínicas. En este proceso el tiempo utilizado fue de 13 días, una vez recogidas las encuestas se estructuró la base de datos con codificación de variables.

## **2.7 TABULACION Y ANALISIS.**

La sistematización de la información se hizo en: Excel versión 2000 la depuración y procesamiento de la información en el paquete estadístico SPSS versión 10.0.

Los métodos estadísticos utilizados fueron : Mediante porcentajes se midió la prevalencia de alcoholismo con un intervalo de confianza de 95% y error estándar relativo. Se midieron las prevalencias estimadas por género, grupo de edad y semestre, se determinó si existía diferencias significativas mediante la prueba de ji-cuadrada para diferencia de proporciones a un nivel de significancia del 5%.

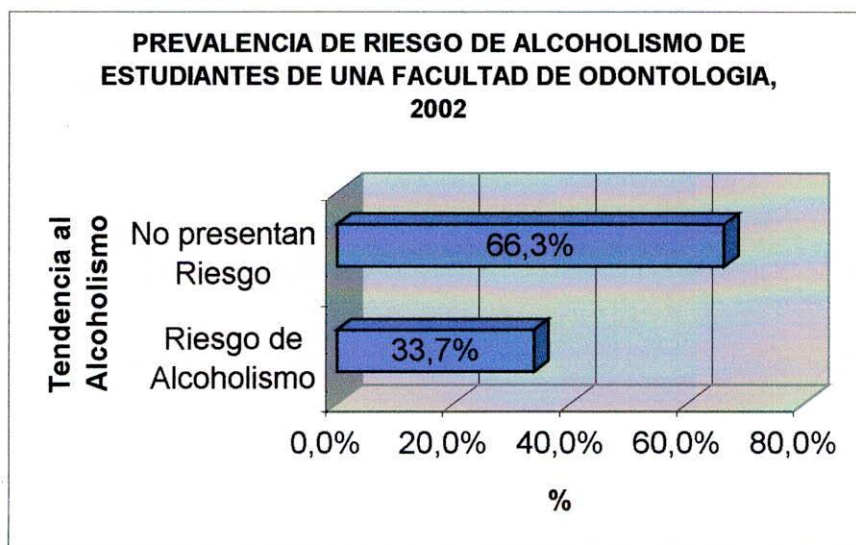
### 3. RESULTADOS

En primer lugar se organizó la encuesta en tres partes para dar respuesta a las variables analizadas. (Anexo 2)

#### 3.1. DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA

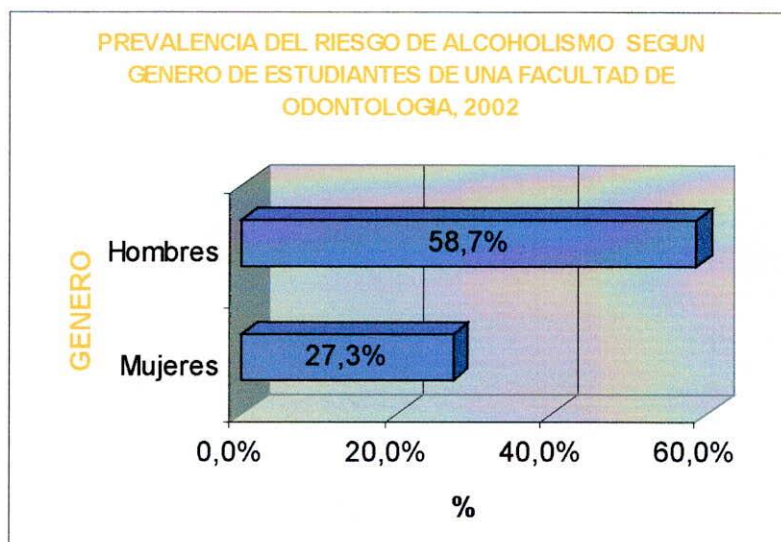
El grupo de estudio lo conformaron 259 estudiantes de una población de 1108 estudiantes, donde el 79.9% fueron mujeres y el 20.1% fueron hombres. El promedio de edad fue de  $21.4 \pm 3.0$  años, la mínima edad fue de 16 y la máxima de 35 años, mostrando mediana variación entre las edades ( $CV=14.0\%$ ), agrupando las edades en, menores de 20 años fue 25.1%, de 20 a 24 años 64.5% y de 25 años o más 10.4%. El estado civil mas frecuentemente encontrado fue soltero con un 89.7%, seguido de casado 6.6%. El lugar de procedencia mas frecuentes fueron en la ciudad de Bogotá siendo este de 46.7%, seguido de Ibagué con un 5.8%.

