UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

MAESTRIA EN SALUD MENTAL

"LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON ADICCIONES AL ALCOHOL. UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON SUS REDES DE APOYO**".**

Tesis previa a la obtención del grado de Magíster en Salud Mental.

AUTOR:

DR. JORGE RAMIRO ALDEÁN AYALA

DIRECTOR:

DR. MIGUEL GONZÁLEZ SARMIENTO MG. SC

LOJA – ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

Dr. Miguel González Sarmiento Mg. Sc

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación titulado: "LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON ADICCIONES AL ALCOHOL. UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON SUS REDES DE APOYO" de la autoría del Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala, ha sido dirigida, corregida y revisada en todas sus partes, contempla las orientaciones metodológicas y cumple con lo establecido en la normativa vigente de la Universidad Nacional de Loja, para los procesos de graduación en el nivel de postgrado por lo que se autoriza su presentación para la calificación y sustentación pública, y autorizo su publicación.

Loja, Febrero del 2014

Dr. Miguel Gonzáles Sarmiento Mg,Sc.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Jorge Ramiro Aldeán Ayala, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la Publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual

Firma:

Autor: Jorge Ramiro Aldeán Ayala

Cédula: 1102184684

Fecha: 13 de febrero del 2014

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

Yo, Jorge Ramiro Aldeán Ayala, declaro ser autor de la tesis titulada: **"La Recuperación de la salud mental de Adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol. Una estrategia de Educación para la Salud con sus redes de apoyo ".**como requisito para optar al grado de Magister en la Salud Mental, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repertorio Digital Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 13 días del mes de febrero del dos mil catorce.

Firma:

Autor: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

Cédula: 1102184684

Dirección: España 18-53 entre Chile y Bolivia

Correo Electrónico: ramialdean@hotmail.com

Teléfono 2588813 Celular 0984234162

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dr. Miguel González Sarmiento Mg. Sc.

AGRADECIMIENTO

A las Autoridades de la Universidad Nacional de Loja, de manera especial a las Autoridades del Nivel de Postgrado de la Maestría en Salud Mental del Área de la Salud Humana, a los Docentes del claustro Cubano quienes con solvencia académica, profesional y calidad humana contribuyeron para que se lleve a feliz término mi formación profesional en este nivel.

Al Dr. Miguel González Sarmiento Mg Sc; Director de Tesis, por su aporte, sugerencias y experiencias en la Dirección de la presente tesis.

A las Autoridades del Centros de Recuperación investigados, por su sensibilidad y aporte para la ejecución del presente trabajo investigativo, y a todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron para la culminación del presente trabajo.

El autor

DEDICATORIA

A Dios que me mostro el camino a seguir y los medios para culminar uno más de los objetivos de mi vida.

A mi padre Julio Alberto y a mi madre Luz Angélica, que con su ejemplo me supieron guiar en la vida.

A Rosa Elvira y a mis hermanos, que fueron un referente en mi vida y me permitieron la posibilidad de aprender de ellos y aprender con ellos.

A mi esposa Cecilia del Carmen, por ser mi compañera, y mi amiga en esta vida.

A mis hijos: Michellé Ivanova, Jorge Ramiro y Diego Marcelo verdadera Razón en mi vida.

A mi nieto Jorge Agustín, prolongación de mi vida.

Jorge Ramiro

ESQUEMA DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN
AUTORÍA
CARTA DE AUTORIZACIÓN
AGRADECIMIENTO
DEDICATORIA
ESQUEMA DE TESIS
a. Título
b. Resumen (Summary)
c. Introducción
d. Revisión de Literatura
e. Materiales y Métodos
f. Resultados
g. Discusión
h. Conclusiones
i. Recomendaciones
j.Propuesta
k. Bibliografía
l. Anexos
- Índice
- Proyecto

a. TÍTULO

LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON ADICCIONES AL ALCOHOL. UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON SUS REDES DE APOYO.

b. RESUMEN

La presente investigación titulada: **LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON ADICCIONES AL ALCOHOL. UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON SUS REDES DE APOYO.**

El objetivo general de la presente investigación fue: Investigar la Salud Mental que presentan los adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol que están internos en los Centros de Recuperación del cantón Loja.

La metodología siendo un estudio descriptivo se utilizaron: técnicas, instrumentos y procedimientos necesarios para describir la realidad de las variables e indicadores planteados.Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Hamilton de Ansiedad, aplicada a los adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol que están internos en los Centros de Recuperación para evaluar los tipos y niveles de ansiedad; y, la Escala de Hamilton para Depresión, aplicada a los adolescentes y jóvenes para valorar la intensidad de Depresión.

De los resultados del Test de Hamilton para la Ansiedad aplicado a los adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol se concluye que: El 36% presentan ansiedad tipo somática con intensidad ligera; el 25% ansiedad somática con intensidad media; el 19% ansiedad somática con intensidad elevada; el 14% ansiedad somática ausente y el 6% ansiedad somática con intensidad máxima. En relación a la Ansiedad Psíquica se concluye que: el 36% presentan ansiedad psíquica con intensidad ligera; el 21% ansiedad psíquica con intensidad media; el 19% ansiedad psíquica con intensidad elevada; el 15% ansiedad psíquica con intensidad máxima y el 10% ansiedad psíquica ausente.

Según se desprende de los datos obtenidos de la Escala de Hamilton para valorar la intensidad de Depresión: el 38% de los adolescentes y jóvenes observados obtienen una valoración entre 14 - 18 puntos Depresión Moderada; el 26% obtienen una valoración entre 8 -18 puntos Depresión Ligera Menor; el 14% mayor a 23 puntos Depresión muy Severa; el 12% entre 19 – 22 puntos Depresión Severa; el 10% entre 0 – 7 puntos No Deprimido.

Propongo una estrategia de educación para la salud con sus redes de apoyo; y para trabajar los niveles de Ansiedad y depresión a través de una serie actividades de capacitación, a fin de Recuperar la salud Mental, inicialmente en la familia y después con las redes de apoyo en los colectivos donde se encuentran los adolescentes y jóvenes con adicción al alcohol.

ABSTRACT

The present study titled: THE RECOVERY OF MENTAL HEALTH OF ADOLESCENTS WITH ALCOHOL ADDICTION .A STRATEGY FOR HEALTH EDUCATION WITH YOUR SUPPORT NETWORKS.

The overall objective of this research was: To investigate the Mental Health posing teens and youth with addictions to alcohol that are internal to the Recovery Center of Canton Loja.

The methodology being used a descriptive study : techniques, tools and procedures necessary to describe the reality of the variables and indicators raised . The instruments used were the Hamilton Anxiety Scale , applied to teenagers and young people with addictions to alcohol that are internal to Recovery Centers to assess the types and levels of anxiety , and the Hamilton Rating Scale for Depression, applied to adolescents and young people to assess the intensity of depression .

From the results of the Test of Hamilton Anxiety applied to adolescents and youth with addictions to alcohol is concluded that: 36% have anxiety somatic type with light intensity, 25% with medium intensity somatic anxiety, 19% somatic anxiety high intensity, 14% absent somatic anxiety and somatic anxiety 6% maximum intensity. Regarding Psychic Anxiety is concluded that: the 36 % present with light intensity psychic anxiety, 21% with medium intensity psychic anxiety, 19% with high intensity psychic anxiety, 15% maximum intensity psychic anxiety and 10% psychic anxiety absent.

As follows from the data obtained from the Hamilton Rating Scale for assessing the intensity of depression: 38% of adolescents and young people observed valuation obtained between 14 to 18 points Moderate Depression, 26% obtained an appraisal from 8 -18 points Low Mild Depression, 14% higher than 23 points depression very Severe, 12% between 19-22 points Severe Depression, 10% between 0-7 points not depressed.

I propose a strategy of health education with their support networks, and to work the levels of anxiety and depression through a series of training activities in order to recover the Mental Health, initially in the family and then with networks support collective where teens and young adults with alcohol addiction are.

c. INTRODUCCIÓN

La presente investigación realizada bajo el título: **LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON ADICCIONES AL ALCOHOL. UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON SUS REDES DE APOYO**, se desarrolló con toda autenticidad y responsabilidad.

Para ello se plantearon los siguientes objetivos específicos: Evaluar los tipos y niveles de ansiedad de los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol que acceden al proceso de recuperación; aplicar el instrumento de valoración de intensidad de depresión a los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol que acceden al proceso de recuperación; y, Diseñar una estrategia de educación para la salud mental dirigida a las redes de apoyo de los jóvenes con adicción al alcohol.

La información recogida fue obtenida de 100 adolescentes y jóvenes que están en un proceso de internamiento, en los Centros de Rehabilitación del cantón Loja, informantes de calidad que se constituyen 15 internos adolescentes, 85 jóvenes en proceso de recuperación, 14 responsables entre directivos, técnicos y los terapistas responsables del cuidado en los centros.

La explicación y fundamentación teórica se la hizo en base a categorías teóricas sobre la Recuperación de la Salud Mental concretamente sobre ansiedad y depresión, en adolescentes y jóvenes consumidores de alcohol, que permitieron el análisis del problema en relación a diferentes contenidos: Alcoholismo en jóvenes, Efectos del Alcoholismo en jóvenes, Consecuencias del uso y abuso del consumo de alcohol, Estrategias de prevención, Ansiedad y Depresión en los adolescentes y jóvenes que consumen alcohol , Causas de la Ansiedad y Depresión; Sintomatología de la ansiedad y depresión.

Posteriormente contiene una descripción de la metodología utilizada. Siendo un estudio descriptivo, se utilizó técnicas e instrumentos y procedimientos necesarios para describir la realidad de las variables e indicadores planteados.

Después se hace la presentación y discusión de resultados que muestran la verificación de las hipótesis donde se evidencia que el tipo de ansiedad predominante que presentan los adolescentes y jóvenes es de tipo psíquica, y su nivel de intensidad es elevada. En relación a la verificación de la segunda hipótesis; los adolescentes y jóvenes, si presentan un cuadro Depresivo, según las escalas de Hamilton, y la intensidad predominante es la moderada.

De los resultados del Test de Hamilton para la Ansiedad aplicado a los adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol se concluye que: El 36% presentan ansiedad tipo somática con intensidad ligera; el 25% ansiedad somática con intensidad media; el 19% ansiedad somática con intensidad elevada; el 14% ansiedad somática ausente y el 6% ansiedad somática con intensidad máxima. En relación a la Ansiedad Psíquica se concluye que: el 36% presentan ansiedad psíquica con intensidad ligera; el 21% ansiedad psíquica con intensidad media; el 19% ansiedad psíquica con intensidad elevada; el 15% ansiedad psíquica con intensidad máxima y el 10% ansiedad psíquica ausente.

En cuanto a la depresión está presente en los pacientes predominando una intensidad moderada en los adolescentes y jóvenes de los Centros de Recuperación en diferentes niveles que se detallan a continuación: el 38% de los adolescentes y jóvenes observados obtienen una valoración entre 14 - 18 puntos Depresión Moderada; el 26% obtienen una valoración entre 8 - 18 puntos Depresión Ligera Menor; el 14% mayor a 23 puntos Depresión muy Severa; el 12% entre 19 – 22 puntos Depresión Severa; el 10% entre 0 – 7 puntos No Deprimido.

Complementariamente se plantea como propuesta una estrategia de educación y recuperación de la salud mental con sus redes de apoyo que integra procesos de participación como, talleres de información y capacitación, actividades de involucramiento familiar cuyo propósito es

fortalecer la reinserción familiar, fortalecer vínculos saludables y en lo social favorecer espacios de reinserción y reconocimiento a fin de Recuperar la salud Mental a través de las redes de apoyo, con los pacientes recuperados y el desarrollo de una extensión de la red del apoyo continuo, que será de gran beneficio, por que incorpora a la familia en el tratamiento en forma paralela, esto consiste en una reunión periódica semanal, lo cual permite ir modelando la interacción entre el paciente y su familia en el proceso de rehabilitación, además de hacer los seguimientos formales a los procesos psicoterapéuticos, cuyo objetivo es: Reforzar y mantener en el paciente egresado con conciencia de rehabilitación, mediante un proceso ambulatorio y de actividades de reinserción familiar que hagan que la familia lo reconozca, lo acepte y lo incluya para que después de ello, en un proceso; la comunidad . Los colectivos lo acepten y lo reinserten a la sociedad como un ente y ser humano productivo que tiene deberes pero también derechos los mismos que están contemplados en la constitución de la república como fundamento del buen vivir entendido como una apuesta al cambio que se construye en pro y para Recuperar la salud Mental de estos adolescentes jóvenes con adicción al alcohol.

Estos esfuerzos deben ir más allá de la academia y apuntar a transformar: lenguajes imaginarios de las familias, de los colectivos así como estrategias como la que propongo pero que sean incluyentes, respetuosas de la diversidad legitimando a las personas con adicción que social, culturalmente marcamos, etiquetamos y excluimos.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES Y JOVENES.

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL

En el 2001, la OMS definió la Salud Mental como "un Estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente es capaz de hacer una contribución a su comunidad"[1]. La OMS (2009) sostienen que esta puede verse perturbada por diferentes factores del contexto como por experiencias individuales en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, como la familia, el colegio y el trabajo.

Los problemas de salud mental pueden aparecer en cualquier persona, pero son más frecuentes en la población con relativa desventaja social y económica.

La Salud y la salud mental constituyen un derecho relacionado directamente con la reclamación de los demás derechos. Frente a los servicios de salud, el filósofo y bioeticista de Harvard, Norman Daniels (2007), afirma:

[1] Organización Mundial de la Salud 2001, pág. 1

> Sostengo que el principal aporte de atención en salud en cualquiera de sus formas, sea público o privada, preventiva o curativa, en fase aguda o crónica, a nivel físico o de la salud mental, es mantener a las personas en condiciones de funcionamiento para que su actividad sea tan cercana a lo normal como sea posible, dentro de las imitaciones razonables de recursos. La enfermedad y la capacidad, vistas como desviaciones del funcionamiento normal, restringen el rango de oportunidades que se presentan a los individuos, impidiéndoles participar como podrían hacerlo en la vida económica, social y la política de sus sociedades. Al promover un normal funcionamiento los servicios de salud aportar una contribución importante aunque no limitada para asegurar la igualdad de oportunidades y esto proporciona una explicación de su importancia moral especial, pero no única[2]. (p. 63-78)

Los trastornos mentales son cinco de las diez principales causas de morbilidad en el mundo y, de acuerdo con el informe de la OMS (2004), la enfermedad mental representaba en 1990 el 11% de la carga total de la enfermedad expresada en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y se calcula que en el año 2020 corresponderá al 15%, siendo la depresión la segunda causa después de la enfermedad cardiaca isquémica. No obstante, la OMS(2009) sostiene que aproximadamente un 33.3% del total de los países no disponen de una política sobre salud mental y carece de programas de prevención de la enfermedad mental y promoción de la salud mental; adicionalmente, más de 90% de los países no tiene políticas de salud mental que incluyan a niños y adolescentes.

[2]American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Johns Hopkins Health Information (InteliHealth) Pág ., 63-78

La dificultad en el manejo de los trastornos y la enfermedad mental tiene una historia y unos antecedentes que la hacen en sí misma una molestia que la gente quiere ocultar o disimular por el estigma que puede generar hacia el individuo y la familia del que la padece.

En la actualidad no se puede abordar la parte física, y mental o psíquica como algo aislado o campos de análisis diferenciados; los problemas que afectan al ser humano son biopsicosociales y culturales, por lo tanto existe una relación de integralidad a ser abordada en los adolescentes y jóvenes que atraviesan procesos de recuperación mediante internamiento, en los cuales los niveles de ansiedad y depresión se mantienen o se reagudizan.

Por otro lado, se hace necesario precisar que la Salud mental contribuye a todos los aspectos de la vida humana. Tiene valores sustanciales e insustanciales, o intrínsecos para el individuo, la sociedad y la cultura. Ella tiene una relación recíproca con el bienestar y la productividad de una sociedad y sus miembros.

Durante los últimos cincuenta años han sucedido cambios significativos en la compresión y la explicación del origen de la enfermedad mental. Se ha reconocido, por ejemplo que estas enfermedades pueden estar relacionadas con inseguridad, rápido cambio social, violencia, problemas de salud física y desesperanza. A pesar de lo expuesto, la salud mental aún no hace parte clara de los derechos del ser humano, incluso los individuos con alteraciones

mentales pueden ver sus derechos humanos afectados, como es el caso de la participación social, la libertad de opinión, la posibilidad de conseguir empleo, además del acceso a la educación y la salud, aspectos necesarios para llevar una vida digna.

OBJETIVOS DE LA SALUD MENTAL

En un momento u otro se han definido como objetivos propios de la salud Mental: La adaptación de una persona a su situación social, la reeducación de la adolescentes y jóvenes violentos, la rehabilitación de la conducta antisocial, el tratamiento de las dificultades en el aprendizaje, el tratamiento de las personas con adicciones al alcohol y otras substancias psicoactivas, la mejora de los matrimonios apáticos, y la tolerancia de los dolorosos divorcios.

La tarea de cartografiar el territorio de la salud Mental sería más fácil si la mente fuera tan concreta como el cuerpo cuyos criterios están perfectamente establecidos.

La persona “sana” tiene la facultad de tolerar la ansiedad sin ser perjudicada, tiene la capacidad de sentir placer sin sentir culpa, y puede distinguirla entre sus fantasías y su realidad objetiva, independientemente de lo dolorosa que sea la realidad y de la intensidad de sus propias

necesidades. Conoce sus conflictos acepta sus cualidades y debilidades y suele utilizar sus energías de manera positiva para el logro de sus aspiraciones, la competencia y la protección de sus derechos.

SALUD MENTAL POSITIVA

Molerio, Osana (2004) sostiene que la salud mental positiva puede influir en el inicio curso y consecuencias tanto de las enfermedades físicas como de las mentales. Diversos estudios han indicado vínculos entre la ansiedad, la depresión, la ira con las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares[3].

Se conoce además que las creencias psicológicas como el optimismo, el control personal y un sentido de propósito son factores que protegen la salud mental así como la salud física. Igualmente, la salud física es un atributo positivo que influye sobre las enfermedades mentales, así como en su evolución. Estas interrelaciones están comprendidas en el concepto integral de salud.

[3] MORELIO, Osana, El estrés como factor de riesgo, Universidad central de Villa Clara, http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43_1_05/hig07105.pdf

EL MODELO DE JAHODA

El concepto de salud mental positiva tiene su más claro antecedente en el trabajo de María, Jahoda (1958), encargada de preparar un informe sobre el concepto de salud mental por la Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mental. Aunque el enfoque de Jahoda se centra en la salud mental del individuo, asume la necesidad de tener en cuenta aspectos de salud física y aspectos sociales, aunque su aproximación no haga desarrollos específicos en este sentido. En cualquier caso, plantea que tener una buena salud física es una condición necesaria aunque no suficiente para tener una buena salud mental[4].

Uno de los aspectos interesantes del modelo de Jahoda es que expuso una serie de criterios que podrían caracterizar un estado de salud mental positiva. Estos criterios serían aplicables tanto a pacientes con trastornos mentales como a personas sanas. En definitiva, la propuesta de Jahoda intenta dar respuesta a la pregunta crítica de cuáles son los componentes de la salud mental positiva. Según esta autora existirían seis criterios fundamentales y una serie de subdominios relacionados.

[4]ELLIS, A: RATIONAL PSYCHOTHERAPY. Journal if General Psychology, 59, 35-49, 1958

1.- Actitudes positivas hacia sí mismo; estas incluyen el conocimiento de los propios deseos y necesidades la aceptación por el propio individuo de su propio yo.

2.- Crecimiento, desarrollo y autorrealización, esto es .la medida en que el individuo utiliza sus capacidades su orientación hacia el futuro, y su inversión en el vivir.

3.- Integración, esto es el equilibrio de las fuerzas psíquicas, una visión unificadora dela vida y una resistencia a la tensión.

4. Autonomía: Es decir decidir con relativa facilidad y rapidez que mejor se acomoda a las propias necesidades.

5. Percepción de la realidad.- esto es cierta independencia de la necesidad de distorsionar los hechos reales para adaptarlos a nuestros propios deseos.

6. Dominio del medio ambiente la capacidad de amar. La satisfacción en el trabajo y en el juego la adaptación y el ajuste, satisfacer las necesidades de la situación y eficacia en la resolución de problemas.

LA SALUD MENTAL EN LA PSICOLOGÍA HUMANISTA

Influida por el psicoanálisis, aunque separada de él, la tradición más reciente de la psicología humanista ve también la personalidad sana en términos positivos ideales. El trabajo de los psicólogos que pertenecen a esta tradición- los más conocidos son: Carl Rogers y Abraham Maslow- ha dado lugar a muchas de las psicoterapias más recientes que buscan completar la visión humanista de la salud mental. Por ejemplo, la visión de Abraham

Maslow (1980) sobre la personalidad sana se compone de diez criterios (p.12):

1. Sentimientos suficientes de seguridad
2. Espontaneidad y emocionalidad adecuada
3. Contacto eficaz con la realidad
4. Deseos caporales adecuados y capacidad para satisfacerlos
5. Conocimiento adecuado de uno mismo
6. Integración y consistencia de la personalidad
7. Metas de vida adecuadas
8. Capacidad de aprender con la experiencia
9. Capacidad de satisfacer las necesidades del grupo
10. Independencia respecto al grupo y la cultura[5]

PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN JOVENES Y ADOLESCENTES CON ADICIONES AL ALCOHOL.

"La atención de adolescentes y jóvenes presenta grandes desafíos al personal de salud el que, sin abandonar el compromiso esencial de ayudar en la recuperación de los enfermos, debe incorporar los aspectos de promoción y prevención"[6](OMS, 1999)

[5]PERRIS C; SKAGERLIND, L: Cognitive therapy with patiens. Acta Psychiat. Sand, 89, pag.65-70, 1994.
[6]Organización Mundial de la Salud, 1999

La incorporación del concepto de integralidad en la prevención o de prevención continua o de cadena de prevención permite considerar acciones que contribuyan a la calidad de vida independientemente de la condición de salud basal. Mientras haya vida pueden realizarse acciones orientadas a promover la salud en cuanto a calidad de vida, actuando a través de una secuencia de intervenciones para prevención de adicciones al alcohol.

Promoción de la salud implica el fortalecimiento de los factores protectores para evitar o controlar los riesgos de uso y consumo al alcohol. La promoción de varios factores protectores en forma simultánea, complementaria y continuada producirá un cambio positivo del estado de salud, bienestar y desarrollo. Este nivel de prevención acepta que, interviniendo ciertos factores, es posible mejorar la salud en etapas posteriores de la vida ya que dichos factores no están necesariamente asociados a daños en la etapa de la vida en que la exposición ocurre. Esto es particularmente importante en relación a hábitos y estilos de vida (saludables o no saludables), como el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, otras), de alimentos (grasas saturadas), el sedentarismo, etc. en relación a trastornos psicosociales, enfermedades crónicas, y otros daños.

APLICACIÓN DE ENFOQUES INTEGRADORES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES Y JOVENES CON ADICCIONES AL ALCOHOL.

ENFOQUE PARTICIPATIVO

Reconoce que el adolescente no sólo es parte del "problema", sino también de la solución. Implica la participación de los adolescentes y jóvenes en el diagnóstico, el diseño, la implementación, ejecución y evaluación de los programas.

La participación de los jóvenes es crucial para la consideración de sus necesidades, expectativas e ideales en salud y bienestar. La incorporación de los adolescentes y jóvenes, en forma individual y como grupo permite, no sólo ampliar los recursos con que se cuente, sino, también, alcanzar a aquéllos más desprotegidos que no acuden espontáneamente ni con facilidad a la invitación de un adulto. El mensaje a un adolescente o joven llega mucho mejor si proviene de un par.

ENFOQUE ANTICIPATORIO

La posibilidad de predecir los eventos en el proceso secuencial del crecimiento y desarrollo, permite plantear acciones anticipadamente, con los adolescentes y jóvenes, con sus familias, con las escuelas y otros organismos comunitarios, previas a la aparición de tales eventos. La investigación psicosocial está aportando cada vez mayor información acerca de las conductas de riesgo y los momentos en que se inician, posibilitando la definición, no sólo de la mejor estrategia de intervención sino, también, de su oportunidad, idealmente previa a la aparición de dichas conductas.

ENFOQUE DE RIESGO Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.

En los adolescentes y jóvenes, el grado de vulnerabilidad es una función de lo pasado en su ciclo vital, de las debilidades o fortalezas inducidos por los cambios biopsicosociales de la etapa e influenciados por los elementos del ambiente físico y humano (incluyendo familia, la escuela, grupo de pares, características culturales y elementos de la estructura política, social y económica).

El enfoque de riesgo se basa en las siguientes premisas:

Los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo son numerosos, a menudo interrelacionados y su direccionalidad puede ser favorable (factores de protección) o negativa (factores de riesgo).

Las personas, familias y comunidades tienen diferentes probabilidades de desviarse de la salud y el bienestar, que se traducen en diferentes necesidades. La distribución de esfuerzos y recursos debe ser proporcional a las necesidades a fin de contribuir a la equidad.

La vulnerabilidad tiene una base probabilística; la probabilidad de daño disminuye cuando se controla el factor de riesgo por supresión o compensación (prevención primaria) o cuando se refuerzan los factores protectores o de resiliencia (promoción).

RED SOCIAL DE ADICTOS AL ALCOHOL BAJO TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL

El tratamiento de adictos al alcohol y drogas requiere una reflexión amplia sobre la influencia de la familia y otros grupos de la red social de estos individuos la convivencia de personas consumidoras de alcohol no es una realidad fácil para las familias, existiendo una fuerte contradicción puesto que es en el contexto comunitario donde sucede el consumo y es en la familia donde se enfrentan las consecuencias por ello es necesario en la familia, grupo par y demás grupos de las redes sociales. Estos antecedentes evidencian la necesidad de dirigir las acciones de salud mental para el desarrollo de vínculos saludables, creación o ampliación de la red social y estructuración del grupo de modo a proporcionar beneficios en pro de una efectiva rehabilitación psicosocial.

REDES SOCIALES DE USUARIOS DE ALCOHOL EN ELSERVICIO DE SALUD MENTAL

El tratamiento de usuarios de alcohol y drogas requiere reflexión ampliada sobre la influencia de la familia y otros grupos de la red social de individuos, desde las redes de apoyo para realizar un programa que ayude a todos los grupos familiares y socio comunitarios a manejar esta problemática desde

las redes sociales por ello es necesario elaborar programas de educación para la salud mental dirigido de forma individual y a las redes de apoyo de los jóvenes con adicciones al alcohol, internos en los centros de recuperación.

Los colectivos y red de Apoyo ayudan a reconocer problemas, los buscan donde están, buscan a los jóvenes que quieren apoyo para cambiar su situación, acompañándolos en la construcción de su propia autonomía, y su capacidad de enfrentar la realidad y de superarla.

ROL DE LAS REDES DE APOYO

Desde las redes de apoyo se proponen y ejecutan programas socio educativos para que los grupos familiares y socio comunitarios aprendan a manejar esta problemática desde las redes sociales y elaborar un programa de educación para la salud mental dirigido a las redes de apoyo de los jóvenes con adicciones al alcohol.

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Reconocer la diversidad, integra, la inclusión de los diferentes pero que realmente estén incluidos y en acciones y decisiones familiares como grupales en la comunidad a las que se integran pues existen circunstancias

en las que pueden estar incluidos a un grupo determinado pero no realmente integradas.

La integración social mira en al menos dos puntos, del individuo y de la comunidad en donde ambos deben acercarse e integrarse. No es posible hablar de integración social si no preparamos a la sociedad para reconocerse, y reconocer a sus miembros como parte del sistema que todos construimos, un reconocimiento respetuoso que integre nuevas políticas, programas, prácticas y ante todo nuevas visiones.

La Red de Apoyo es una Asociación Civil, que desde la comunidad se constituye como una institución sin fines de lucro, que tiene como objeto promover y defender los derechos humanos, especialmente el derecho a la vida, la libertad personal, la seguridad, integridad personal e inviolabilidad del hogar, prioritariamente de los sectores populares.

ROL DE LA RED DE APOYO POSTERIOR AL EGRESO DE UNA PERSONA QUE FUE PARTE DE UN PROCESO DE RECUPERACION.

La Red de Apoyo, brinda un cuidado continuó cuando el paciente sale del tratamiento preparado para una siguiente fase, con un plan para trabajar en su recuperación. Permanece en contacto con la Institución para recibir apoyo mediante una red de atención organizada denominada “Apoyo Continuo”.

La mayoría de los pacientes regresan directamente a su ambiente anterior, con la recomendación de integrarse a un grupo de AA o NA en su localidad. Otros a sugerencia del grupo terapéutico se transfieren a pos tratamiento integrándose poco a poco a su vida laboral teniendo atención especializada psicológica y médica.

Se menciona a continuación una experiencia de trabajo en Minnesota en donde se originó esta fase de tratamiento, se pudo evaluar que hay una relación directa entre el número de pacientes recuperados y el desarrollo de la extensión de la red del apoyo continuo, este modelo es de gran beneficio, ya que incorpora a la familia y al paciente en forma paralela, y consiste en una reunión periódica semanal, lo cual permite ir modelando la interacción entre el paciente y su familia en el proceso de rehabilitación, además de hacer los seguimientos formales a los procesos psicoterapéuticos, cuyo objetivo es: Reforzar y mantener en el paciente egresado con conciencia de rehabilitación, mediante un proceso permanente de tratamiento utilizando las diferentes herramientas contenidas fundamentalmente en la filosofía del programa de los 12 pasos.

OBJETIVOS DE LAS REDES DE APOYO

- Facilitar que el paciente identifique seleccione y practique estrategias que ayuden a reforzar el conocimiento, las destrezas y las actitudes

necesarias para mantener el progreso del tratamiento y prevenir la recaída.

- Procurar estilos de vida saludables con el apoyo del grupo de ex pacientes y familiares.

Otorgando con ello los siguientes conocimientos y destrezas:

- Proceso del plan de tratamiento.
- Sistemas sociales y familiares disponibles para el cuidado continuo.
- Señales y síntomas de recaídas.
- Estrategias de prevención de recaídas.
- Teorías de los sistemas familiares y sociales.
- Motivar al paciente a formar parte de grupos de ayuda mutua.
- Demostrar comunicación verbal y escrita clara y concisa.
- Evaluar y documentar el progreso del tratamiento.
- Participar en la confrontación, solución de conflictos y solución de problemas.
- Comprometer al paciente y otras personas significativas en el proceso de tratamiento y en el cuidado continuo.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan de prevención de recaídas.

Criterios de inclusión:

- Haber concluido el tratamiento primario de 35 días.
- Reconocer ser adicto en recuperación.

- Tener la firme intención de permanecer limpio, utilizando el programa de los 12 pasos.

PROCESOS DE RECUPERACION EN LAS REDES DE APOYO

En todos los casos se recomienda que al terminar el internamiento continúe su proceso de recuperación, en la medida que logramos involucrar en los cambios a la familia, son más evidentes y duraderos los resultados.

Pero esto no es cosa fácil, como se saben estas familias en general son de características especiales y con frecuencia impiden o boicotean el tratamiento.

Los amigos pueden ser muy demandantes o muy críticos, puede que sus propias demandas interfieran con las habilidades del paciente para centrarse en su propia recuperación. Este comportamiento puede crear estrés, decepciones, y causar mucho dolor.

Los familiares y amigos de los adictos son particularmente susceptibles; ellos pueden comprometer la estabilidad del paciente, ya sea induciéndolo directamente a recaer o sirviendo como estímulos pasivos condicionados para la aparición del “deseo imperioso”. De cualquier modo, una vez que se involucran los familiares, es evidente cómo el paciente evoluciona favorablemente. Por tales motivos la red de apoyo social o “apoyo continuo” para los miembros de la familia.

El apoyo de otras personas puede ayudar al adicto en recuperación en las siguientes formas:

- Modelando la conducta.
- Creando un ambiente de apoyo interpersonal.
- Eliminando el estrés o ayudando al adicto a lidiar con las fuentes de estrés.
- Ayudando al paciente a librarse de una tentación específica de resbalón.
- Motivando el progreso continúo.
- Monitoreando la conducta del adicto y ayudándolo a identificar actitudes, comportamientos o situaciones que indiquen la inminencia de una recaída.

Los pacientes deben tomar un papel activo en la estructuración del apoyo social que les ayude. Un paso importante, es anunciar a la familia y a los amigos que se está intentando detener el uso de drogas. En muchos casos, los pacientes pueden necesitar romper las relaciones con amigos consumidores.

La recuperación puede depender del abandono de relaciones marcadas por el abuso físico o por conflictos interpersonales destructivos. Los pacientes también necesitan aprender estrategias específicas para rechazar ofrecimientos directos de sustancias “recreativas”, hechos por individuos que, por otro lado, pudieran convertirse en un apoyo significativo.

La terapia familiar, los grupos de apoyo familiar y la educación familiar, son considerados elementos importantes del cuidado continuo y de la prevención

de recaídas, aun cuando no haya investigaciones científicas que hayan establecido totalmente su efectividad.

Cada uno de los enfoques apuntados más arriba difieren en el énfasis que debe ponerse en un punto o en otro, pero todos fortalecen la idea de que la familia se convertirá en una buena red de apoyo, si se enseña a los miembros de la familia a:

- Estar conscientes de los problemas que el paciente confronta.
- Eliminar las conductas permisivas y modificar los patrones de interacción que incrementen el riego de recaída.
- Cómo responder a los resbalones que pudieran ocurrir.
- Cómo encarar de manera efectiva el proceso de recuperación del adicto.

Por lo general la persona afectada por la enfermedad de la adicción al alcohol y otras drogas no acepta padecerla, o minimiza la gravedad de su situación, lo cual es un síntoma característico. Por ello es importante contar con un procedimiento diseñado específicamente para este tipo de casos denominado "Intervención en crisis".

- Este método consiste en asesorar a los familiares y personas cercanas al enfermo de cómo, cuándo y en qué forma hablar con su ser querido, con la intención de que acepte recibir ayuda profesional.

- No es necesario esperar a que la persona adicta "quiera ayuda", "toque fondo" o "admita" que tiene un problema. A través de una intervención profesional es muy probable que acepte la ayuda aun cuando no admita que la necesita. En 12 PASOS contamos con un equipo de especialistas en adicciones para dirigir estas sesiones. En ellas tanto los familiares como el adicto aprenderán qué hacer y qué no hacer, qué decir y qué no decir, cuando nos afecta de cerca la enfermedad de la adicción.
- El dolor de haber sido lastimados por al paciente o de dañar más la relación son las razones por las que los familiares abandonan al paciente
- La enfermedad de la adicción es progresiva y mortal, por lo cual, cada día sin recibir ayuda profesional, aumentará el deterioro y pondrá en riesgo la vida misma.
- La intervención temprana y oportuna es importantísima.

LA ADOLESCENCIA Y EL ALCOHOL

La adolescencia es un momento importante de la vida; particularmente vulnerable en la vida de un sujeto, debido a todo el proceso de duelo por las figuras parentales de la infancia, por ser un momento de "transición" entre la pérdida de estas figuras de identificación y la búsqueda o el encuentro de otras nuevas.

A lo anterior se suman: la actual crisis de los valores y la atmosfera de incertidumbre y la ansiedad material y moral en que viven muchos adultos Existe además un verdadero "bombardeo" de la publicidad dirigido hacia este grupo etario, apetecible para el mercado.

Es posible que en nuestra cultura actual, el alcohol juegue un papel importante para los adolescentes; en tanto "se es grande" por estar "tomando alcohol" ya que alcohol "suelta la lengua" y "da ánimos" para "encarar" especialmente los problemas familiares y sociales.

El alcohol, una droga socialmente aceptada, ofrece a los jóvenes, la fuerza y el valor necesarios para los primeros encuentros de género y sociales. Culturalmente el alcohol no es considerado una droga, aunque en determinadas sociedades ha tenido restricciones legales, es aceptada social y culturalmente constituyendo la base del uso y consumo abierto, a través de los medios de comunicación masiva. Asimismo se la asocia con el deporte, la amistad y el amor.

¿POR QUÉ CONSUMEN LOS ADOLESCENTES?

La adolescencia es el tiempo de probar cosas nuevas, los adolescentes usan el alcohol y las otras drogas por varias razones, incluyendo la curiosidad, y es difícil el poder determinar cuáles de ellos van a experimentar y parar ahí, y cuáles van a desarrollar problemas serios. Además de estar asociado con una variedad de consecuencias negativas físicas, emocionales, de familia, en la escuela y en la sociedad.

Entre los jóvenes, el alcohol es una de las drogas preferidas, siendo la adolescencia temprana una etapa de riesgo especial para comenzar a experimentar con él. En el caso de los adolescentes, éstos carecen de la madurez y de las habilidades de vida necesarias para afrontar de manera eficaz las consecuencias del consumo de esta sustancia.

El adolescente está expuesto diariamente a situaciones generadoras de ansiedad, Depresión y stress ya sea dentro del contexto familiar, social o escolar.

Albarracín y Muñoz (2008).Se plantea que los jóvenes consumen alcohol en situaciones en las cuales manifiestan emociones tanto negativas como positivas, siendo las primeras las de mayor nivel de significancia.
Por la etapa de desarrollo en la que se encuentran y ante la inmadurez tanto física, biológica y emocional del adolescente, no cuentan aún con habilidades que le permita abordar y resolver las dificultades de una forma adecuada, llevándolos a buscar estrategias no acertadas para afrontar el problema.

El Adolescente necesita aceptación a las que los mismos adolescentes adhieren. El alcohol es una droga “social”, es decir que está aprobado su consumo.

Tanto el alcohol como el hecho de fumar son hábitos que los adolescentes advierten en los mayores desde que tienen uso de razón, por lo que no les resulta ajeno.

Ahora bien, de ahí a que el consumo derive en alcoholismo, o que el uso y consumo se vuelva adicción, hay un paso muy grande, que no se transita de la noche a la mañana. Los padres deben prestar atención al comportamiento de sus hijos. Nada cambiará rotundamente si fuman a la salida del colegio o toman cuando van al bar, pero si lo hacen en exceso, sobre todo en el caso del alcohol, es casi imposible no advertirlo en su conducta.

La mayoría de los adolescentes reconoce que las inhibiciones se van cuando toma alcohol y se anima a cosas que jamás se animaría a decir y hacer fuera del efecto que genera el alcohol.

El Alcohol representan todo aquello “otro” que intenta, que cuando se las consume, se busca colmar un vacío interior con ellas entendiendo a la adicción como solución a sus problemas que confrontan en la familia, que intentan reemplazar con las palabras, los intercambios lo atrapan aislando todavía más.

La sustancia da al joven el sentido de pertenencia que la sociedad actual le ha quitado. Lo lamentable creatividad que el joven no logra sacar de sí. Se sufre de aislamiento y son ellas es que quienes le ofrecen esa pertenencia ya hace tiempo que han perdido la propia Identidad y Dignidad.

El efecto fisiológico y colateral que se observa con los trastornos de uso de alcohol no sólo tiene que ver con el efecto que estas sustancias tienen sobre el cerebro y el cuerpo, sino que también estos trastornos traen problemas como fracaso escolar y otras conductas de alto riesgo (accidentes, violencia, conducta delictiva).

EFECTOS DEL ALCOHOL

El alcohol tiene un efecto depresor del sistema Nervioso Central Se transporta en la sangre dando efectos colaterales irreversibles en el organismo; en el cerebro, el estómago, el hígado, los riñones, los músculos.

Un estudio demostró que los estudiantes diagnosticados con abuso de alcohol tenían una probabilidad cuatro veces mayor de sufrir Ansiedad y depresión que los que no tenían problema de alcohol.

Se absorbe rápidamente (toma de cinco a diez minutos) y puede permanecer en el cuerpo durante varias horas. Afecta el sistema nervioso central y el cerebro. Puede resultar tranquilizante, o despertar agresividad.

Reconoce tres estadios: sueño o alegría desmesurada, melancolía y llanto y agresividad que llega a ser peligrosa.

Inicialmente reduce las inhibiciones, lo que puede dar paso a una conducta peligrosa. El alcohol es una droga y su consumo es legal sólo para personas mayores de 21 años.

Según la Administración de Abuso de Sustancias Controladas y Servicios de Salud Mental 2.6 millones de jóvenes mueren de una sobredosis de alcohol. El envenenamiento por alcohol ocurre cuando una persona ingiere grandes cantidades de alcohol en un periodo corto de tiempo.

Peligros para la salud**,** las personas que comienzan a beber tempranamente tienen una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar una dependencia al alcohol que aquellas que lo hacen más tarde.

Esto se relaciona con la duración del tiempo de consumo. Cada año adicional que no beba reduce la probabilidad de dependencia de alcohol en 14%.Los adolescentes que toman alcohol en exceso tienen los mismos riesgos de salud a largo plazo que los adultos que toman alcohol en exceso.
Los factores de riesgo que pueden llevar a un adolescente a desarrollar un trastorno de uso de sustancias incluye:

-Historia familiar de uso de sustancias o alcohol.

-Depresión.

-Baja autoestima

-Sentimientos de minusvalía o de no pertenecer a ningún grupo.

Se ha asociado el consumo del alcohol entre los adolescentes con planificar, intentar o completar un suicidio.

CONSECUENCIAS QUE TRAE EL ALCOHOL.

Depende de la cantidad que haya ingerido ,al principio el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando pocos efectos nocivos, sin embargo, va cobrando mayor importancia en las relaciones y en la salud física del consumidor.

El alcohol produce sobre el organismo un efecto de Ansiedad y Depresión y sedante; además la ingestión excesiva del alcohol durante periodos prolongados conduce a complicaciones en la nutrición y casos avanzados requieren hospitalización.

Los daños al organismo son acumulativos que llevan a diversas alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras del estómago y duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en el sistema nervioso. Pueden llegar a producirse hipotensión, alucinaciones e intensos temblores, que pueden deberse al síndrome de abstinencia alcohólica, y el *delirium tremens,*

Algunos alcohólicos desarrollan la paranoia alcohólica y a menudo se perturban al enfrentar las circunstancias que los rodean y pueden sufrir estados de pánico. El alcoholismo afecta también a los músculos, a veces pérdida de tejido muscular en brazos y piernas, músculo cardiaco. Pero es

en el cerebro donde se manifiestan con muerte de neuronas y bloqueo de los neurotransmisores.

ANSIEDAD

Definición.- Es una emoción caracterizada por sentimientos de anticipación al peligro, tensión, angustia, y por tendencias a evitar o escaparse. Vivencia de temor ante algo difuso vago, indefinido que a diferencia del miedo tiene una referencia explícita, es una manifestación esencialmente afectiva que Consiste en una evidencia fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva. .Es la manifestación de las personas cuando quieren dar a evidenciar que se sienten cargadas con gran tensión, expectación y stress.

- Estímulos que alteran nuestro equilibrio entre ellos físicos, enfermedades, hábitos, amistades
- Desconfianza de los familiares psicosociales.- el entorno, estigmatismo, tradiciones, prejuicios
- Familiares.- problemas familiares y económicos
- Laborales.- inestabilidad laboral, falta laboral.

SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN EN LA ANSIEDAD

A nivel psíquico.- Nerviosísimo, inquietud, malestar, incertidumbre, preocupación por el futuro, presentimientos, sudoración, taquicardia

A nivel motor.- aumento y elevación del tono muscular, aumentos de la frecuencia respiratoria, aumento del ritmo cardiaco,

A nivel cognitivo.- Dificultad para concentrarse, sensación de desorganización, pérdida de control sobre el ambiente, dificultad para pensar con claridad, dificultad para tomar decisiones.

A nivel fisiológico.-sudoración, disnea, taquicardia, rubor fácil, nauseas, temblores, fatigibilidad, molestias digestiva.

A nivel conductual.- movimientos torpes repetitivos, paralización, tartamudeo, evitación de situaciones

Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad	
Físicos	Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Las alteraciones más graves cursan con insomnio, trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales.
Psicológicos	Inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, recelos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos extremos, temor a la muerte, a la locura. Suicidio.

De conducta	Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.
Intelectuales o cognitivos	Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.
Sociales	Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

ANSIEDAD EN ADOLESCENTESYJOVENES

La atmósfera de incertidumbre, abandono, migración, falta de figura paternal falta de madres emigrantes, disfuncionalidad familiar, maltrato y sobreprotección producen en el Adolescente y en el joven: malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego, tensión, insomnio ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida (Saavedra, 2010).

Virues (2005), describe la ansiedad como una respuesta emocional que se presenta en el adolescente y joven ante situaciones que percibe como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente.

La lucha contra la depresión (2010) divide en dos a la ansiedad. positiva la cual permite que las personas se alerten ante un peligro real o ante un estímulo que se perciba amenazante. El organismo reacciona para adaptarse; el cuerpo y la mente se preparan para la situación y reaccionar consecuentemente (ataque o huida).

Y la ansiedad negativa, consiste cuando el problema surge en el momento que el cerebro interpreta un peligro irreal, consecuencia de la imaginación,

dado por pensamientos negativos y repetitivos, un cambio brusco en la vida, situaciones de estrés o preocupaciones constantes.

SINTOMATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

Se caracteriza por la presentación de innumerables preocupaciones, generalmente no realistas, sobre eventos futuros. En la etapa adolescente es frecuente que se manifieste con sintomatología psicosomática y conductas de evitación (como el rechazo a ir al colegio). La prevalencia de estos trastornos se estima entre un 5 y un 7% y no existen diferencias claras entre sexos.

La Ansiedad está presente en la Adolescencia por falta de guía de padres, maestros, comunidad, la pobreza. La migración y la falta de empleo y trabajo generan estresores en la población adolescente y juvenil

DEPRESIÒN EN ADOLESCENTES Y JOVENES

La normal oscilación del estado anímico de los adolescentes puede dar la impresión de que los desórdenes depresivos son una epidemia desde la pubertad en adelante. El problema radica en diferenciar entre los jóvenes realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presenta en episodios pasajeros y abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales. Jacobson son (1961) investigó las causas de la oscilaciones anímicas del

adolescente y se supone que la labilidad emocional refleja la remodelación de la estructura psíquica del individuo, que se produce como consecuencia de los masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos. Jacobson ve a la adolescencia como una época en la cual el individuo debe romper los lazos con el pasado, para forjar una nueva imagen de sí mismo.

Las manifestaciones depresivas en adolescencia pueden obedecer además a otros motivos; Por ejemplo, la renuncia a vínculos y objetivos infantiles, la no consecución de ideales irrealizables o los conflictos de allegados de sentimiento de culpa. Para Jacobson la adolescencia es una época de turbulencia, con importantes alteraciones psíquicas y vaivenes anímicos, en la que es dable esperar depresiones transitorias.

Otros autores (Weiner, 1970) no creen que la adolescencia deba ser vista como un periodo turbulento de inestabilidad emocional. Un adolescencia perturbada no es una regla pero si el resultado de una niñez perturbada y el preludio de una madurez perturbada.

No todos los jóvenes pasan por algunos traumas descritos por algunos autores. Para ciertos individuos la adolescencia es una época no solo apacible, sino además muy gratificante. Sin embargo nuestra cultura impone fuertes tensiones al adolescente, debido a las inhibiciones sexuales, la limitación de su libertad, la exigencia de triunfos sociales y académicos y la indefinición de su rol en la sociedad, de modo que no es de sorprender que sufra trastornos.

Otro factor que incide en el adolescente es la inmadurez de sus juicios independientemente del medio cultural que puede predisponerlo a los actos impulsivos y a las reacciones extremas. En relación con la depresión, el apremio y la total desesperación que se notan muchas veces en el adolescente, así como su alarmante propensión a las actividades autodestructivas, suelen hacer sospechar un proceso más maligno de tipo esquizofrénico. Algunos jóvenes muestran gran agitación, mientras otros se alejan de todo contacto con sus iguales.

Muchas de las depresiones de la adolescencia se caracterizan por su brevedad, tanto como por su intensidad.

Otras depresiones, en cambio, se hacen crónicas y no ceden aunque las condiciones ambientales mejoren. Estos jóvenes presentan síntomas depresivos similares a los del adulto, o bien defensas contra la depresión que son específicas de esta edad; entre otras, la hiperactividad, el uso de drogas, la afiliación, a determinados grupos, la delincuencia y la promiscuidad sexual.

La depresión resultante de las frustraciones de necesidades de la dependencia puede producir agitación, ansiedad o la desesperada necesidad de reemplazar a los padres perdidos con nuevas figuras gratificadoras, lo cual suele llevar al joven a unirse a bandas de delincuentes o a entablar relaciones sexuales indiscriminadas.

SINTOMATOLOGÌA DE LA DEPRESIÒN

Hay diferentes tipos de depresiones según el criterio de clasificación, la sintomatología del episodio depresivo es básicamente la misma. Según el nivel de gravedad de la depresión la intensidad de cada uno de estos síntomas varía.

Las manifestaciones emocionales son aquellos cambios en los sentimientos del paciente o en la conducta. El abatimiento del humor, los sentimientos negativos así mismo, la disminución de la gratificación, perdida de las ataduras emocionales, aumento de ganas de llorar, perdida de respuesta de alegría.

Las manifestaciones cognitivas distinguen 3 síntomas principalmente. El primero está compuesto por las actitudes distorsionadas del sujeto respecto de sí mismo, de su experiencia y de su futuro. El segundo síntoma lo constituye la tendencia a auto culparse. El tercero se relaciona con el área de la toma de decisiones, en el sentido de que el paciente tiende a ser indeciso.

En lo que atañe a las manifestaciones motivacionales, los depresivos se caracterizan por una ausencia de motivación y por elegir la pasividad frente a la actividad, la manifestación extrema de este escapismo es el suicidio.

Entre los síntomas físicos y vegetativos se puede situar la pérdida o alteración del apetito, trastornos del sueño, pérdida del interés por el sexo y fatigabilidad, estreñimiento como malestar físico relacionado con dolores de cabeza, sequedad de boca etc.

En resumen, se han presentado los síntomas depresivos en cuatro apartados. En el apartado emocional destaca la vivencia de la tristeza; en el apartado de las manifestaciones motivacionales se incluye la pérdida o descenso de la actividad y del interés; los correlatos cognitivos de la depresión son una visión negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro, y la indexación; Entre las manifestaciones somáticas destacan los trastornos del sueño, del apetito y la presencia de ciertos dolores y malestar.

En resumen un trastorno como la depresión afecta el ánimo de manera radical y no como arranques emocionales que resultan de problemas particulares, los cuales generalmente, son de un tiempo mucho más corto.

-Caída de ánimo

- Pérdida de energía e interés
- Sensación de enfermedad física o debilitamiento
- Baja concentración
- Apetito y sueños alterados
- Disminución de las funciones físicas y mentales

Además, muchos problemas físicos como indigestión, dolores de cabeza, o periodos alterados, frecuentemente van de la mano, con la depresión. Esto

ocurre tan comúnmente que mucha gente se enfoca a estos problemas sin darse cuenta que están sufriendo depresión.

Pero es probable que sean los sentimientos de desesperanza, desamparo sentimiento de culpa, ansiedad y tristeza.

Todo lo que se realiza habitualmente significa un esfuerzo y se realiza lentamente. La tarea más pequeña es un peso para estas personas. Problemas menores se convierten en temas / Las simples tareas son aplazadas indefinidamente. Lo peor de todo es la desintegración de la confianza. Se titubea al hablar y al actuar. Incluso así, es muy difícil para cualquiera que no tiene experiencia personal de depresión realmente entender el grado del problema.

Todo lo anterior se podría resumir en los siguientes, síntomas que acompañan a la depresión:

- Trastornos del sueño
- Astenia y fatiga o pérdida de energía
- Anorexia
- Alteraciones en la esfera sexual, hipersexualidad.
- Indecisión
-Ideas o conductas obsesivas
- Conducta negativa o claramente antisocial
- Agresividad

- Mismos síntomas que en la edad prepuberal
- Hurtos
- Consumo de alcohol y/o drogas
-Deseos de marchar de casa
- Sentimiento de no ser comprendido
- Malhumor e irritabilidad
- Desgane para cooperar en actividades familiares
- Tendencia a recluirse en la propia habitación
- Desinterés por el aseo personal
- Dificultades escolares
- Retraimiento social con, especial respuesta al rechazo en relaciones amorosas, trastorno de estado de ánimo, desmoralización y falta de alegría.