### 3.2. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ALCOHOLISMO



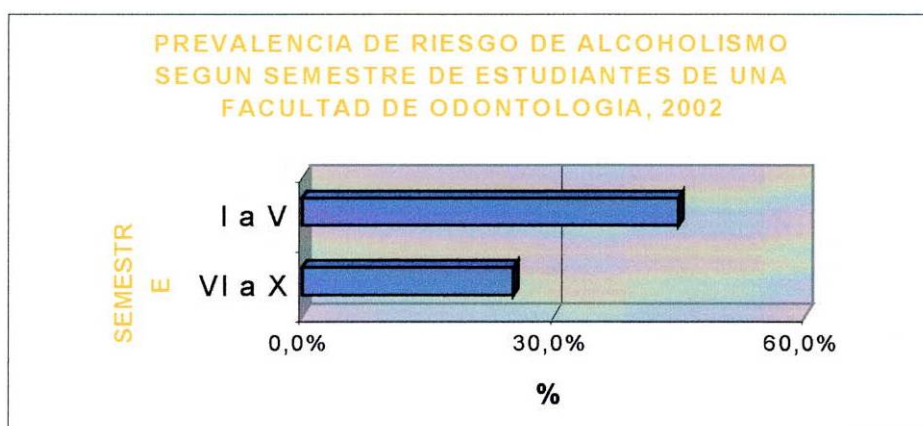
**Figura 1.**

La prevalencia de alcoholismo mediante el test de A.A. fue del 33.7% (IC 95%, 27.9%, 39.1%; error estándar relativo de 8.71%), se estimó que se encuentran en riesgo de alcoholismo 373 estudiantes de esta población.



**Figura 2.**

La prevalencia de alcoholismo de acuerdo al género fue del 58.7% en hombres (IC 95%: 52,7%, 64,7%) mayor significativamente que en las mujeres con un porcentaje del 27.3% (IC 95%: 21.8%, 32.8%). (P=0.001 ji-cuadrado para diferencia de proporciones).



**Figura 3.**

La prevalencia de alcoholismo de acuerdo al nivel de educación de I a V semestre fue del 44.8% (IC 95%: 38.7%, 50.9%) mayor significativamente que de VI a X semestre donde el porcentaje de riesgo presentado es de 25.2% (IC 95%:19.9%, 30.1%).