RED SOCIAL DE ADICTOS ALALCOHOL BAJO TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL

El tratamiento de adictos al alcohol y drogas requiere una reflexión amplia sobre la influencia de la familia y otros grupos de la red social de estos individuos la convivencia de personas consumidoras de alcohol no es una realidad fácil para las familias, existiendo una fuerte contradicción puesto que es en el contexto comunitario donde sucede el consumo y es en la familia donde se enfrentan las consecuencias por ello es necesario en la familia, grupo par y demás grupos de las redes

sociales. Estos antecedentes evidencian la necesidad de dirigir las acciones de salud mental para el desarrollo de vínculos saludables, creación o ampliación de la red social y estructuración del grupo de modo a proporcionar beneficios en pro de una efectiva rehabilitación psicosocial.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptiva, porque permitió evaluar los tipos y niveles de ansiedad, los niveles de depresión que presentan los adolescentes y jóvenes que están en procesos de internamiento para alcanzar su recuperación. Es correlacional, porque desde la teoría se logró evaluar la relación que existe entre los conceptos, categorías y variables propuestas en el presente trabajo y fenomenológica, porque a través de él se ha demostrado científicamente la existencia de un fenómeno social, donde en la esfera de la salud mental de los adolescentes y jóvenes en procesos de recuperación presentan niveles de ansiedad y depresión, y la familia no cumple un rol adecuado respecto al apoyo que debe brindar para lograr un auténtico soporte familiar.

PLAN METODOLÓGICO

Evaluar los tipos y niveles de Ansiedad y valoración de intensidad de Depresión a los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol que acceden al proceso de recuperación.

POBLACIÓN: UNIVERSO Y MUESTRA

CENTROS DE RECUPERACIÓN DEL CANTÓN LOJA			
Sujetos de Investigación	**Adolescentes**	**Jóvenes**	**TOTAL**
Los Chíllalos	15	-	15
Posada Solidaria	-	30	30
CENSADIC	-	30	30
Por amor a la vida	-	25	25
TOTAL	**15**	**85**	**100**

HIPÓTESIS UNO

ENUNCIADO

El tipo de ansiedad predominante que presentan los adolescentes y jóvenes en el proceso de recuperación en el internamiento en los Centros de Recuperación del cantón Loja, es de tipo somática y de intensidad leve.

APLICACIÓN DE ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

En esta etapa se aplicará el test a los adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol que están internos en los Centros de Recuperación la Escala de Hamilton para la Ansiedad, lo que nos permitió evaluar los tipos y niveles de ansiedad.

Escala de ansiedad de Hamilton.-La escala de ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969

dividió el ítem “síntomas somáticos generales" en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. **Su objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales** (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Se trata de una escala hetero aplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y Cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN PARA LA HIPÓTESIS UNO

La ansiedad que predomina en los internos investigados es la ansiedad de tipo somática con un 36% con una diferencia respecto a la ansiedad psíquica que es del 35%; y de acuerdo a los niveles de intensidad se puede concluir que el nivel de predominó de la ansiedad somática es un porcentaje promedio del 36% con intensidad ligera y la intensidad de la de tipo psíquica en promedio corresponde al 35% y también es de intensidad ligera.

Por lo tanto realizando la interpretación general del instrumento aplicado para comprobar la hipótesis 1, se analiza, deduce e interpreta que los adolescentes y jóvenes que son parte del proceso recuperación mediante internamiento en los Centro de Recuperación del cantón Loja presentan cuadros de ansiedad caracterizado por : la sintomatología somática y de intensidad ligera.

El alcohol trae distintas consecuencias al consumidor y lo afectan de acuerdo a la cantidad de alcohol que haya ingerido. Al principio el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando pocos efectos nocivos, sin embargo, poco a poco el alcohol va cobrando mayor importancia en las relaciones y en la salud física del consumidor.

El alcohol produce sobre el organismo un efecto toxico y sedante; además la ingestión excesiva del alcohol durante periodos prolongados conduce a complicaciones y en estados de abstinencia en procesos de internamiento genera altos niveles de ansiedad que varía en su intensidad y pueden tener un predominio de algún tipo y que puede ser de tipo psicológico o somático, puesto que los daños al organismo son acumulativos que llevan a diversas alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras del estómago y duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en el sistema nervioso. Pueden llegar a producirse ansiedad con alucinaciones e intensos temblores, que pueden deberse al síndrome de abstinencia alcohólica, y el *delirium tremens*.

Algunos alcohólicos desarrollan la paranoia alcohólica y a menudo se perturban al enfrentar las circunstancias que los rodean y pueden sufrir estados de pánico. El alcoholismo afecta también a los músculos, a veces pérdida de tejido muscular en brazos y piernas, músculo cardiaco. Pero es en el cerebro donde se manifiestan los daños más severos a consecuencia del alcohol.

La **ANSIEDAD,** que es considerada una emoción caracterizada por sentimientos de anticipación al peligro, tensión, angustia, y por tendencias a evitar o escaparse, es decir es una vivencia de temor ante algo difuso vago, indefinido que a diferencia del miedo tiene una referencia explícita. Ansiedad

es una manifestación esencialmente afectiva, consiste en una evidencia fisiológica, conductual, cognitiva; manifestación de las personas cuando quieren dar a evidenciar que se sienten cargadas con gran tensión, expectación y stress.

HIPÓTESIS DOS

ENUNCIADO

El cuadro predominante de Depresión que presentan los adolescentes y jóvenes en el proceso de recuperación en el internamiento en los Centros de Recuperación del cantón Loja, es moderada.

APLICACIÓN DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

A fin de recoger la información necesaria que permitió el cumplimiento de los objetivos de la presente investigación, se aplicó la Escala de Hamilton para la Depresión, para valorar la intensidad de Depresión en los adolescentes y jóvenes internos que acceden al proceso de recuperación.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN PARA LA HIPÓTESIS DOS

Según se desprende de los datos obtenidos, el 38% de los adolescentes y jóvenes observados obtienen una valoración entre 14 - 18 puntos Depresión

Moderada; el 26% obtienen una valoración entre 8 -18 puntos Depresión Ligera Menor; el 14% mayor a 23 puntos Depresión muy Severa; el 12% entre 19 – 22 puntos Depresión Severa; el 10% entre 0 – 7 puntos No Deprimido.

ELABORACIÓN DE LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS

En base a las conclusiones se elaboraron los Lineamientos Alternativos, los mismos que se los socializarán con los directores y equipo multidisciplinario de los Centros investigados; esta propuesta fortalecerá el aspecto técnico del equipo y será de beneficio directo para los adolescentes y jóvenes en proceso de recuperación.

PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se tabularon los datos y se procesaron con la ayuda de la Estadística Descriptiva. Se diseñaron gráficos y se organizó la información de acuerdo a los objetivos e hipótesis del estudio, se analizó e interpretó la información en relación con el marco teórico, y se llegó a las conclusiones.

f. RESULTADOS

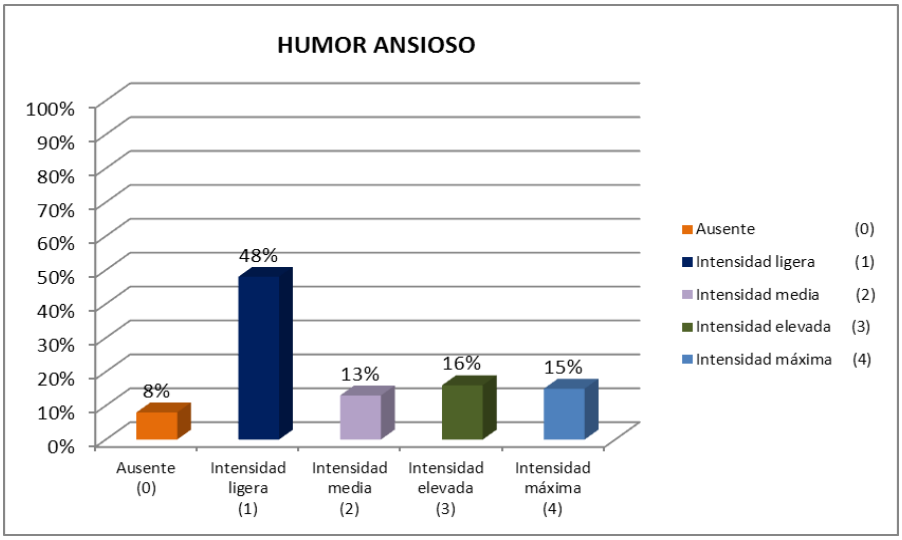
INDICADORES INVESTIGADOS RESPECTO DE LA HIPÓTESIS NÚMERO UNO. 1. HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Expectativas de catástrofe.). Irritabilidad.

CUADRO Nº 1

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	8	8%
Intensidad ligera	1	48	48%
Intensidad media	2	13	13%
Intensidad elevada	3	16	16%
Intensidad máxima	4	15	15%
TOTAL		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según se desprende de los datos obtenidos, el 48% de los adolescentes y jóvenes presentan Humor Ansioso con intensidad ligera; el 16% intensidad elevada, el 15% intensidad máxima, el 13% intensidad media; el 8% ausente.

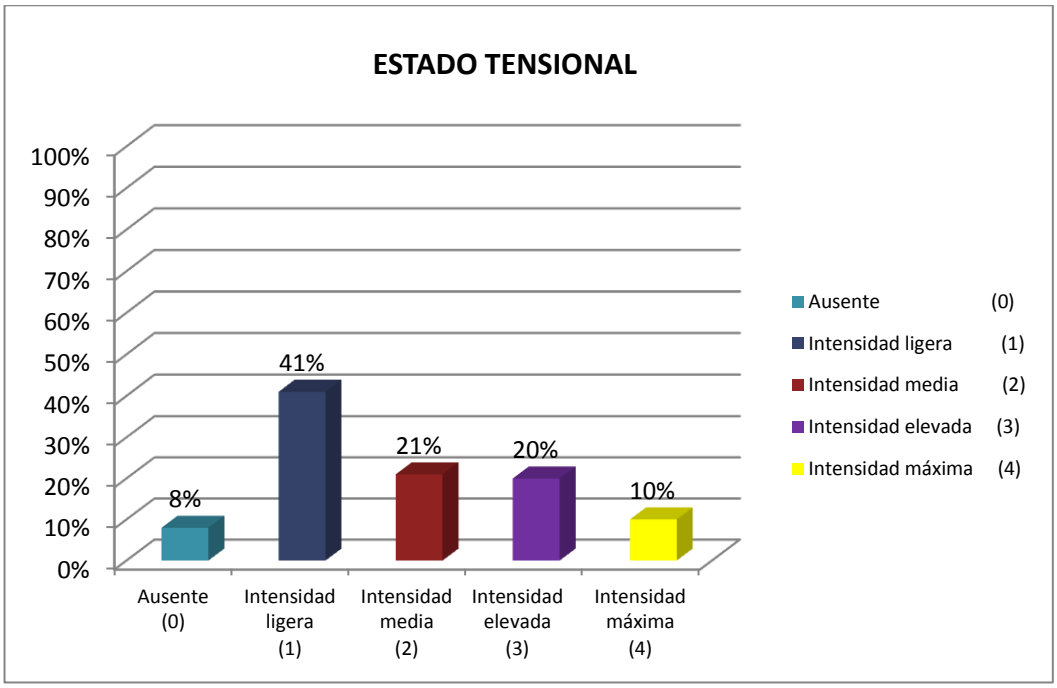
2. **TENSIÓN: (Sensaciones de tensión, fatigibilidad, imposibilidad de estar quieto, reacciones de sobresalto, llanto fácil, temblores, sensaciones de incapacidad para esperar)**

CUADRO Nº 2

ESCALA	PUNTOS	F	%
Ausente	0	8	8%
Intensidad ligera	1	41	41%
Intensidad media	2	21	21%
Intensidad elevada	3	20	20%
Intensidad máxima	4	10	10%
TOTAL		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 41% de los adolescentes y jóvenes presentan Tensión con intensidad ligera; el 21% intensidad media, el 20% intensidad elevada, el 10% intensidad máxima; el 8% ausente.

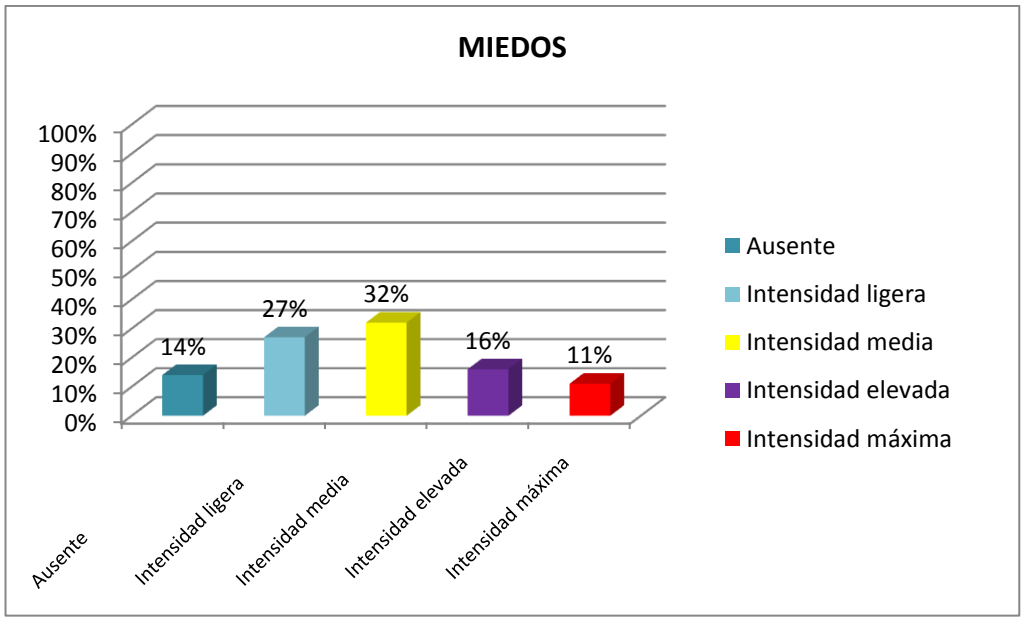
3.MIEDOS (A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales, a la circulación, a la muchedumbre, etc.)

CUADRO Nº 3

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	14	14%
Intensidad ligera	1	27	27%
Intensidad media	2	32	32%
Intensidad elevada	3	16	16%
Intensidad máxima	4	11	11%
Total		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 41% de los adolescentes y jóvenes presentan Tensión con intensidad ligera; el 21% intensidad media, el 20% intensidad elevada, el 10% intensidad máxima; el 8% ausente.

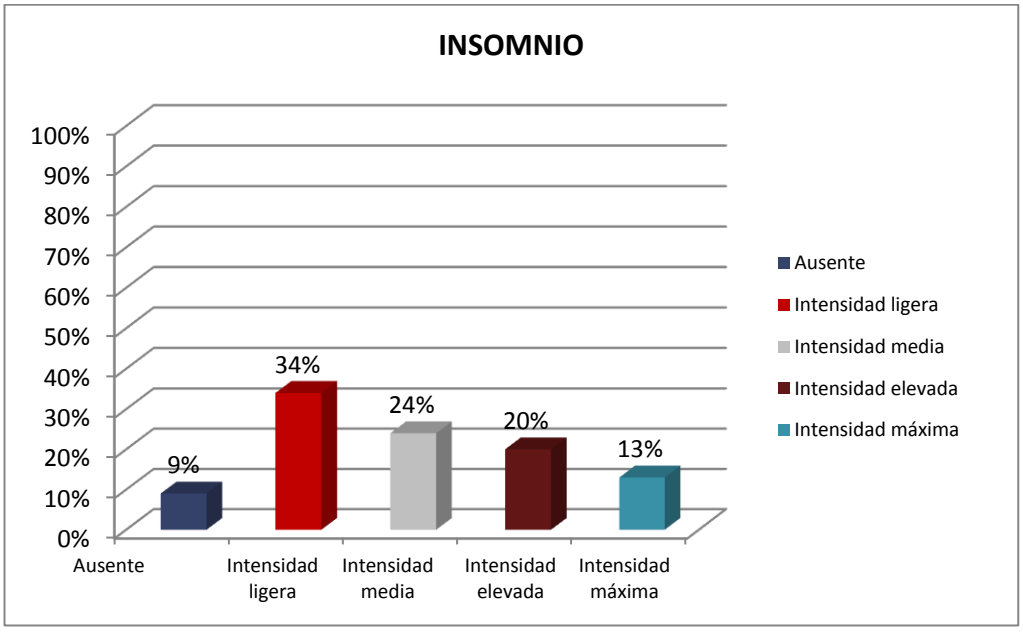
4. INSOMNIO (dificultades para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)

CUADRO Nº 4

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	9	9%
Intensidad ligera	1	34	34%
Intensidad media	2	24	24%
Intensidad elevada	3	20	20%
Intensidad máxima	4	13	13%
TOTAL		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 39% de los adolescentes y jóvenes presentan Insomnio con intensidad ligera; el 24% intensidad media, el 20% intensidad elevada, el 13% intensidad máxima; el 9% ausente.

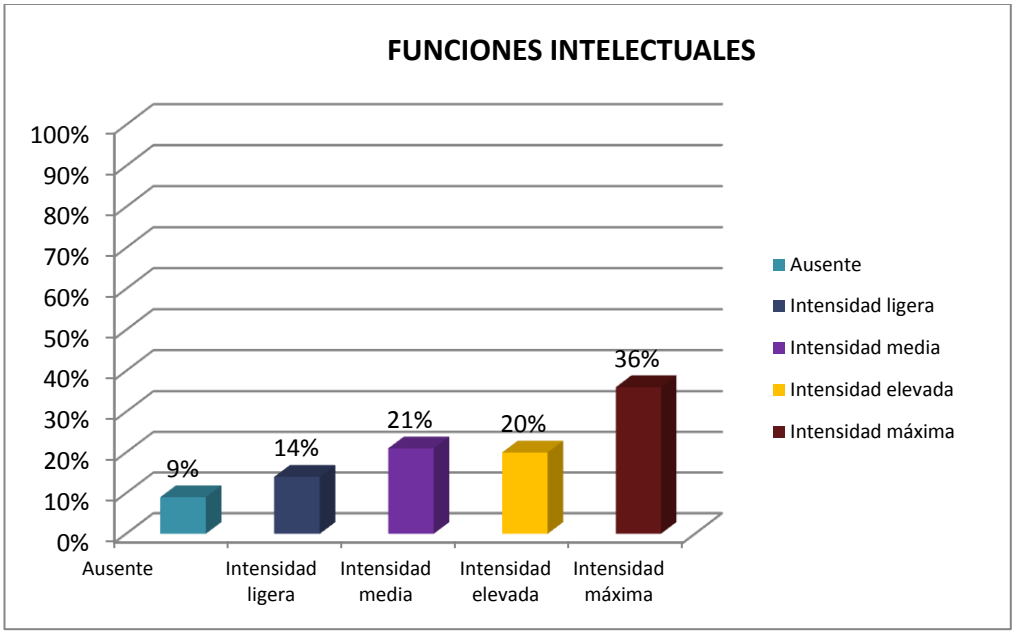
5. FUNCIONES INTELECTUALES (Dificultad de concentración, mala memoria)

CUADRO N º 5

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	9	9%
Intensidad ligera	1	14	14%
Intensidad media	2	21	21%
Intensidad elevada	3	20	20%
Intensidad máxima	4	36	36%
Total		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según se desprende de los datos obtenidos, el 36% de los adolescentes y jóvenes presentan problemas en sus funciones intelectuales con intensidad máxima; el 21% intensidad media, el 20% intensidad elevada, el 14% intensidad ligera; el 9% ausente.

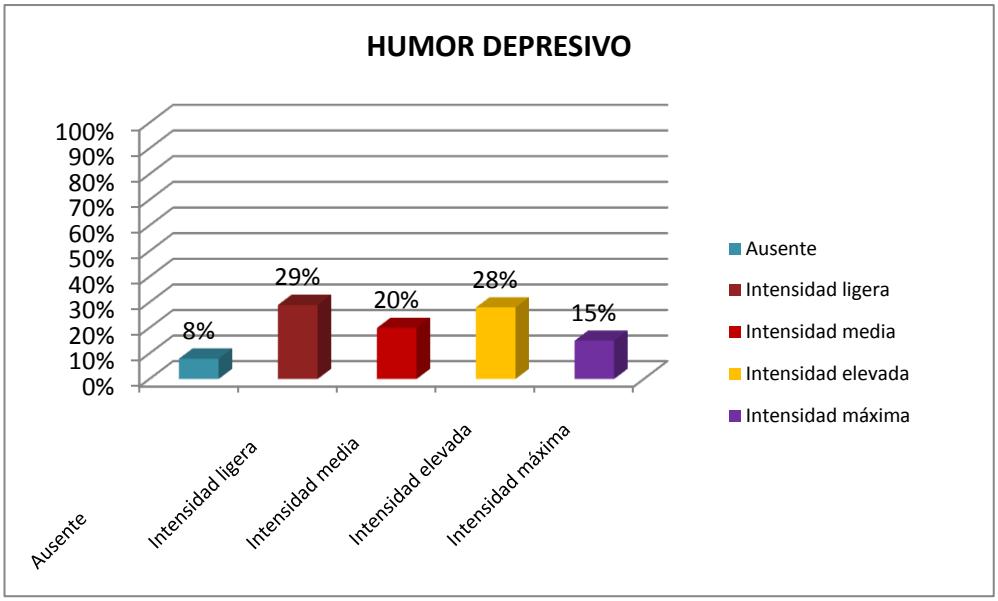
6. HUMOR DEPRESIVO (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones de humor a lo largo del día)

CUADRO N º 6

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	8	8%
Intensidad ligera	1	29	29%
Intensidad media	2	20	20%
Intensidad elevada	3	28	28%
Intensidad máxima	4	15	15%
TOTAL		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según se desprende de los datos obtenidos, el 29% de los adolescentes y jóvenes presentan Humor Deprimido con intensidad ligera; el 28% intensidad elevada, el 20% intensidad media, el 15% intensidad máxima; el 8% ausente.

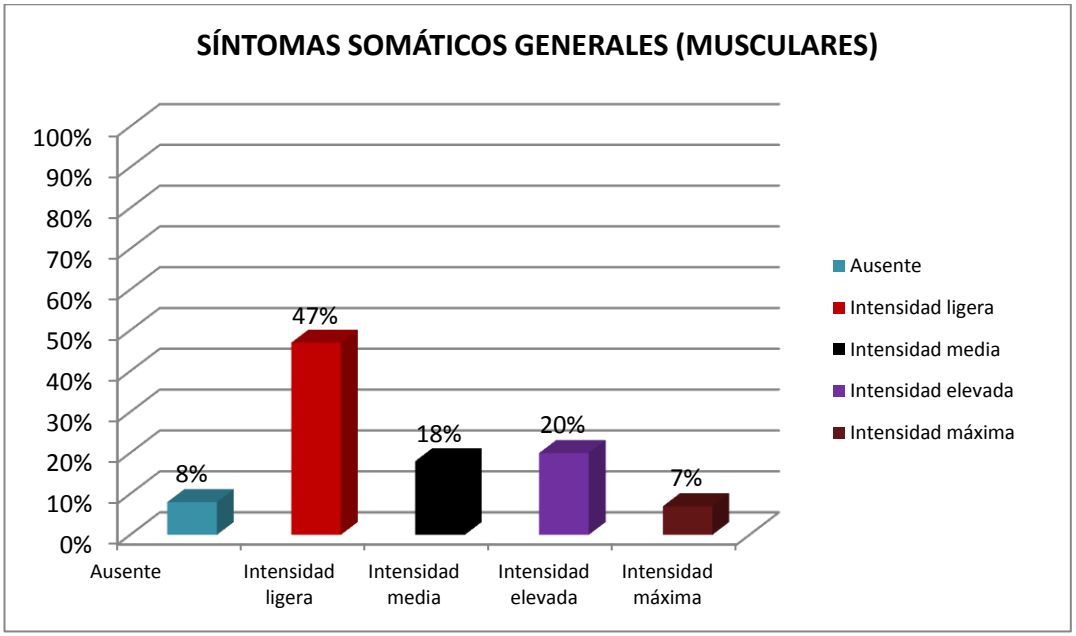
7. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (Musculares): Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)

CUADRO N º 7

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	8	8%
Intensidad ligera	1	47	47%
Intensidad media	2	18	18%
Intensidad elevada	3	20	20%
Intensidad máxima	4	7	7%
Total		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

el 47% presentan síntomas somáticos generales musculares con intensidad ligera; el 20% intensidad elevada, el 18% intensidad media, el 8% ausente; el 7% intensidad máxima.

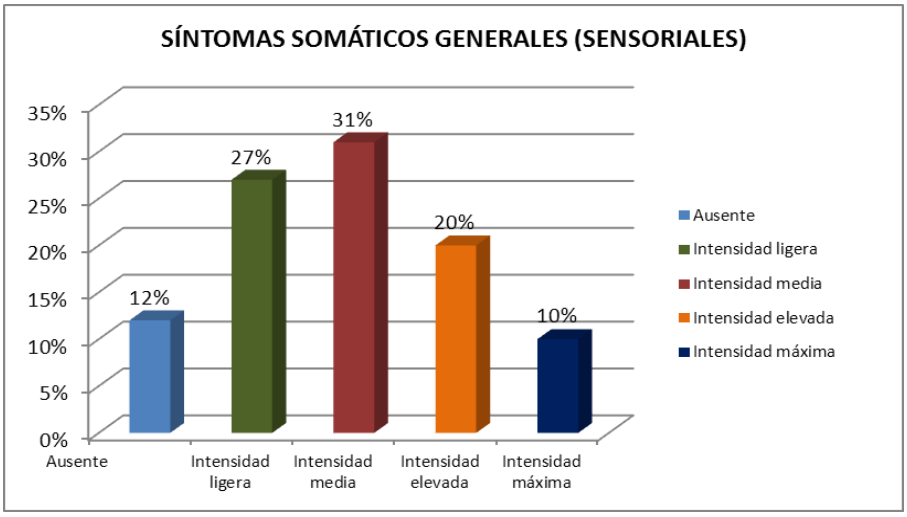
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (Sensoriales): Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

CUADRO N º 8

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	12	12%
Intensidad ligera	1	27	27%
Intensidad media	2	31	31%
Intensidad elevada	3	20	20%
Intensidad máxima	4	10	10%
TOTAL		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según se desprende de los datos obtenidos, el 31% de los adolescentes y jóvenes presentan síntomas somáticos generales sensoriales con intensidad media; el 27% intensidad ligera, el 20% intensidad elevada, el 12% ausente; el 10% intensidad máxima.

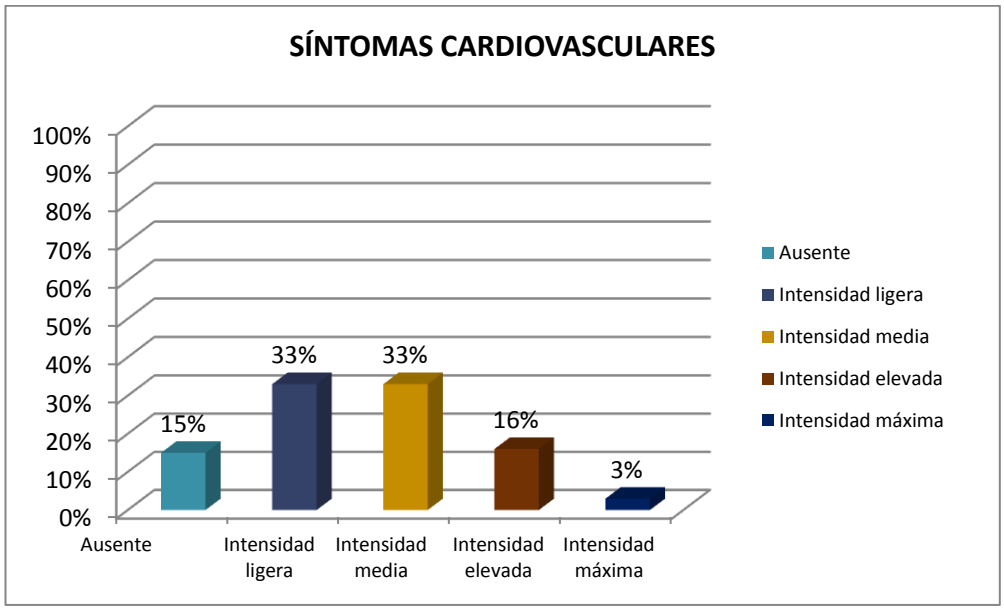
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia, palpitaciones, dolores de pecho, latidos vasculares, extrasístoles.

CUADRO N º 9

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	15	15%
Intensidad ligera	1	33	33%
Intensidad media	2	33	33%
Intensidad elevada	3	16	16%
Intensidad máxima	4	3	3%
Total		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según se desprende de los datos obtenidos, el 33% de los adolescentes y jóvenes presentan síntomas cardiovasculares con intensidad ligera y media; el 16% intensidad elevada, el 15% intensidad ausente, el 3% intensidad máxima.

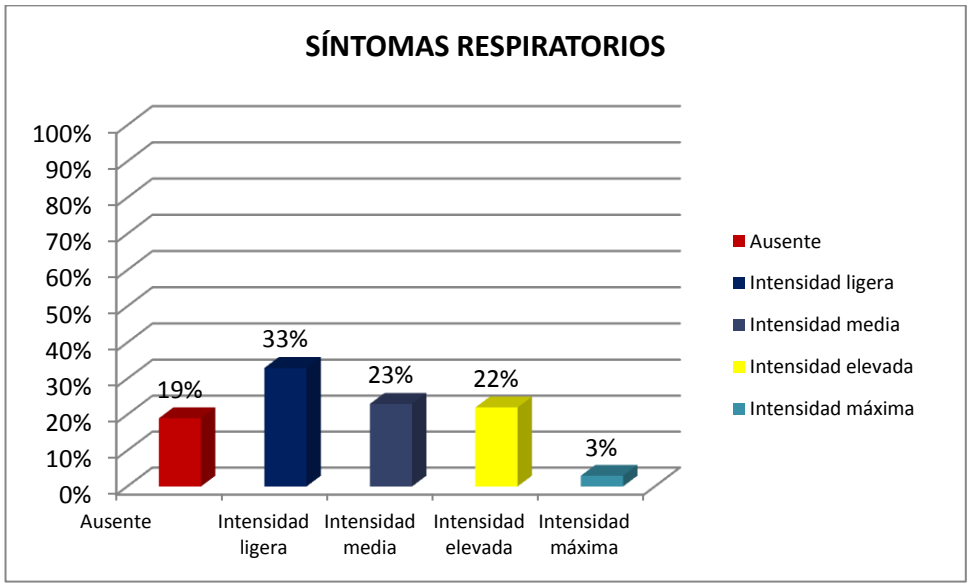
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)

CUADRO N º 10

ESCALA	PUNTOS	F	%
Ausente	0	19	19%
Intensidad ligera	1	33	33%
Intensidad media	2	23	23%
Intensidad elevada	3	22	22%
Intensidad máxima	4	3	3%
TOTAL		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 10



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 33% de los adolescentes y jóvenes presentan síntomas respiratorios con intensidad ligera, el 23 % con intensidad media, el 22% con intensidad elevada; el 19% ausente, el 3% con intensidad máxima.

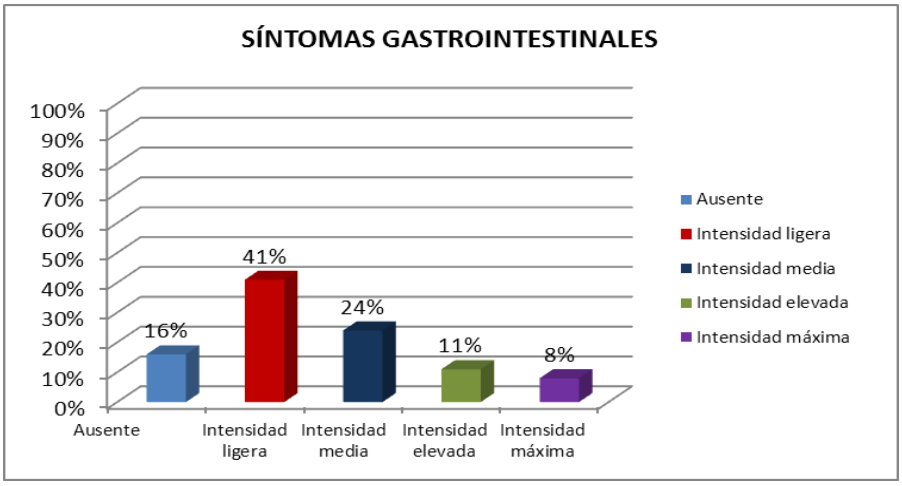
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES (disfagia, meteorismo, dispepsia, dolor, sensación de ardor, distensión, pirosis, nauseas, vómitos, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento.

CUADRO N º 11

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	16	16%
Intensidad ligera	1	41	41%
Intensidad media	2	24	24%
Intensidad elevada	3	11	11%
Intensidad máxima	4	8	8%
Total		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 11



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según se desprende de los datos obtenidos, el 41% de los adolescentes y jóvenes presentan síntomas gastrointestinales con intensidad ligera, el 24 % con intensidad media, el 16% ausente; el 11% con intensidad elevada, el 8% con intensidad máxima.

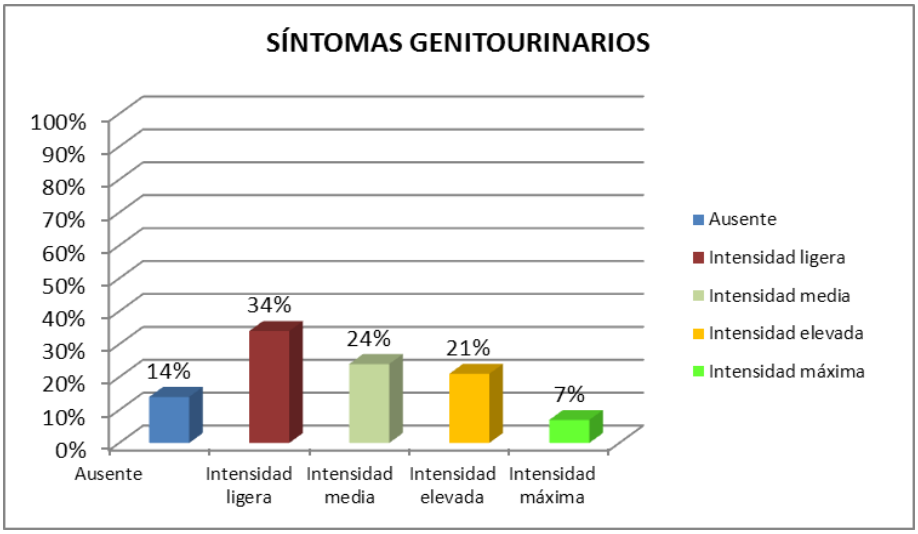
12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia en la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)

CUADRO N º 12

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	14	14%
Intensidad ligera	1	34	34%
Intensidad media	2	24	24%
Intensidad elevada	3	21	21%
Intensidad máxima	4	7	7%
Total		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 12



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 34% de los adolescentes y jóvenes presentan síntomas genitourinarios con intensidad ligera, el 24 % con intensidad media, el 21% con intensidad elevada, el 14% ausente; el 7% con intensidad máxima.

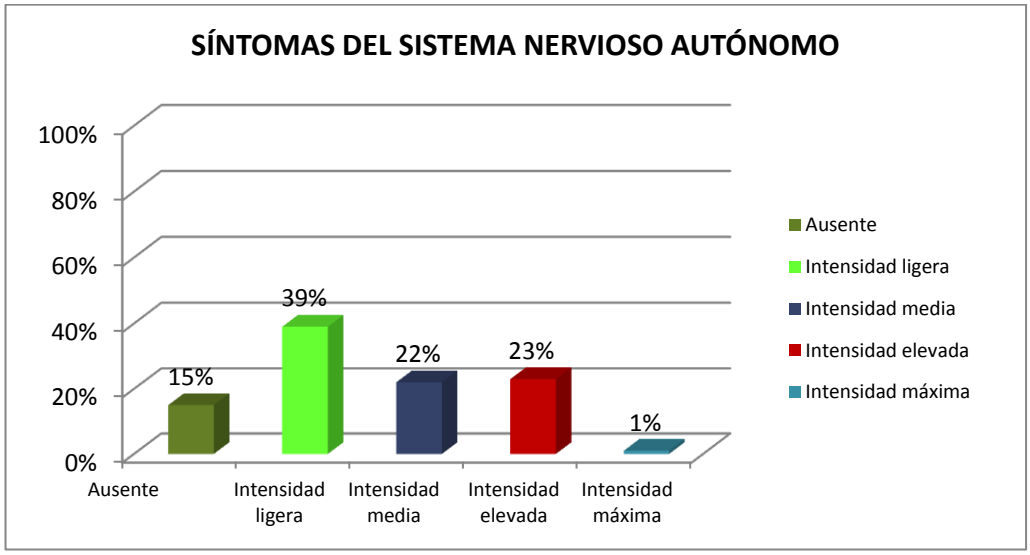
13. SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO: (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)

CUADRO N º 13

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	15	15%
Intensidad ligera	1	39	39%
Intensidad media	2	22	22%
Intensidad elevada	3	23	23%
Intensidad máxima	4	1	1%
Total		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º13



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 39% de los adolescentes y jóvenes presentan síntomas del Sistema Nervioso Autónomo con intensidad ligera, el 23 % con intensidad elevada, el 15% ausente, el 1% con intensidad máxima.

14. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA

GENERAL: El sujeto se muestra tenso, incomodo, agitación nerviosa delas manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial.

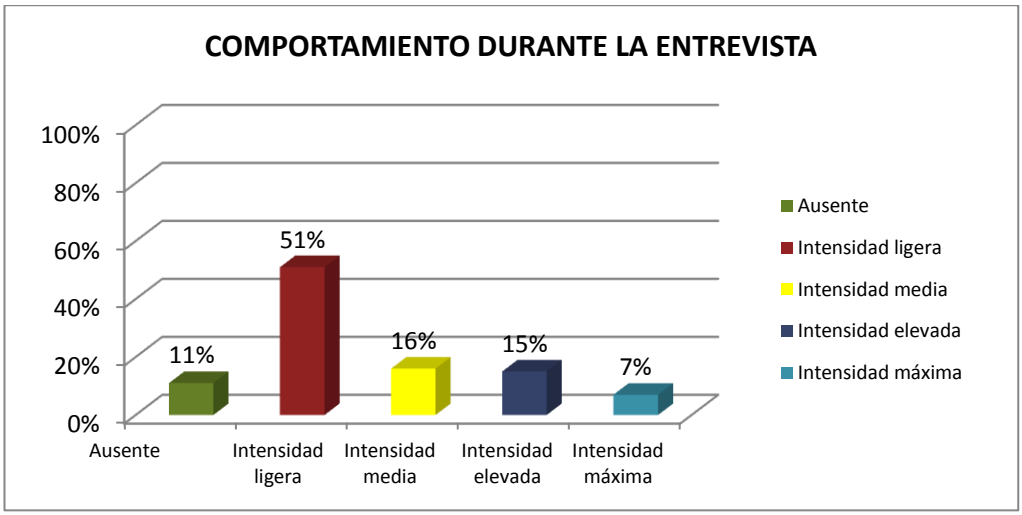
FISIOLÓGICO: Traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp/min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales.

CUADRO N º 14

ESCALA	PUNTOS	f	%
Ausente	0	11	11%
Intensidad ligera	1	51	51%
Intensidad media	2	16	16%
Intensidad elevada	3	15	15%
Intensidad máxima	4	7	7%
Total		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 14



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

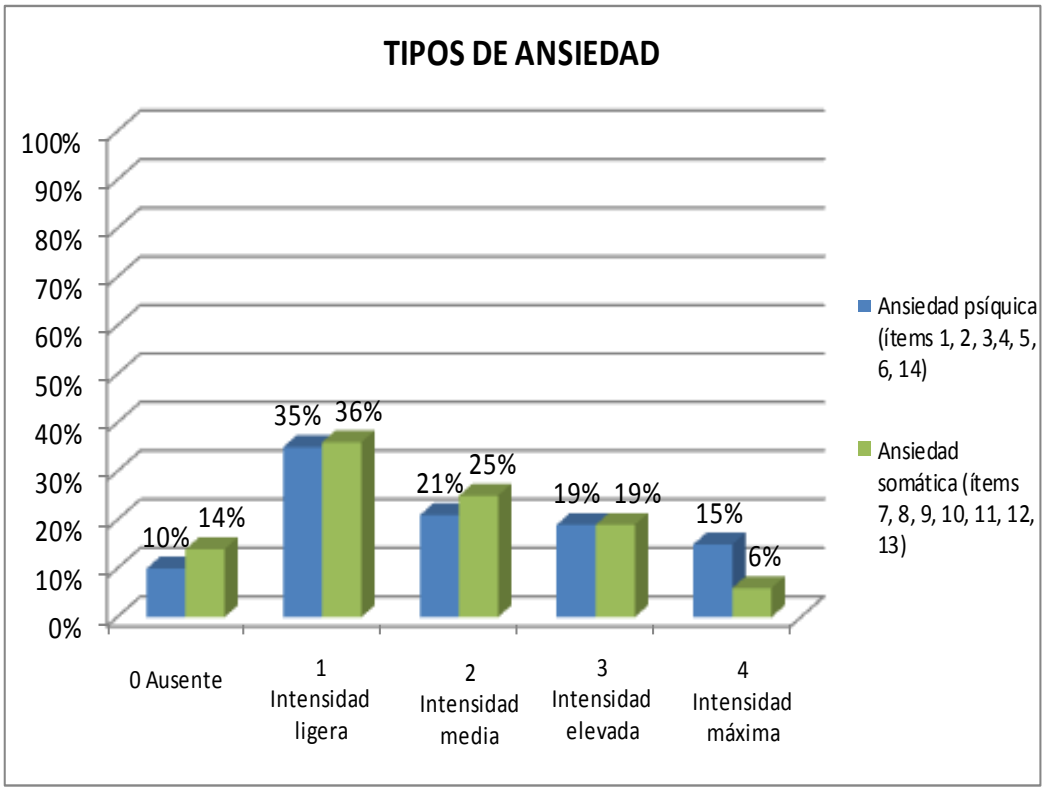
El 51% de los adolescentes y jóvenes presentan un comportamiento durante la entrevista general y fisiológica con intensidad ligera, el 16 % con intensidad media, el 15% con intensidad elevada, el 11% ausente, el 7% con intensidad máxima.

RESULTADOS DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

CUADRO N º 15

TIPO DE ANSIEDAD	Items evaluados	0 Ausente		1 intensidad ligera		2 Intensidad media		3 Intensidad elevada		4 Intensidad máxima	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3,4, 5, 6, 14)	Humor ansioso	8	8%	48	48%	13	13%	16	16%	15	15%
	Tensión	8	8%	41	41%	21	21%	20	20%	10	10%
	Miedos	14	14%	27	27%	32	22%	16	16%	11	11%
	Insomnio	9	9%	34	34%	24	24%	20	20%	13	12%
	Funciones cognitivas	9	9%	14	14%	21	21%	20	20%	36	36%
	Humor depresivo	8	8%	29	29%	20	20%	28	28%	15	15%
	Conducta en el transcurso del test	11	11%	51	51%	16	16%	15	15%	7	7%
TOTAL		67	10%	244	35%	147	21%	135	19%	107	15%
Ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)	Síntomas somáticos musculares	8	8%	47	47%	18	18%	20	20%	7	70%
	Síntomas somáticos sensoriales	12	12%	27	27%	31	31%	20	20%	10	10%
	Síntomas cardiovasculares	15	15%	33	33%	33	33%	16	16%	3	3%
	Síntomas respiratorios	19	19%	33	33%	23	23%	22	22%	3	3%
	Síntomas gastrointestinales	16	16%	41	41%	24	24%	11	11%	8	8%
	Síntomas genitourinarios	14	16%	34	34%	24	24%	21	21%	7	7%
	Síntomas del sistema nervioso autónomo	15	15%	39	39%	22	22%	23	23%	1	1%
TOTAL		99	14%	254	36%	175	25%	133	19%	39	6%

GRÁFICO Nº 15



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados del Test de Hamilton para la Ansiedad aplicado a los adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol se concluye que: El 36% presentan ansiedad tipo somática con intensidad ligera; el 25% ansiedad somática con intensidad media; el 19% ansiedad somática con intensidad elevada; el 14% ansiedad somática ausente y el 6% ansiedad somática con intensidad máxima. En relación a la Ansiedad Psíquica se concluye que: el 36% presentan ansiedad psíquica con intensidad ligera; el 21% ansiedad psíquica con intensidad media; el 19% ansiedad psíquica con intensidad elevada; el 15% ansiedad psíquica con intensidad máxima y el 10% ansiedad psíquica ausente.

INDICADORES INVESTIGADOS RESPECTO DE LA HIPÓTESIS NÚMERO DOS.

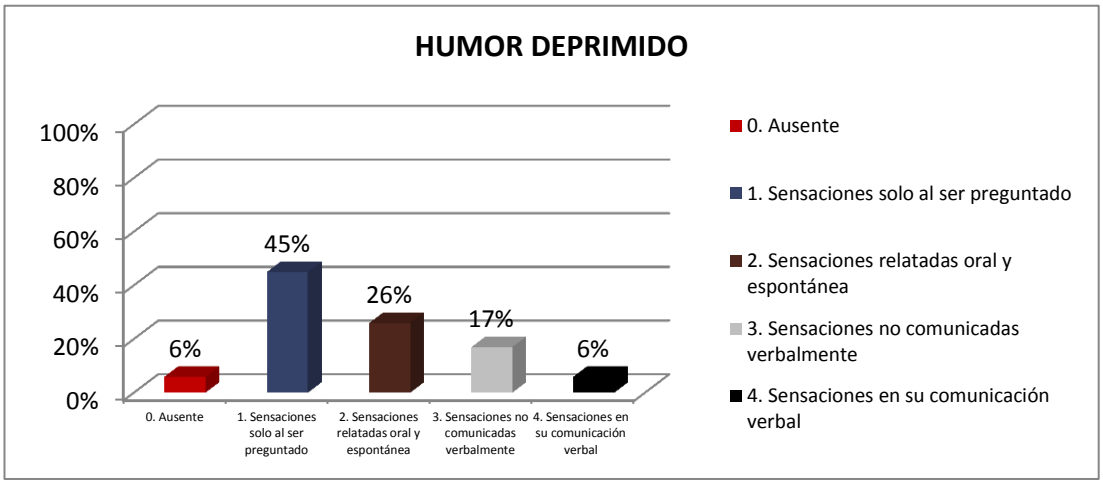
1. HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

CUADRO Nº16

ESCALA	f	%
0. Ausente	6	6%
1. Sensaciones solo al ser preguntado	45	45%
2. Sensaciones relatadas oral y espontánea	26	26%
3. Sensaciones no comunicadas verbalmente	17	17%
4. Sensaciones en su comunicación verbal	6	6%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº16



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (45%) presentan sensaciones al ser preguntado de humor deprimido. En menores porcentajes (26%) (17%) sensaciones relatadas oral yespontáneamente y sensaciones no comunicadas verbalmentecomo: expresión facial, la postura, la voz y tendencia al llanto. El 6% sensaciones en su comunicación verbal o no verbal de forma espontánea y ausencia de humor deprimido.

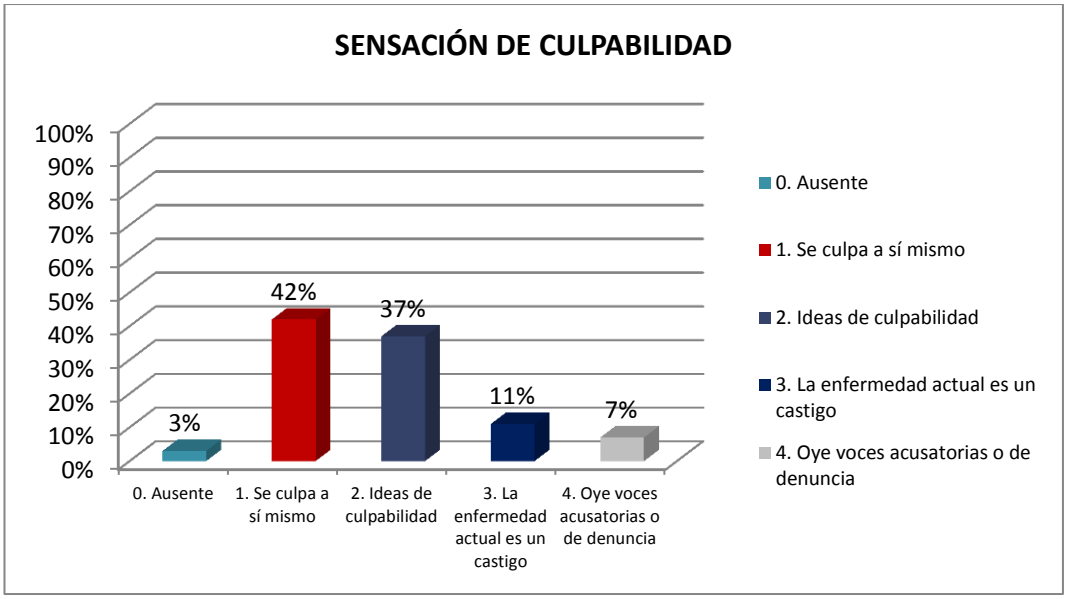
2. SENTIMIENTO DE CULPA

CUADRO N º 17

ESCALA	f	%
0. Ausente	3	3%
1. Se culpa a sí mismo	42	42%
2. Ideas de culpabilidad	37	37%
3. La enfermedad actual es un castigo	11	11%
4. Oye voces acusatorias o de denuncia	7	7%
TOTAL	**100**	**100%**

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 17



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (42%) se culpan a sí mismo, otro porcentaje importante (37%) presenta ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones. En menores porcentajes (11%) (7%) presentan ideas delirantes de culpabilidad y oye voces acusatorias y presenta ideas delirantes de culpabilidad. En el 3% la sensación de culpa está ausente.

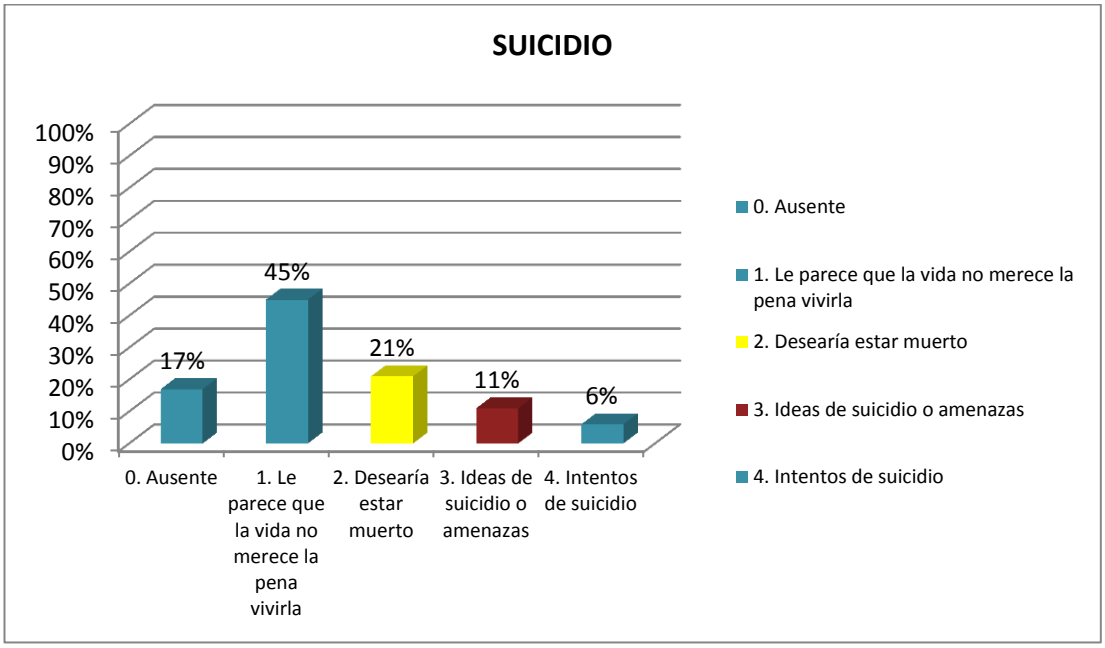
1. SUICIDIO

CUADRO Nº 18

ESCALA	f	%
0. Ausente	17	17%
1. Le parece que la vida no merece la pena vivirla	45	45%
2. Desearía estar muerto	21	21%
3. Ideas de suicidio o amenazas	11	11%
4. Intentos de suicidio	6	6%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 18



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (45%) le parece que la vida no merece la pena ser vivida; el (21%) desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. En menor porcentaje (17%) los pensamientos suicidas están ausentes; el (11%) presentan ideas suicidas o amenazas. El 6% manifiestan intentos de suicidio.