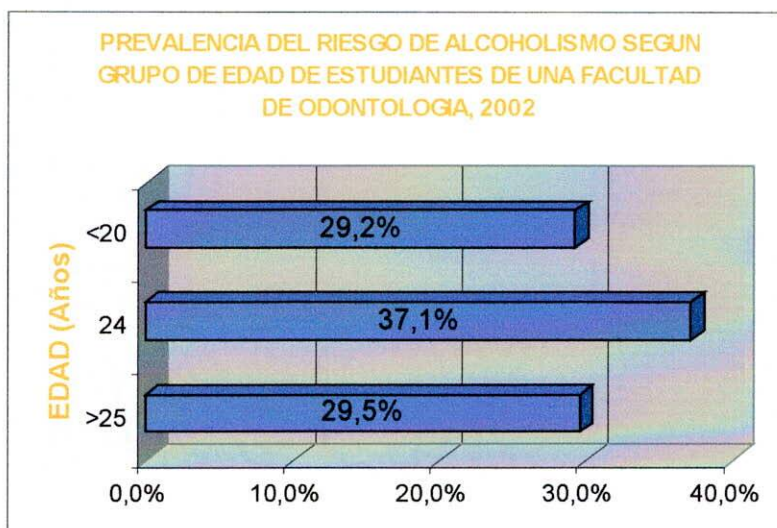
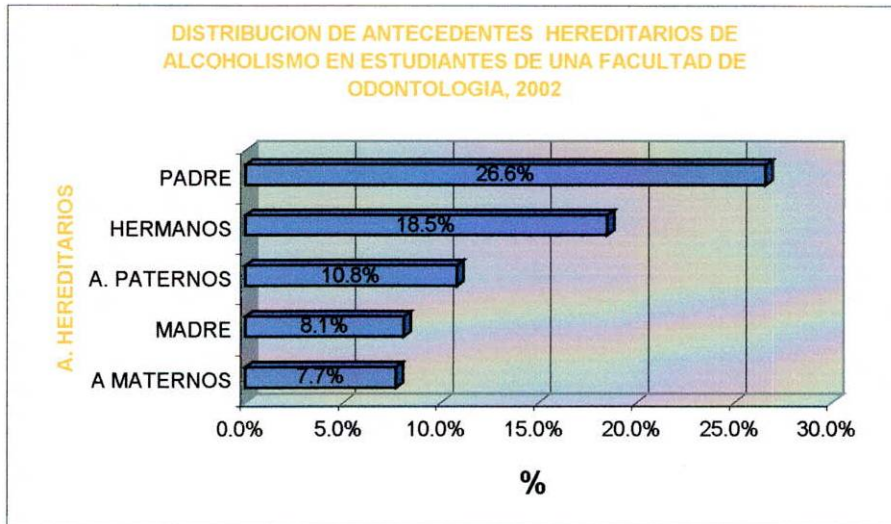


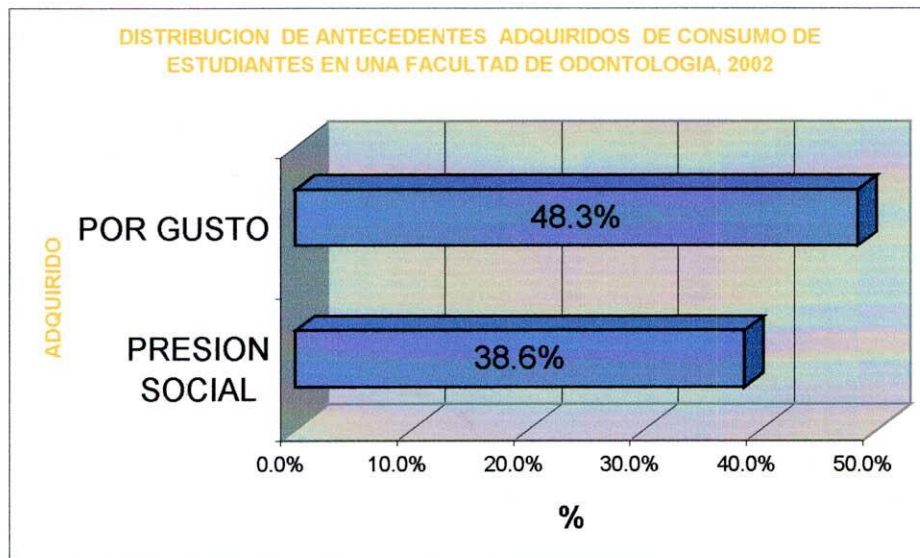
Figura 4.

El riesgo de alcoholismo según el grupo de edad fue: Menores de 20 años 29.2% (IC 95%: 18%, 41% ); de 20 a 24 años 37.1% (IC 95%: 30%, 45%) y para los de 25 o más 29.5% (IC 95% : 8.8%,41.6%), no se encontraron diferencias significativas por grupos etareos.



**FIGURA 5**

Con relación a los antecedentes hereditarios, en los familiares se reportó en orden de frecuencia, el padre en un 26.6%, hermanos en un 18.5%, abuelos paternos en un 10.8%, madre en un 8.1% y abuelos maternos en un 7.7%.



**FIGURA 6**

Con relación a la razón de consumo el 48.3% lo hace por gusto , mientras que el 38.6% consume por presión social.

Tabla 2 Medidas descriptivas de la edad de consumo

Edad de inicio de consumo

<b>Media</b>		15,03
<b>Mediana</b>		15,00
<b>Moda</b>		15
<b>Desviación estándar</b>		2,24
<b>Mínimo</b>		5
<b>Máximo</b>		22
<b>Percentiles</b>	<b>25</b>	14,00
<b>Percentiles</b>	<b>50</b>	15,00
<b>Percentiles</b>	<b>75</b>	16,00

Los antecedentes adquiridos se evaluaron en cuanto el consumo y motivos de consumo, en donde la prevalencia de consumo fue del 93.5%, el promedio de la edad de inicio fue de  $15.0 \pm 2.2$  años, la mínima edad fue de 5 años y la máxima de 22 años (tabla 2).

#### 4. DISCUSIÓN.

Se hacen esfuerzos a nivel nacional a través de estudios como el Programa Rumbos de la Alcaldía D.C. y la Dirección Nacional de Estupefacientes y el Ministerio de Justicia para medir el riesgo de alcoholismo en Colombia.

En este estudio se evaluó el riesgo de alcoholismo en estudiantes de una facultad de odontología con base al índice CAGE y al test de Alcohólicos Anónimos; La prevalencia estimada fue del 33.7% para riesgo de alcoholismo representativa de la población de estudiantes de una facultad de Odontología, al comparar con el índice de CAGE del estudio nacional en población universitaria fue significativamente menor con un 19.6% (alto riesgo del 12.4% y alcohólico del 7.2%).

Se encontró por otra parte que el riesgo de alcoholismo es mayor dentro del género masculino, lo cual es compatible con los estudios nacionales.

Respecto a los grupos de edad, se evidenció un mayor aunque no significativamente riesgo para las personas entre 20 y 25 años (37.1%) el cual fue seguido por (29.5%) y (29.2%) para las personas mayores de 25 y menores de 20 años respectivamente, demostrando el alto riesgo de ser alcohólico a partir de los 20 años de edad. Respecto a la edad de inicio en el estudio se evidenció que fue a los 15 años, compatible con índice CAGE que es de 15.9 años de edad.

## 5. CONCLUSIONES.

- La prevalencia de alcoholismo mediante el test de A.A. fue de 33.7.
- La prevalencia de alcoholismo fue mayor en hombres.
- La prevalencia de alcoholismo fue mayor en el grupo de edad de 20 a 24 años.
- La prevalencia de alcoholismo fue mayor en los alumnos de I a V Semestre.
- Como antecedente familiar el mayor consumidor fue el padre.
- La principal razón de consumo de alcohol fue por gusto.
- La edad de inicio del consumo de alcohol se presentó a los 15 años.
- El 93.5% de la población encuestada afirma haber consumido alcohol alguna vez en su vida.

## **6. RECOMENDACIONES.**

Teniendo en cuenta la estrecha relación del alcoholismo con accidentes de tránsito, embarazos no planeados, violencia intrafamiliar, consumo de drogas y enfermedades de transmisión sexual; se recomienda al Bienestar Universitario de la facultad de Odontología encaminar campañas educativas para la prevención de consecuencias sociales indeseables que implican riesgos para el bienestar físico, mental y social del individuo y en ciertos casos de su familia.

El alcohol le quita al adolescente las oportunidades de desarrollar habilidades, por lo tanto es aconsejable incentivar a la población universitaria con actividades lúdicas como culturales y deportivas.

Los investigadores recomiendan que se haga una investigación para evaluar la tendencia al alcoholismo de estudiantes de postgrado y docentes de la facultad de odontología.

## BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, Cesar País de Alcohol. El problema del alcoholismo en Colombia. Castillo.1996

ALATEEN, Esperanza para hijos de Alcohólicos. Impreso en Colombia por Horizonte Impresores. 1.973

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ, Programa rumbos, consumo de sustancias psicoactivas. 2001

FREIXA, F.-P.A, Soler. Insa y Col. Toxicomanías un Enfoque Multidisciplinario. Fontanella S.A. Barcelona. 1981

GOLDFRANK, Emergencias Toxicológicas. 1.994

GOODMAN Y ILMAN. Las Bases Farmacológicas d la Terapéutica, 7 ed. Panamericana. 1994

GUEVARA, Ladrón de J., Moya P V. Toxicología médica. McGRAW-Hill Interamericana de España. Madrid. 1995

Hnin Hnin Pyne, Cleason Mariam, Correía María. Dimensiones de Género del Consumo de Alcohol y Problemas Afines en América Latina y el Caribe Washihgton. 2002

<http://www.latinsalud.com/temas/alcoholismo.htm>.2001

<http://web1.infrotracgalegroup.com/itw/infomark2002>

<http://profesional.mediciatv.com/reportajes/alcoholismo1999>

JELLINEK. *Nueva Versión de la Tabla del Dr. Jellinek*. Material de alcohólicos Anónimos 1999.

OLMOS M E, Marulanda N. Toxicología de los Alcoholes, Documento Presentado como Seminario, Maestría en Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2000.

REPETTO M. Toxicología Avanzada. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. 1995

RODRÍGUEZ OSPINA EDGAR. Consumo de sustancias psicoactivas Colombia, 1996

ROMERO, JUAN RAMON. Científicos de Estados Unidos localizan el gen que predispone al alcoholismo, Washington, 2001

SÁNCHEZ P M D, Mora I R. Actualización del Dictamen médico Forense por Embriaguez. revista universidad Externado de Colombia. Bogotá, 1996.

SANTODOMINGO-JOAQUIN No te Rindas ante el Alcohol, edición Rialp S.A. Madrid 1990

SCOPPETTA, Orlando, Julio C. Velásquez. Consumo de Sustancias Psicoactivas. Coordinación Editorial. Oficina de Comunicaciones en Salud, Junio 1999

THE MERCK INDEX. Merck & Co. Inc. 9ª. Edit. 1989. U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos. CDC. NIOSH Química, 1994.

[www.buenasalud.com/bibliomedholdingsllc.cuando](http://www.buenasalud.com/bibliomedholdingsllc.cuando) el alcohol entra en la vida de los adolescentes, 2000-2002

## ANEXO 1.

### COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO ENCUESTA PARA VALORAR LA TENDENCIA AL ALCOHOLISMO

#### 1. DATOS SOCI-DEMOGRAFICOS

<b>1.1. Género:</b>  M _____ F _____	<b>1.2. EDAD:</b>  15-20 _____ 21-25 _____ 26-30 _____ 31-35 _____ 36-40 _____ 41-45 _____ 46-50 _____ +51 _____	<b>1.3. PROCEDENCIA</b>  Bogotá D.C. _____ Municipio _____ Otro _____
<b>1.4 ESTADO CIVIL</b> Soltero ____ Casado ____ U. Libre ____ Separado ____ Viudo ____		<b>1.5 NIVEL DE EDUCACIÓN</b>  Prepagado ____ Potsgrado ____ Docentes ____

#### 2. FACTORES PREDISPONENTES

##### 2.1 HEREDITARIOS

###### 2.1.1 Presencia de Familiar que consuma alcohol

Padre \_\_\_\_  
Madre \_\_\_\_  
Hermanos \_\_\_\_  
Abuelos paternos \_\_\_\_  
Abuelos maternos \_\_\_\_  
Ninguno \_\_\_\_

## 2.2 ADQUIRIDOS

### 2.2.1 Edad de inicio de consumo de alcohol

Edad (años) \_\_\_\_

Nunca ha bebido \_\_\_\_

### 2.2.2 Predilección de consumo

Por presión social (amigos, reuniones, etc) \_\_\_\_

Por gusto \_\_\_\_

## 3. TENDENCIA AL ALCOHOLISMO

3.1. ¿Ha ocasionado su modalidad de beber, problemas en su hogar?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.2. ¿Ha faltado a su trabajo durante el último año a causa de la bebida?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.3. ¿Le molestan los consejos de otras personas que han tratado de convencerle que deje de beber?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.4. ¿Ha empeorado progresivamente su problema con la bebida durante el último año?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.5. ¿En reuniones sociales donde la bebida es controlada, trata usted de conseguir tragos extras?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.6. ¿A pesar de ser evidente que no puede controlarse, ha continuado usted afirmando que puede dejar de beber por si solo cuando quiera hacerlo?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.7. ¿Ha tenido alguna vez lagunas mentales a causa de la bebida?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.8. ¿Ha tratado alguna vez de no beber por una semana (o más) sin haber logrado cumplir el plazo?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.9 ¿Ha tratado alguna vez de controlarse, cambiando de una clase de bebida a otra??