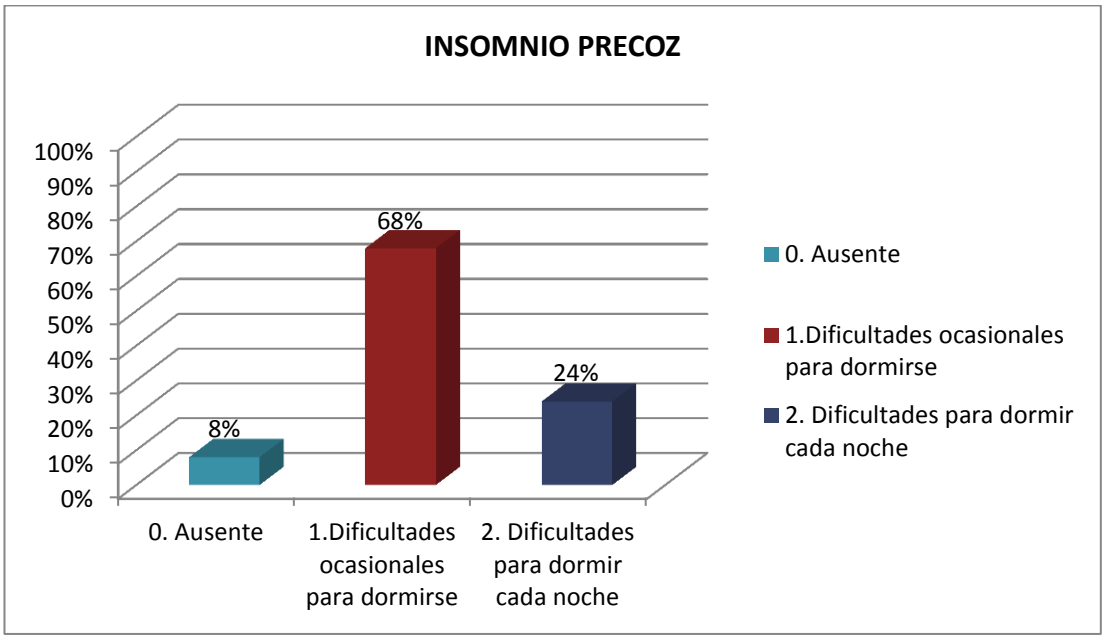
4. INSOMNIO PRECOZ

CUADRO Nº 19

ESCALA	f	%
0. Ausente	8	8%
1.Dificultades ocasionales para dormirse	68	68%
2. Dificultades para dormir cada noche	24	24%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 19



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (68%) tiene dificultades ocasionales para dormirse; otro porcentaje importante (24%) tiene dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de una hora. En menor porcentaje (8%) no tiene dificultades para dormirse cada noche.

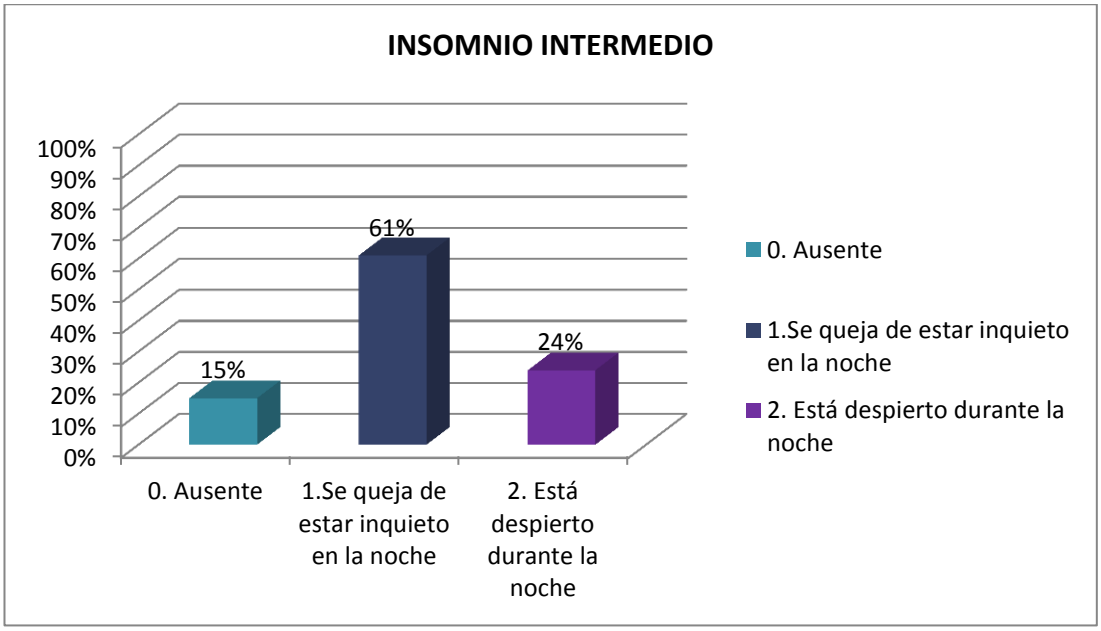
5. INSOMNIO INTERMEDIO

CUADRO Nº 20

ESCALA	f	%
0. Ausente	15	15%
1.Se queja de estar inquieto en la noche	61	61%
2. Está despierto durante la noche	24	24%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 20



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (61%) se quejan de estar inquieto durante la noche; otro importante porcentaje(24%)está despierto durante la noche. En menor porcentaje (15%) tiene ausencia de insomnio medio.

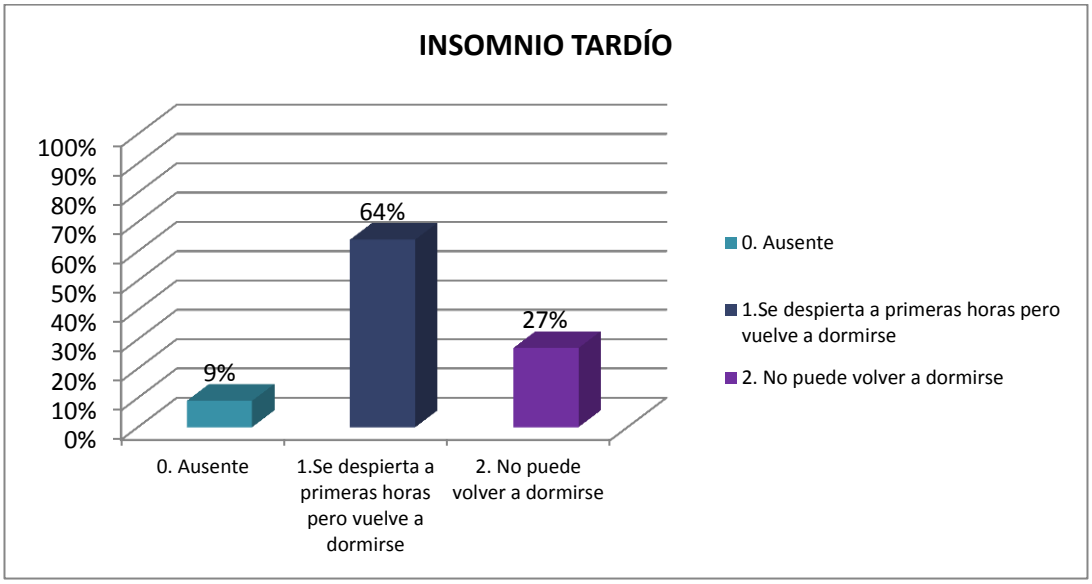
6.INSOMNIO TARDÍO

CUADRO Nº 21

ESCALA	f	%
0. Ausente	9	9%
1.Se despierta a primeras horas pero vuelve a dormirse	64	64%
2. No puede volver a dormirse	27	27%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 21



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (64%) se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse; otro importante porcentaje (27%) no puede volver a dormirse si se levanta de la cama. En menor porcentaje (9%) tiene ausencia de insomnio tardío.

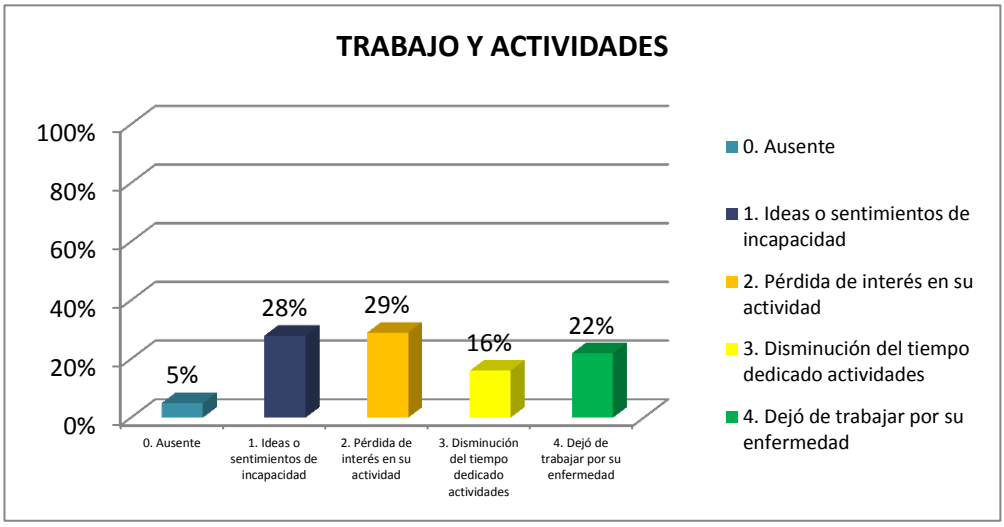
7. TRABAJO Y ACTIVIDADES

CUADRO N º 22

ESCALA	f	%
0. Ausente	5	5%
1. Ideas o sentimientos de incapacidad	28	28%
2. Pérdida de interés en su actividad	29	29%
3. Disminución del tiempo dedicado actividades	16	16%
4. Dejó de trabajar por su enfermedad	22	22%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 22



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (29%) presentan pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo manifestado directamente por el enfermo o directamente por desatención, indecisión y vacilación; otro importante porcentaje (28%) tienen ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones. El 22% dejo de trabajar por la presente enfermedad. En menores porcentajes (16%) (5%) presentan disminución del tiempo dedicado a actividades o descanso en la productividad y ausencia de ideas y sentimientos de incapacidad para trabajar y realizar actividades.

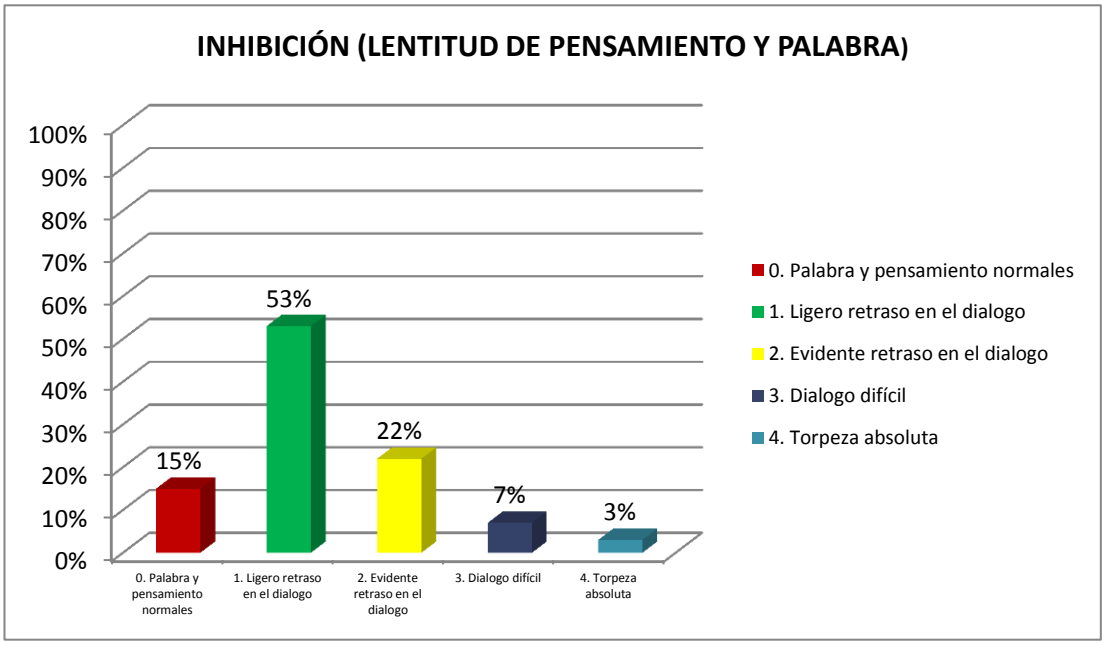
8. INHIBICIÓN (lentitud de pensamiento y palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)

CUADRO N º 23

ESCALA	f	%
0. Palabra y pensamiento normales	15	15%
1. Ligero retraso en el dialogo	53	53%
2. Evidente retraso en el dialogo	22	22%
3. Dialogo difícil	7	7%
4. Torpeza absoluta	3	3%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 23



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (53%) presentan ligero retraso en el diálogo; otro importante porcentaje (22%) presentan evidente retraso en el diálogo. El 15% manifiestan palabras y pensamiento normales, en menores porcentajes: (dialogo difícil l(7%) y torpeza absoluta3%).

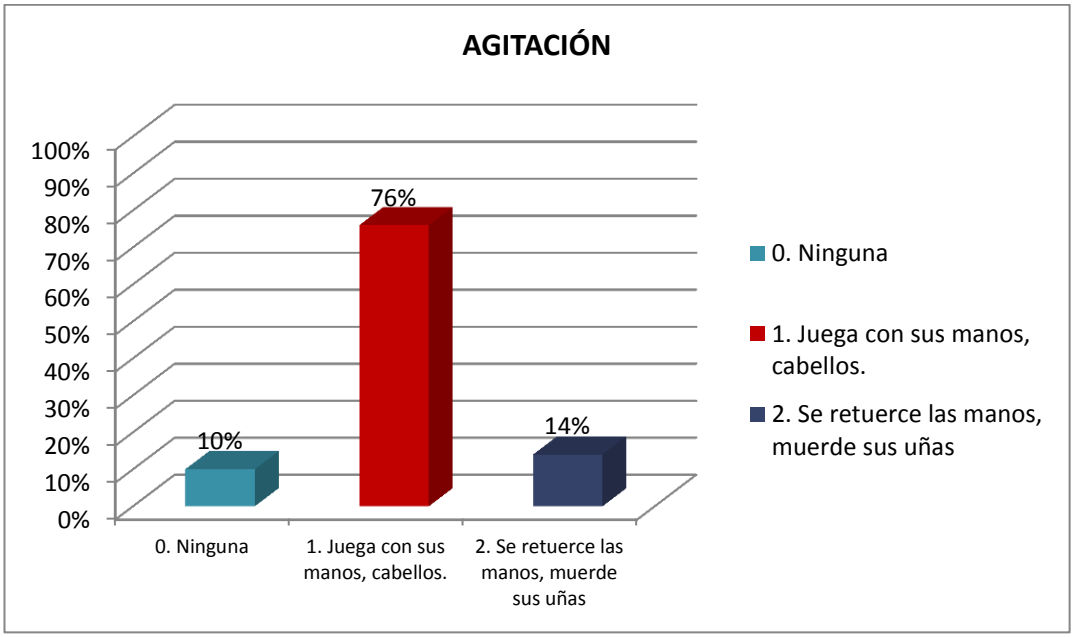
9.AGITACIÓN

CUADRO Nº 24

ESCALA	f	%
0. Ninguna	10	10%
1. Juega con sus manos, cabellos.	76	76%
2. Se retuerce las manos, muerde sus uñas	14	14%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 24



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (76%)juegan con sus manos y cabellos; otro importante porcentaje (14%) se retuercen las manos, se muerden las uñas, los labios, se tira los cabellos, etc. El 10% ningún signo de agitación.

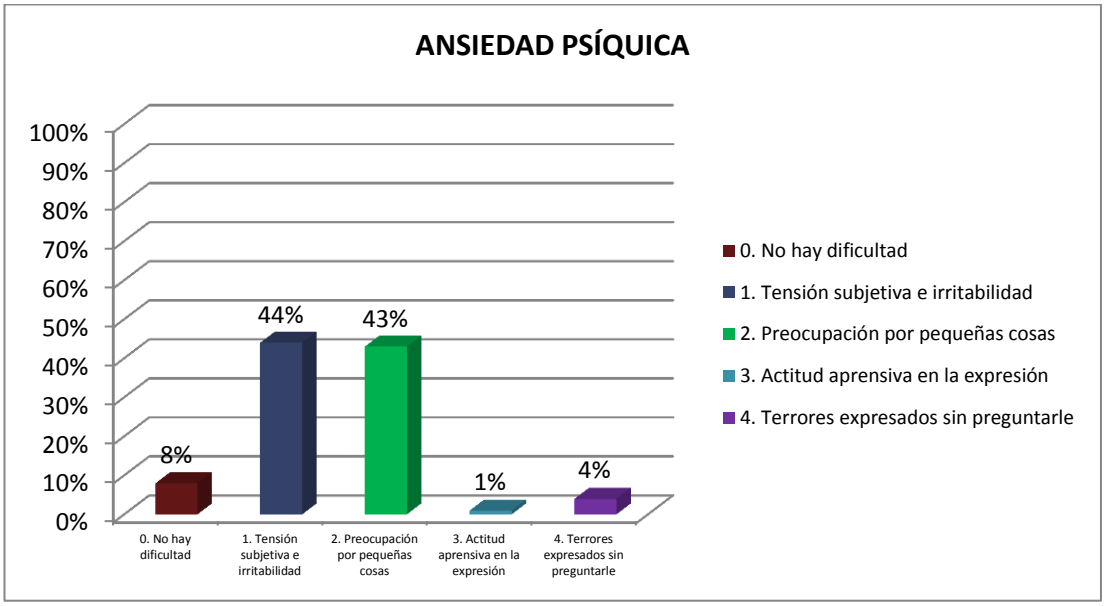
10. ANSIEDAD PSÍQUICA

CUADRO Nº 25

ESCALA	f	%
0. No hay dificultad	8	8%
1. Tensión subjetiva e irritabilidad	44	44%
2. Preocupación por pequeñas cosas	43	43%
3. Actitud aprensiva en la expresión	1	1%
4. Terrores expresados sin preguntarle	4	4%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 25



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (44%) presentan tensión subjetiva e irritabilidad; otro importante porcentaje (43%) preocupación por pequeñas cosas; en menores porcentajes (8%) y (4%) no hay dificultad y presentan terrores expresados sin preguntarle. El 1% actitud aprensiva en la expresión.

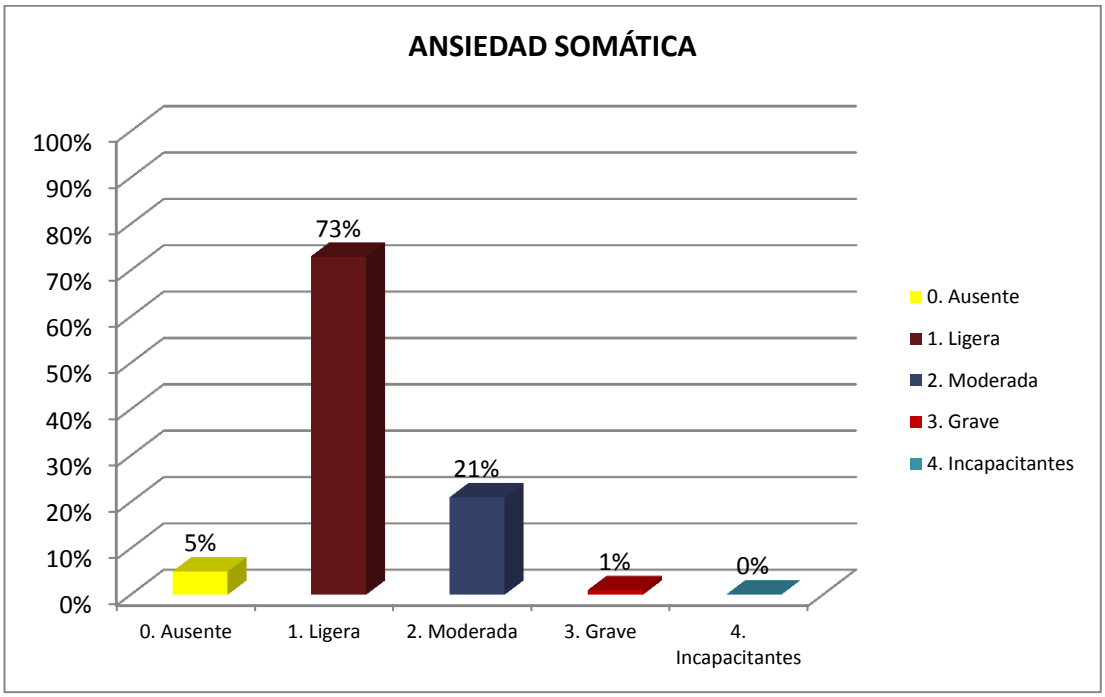
11. ANSIEDAD SOMÁTICA

CUADRO Nº 26

ESCALA	f	%
0. Ausente	5	5%
1. Ligera	73	73%
2. Moderada	21	21%
3. Grave	1	1%
4. Incapacitantes	0	0%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 26



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (73%) presentan signos fisiológicos concomitantes ligeros de la ansiedad; otro importante porcentaje (21%) signos de ansiedad somáticos moderados, en menor porcentaje(5%) no presentan signos. El 1% tienen signos de ansiedad incapacitantes.

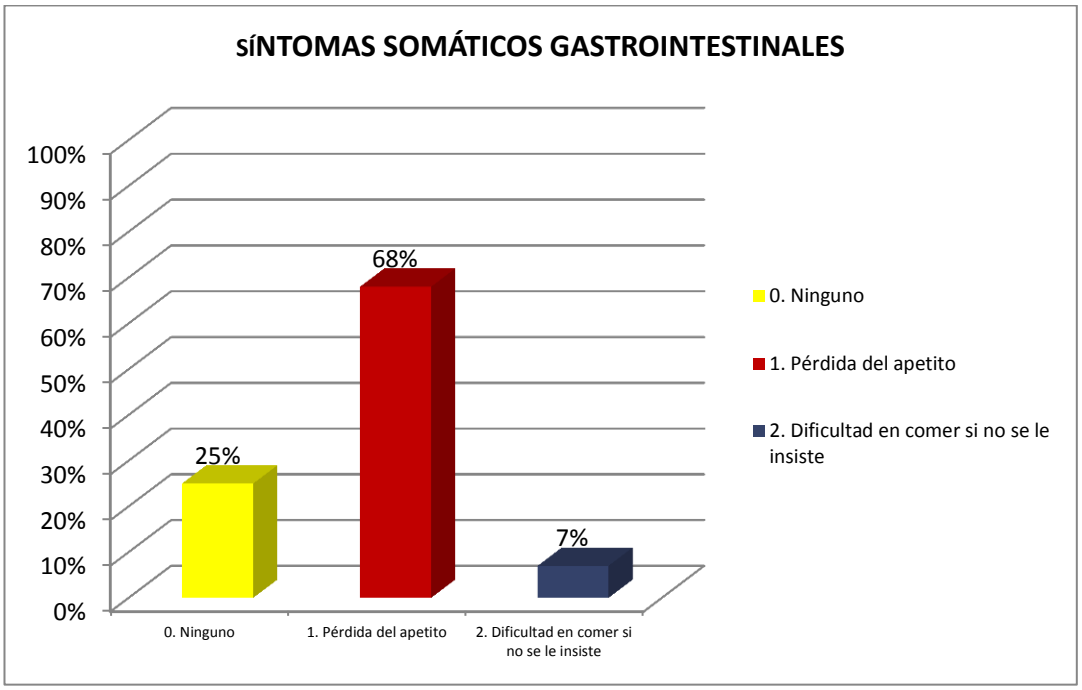
12.SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y GASTROINTESTINALES

CUADRO Nº 27

ESCALA	f	%
0. Ninguno	25	25%
1. Pérdida del apetito	68	68%
2. Dificultad en comer si no se le insiste	7	7%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 27



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (68%) tienen pérdida de apetito, pero comen sin necesidad de lo que estimulan y sensación de pesadez en el abdomen; otro importante porcentaje (25%) ningún síntoma somático El 7% dificultad en comer si no se le insiste.

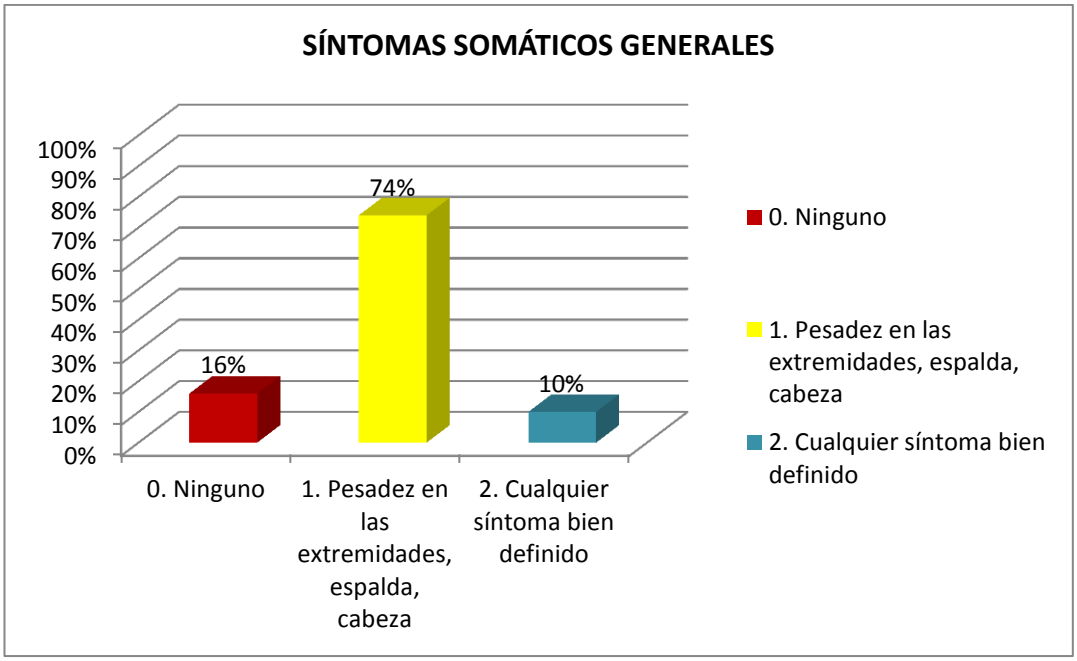
13.SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

CUADRO Nº 28

ESCALA	f	%
0. Ninguno	16	16%
1. Pesadez en las extremidades, espalda, cabeza	74	74%
2. Cualquier síntoma bien definido	10	10%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 28



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (74%) presentan pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad; otro importante porcentaje (16%) ningún síntoma somático general. El 10% cualquier síntoma bien definido.