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.10. ¿Ha bebido alguna vez por la mañana durante el último año?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.11. ¿Envidia usted a las personas que pueden beber sin que estos les ocasionen dificultades?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

3.12. ¿Ha pensado alguna vez en que podría tener más éxito en la vida, sino bebiera?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

Encuestador \_\_\_\_\_ Fecha: DD\\_\_ MM\\_\_ AA\\_\_

ANEXO 2.

ENCUESTA  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

ENCUESTA N° \_\_\_\_\_

1. Género:  a. Masculino ____ b. Femenino ____	2. ¿Cuál es su edad? (Años Cumplidos)  _____	3. ¿Cuál es su procedencia?  _____
4. ¿Cuál es su estado civil? a. U. Libre ____ b. Casado ____ c. Soltero ____ d. Separado ____ e. Viudo ____		5. ¿Cuál es su nivel de educación?  a. Prepagado ____ b. Potsgrado ____ c. Semestre ____

6. ¿Tiene usted algún familiar que consuma alcohol regularmente?

- a. Padre \_\_\_\_
- b. Madre \_\_\_\_
- c. Hermanos \_\_\_\_
- d. Abuelos paternos \_\_\_\_
- e. Abuelos maternos \_\_\_\_
- f. Ninguno \_\_\_\_

7. ¿A qué edad consumió por primera vez alcohol?

- a. Edad (años) \_\_\_\_
- b. Nunca ha bebido \_\_\_\_

8. ¿Por qué razón consume usted alcohol?

a. Por presión social (amigos, reuniones, etc) \_\_\_\_

b. Por gusto \_\_\_\_

9. ¿Ha ocasionado su modalidad de beber, problemas en su hogar?

a. Si \_\_\_\_

b. No \_\_\_\_

10. ¿Ha faltado a su trabajo durante el último año a causa de la bebida?

a. Si \_\_\_\_

b. No \_\_\_\_

11. ¿Le molestan los consejos de otras personas que han tratado de convencerle que deje de beber?

a. Si \_\_\_\_

b. No \_\_\_\_

12. ¿Ha empeorado progresivamente su problema con la bebida durante el último año?

a. Si \_\_\_\_

b. No \_\_\_\_

13. ¿En reuniones sociales donde la bebida es controlada, trata usted de conseguir tragos extras?

a. Si \_\_\_\_

b. No \_\_\_\_

14. ¿A pesar de ser evidente que no puede controlarse, ha continuado usted afirmando que puede dejar de beber por si solo cuando quiera hacerlo?

a. Si \_\_\_\_

b. No \_\_\_\_

15. ¿Ha tenido alguna vez lagunas mentales a causa de la bebida?

a. Si \_\_\_\_

b. No \_\_\_\_

16. ¿Ha tratado alguna vez de no beber por una semana (o más) sin haber logrado cumplir el plazo?

- a.Si \_\_\_\_
- b.No \_\_\_\_

17. ¿Ha tratado alguna vez de controlarse, cambiando de una clase de bebida a otra??

- a.Si \_\_\_\_
- b.No \_\_\_\_

18. ¿Ha bebido alguna vez por la mañana durante el último año?

- a.Si \_\_\_\_
- b.No \_\_\_\_

19. ¿Envidia usted a las personas que pueden beber sin que estos les ocasionen dificultades?

- a.Si \_\_\_\_
- b.No \_\_\_\_

20. ¿Ha pensado alguna vez en que podría tener más éxito en la vida, sino bebiera?

- a.Si \_\_\_\_
- b.No \_\_\_\_

Encuestador \_\_\_\_\_ Fecha: DD\\_\_ MM\\_\_ AA\\_\_

Positivo \_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_