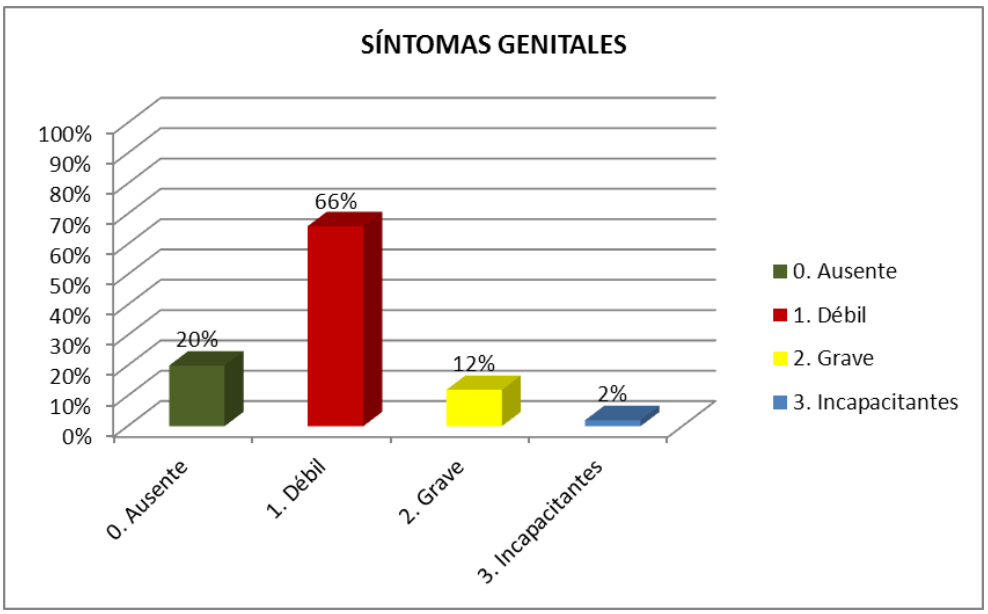
14. SÍNTOMAS GENITALES

CUADRO Nº 29

ESCALA	f	%
0. Ausente	20	20%
1. Débil	66	66%
2. Grave	12	12%
3. Incapacitantes	2	2%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 29



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (66%) presentan síntomas de pérdida de la libido y trastornos menstruales; otro importante porcentaje (20%) (12%) ausencia de estos síntomas y presencia grave de estos síntomas. El 2% síntomas de estos síntomas al grado incapacitante.

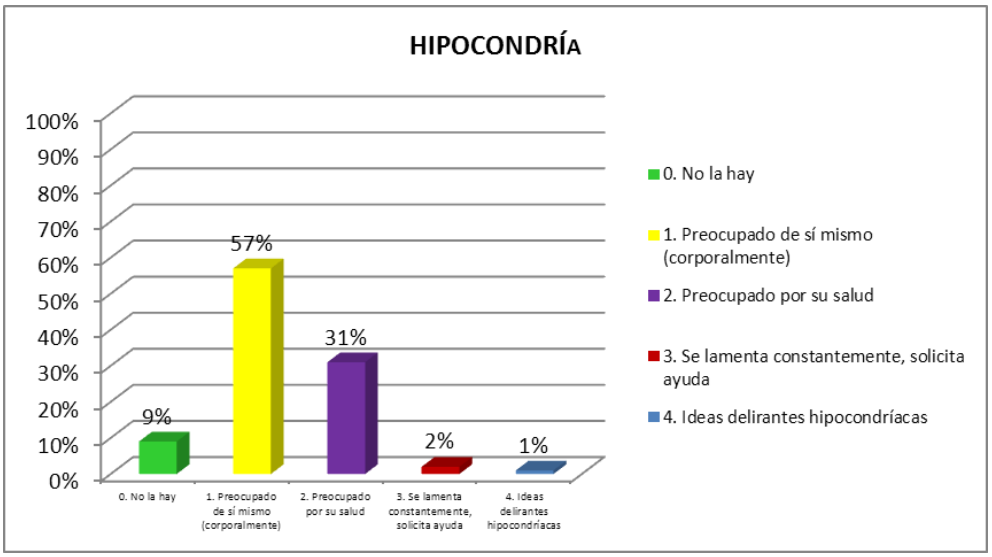
15. HIPOCONDRÍA

CUADRO Nº 30

ESCALA	f	%
0. No la hay	9	9%
1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)	57	57%
2. Preocupado por su salud	31	31%
3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda	2	2%
4. Ideas delirantes hipocondríacas	1	1%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 30



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (57%) se encuentran preocupados de sí mismo (corporalmente); otro importante porcentaje (31%) (9%)están preocupados por su salud y no tienen hipocondría. El 2% se lamentan constantemente, solicita ayudas; el 1%presentan ideas delirantes hipocondriacas.

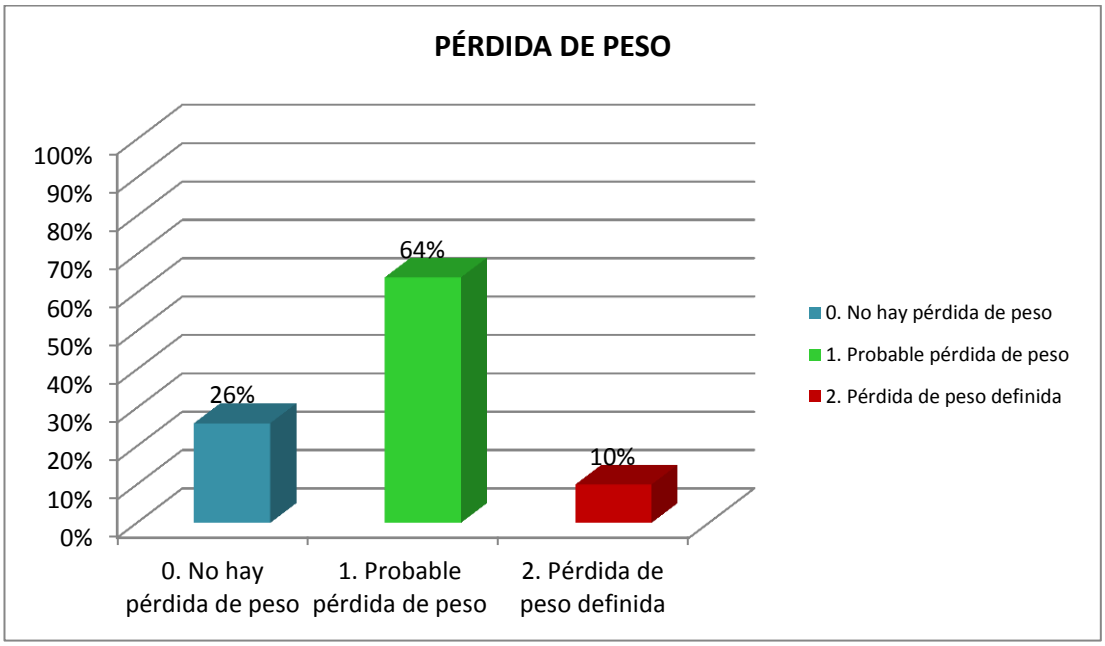
16. PÉRDIDA DE PESO

CUADRO Nº 31

ESCALA	f	%
0. No hay pérdida de peso	26	26%
1. Probable pérdida de peso	64	64%
2. Pérdida de peso definida	10	10%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 31



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (64%) manifiestan probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual; otro importante porcentaje (26%) no tiene pérdida de peso. El 10% presentan pérdida de peso definida por el paciente.

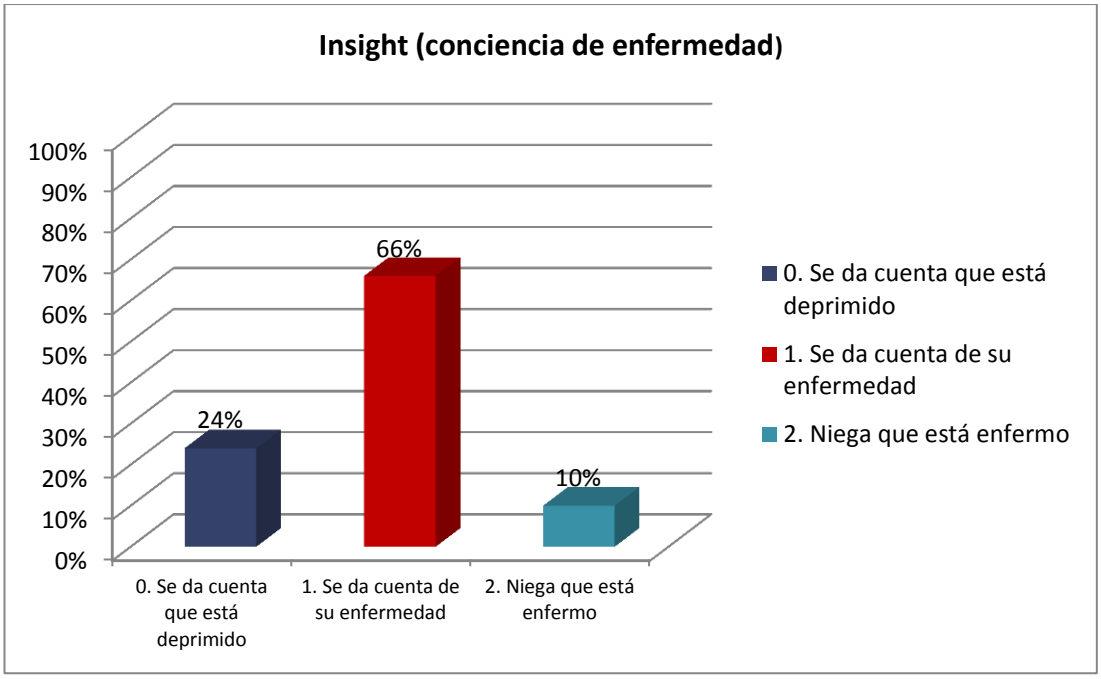
17. INSIGHT (CONSCIENCIA DE LA ENFERMEDAD)

CUADRO Nº 32

ESCALA	f	%
0. Se da cuenta que está deprimido	24	24%
1. Se da cuenta de su enfermedad	66	66%
2. Niega que está enfermo	10	10%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Depresión
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO Nº 32



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los adolescentes y jóvenes (66%) se da cuenta de la enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo y virus; otro importante porcentaje (24%) se da cuenta de que está deprimido y enfermo. El 10% niega que está enfermo.

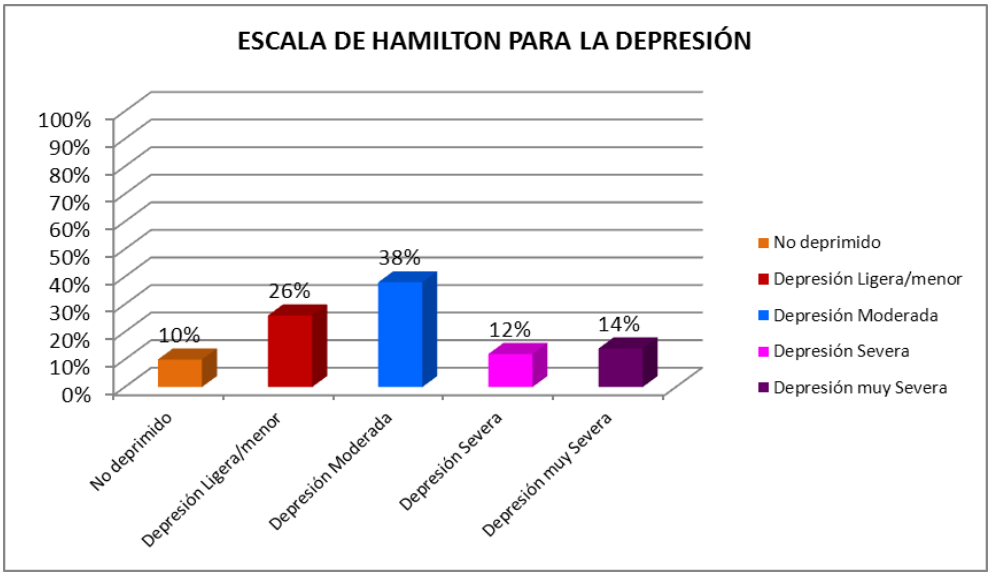
RESULTADOS DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

CUADRO N º 33

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN			
DIAGNÓSTICO	**VALORACIÓN**	**f**	**%**
No deprimido	0-7	10	10%
Depresión Ligera/menor	8-13	26	26%
Depresión Moderada	14-18	38	38%
Depresión Severa	19-22	12	12%
Depresión muy Severa	mayor a 23	14	14%
TOTAL		100	100%

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad
Elaboración: Dr. Jorge Ramiro Aldeán Ayala

GRÁFICO N º 33



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según se desprende de los datos obtenidos, el 38% de los adolescentes y jóvenes observados obtienen una valoración entre 14 - 18 puntos Depresión Moderada; el 26% obtienen una valoración entre 8 -18 puntos Depresión Ligera Menor; el 14% mayor a 23 puntos Depresión muy Severa; el 12% entre 19 – 22 puntos Depresión Severa; el 10% entre 0 – 7 puntos No Deprimido.

PROPUESTA

I. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PROPUESTA

1. **Denominación de la Propuesta**: Creación de redes de apoyo como estrategia de educación en la recuperación de la salud mental de adolescentes y jóvenes con adiciones al alcohol.
2. **Participantes:** Internos, egresados, familiares y equipos profesionales de los Centros de Recuperación: Chíllalos, Posada Solidaria, Centsadic, Por Amor a la Vida.
3. **Área geográfica de ejecución de la propuesta**: Provincia Loja, cantón Loja.
4. **Duración**: 1 mes de ejecución

II. OBJETIVOS

GENERAL

Ofrecer un marco conceptual y operativo viable de estrategias de educación para la recuperación de la salud mental con sus redes de apoyo.

ESPECÍFICOS

- Socializar la propuesta en su marco conceptual y operativo de construir redes de apoyo con los internos de los centros,

egresados de los centros, apoyos familiares y equipos de profesionales.

- Desarrollar actividades Deportivas.
- Desarrollar un taller sobre estrategias de apoyo de la familia y la comunidad a los adolescentes y jóvenes con adiciones al alcohol que atraviesan procesos de recuperación.

III. METAS Y RESULTADOS ESPERADOS

- Los adolescentes y jóvenes realizan actividades deportivas, de integración, reconocimiento y validación desde su condición de seres humanos.
- Los egresados de los Centros de Recuperación, aceptan su realidad, y deciden realizar un proceso de tratamiento en las modalidades de internamiento en una comunidad terapéutica con supervisión médica y trabajo profesional integral
- El equipo de profesionales dispone de un marco conceptual y operativo viable de estrategias de educación para informar actividades tendientes recuperación de la salud mental en cuanto a disminuir la ansiedad y depresión de los adolescentes y esto a través de una estrategia de educación realizada por las redes de apoyo.
- Las familias informadas que son las redes de apoyo,respecto a los servicios y modalidades a las que pueden acceder a la vez que reciben información de manera paralela para identificar la

ansiedad y depresión que se tiene en el entorno familiar y mejorar la dinámica de su familia, mejorar la comunicación y asumir compromisos de ayuda a los familiares que se vincularon con el alcohol.

- La comunidad Terapéutica y las redes de apoyo sensibilizada, participativa, e informada sobre los diferentes aspectos que interactúan en las adiciones a fin de generar espacios de integración y apoyo.

IV. METODOLOGÍA

Para la ejecución de la propuesta se trabajará una metodología expositiva, participativo-vivencial en el desarrollo de talleres, y en las actividades propuestas en la comunidad se abordará desde la metodología del autodesarrollo comunitario. Rivero Ramón, 2010, “Intervención comunitaria Familiar y de Genero”, Cuba, editorial Feijoo

V. PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDAD	CONTENIDOS	BENEFICIARIOS Y PARTICIPANTES	RECURSOS
Taller 1: Redes de apoyo, como estrategia de Educación en la Recuperación de la Salud Mental	-Modalidades de atención. -Intervención del equipo multidisciplinario en las Redes de Apoyo-roles -Tareas inherentes al tratamiento	Integrantes de los equipos interdisciplinarios que trabajan en los centros de recuperación	-Informáticos: computador, infocus. -Fotocopia del apoyo teórico para cada participante -cartulinas -marcadores
Taller 2:Vivencias para familiares o referentes familiares en las Redes de Apoyo	-Reconociendo la dinámica relacional de mi familia -Formas de expresión y comunicación eficaces -Proyecto y escudo familiar.-estrategias de ayuda -Manejo del dolor emocional derivado del sentimiento de culpa y fracaso, manteniendo amor y límites entre sus miembros	-familias con sus integrantes	-tarjetas -cartulinas -marcadores de colores -hojas de trabajo -pliegos de papel periódico -Informáticos: computador, infocus.

Charla interactiva: Aspectos que interactúan en la adicción	-Explicaciones teórico científicas de los aspectos que interactúan en la adicción.	-familias con sus integrantes	Informáticos: computador, infocus
Campeonato de integración	Acciones comunitarias para fortalecer Redes de Apoyo	-comunidad en general	-Reglamento del campeonato -difusión e inscripciones -Gestión para la premiación
Socializar posibilidades de grupos de autoayuda	Acciones comunitarias para fortalecer Redes de Apoyo	-comunidad en general	-Registro de posibilidades de ayuda desde una red interinstitucional e intersectorial.

VI. DESARROLLO DE LA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA PROPUESTA DE LA REDES DE APOYO COMO ESTRATEGÍA DE EDUCACIÓN EN LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Al proponer la creación de redes de apoyo se busca garantizar la atención integral del usuario en los aspectos de desarrollo humano (ciclo vital), estilos de vida y alteraciones de la salud, determinando los pasos mínimos a seguir, el orden secuencial lógico de éstos, que aseguren la oportunidad de la atención, la eficiencia, sostenibilidad y calidad de los servicios y su impacto positivo en la recuperación, la reinserción social y a medida de lo posible la reinserción laboral de los adolescentes y jóvenes, luego de haber atravesado un proceso de internamiento para su recuperación.

Durante y luego de un internamiento se propone prestar servicios de atención en el tratamiento de la dependencia al alcohol orientada a mejorar su calidad, que permitan establecer estándares mínimos de calidad con base en la buena práctica clínica, al rol de las redes de apoyo y en la satisfacción de los usuarios, incorporando la evaluación sistemática como un factor indispensable, respetando las actividades culturales fundamentales. La presente propuesta se la realizará de manera integral con el equipo técnico multidisciplinario.

ATENCIÓN INTEGRAL ENPERSONAS CONSUMIDORAS DE ALCOHOL

PRINCIPIOS BÁSICOS

Se fundamenta en un enfoque humanista, en donde reconoce al ser humano como parte importante del proceso de recuperación de la salud Mental sin juzgar ni etiquetar con estereotipos, reconociéndolo como parte de la comunidad y del fenómeno que tratamos., en donde las relaciones familiares interpersonales y sociales tienen influencia.

La propuesta se basa en las siguientes premisas básicas:

- Para realizar esta concepción Las personas que sufren problemas relacionados con el consumo de alcohol les faltó afecto y cariño en las relaciones personales, familiares, sociales, culturales, laborales.
- Para poder realizar un buen proceso debemos acompañar a una población en este caso a los adolescentes y jóvenes caminar junto a ellos y construir prácticas más reales y respetuosas que permita a las personas afectadas aceptar su realidad para que ello demanden la ayuda para su tratamiento y rehabilitación.
- La propuesta es acompañar a los adolescentes y jóvenes donde ellos lo necesitan y no hacia donde nosotros queremos llevarlo

Los servicios de tratamiento deben de tener en cuenta una valoración previa del equipo Técnico multidisciplinario y disponer de una red de apoyo que acompañe a la persona en el proceso de recuperación.

- Para el aprovechamiento de la red de apoyo se debe beneficiar de los servicios de tratamiento, en la medida de lo posible, las instituciones sociales y de salud existentes y vincularse e integrarse a ellas con el objeto de lograr que la atención sea un proceso continuo. También deberán comprender servicios de apoyo en la comunidad, a fin de construir redes de apoyo.
- Los servicios de tratamiento y rehabilitación deben desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas dependientes del alcohol y a apoyar su readaptación social como miembros sanos y productivos de la comunidad.

DEFINICIONES QUE FUNDAMENTAN LA PROPUESTA

DIAGNÓSTICO

Antes de intervenir con una terapéutica se debe aplicar el Test de Hamilton para valorar La Ansiedad y Depresión que nos permitirá arribar a un diagnóstico de la Salud Mental de los Adolescentes y Jóvenes

TRATAMIENTO

Proponemos una estrategia para recuperar la salud Mental con un conjunto de medidas terapéuticas que se orientan a la disminución la ansiedad y la depresión para la recuperación de la salud mental.

Las actividades deben estar inmersas en un proceso con procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, armonizar el funcionamiento laboral, familiar, individual y social del ser humano.

El proceso va a consistir en actividades para alcanzar el nivel de salud y bienestar más alto posible, dé los adolescentes y jóvenes que decidieron como parte un fenómeno complejo y multicausal usar una substancia para huir de la realidad y por tanto los tratamientos deben ser integrales: primero con el adolescente con el joven y a su vez de manera paralela con la familia a través de otro equipo.

Los tratamientos determinan por *fases; las* fases que permita inicialmente aceptar su realidad, responsabilizarse de sus actuaciones del mal funcionamiento familiar y social; el mismo que se ha deteriorado y trabajar en este proceso de integración familiar y social.

Con respecto a las modalidades de tratamiento, debe ser integral en equipo y con apoyo de la red que acompañará el proceso, este enfoque es congruente con la mayoritaria participación de programas tipo comunidad terapéutica, Modelo Minnesota (residencial basado en 12 pasos), Teo terapia y grupos de autoayuda inspirados en la filosofía de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA).

RECUPERACIÓN

Recuperar implica reponer, readquirir, rehabilitar una función o patrón de actividades perdidas, en la familia y en la sociedad , tratando también de aprovechar o reorganizar las posibilidades residuales en el individuo y su entorno que quedan como consecuencia de procesos patológicos, ya sea por la gravedad misma del proceso o por la intervención tardía sobre este. La recuperación y rehabilitación está intrínseca en el proceso de tratamiento y debe tenerse en cuenta desde el mismo momento en que se realiza el diagnóstico, evaluando los posibles síntomas y signos de Ansiedad y Depresión y llegar a las causas que las originan.

Según la definición dada por el Ministerio de Salud, ahora de la Protección Social, la Recuperación: Es un proceso "Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervención este pendientes a restaurar la función física, psicológica y social resultante de una condición previa o crónica, disminuyendo los síntomas consecuencias de la enfermedad que pueden reducir o alterar la capacidad del paciente para desempeñarse en la familia y en el entorno socio laboral.

La recuperación es el paso siguiente al tratamiento y la desintoxicación y busca reintegrar al individuo a su vida familiar -comunitaria y social. Puede ofrecerse a través de asesoría y asistencia, desarrollo de habilidades, educación y orientación vocacional, entre otros. La meta primaria de la

rehabilitación es restaurar las condiciones psicológicas, familiares, sociales y físicas previas al inicio del consumo que permitan la reconstrucción de un estilo de vida libre de Sustancias Psicoactivas y prevengan también la recaída y reincidencia en el consumo.

Con el fin de diferenciar los objetivos del tratamiento frente a los de la rehabilitación, podría decirse que el tratamiento debe ofrecer los medios para contrarrestar la influencia de los factores de riesgo que llevaron tanto al inicio como al mantenimiento del consumo de Sustancias Psicoactivas (las condiciones previas personales, familiares y contextuales).

La rehabilitación por su parte, deberá ofrecer los medios que permitan contrarrestar la influencia de los factores de riesgo producidos por el consumo mismo entre ellos, problemas con el manejo de la familia, expectativas no claramente definidas en relación a las conductas esperadas falta de control disciplina inconsistente o dura , Expectativas bajas en relación al éxito esperado del adolescente, ambiente negativo en la escuela y colegio ;aspectos de auto-estima, auto-eficacia, estilos de vida, patrones relacionales, desocupación, pérdida de intereses y habilidades, entre otros.

La rehabilitación propenderá por la recuperación de una red de apoyo social a través de la adquisición de un nuevo rol social distante del rol que asumió siendo consumidor de Sustancias Psicoactivas, correspondiendo estos objetivos a algo más allá que el logro de la abstinencia.

RECUPERAR LA SALUD MENTAL VOLVER AL EQUILIBRIO

Cuando la salud Mental se halla comprometida, Es la unidad de la persona la que está en juego; son los procesos de integración los que se debilitan.

Esto puede deberse a la maduración insuficiente o incluso a la desproporción de los elementos que se han de integrar: Un pasado demasiado cargado de emociones mal asimiladas o, por el contrario demasiado inconsistente una falta de confianza en sí mismo y en los demás, trastornos de comunicación con el medio. etc.

Ciertamente no se puede modificar el pasado individual pero lo que se discute aquí es el significado del recuerdo que tiene de este pasado y su repercusión en el presente .Y este si puede ser modificado por la intervención de un profesional de la Salud mental llevando estos recuerdos del inconsciente al nivel consiente de conflictos inconscientes y comunicables a través de la palabra, o escribirlas para desbloquear las emociones que han sido bloqueadas por las circunstancias en el contexto tranquilizador de la intervención terapéutica.

También es importante ayudar a la asimilación de problemas generadores de Angustia, Ansiedad y depresión reduciendo la carga de Ansiedad que los acompaña con la ayuda de actividades Deportivas, capacitación, Terapias

Espirituales, alternativas como psicoterapia mental y corporal que le ayudan a romper el círculo de la neurosis.

REINSERCIÓN SOCIAL

Debe realizarse en la práctica través de la familia y la sociedad y que debe ser parte del proceso. La familia quien es informada y capacitada de manera paralela es la que debe ayudar a que las condiciones del hogar de la familia y del entorno sean favorables, la actividades del proceso de recuperación deben ir en pro de que ellos a través de la capacitación recibida, en los talleres implementen una microempresa y este trabajo ayude a la recuperación. Una vez que la persona ha terminado su rehabilitación, se esperaría que las habilidades adquiridas o recuperadas y la reinstauración de la auto-confianza, le ayuden a reincorporarse de manera efectiva a la vida comunitaria y social. La reincorporación social y algunos aspectos de la rehabilitación requieren de una coordinación y cooperación intersectorial e interinstitucional, así como de una familia y una comunidad educada y sensibilizada frente a la importancia de la rehabilitación y la reincorporación social.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

El abordaje y tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol, implica responder efectivamente a la demanda de servicios de atención de diferentes niveles de complejidad que realiza la población afectada.

A medida que se ha incrementado el conocimiento acerca de la naturaleza de los trastornos adictivos, de cómo operan sus mecanismos fisiopatológicos y cuáles son sus determinantes psicosociales, se han desarrollado diversas estrategias para el tratamiento, muchas de ellas con base en la evidencia científica disponible. Se ha venido trabajando intensamente en la construcción del consenso acerca de los principios generales que deben regir las intervenciones terapéuticas en el manejo de los trastornos por consumo de Sustancias Psicoactivas. Uno de los puntos de coincidencia apunta a considerar el programa de tratamiento más adecuado, aquel que permite la atención oportuna de las necesidades del mayor número de personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, con el mínimo grado de restricción, la mayor libertad, seguridad y efectividad posibles.

En el proceso de selección de la opción terapéutica más adecuada para un problema derivado del consumo de Sustancias Psicoactivas es necesario considerar:

- El tipo y cantidad de sustancia consumida.
- La gravedad del trastorno y el grado de compromiso funcional asociado.
- Los trastornos o complicaciones de tipo médico general o psiquiátrico.
- Las fortalezas y debilidades particulares del paciente
- El contexto social en el cual el individuo vive y va a ser tratado.

La demanda de atención resume las necesidades de un paciente o de un grupo de pacientes y viene dada por la particular manera como se combinan los diferentes elementos arriba mencionados, determinando la existencia de varios niveles de complejidad y de intensidad de los servicios que constituyen la oferta de tratamiento.

Salvo los cuadros de intoxicación o de abstinencia agudos, que requieren de una intervención inmediata y cuya resolución suele darse en un período de tiempo relativamente breve (horas o días), los trastornos derivados del consumo de sustancias como el abuso y la dependencia, se consideran de naturaleza crónica y recidivante, incluyendo aspectos biomédicos, psicológicos o sociales de estos trastornos que deben ser atendidos en el mediano y largo plazo.

La satisfacción adecuada de las demandas de atención generadas por el consumo desustancias, requiere de la participación integrada de un conjunto de servicios (establecimientos, programas, equipos de profesionales y técnicos) que den cobertura a las diferentes necesidades de manera

oportuna, limitando el daño y la discapacidad potencial resultante de estos trastornos. En la práctica, puede resultar imposible o poco realista, pensar que todos estos aspectos van a poder ser cubiertos de manera simultánea y eficiente por un solo programa o establecimiento, actuando de forma aislada, por lo que se hace necesario establecer mecanismos de articulación entre los diferentes actores involucrados en la atención, a manera de red, facilitando el que las distintas ofertas disponibles se complementen y puedan llegar a satisfacer razonablemente, con criterios de oportunidad, equidad, calidad y eficiencia, las necesidades de los usuarios.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA COMO UNA ESTRATEGIA DE RED DE APOYO EN EL TRATAMIENTO

En muchas regiones los únicos recursos de que se dispone para el tratamiento son los servicios de atención primaria de la salud y de medicina general los usuarios del alcohol suelen entrar en contacto por primera vez con los sistemas de salud por conducto de los servicios de atención primaria. En algunas comunidades la magnitud de los problemas derivados del abuso del alcohol significa una pesada carga para esos servicios, pudiendo ser de gran ayuda el concurso de la comunidad.

La comunidad, la familia y los integrantes de la comunidad son la causa de la problemática y por ello deben formar parte del sistema de tratamiento y

coadyuvan en gran medida a la planificación, ejecución y evaluación del programa. Es indispensable que al elaborar el tratamiento se tenga en cuenta el contexto cultural y social en que se prestarán los servicios, convendría que se aprovecharan las prácticas curativas tradicionales y se integrara el nuevo servicio en la comunidad local que tal vez ya haya iniciado sus propias formas de Intervención.

Las redes sociales al interior de las comunidades posibilitara las transformaciones benéficas para los grupos humanos y los individuos que las conforman, se hace necesario reconocer a las comunidades como redes de apoyo cuando falta la familia. En este sentido, las redes sociales de apoyo pueden ser reconocidas “utilizadas” como un recurso terapéutico y desarrollar con ellas estrategias de educación Para la reducción de daño el empoderamiento de los actores de la vida social en una comunidad, la articulación de sus recursos como elementos esenciales para el trabajo en la dimensión local y cotidiana del paciente y su entorno.

La estrategia consiste en propiciar acciones hacia el cambio en los estilos de vida de los usuarios de sustancias psicoactivas como un paso importante en las propuestas de inclusión social de los usuarios, pues deben reconocerse incluirlos no marcarlos para que puedan acceder a centros de tratamiento terapéuticos.

Se considera entonces a la comunidad como opción y oportunidad para generar espacios al interior de las mismas comunidades donde habitan y

conviven con los otros actores de la vida social, en el desarrollo de propuestas terapéuticas.

En esta perspectiva la reducción de daño se constituye en un eslabón esencial entre las acciones preventivas y terapéuticas y permite encontrar nuevas formas de abordaje del enfoque del problema de las adicciones.

ESTRATEGIA DE EDUCACION

Este modelo debe tener las siguientes características: debe ser flexible, comprensivo, humanista, integrado e integral y con un perfil muy definido de la población a la cual se dirige.

Ventajas

- Disminuye la marginación social.
- Reduce los riesgos sociales conexos al consumo.
- Cambia los comportamientos de riesgo por parte de los consumidores.
- Disminuye el uso de alcohol índice de adicción y deterioro biopsicosocial.
- Acerca las instituciones a los usuarios.
- Aumenta de índice de retención en Centros de Acogida y Programas de Tratamiento.
- Estimula las demandas de tratamiento y rehabilitación.

ROL DEL EQUIPO DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

El equipo técnico multidisciplinario es relevante en el tratamiento. El trabajo en equipo ha sido considerado por algunos autores como la “base” del

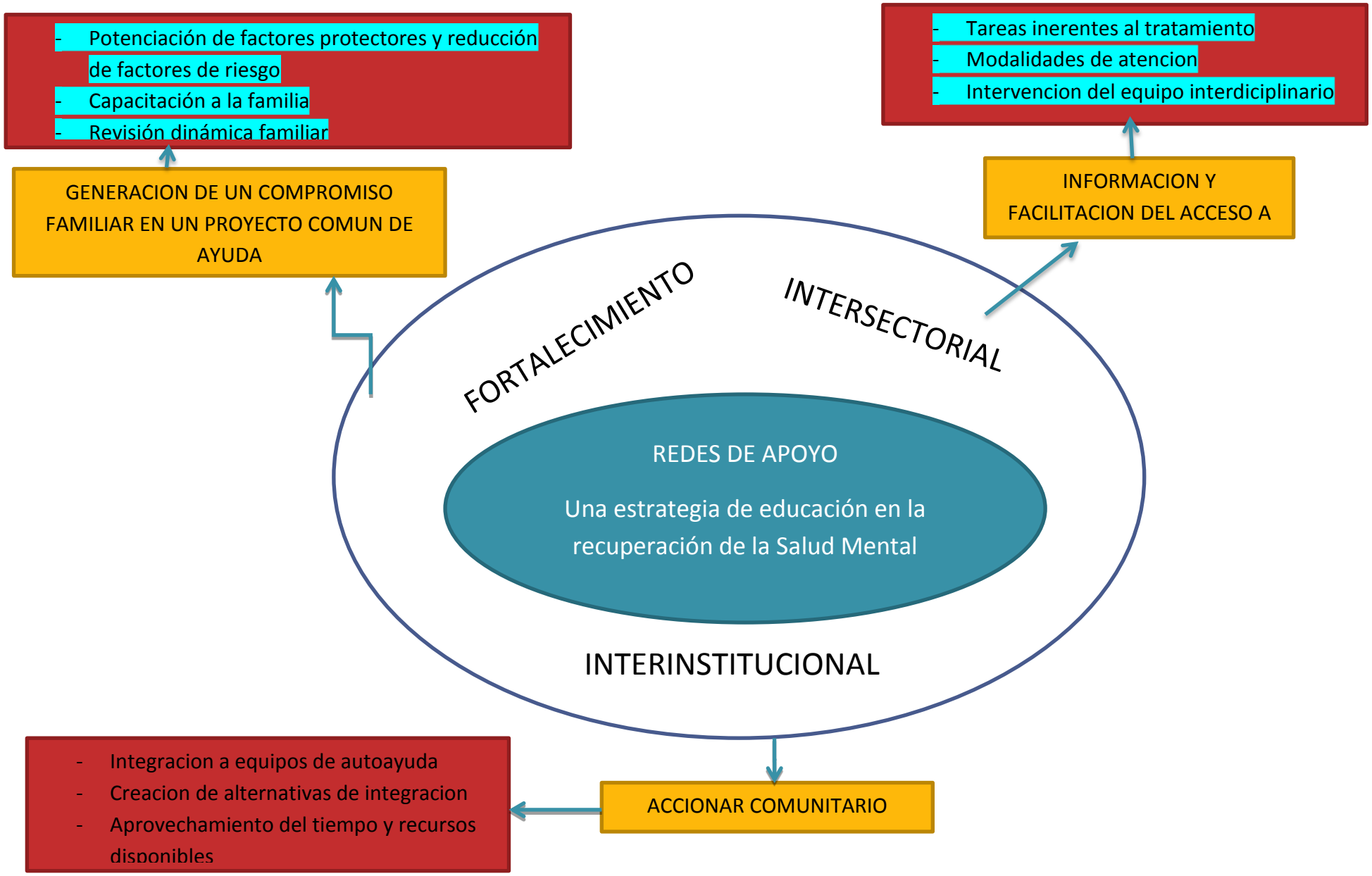
mismo. Ya que es innegable que la complejidad del problema en cuestión requiere de la conformación de equipos multidisciplinarios de profesionales y técnicos, quienes actuando en encuadres como organizaciones de base comunitaria, clínicas u hospitales, ejecuten programas de recuperación integral, que aborden las diferentes fases y etapas del proceso.

FUNCIONES DEL EQUIPO DE TRATAMIENTO

La eficacia de la labor del equipo radica, no en la suma de los esfuerzos individuales realizados por cada uno de los miembros del equipo interdisciplinario; donde se encuentren profesionales desde sus respectivas áreas, sino en la integración de esos esfuerzos comunes.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Participantes	Recursos	Periodo de ejecución 1 mes			
			Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Taller 1: Redes de apoyo, como estrategia de Educación en la Recuperación de la Salud Mental	Integrantes de los equipos interdisciplinarios que trabajan en los centros de recuperación	-Informáticos: computador, infocus. -Fotocopia del apoyo teórico para cada participante -cartulinas -marcadores	—			
2. Taller de Vivencias para familiares o referentes familiares en las Redes de Apoyo	-familias con sus integrantes	-tarjetas -cartulinas -marcadores de colores -hojas de trabajo -pliegos de papel periódico -Informáticos: computador, infocus.		—		
Charla interactiva: Aspectos que interactúan en la adicción	-familias con sus integrantes	Informáticos: computador, infocus			—	
Campeonato de integración	-comunidad en general	-Reglamento del campeonato -difusión e inscripciones -Gestión para la premiación			—	—
Socializar posibilidades de grupos de autoayuda	-comunidad en general	-Registro de posibilidades de ayuda desde una red interinstitucionales intersectorial.				—


- Potenciación de factores protectores y reducción de factores de riesgo
- Capacitación a la familia
- Revisión dinámica familiar
GENERACION DE UN COMPROMISO FAMILIAR EN UN PROYECTO COMUN DE AYUDA
- Tareas inerentes al tratamiento
- Modalidades de atencion
- Intervencion del equipo interdiciplinario
INFORMACION Y FACILITACION DEL ACCESO A
FORTALECIMIENTO
INTERSECTORIAL
REDES DE APOYO
Una estrategia de educación en la recuperación de la Salud Mental
INTERINSTITUCIONAL
ACCIONAR COMUNITARIO
- Integracion a equipos de autoayuda
- Creacion de alternativas de integracion
- Aprovechamiento del tiempo y recursos disponibles

g. DISCUSIÓN

1.- Humor ansioso.- el 48% presentan humor ansioso, irritabilidad, inquietud constante en una intensidad ligera, están inquietos y pensando que el internamiento y que el encierro es lo peor que les ha pasado; el 16% en intensa elevada tienen una aprehensión temerosa por el tratamiento, el 15% en intensidad máxima, se encuentran irritables el 13% en intensidad media ya que no saben que pasara con ellos después del internamiento, y el 8% de los investigados no presentan ansiedad, están tranquilos.

Estudios.- Este parámetro fue estudiado por Min y Col quienes dicen que se la alteración del humor se debe al funcionamiento defectuoso de los ganglios basales (Bados vilert 1991; Mink, 1998)

2.- **Estado de tensión**- El 41% tienen intensidad ligera, se refleja en que no pueden estar quietos, mueven sus manos, pies y cuerpo en forma de balanceo; el 21% intensidad media, y se muestran sobresaltados; el 20% intensidad elevada, se puede observar en ellos inquietud, tiemblan y lloran; el 10% intensidad máxima, y el 8% no presentan este síntoma, no están tensos.

Interpretación.- esta fase se debe a la ansiedad y al síndrome de abstinencia

Estudios.-hay Estudios que indican de disfunciones en la transmisión nerviosa afectarían a distintos neurotransmisores (Bados, 1995).

3.- Miedos.- Los miedos: a la oscuridad a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales, a la circulación, a la muchedumbre, como otro síntoma de la ansiedad, en los adolescentes y jóvenes investigados encontramos que están presentes en una intensidad media en un 32%, manifiestan tener miedo a quedarse solos; en intensidad ligera el 27%, manifiestan tener miedo a la oscuridad; en intensidad elevada el 16%, que expresar tener miedo al contacto y circulación de otras personas, pues se sienten amenazados por personas extrañas; ausente de miedos el 14%, y miedos en intensidad máxima en un 11%.

Estudios.- El Etanol en sangre permite predecir el estado conductual y cognitivo de un sujeto modificado Bogen 1 (1932)

Insomnio.- se pudo determinar que se encuentran dificultades de conciliación, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos, en los niveles siguientes: el 34% los presentan en una intensidad ligera, pues refieren que tienen dificultad para conciliar el sueño; el 24% en intensidad media, tienen un sueño no satisfactorio y se sienten con cansancio al despertar el 20% en intensidad elevada, refieren tener pesadillas; el 13% en intensidad máxima, refieren tener terror a la llegada de la noche y el 9% no presentan ansiedad y dicen dormir bien.

Estudios de Enrique Echevarría, Catedrático de Terapia de Conducta del País Vasco refieren que en las alteraciones del sueño existe una combinación de factores biológicos y de circunstancias vitales. Los genes pueden jugar un papel. Muchas de las personas que la padecen también experimentan otros trastornos médicos, como depresión, que al parecer implican cambios en los procesos químicos cerebrales, en particular anomalías en los niveles de laserotonina. Las alteraciones del sueño son respuestas a la ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro.

Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas es decir ejercen una función protectora de los seres humanos. Los mecanismos, psicofisiológicos humanos, que preparan para la huida o la lucha (respuestas de ansiedad). Enrique Echevarría, ilustra con un magnífico ejemplo cómo funciona el mecanismo de la ansiedad, conservando, sin embargo sus beneficios protectores. En los casos de los adolescentes y jóvenes investigados se pudo determinar, que las alteraciones del sueño han desencadenado agotamiento físico y en algunos casos estados de somnolencia durante el día, y en otra hipersomnia.

Estudios.- El alcohol produce pesadillas e insomnio Conde V .1988

Al evaluar las funciones intelectuales (cognitivas): Dificultad de concentración. Mala memoria, de los adolescentes y jóvenes investigados se puede determinar que el 36% presentan en una intensidad máxima, que se

refleja en que tienen lagunas mentales; el 21% en intensidad mediano recuerdan algunas episodios de su vida; el 20% en intensidad elevada, tienen mala memoria, el 14% en intensidad ligera no les interesa el proceso de su recuperación en el internamiento; y el 9% no presentan afecciones en las funciones intelectivas principalmente en concentración y memoria.

Las capacidades de atención y concentración se ven afectadas por el consumo de alcohol y desencadenan episodios de tristeza, al igual que cualquier otra emoción, y tienen una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar "energía" para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación (Whybrow, Akiskal, y McKinney, 1984).

Estudios.- Un pequeño nivel de alcoholen el cerebro reduce la función mental Regier y Col 1990)

Respecto al humor depresivo: presentan pérdida de interés, no disfrutan el tiempo libre, depresión, insomnio de madrugada, variaciones anímicas a lo largo del día. Se estableció que presentan en intensidad ligera el 29%, intensidad elevada, no disfrutan del tiempo libre; el 28%; intensidad media, puesto que tienen insomnio en la madrugada; el 20%, intensidad máxima, los pacientes que se sienten deprimidos; el 15%, refieren variaciones de

ánimo que pasan con facilidad a la tristeza, que permanecen por tiempos largos.

Los pacientes tienen variaciones de su estado de ánimo a lo largo del día, característica muy propia de su estado de ansiedad. Hermilio Valdizan en su revista de Psiquiatría y Salud Mental, afirma que en las personas consumidoras de alcohol, se produce una modificación en la percepción de la realidad de los estados emocionales y del comportamiento que al no tener el consumo de alcohol para brindar un efecto de bienestar genera un estado de ansiedad, acompañándose en ocasiones de insomnio, y las variaciones anímicas.

Estudios.- Trastornos del humor (afectivos): El riesgo de suicidio es de un 15% a un 20%, siendo mayor en la depresión mayor OMS 2001 García de Jalón 2002, Pascual y otros 2005 OMS 2009

Manifestaciones externas corporales a nivel muscular.- se desprende que 8% de pacientes están tranquilos,47 pacientes tienen rigidez muscular, 18 % tienen sacudidas clónicas musculares, 20 rechinan los dientes y tienen tics; 7 pacientes están con la voz entrecortada, descripción realizada de acuerdo a los síntomas y que al analizar los niveles se segrega que el 47% de estos síntomas se presentan en intensidad ligera, seguido del 20% que los presentan en intensidad elevada, el 18% en intensidad media, es un 7% que la presenta en una intensidad máxima.

Estudios.- El Alcohol disminuye la Fuerza Muscular, produce calambres, dolor en las piernas y brazos falta de fuerzas en manos polineuritis González R 1990.

Síntomas somáticos generales .- a nivel sensorial como zumbido de oídos y visión borrosa, oleadas de calor o frio, se sienten débiles, tienen parestesias de las piernas y brazos ((neuritis); se determina que 12 % de pacientes no tienen sintomatología, 27% tienen en intensidad ligera, 31% tienen en intensidad media,, 20 % intensidad elevada y 10% intensidad máxima.

Los síntomas somáticos generalizados están asociados a la ansiedad generalizada que reflejan un estado de ansiedad y preocupación constante y persistente, con somatización caracterizada por inquietud, tensión muscular, cansancio, irritabilidad, problemas para concentrarse y problemas de sueño.

Estudios.- cambios importantes en la audición y memoria Gilmero .c .1987

En la evaluación de los síntomas cardiovasculares.- taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, sensación pulsátil en vasos, sensaciones de "baja presión" o desmayos, extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).

el 33% de los evaluados presentan estos síntomas en intensidad ligera, y un mismo 33% en intensidad media, el 16% en intensidad elevada, el 15% no

presentan esta sintomatología y el 3% presentan estos síntomas en intensidad máxima.

Las reacciones cardiovasculares, como taquicardia dolor precordial, son síntomas muy comunes en quienes padecen ansiedad.

Estudios.- El alcohol provoca arteriosclerosis temprana, taquicardia hipertensión arterial e infarto del miocardio; Pucdey I; 1987.

Al evaluar los síntomas respiratorios disnea, opresión pre torácica, constricción precordial, suspiros: el 33% de pacientes evaluados presentan los síntomas en intensidad ligera, el 23% en intensidad media; el 22% en intensidad elevada; el 19% no presenta ansiedad y el 3% en intensidad máxima.

La disnea siempre está presente en episodios de Ansiedad e incluso se mantiene después por un tiempo o queda ahí porque el paciente la tolera

Estudios- Las infecciones respiratorias superiores alcanzaron cifras altas urbano y labrador 1995 trabajo de investigación Alcohol y resfrió común e ira,

Los síntomas gastrointestinales: dispepsia: dolores abdominal ardor, hinchazón abdominal, nauseas, vómitos, dolor epigástrica, cólicos (espasmos) abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento y pérdida de peso; un 41% los presentan en intensidad ligera, en un 24% en intensidad

media, en un 16% está ausente la ansiedad, en un 11% en intensidad elevada, en un 8% en intensidad máxima.

Los adolescentes y jóvenes investigados presentan síntomas gastrointestinales producto de su estado ansioso al inicio luego lo van asumiendo y mejoran además refirieron tener pérdida del apetito, tiene molestias y sensación de pesadez en el abdomen, somatización de su estado ansioso. Y otros en menor referencia dificultad en el comer, solicita o necesita laxantes o medicación para; sintomatología que desaparece o disminuye , espasmos faríngeos (nudo esofágico), náuseas, vómitos, meteorismo, diarrea o estreñimiento, alteraciones del apetito.

Estudios.- el sistema más afectado es el gastrointestinal. López l, González l, pacheco l. médicos internos. F.C.M. – U.N.A. 2006.

Los síntomas genitourinarios.-como: micciones frecuentes, micción imperiosa, eyaculación precoz, impotencia, ausencia de erección; y están presentes en un 34 con una intensidad ligera, en un 24% en intensidad media, el 21% presentan la sintomatología en intensidad elevada, el 14% no presentan esta sintomatología, y es el 7% que presentan en intensidad máxima la sintomatología.

Investigaciones en pacientes consumidores de alcohol refieren que una vez que comienzan a tomar en exceso, y se afecta la parte fisiológica, estos cambios fisiológicos afectan el funcionamiento genitor-urinario, con

sintomatología como micciones frecuentes, micción imperiosa, (eyaculación precoz, impotencia, ausencia de erección.

Estudios.-El alcohol lesiona las células germinativas que intervienen en la descendencia, los espermatozoides, siendo causa de infertilidad y pérdida de la potencia sexual en una mínima parte de los casos. (Pedro Rocael Yax Tumax Universidad San Carlos Guatemala USAG)

Síntomas del sistema nervioso autónomo : como boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefalea (dolor de cabeza) de tensión; están presentes en un 39% en intensidad leve, en un 23% en intensidad elevada, en un 22% en intensidad media, el 15% no presentan esos síntomas, y el 1% presenta una intensidad máxima.

Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Mecanismo que ocurre posterior a la ingesta de alcohol, o en periodos de abstinencia, este sistema entra en funcionamiento y libera señales de alerta, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina.

Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, Estas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana, en los pacientes investigados se observó que si presentan sintomatología en el sistema nervioso autónomo.

Estudios.- El alcohol produce cefalea por vasodilatación Conde 1988**)**

Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial.

Los adolescentes se mostraron tensos e inquietos con el test propio de su edad y de su adicción con las secuelas que son la ansiedad a lo desconocido así: El 51% mostraron estas características; en un 16% en intensidad media, en un 15% en intensidad elevada, el 11% no cambia el comportamiento durante la aplicación del instrumento, y el 7% presentaron en intensidad máxima.

Estudios.- El Médico Georges lile de Tourette Neurólogo describe Alcoholismo el síndrome de Tourette, caracterizado por tics motor y vocal Knowcton 1996

RESULTADOS DE LA HIPOTESIS DOS.

Enunciado:

Los adolescentes y jóvenes, presentan un Cuadro Depresivo, según las escalas de Hamilton, y la intensidad predominante es moderada.

Indicadores investigados respecto a la hipótesis dos

La depresión se caracteriza por la presencia de sentimientos de impotencia, desesperanza, ineficiencia y tristeza. Puede ser sintomático de

varios trastornos, sin embargo estos sentimientos también ocurren en las personas normales.

La normal oscilación del estado anímico de los adolescentes puede dar la impresión de que los desórdenes depresivos más aún si se han asociado a periodos al consumo y abstinencia de alcohol, Jacobson (1961) afirma que el consumo de alcohol o sustancias produce como consecuencia masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos. Las manifestaciones depresivas en adolescencia y edades juveniles pueden obedecer además a otros motivos; Por ejemplo, la renuncia a vínculos y objetivos infantiles, la no consecución de ideales irrealizables o los conflictos de allegados de sentimiento de culpa. Para Jacobson la adolescencia es una época de turbulencia, con importantes alteraciones psíquicas y vaivenes anímicos, en la que es dable esperar depresiones transitorias.

Muchas de las depresiones de la adolescencia se caracterizan por su brevedad, tanto como por su intensidad.

Estos jóvenes presentan síntomas depresivos similares a los del adulto, o bien defensas contra la depresión que son específicas de esta edad; entre otras, la hiperactividad, el uso de drogas, la afiliación, a determinados grupos, la delincuencia y la promiscuidad sexual.

La depresión resultante de la frustraciones de necesidades de la dependencia puede producir agitación, ansiedad o la desesperada necesidad de reemplazar a los padres perdidos con nuevas figuras

gratificadoras, lo cual suele llevar al joven a unirse a banda de delincuentes o a entablar relaciones sexuales indiscriminadas.

Los siguientes son los indicadores sobre los que se basa la comprobación de la presente hipótesis: humor deprimido, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, insomnio medio, insomnio tardío, trabajos y actividades, inhibición psicomotora, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, hipocondría, pérdida de peso, perspicacia, y la intensidad se evaluó de la manera siguiente: Si la suma total de esta Escala es igual o mayor a 6 puntos puede estar padeciendo un Trastorno Depresivo.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN PARA LA HIPÓTESIS 2

En cuanto a la depresión está presente en los pacientes predominando una intensidad moderada en los adolescentes y jóvenes de los Centros de Recuperación en un 90 %; en diferentes niveles que se detallan a continuación: Escala de 7 a 13 Depresión ligera o menor que presentan 26 pacientes, equivalente al 26 %; en la Escala de 14 a 18 Depresión moderada, y la presentan 38 pacientes que equivale al 38 %; en la escala de 19 a 22 Depresión severa, y la presentan 12 pacientes equivalente al 12%; de los resultados encontrados y según la escala más de 23, que corresponde a Depresión muy severa presentan14 pacientes equivalente al 14% .

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta como cada ítem en cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52, el instrumento tiene en la Práctica Clínica una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada"

Para la evaluación que se aplicó se tomó en cuenta el resultado de la respuesta para decidir el tratamiento y en algunos casos realizar remisiones.

Decisión Hipótesis 2:

Por lo expuesto en el proceso de verificación, **se acepta** la hipótesis planteada.

Humor deprimido El 45 % tiene el humor deprimido al ser preguntado ,el 26% tiene su humor deprimido y lo relata verbalmente de manera espontánea, 17% tiene sensaciones no comunicadas verbalmente, y 6 % tiene su humor deprimido a manera de sensaciones en su comunicación verbal

Interpretación.- el 46 % si evidencia su humor bajo al ser preguntado, otro 43 % lo demuestra espontáneamente y se evidencia pero no lo comunica o lo verbaliza, pero un 6 % esta apático al proceso de Recuperación.

Estudios.- Hay Trastornos del humor (afectivos): El riesgo de suicidio es de un 15% a un 20%, siendo más en la depresión mayor OMS 2001 García de Jalón 2002, Pascual y otros 2005 OMS 2009.

Sentimientos de culpa El 42 % se culpa así mismo; el 37 % tiene ideas de culpabilidad; para un 11% la enfermedad actual es un castigo; El 97 % tienen ideas de culpabilidad sin que ello diga que está aceptando su realidad de adicto y de ellos un 7 % ya tiene alucinaciones auditivas

Estudios.-indican que El 20% restante de jóvenes no logra adaptarse a los cambios de la adolescencia y fracasan en sus tareas evolutivas, constituyéndose en individuos problemáticos en forma indefinidita o por largo tiempo (Freyre, E., 1994).

Tiene una dependencia a la familia con una conducta derrotista con sentimiento de inseguridad y devaluación personal, se vuelve dependiente de la familia pero en la evolución se vuelve indiferente ante todos, Ariete 1981)

Suicidio.-el 17 % está ausente al proceso, el 45 % le parece que la vida no merece la pena vivirla; el 21 % desearía estar muerto; el 11% tiene ideas de suicidio y un 6 % tiene intentos de suicido, interpretación el 83 % está deprimido. Pero un 17 % ya pensó en el suicidio y un 6 % ya se intentó suicidar

Estudios.-según Pons y Borjano 1999; Marks 1988 un alto porcentaje de alcohólicos se suicida; el 75 % de los varones y 50 % de las mujeres.

El alcohol provoca pesadillas, insomnio, dolores de cabeza, temblores, convulsiones (sobre todo en personas predispuestas a la epilepsia), depresión con ideas y conducta suicidas (Conde V; 1988

Insomnio Precoz.- un 8% no tiene insomnio; pero el 68 % si tiene dificultad para dormirse y un 24 % tiene insomnio para dormir cada noche

Estudios.- El alcohol provoca pesadillas, Insomnio cefalea, Conde V; 1988

Insomnio Medio.- 15 % no es afectado, 61% está inquieto durante toda la noche; y 24 % está despierto durante la noche; un 61 % esta afecta por el insomnio medio pero una cuarta parte de los pacientes ya tienen insomnio durante toda la noche.

Estudios.- El alcohol provoca pesadillas, insomnio, dolores de cabeza, temblores, (Conde V; 1988

Insomnio tardío.- El 9% si duerme bien, El 64 % se despierta pero vuelve a dormirse y un 27 % no puede volver dormirse más del 50 % tiene insomnio pero un 27 % más del 25% no puede volverse a dormir. Aún están en abstinencia, no aceptan el la realidad de su adicción y el proceso de recuperación

Estudios.-El alcohol provoca pesadillas, insomnio, dolores de cabeza, temblores, convulsiones (sobre todo en personas predispuestas a la epilepsia), depresión con ideas y conducta suicidas (Conde V; 1988

trabajo y actividades - El 5 % son adolescentes no dejaron de estudiar o trabajar lo retoman Un 28 % tiene ideas o sentimientos de incapacidad ; 29 % perdió el interés en su trabajo, actividad o profesión; 16 % dedica poco tiempo a su trabajo ; y un 22 % dejo de trabajar por su adicción. **Interpretación.-**a un 95 % de los pacientes les afectó en su actividad, pero de ellos un 22% ya dejo de trabajar, muchos de ellos dependen de sus padres y otros dejaron su responsabilidad como padres de familia o jefes de hogar; jóvenes.

Estudios.- Hay monografías de deserción escolar un problema y desintegración familiar, Jáuregui; problema dejando de asistir a la educación y a la sociedad con la que convive, Dr. Cárdenas Miedo injustificado y la Limitación de actividades por el alcoholismo 1988 (Calderón)

Inhibición (lentitud de pensamiento y palabra.- Un15% tienen pensamiento y palabras normales; 53% ya presenta ligero retraso en el dialogo, 22% tiene evidente retraso en el dialogo, 7% tiene un dialogo difícil y 35 ya tiene torpeza absoluta Interpretación.- más del 50 % tiene ligero retraso en el dialogo no puede entablar dialogo; ya fue afectada su esfera cerebral. El 29 % tiene retraso en el dialogo difícil y un 3 % Tiene torpeza absoluta

Estudios.-- El primer estudio científico sobre el olvido fue realizado por un psicólogo alemán llamado **Hermann Ebbinghaus** (1850 – 1909) a partir de

esta experiencia Herman fue capaz de averiguar cuanta información se olvida a través del tiempo y a qué velocidad desaparece.

Agitación.- el10 % no se afectó, El 76 % juega con sus manos; y un 14 % si está afectado, porque se retuerce las manos y se come las uñas. Interpretación.- 90 % de los pacientes ya somatiza su depresión.

Estudios.- Medico Georges Liles de Tourette Neurólogo describe Alcoholismo el síndrome de Tourette, caracterizado por tics motor y vocal Knowcton 1996

El 20% restante de jóvenes no logra adaptarse a los cambios de la adolescencia y fracasan en sus tareas evolutivas, constituyéndose en individuos problemáticos en forma indefinida o por largo tiempo (Freyre, E., 1994).

Ansiedad psíquica.- un 8% no hay dificultad; 44% esta tenso e irritable, 43 % se preocupa por pequeñas cosas; a 1 % se le nota su aprehensión en la expresión y 4 sienten terroral consultarles interpretación.- un 87 % Esta irritable y preocupado por pequeñas cosas.

Estudios- La tensión se debe a que hay disfunciones en la transmisión nerviosa que afectarían a distintos neurotransmisores (Bados, 1995).

Ansiedad somática.- Un 5 % no somatizó, y 73 % si somatizó de manera ligera; El 21 % tiene somatización de manera moderada, y un 1 % somatizo de manera grave.

I**nterpretación**.- 95 % de los pacientes somatizaron su depresión

Estudios.-El alcohol inicia su somatización con la función locomotora, El alcohol disminuye la fuerza muscular, produce calambres, dolor en las piernas y brazos con disminución de la fuerza. Tics. Polineuritis González R 1990.

Síntomas gastrointestinales.- 68 % si tuvo pérdida de apetito inicialmente luego un 7 % tiene dificultad al comer sino se le insiste. Es decir un 75 % de los pacientes somatizó su depresión, afectándose su aparato digestivo

Estudios.- el sistema más afectado es el gastrointestinal. López l, González l, Pacheco l. Médicos, internos. F.C.M. – U.N.A. 2006.

Síntomas somáticos generales.- 74 % Tienen Cefalea, Pesadez en las Extremidades y dolor de Espalda. Un 65 % de los pacientes están deprimidos y con somatización con cefalea. Dolor de espalda y pesadez de las extremidades

Estudios.-El alcohol y su somatización inicia con la Función anatomía funcional locomotora El alcohol disminuye la fuerza muscular, produce calambres, dolor en las piernas y brazos con disminución de la fuerza. Tics. Polineuritis González R 1990

Síntomas genitales.- a un 20 % no le afecto en su esfera genital y en su potencia sexual, a un66 % le afecto de manera débil; a un 12 % le afecto de manera grave y a un 2% de manera incapacitarte.

Estudios.- El alcohol lesiona las células germinativas intervienen en la descendencia, de los espermatozoides siendo causa de infertilidad y la Pérdida de la potencia sexual en una mínima parte de los casos. Pedro Rocael Yax Tumax Universidad San Carlos Guatemala USAG.

Hipocondría.-Un 57% Está preocupado por sí mismo, corporalmente. El 31% está preocupado por su salud, 2% Se lamenta constantemente y1% tiene ideas delirantes hipocondriacas así: el 91% si es hipocondriaco, desde preocupase por sí mismo por su salud, hasta lamentarse y tener ideas delirantes hipocondriacas que tiene toda enfermedad

Estudios.- Datos *estadísticos* en países desarrollados como Estados Unidos El alcohol produce alteración del bazo, producía tristeza y mal humor e, inclusive *hipocondría*. Las *tasas* son de 41,2 de muertes por *Alcohol*.

Pérdida de peso.- El 26% no pierde peso, 64% tiene probable pérdida de peso y un 10 % ya tiene pérdida de peso definida así el 74 % perdió peso; el 64 % de manera subjetiva; el 10 % de manera objetiva

Estudios.- Sotillo Esperón, César (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Medica Panamericana. pp. 181-194.

En 1914, Simmonds, patólogo alemán describió casos de anorexia nerviosa.

Conciencia de su enfermedad.-El 24% se da cuenta que está deprimido, 66% se da cuenta de su enfermedad y 10% niega su enfermedad se define Un 90 % acepto su problema, acepto su realidad que tiene una adicción y un 10% su realidad y está en negación en el proceso de Recuperación.

ESTUDIOS

Estadísticas mundiales sobre el alcoholismo**. El alcohólico niega su enfermedad en un 20%** En el Perú se ha determinado *tasas* que van desde 2,68% al 14%, y entre trabajadores. Por este motivo, el paciente *alcohólico* no suele tener *conciencia* de su *enfermedad*.

h. CONCLUSIONES

- El 36% presentan ansiedad tipo somática con intensidad ligera; el 25% ansiedad somática con intensidad media; el 19% ansiedad somática con intensidad elevada; el 14% ansiedad somática ausente y el 6% ansiedad somática con intensidad máxima. En relación a la Ansiedad Psíquica se concluye que: el 36% presentan ansiedad psíquica con intensidad ligera; el 21% ansiedad psíquica con intensidad media; el 19% ansiedad psíquica con intensidad elevada; el 15% ansiedad psíquica con intensidad máxima y el 10% ansiedad psíquica ausente.

- En la valoración de la intensidad de la depresión en los adolescentes y jóvenes internos se concluyó, que la Depresión está presente en los pacientes: predominando una intensidad moderada, en diferentes niveles que se detallan a continuación: el 38% de los adolescentes y jóvenes presentan Depresión Moderada; el 26% Depresión Ligera Menor; el 14% Depresión muy Severa; el 12% Depresión Severa; el 10% no presentan Depresión.

i. RECOMENDACIONES

Al culminar el presente trabajo investigativo me permito dar a conocer las siguientes recomendaciones

A las Universidades

Realizar Nuevos Estudios con Maestría de Salud Mental para con ello : brindar un aporte científico a los Centros de Recuperación, cuya acción directa beneficiaria a los adolescentes y jóvenes que decidieron llenar su vacío emocional y su desamor con el alcohol y que realizan procesos de recuperación de su salud mental, concretamente en el manejo de los niveles y tipos de ansiedad; y, depresión que presentan:

Que en el nivel de Pregrado las pasantías y estudios se los realice de manera planificada con tutores que acompañen a los estudiantes y que estos estudios se publiquen a fin de que se estudie, diagnostique y se intervenga en esta problemática

Se recomienda que se aplique un re test de forma periódica con el Test de Hamilton para ansiedad y depresión, en todos los adolescentes y jóvenes a la misma hora del día mientras dura el internamiento y con el mismo equipo multidisciplinario, para realizar el seguimiento necesario.

- ✓ Una vez realizados los test de ansiedad y depresión se recomienda que con el apoyo del equipo multidisciplinario se evalué la aplicación de los planes terapéuticos a fin de fortalecer logros alcanzados o

modificar planes de intervención, de acuerdo a los requerimientos, en las diferentes modalidades de servicios.

- ✓ Crear, fortalecer y ampliar las redes de apoyo con el propósito de garantizar procesos de sostenibilidad e integración familiar y social de los adolescentes y jóvenes que se vincularon con el alcohol, para conseguir que desarrollen sentimientos de valoración, pertenencia, optimización de sus capacidades y utilización de su tiempo.

- ✓ **Al Ministerio de Salud Publica**.- Se deben incluir en la ficha Medica la Realización del Test Hamilton para Ansiedad y Depresión a fin de que cada uno de los Internos de los Centros de recuperación tenga Diagnóstico para elaborar y/o fortalecer estrategias de educación individual y grupal, así como procesos terapéuticos para cada caso en los Centros de Recuperación donde mantienen su permanencia los adolescentes y jóvenes.

A los profesionales de Salud, Equipo técnico y administradores

El Equipo Profesional Técnico multidisciplinario que Trata, Maneja, Dirige Centros de Recuperación debe capacitarse en adicciones Especialmente en Evaluación y Diagnostico Para tener Pautas claras en el Tratamiento continuo e intervención integral de Adolescentes y jóvenes con adicciones, ya que sin diagnostico no hay seguridad que las terapias o tratamiento tengan buenos resultados

- ✓ **Al gobierno Nacional y a los GADS.- a)** Crear, fortalecer y ampliar las redes de apoyo con el propósito de garantizar procesos de sostenibilidad e integración familiar y social de los adolescentes y jóvenes que se vincularon con el alcohol, para conseguir que desarrollen sentimientos de valoración, pertenencia, optimización de sus capacidades y utilización de su tiempo.
- ✓ **Al gobierno Nacional** b).- Exigir que se cumpla el artículo 364 de la Constitución así como el Art 2 del CONSEP que es el Marco legal vigente para poder mejorar el sistema Actual tanto en Prevención y tratamiento de adiciones

j. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Johns Hopkins Health Information (InteliHealth).
2. ASTIN, M.C Y RESICK, P.A: Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En- Caballo V.E: Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI. Madrid, 1997.
3. BANDURA, A: Teoría del Aprendizaje Social. Espasa-Calpe, Madrid, 1984.
4. BARLOW, D.H: Anxiety and its dosorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York, Guilford, 1988
5. BECK, A.T; Rush et al, cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979. (Traducción D.D.B, 1983)
6. BECK, A.T; Emery, G: Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York, Basic Book, 1985
7. BECK, A.T; Freeman, A: Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Paidos, Madrid, 1995.
8. BELLACK, L.; SIEGEL, H: Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Manual Moderno, México, 1986.
9. BIRCHWOOD, M Y TARRIER, N: El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Ariel Psicología, Barcelona, 1995.
10. BOTELLA, C; BALLESTER, R: Trastorno por pánico. En- Caballo, V.E y cols. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Siglo XXI. Madrid, 1995.
11. BOWLBY, J: ATTACHMENTANLOSS. Vol.1: Attachment. New York, Penguin Book, 1971.
12. BOWLBY, J: Attachment an Loss. Vol.2: Separation: Anxiety and Anger. New York, Penguin Book, 1971.
13. BOWLBY, J: Attachment an Loss. Vol.3: Loss. New York, Basic Books, 1971.
14. BLEHAR MD, OREN DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997;2:3. Revisado de: Women's

increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995; 3:3-12.

15. BREMNER, J.D AND COLS: Dissociations and postraumatic stress disorders in Vietnam combat veterans, American Journal of Psychiatry, 149, pp.328-332. 1992
16. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1994
17. CLARK, D.; SALKOVSKIS, P: Cognitive treatment for panic attacks: therapist´s manual. Manuscrito no publicado.1987
18. CHADWICK, P.D; BIRCHWOOD, M.J; and TROWER, P: Cognitive therapy for hallucinations, delusions and paranoia. Chichester:Wiley, 1996.
19. DEL BARRIO, V.: Los problemas infantiles. Aguilar. Madrid, 1997.
20. DSM-IV. Diagnostic and statistical anual of mental disorders, 41 edition, APA, Washington, D.C, 1994.
21. Depresión in Children and Adolescents: A Fact Sheet for Physicians, National Institute of Mental Health
22. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders IV ; Depresión and Other Risk Factors Commonly Missed by Parent of Teen Suicides, National Alliance for the Mentally Ill.
23. ELLIS, A: RATIONAL PSYCHOTHERAPY. Journal if General Psychology, 59, 35-49, 1958
24. ELLIS, A Y GRIEGER, R: Manual de terapia racional emotiva. Volumen 2. D.D.B, Bilbao, 1990.
25. FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R: Psicodiagnóstico. UNED, Madrid, 1981.
26. FESTER: Animal behavior and mental illness. Psichological Record 116, pp.345-356. 1996
27. FESTER: A functional anaysis of depression. American Psychologist, 28, pp.857-870, 1973.
28. FERKETICK AK, SCHWARTZBAUM JA, FRID DJ, MOESCHBERGER ML. Depression as an antecedent to heart disease

among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. Archives of Internal Medicine, 2000; 160(9): 1261-8.

29. FINE, C.G: Un modelo de terapia cognitiva para el tratamiento de los trastornos disociativos de identidad y de problemas similares. En-Caballo, V.E: Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1. Siglo XXI, Madrid, 1997.
30. FRANK E, KARP JF, RUSH AJ (1993). Efficacy of treatments for major depression. PsychopharmacologyBulletin, 1993; 29:457-75.
31. FREEMAN, A Y REINECKE, M.A: Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. DDB, Bilbao, 1995.
32. GLUHOSKI, V.L Y YOUNG, J.E: El estado de la cuestión en la terapia cognitiva centrada en esquemas. En: Caro Gabalda, I: Manual de psicoterapias cognitivas, Paidós, Barcelona, 1997.
33. GUIDANO, V.F: El si-mismo en proceso. Paidós, Barcelona, 1994.
34. GREENBERG, L.S; RICE, L.N; y ELLIOT, R: Facilitando el cambio emocional. Paidós, Barcelona, 1996.
35. GOLDFRIED, M.R: De la terapia cognitiva-conductual a la psicoterapia de integración. D.D.B. Bilbao, 1995.
36. HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol1959; 32: 50- 55.
37. HAMILTON MC. Diagnosis and rating of anxiety. Br j Psychiatry. 1969; 3: 76 -
38. HILGARD, E.R: Neo dissociation theory, in S.J Lynn and J.W Rhue: Dissociation Clinical and theoretical perspectives, New York, 1994.
39. HUBERTH, C.H; BARUTH, L: Rational-emotieve family therapy. Springer Publishing Company, New York, 1989 (Traducción: Herder, 1991).
40. HYMAN, S.E: Urgencias psiquiátricas. Salvat, 1992.
41. KAPLAN, H.I Y SADICK, B.J: Tratado de psiquiatría. Masson-Salvat, 1992.

42. KILPATRICK, D.G; VERONEN, L.J AND RESICK, P.A: Psychological sequelae to rape. In: D.M.Doleys, R.L. Mederith and A.R.Ciminero. Beavioral medicine. Assesment and treatment strategies. New York, Plenumm, 1982.
43. LAZARUS, A.A: Behavior therapy and beyond. MacGraw-Hill, Onc, 1971 (Traducción: Paidós, 1980).
44. LAZARUS, A.A: Terapia multimodal, IPPEM; México, 1983.
45. LAZARUS, A.A: Casebook of multimodal therapy. Gulford Press, 1985
46. LAZARUS, A.A: Multimodal therapy. In : Norcross: Hanbook if ecletic psychotherapy. Briner/Maze, 1986.
47. LAZARUS, A.A: The multimodal approach with adult outpatiens. In : Jacobson: Psychotherapy in clinical practide: cognitive and behavioral perçerspectves. GuilfordPress, 1987.
48. LAZARUS, R.S: Estrés y procesos cognitivos. Martínez Roca, Barcelona, 1986.
49. LEBOWITZ BD, PEARSON JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce MI, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. Journal of the American Medical Association, 1997; 278:1186-90.
50. LEWINSOHN, P.M: A behavioral approach to depression. In R.J: Fredman and m.m.katz: The Psychology of depresison: Cintemporany theory and research. New York, 1974.
51. LEWINSOHN, P.M; HOBERMAN, TERI, L and HAUTZINGER, M: An integrative theory of depression. In Reiis and R.Bootzin: Theoretical issues in behavior therapy, New York, 1985.
52. LEWINSOHN, ET AL: Tratamiento conductual de la depresión. En-Caballo V.E: Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI, Madrid, 1997.
53. LEY, R: Panic disorders: a hyperventilation interpretation, in L.Michelson and M.ascher: Cognitive-behavioral assesment and treatment of anxiety disorders. New York, Guilford, 1987.

54. LIBERMAN, R.P: Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Martínez Roca, 1995.
55. LOBO A, CAMORRO L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicinaclínica 2002. 118(13): 493-9.
56. LUM, I.C: The syndrome of habitual chronic hyperventilation, ib O.W Hill:
57. MAULTSBY, M: Rational Emotive Imagery.Rational Living.6, pag.16-23, 1971
58. Modern trend in psychosomatic medicine (vol.3). London, Butterworths, 1976.
59. NEIMEYER, R.A Y MAHONEY, M: Constructivismo y psicoterapia. Paidós, Barcelona, 1998.
60. PERRIS C; SKAGERLIND, L: Cognitive therapy with patiens. ActaPsychiat. Sand, 89, pag.65-70, 1994.
61. PROCTER, H: Family construc psychology: An approach to understating and methidological families. Tesis no publicada.1981
62. PROCTER, H AND WALKER, G: BRIEF THERAPY, in E.Street and W.Dryden: Family therapy in bRitain: London, Harper&Row, 1987.
63. RAMIREZ-BASCO, M Y THASE, M: Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares. En-Caballo, V.E: Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI, Barcelona, 1997.
64. REHM, L.P: A self-control model f depression, Behavior Therapy, 9,pp.787-804, 1997.
65. RIBES, E: Psicología y salud: un análisis conceptual. Martínez Roca, Barcelona, 1990.
66. RUIZ, J.J: Fundamentos de psicoterapia cognitiva. 1ªEdición. A demanda, Jaén, 1994.Mental Health: A Report of the Surgeon General , 1999.

67. ROBINS LN, REGIER DA (Eds). *Psychiatric Disorders in America, The Epidemiologic Catchment Area Study*, 1990; New York: The Free Press.
68. RUBINOW DR, SCHMIDT PJ, ROCA CA. Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 1998; 44(9):839-50.
69. SCHMIDT PJ, NEIMAN LK, DANACEAU MA, ADAMS LF, RUBINOW DR. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1998; 338:209-16.
70. VITIELLO B, JENSEN P. Medication development and testing in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 1997; 54:871-6.
71. RUIZ, J.J, IMBERNON, J.J: Sentirse mejor. Gráficas Blanca. Jaén, 2º edición, 1997.
72. RUIZ, J.J Y CANO, J.J: Las psicoterapias. Introducción para profesionales sanitarios. En curso de publicación.
73. RUIZ, J.J Y CANO, J.J: La terapia multimodal como alternativa. Psiquis nº1-vol.20-AÑO XXI.pag.21-27. 1999.
74. SAFRAN, J.D Y SEGAL, Z.V: El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Paidós, Barcelona, 1994.
75. SMITH, M.J: Cuando digo no, me siento culpable. Grijalbo, Barcelona, 1986.
76. SLAIKEU, K.A: Intervención en crisis. Manual Moderno, México, 1988.
77. SELIGMAN, M.E.P; ABRAMSON, L.V; SEMMEL, A AND VON BEYER, C: DEPRESSIVE atributional style, Journal of Abnormal Psychology, 88,pp.242-247, 1979.
78. STRUPP, H.H Y BINDER, J.L: Una nueva perspectiva en psicoterapia. DDB, Bilbao, 1984.
79. SUDHIR KAKAR, La Salud mental en la psicología humanista. Enciclopedia Salvat de Salud, Tomo 3 Salud Mental(1980); p.12

80. SULLIVAN, H.S: The interpersonal theory of psychiatry. New York. W.W.Norton, 1953.
81. VALLEJO, J: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Salvat, 1988.
82. WATZLAWICK, P; WEKLAND, J.H Y FISCH, R: Cambio. Herder; Barcelona, 1989.

k. ANEXOS

Anexo 1: Proyecto de tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

MAESTRIA EN SALUD MENTAL

"LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON ADICCIONES AL ALCOHOL. UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON SUS REDES DE APOYO**".**

Proyecto Tesis previa a la obtención del grado de Magíster en Salud Mental.

AUTOR:

DR. JORGE RAMIRO ALDEÁN AYALA

LOJA – ECUADOR

2013

a. TITULO

La recuperación de la salud mental de adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol. Una estrategia de educación para la salud con sus redes de apoyo.

b. PROBLEMÁTICA

El reto es no solo mirar el uso y consumo del Alcohol. Sino ser coherente con la formación y con La visión del programa de la Maestría De Salud Mental de la U N L trabajando, en mejorar la vida de los adolescentes y jovenes; aplicando el test de Hamilton para estudiar la ansiedad y depresión de los internos de los Centros de Recuperación la Ciudad de Loja, y con el diagnóstico, proponer una estrategia de educación para la salud con sus redes de Apoyo. Como un Aporte para la recuperación de la salud Mental de Estos seres humanos Estigmatizados marcados y excluidos por la sociedad.

Al realizar un análisis respecto a la salud mental en el siglo XX fue testigo de considerables cambios con respecto a la noción de salud, tanto en su comprensión como en las formas de abordarla. Así la salud ha dejado de ser entendida como la ausencia de una enfermedad. La organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "...un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia"(OMS, 2001). La Salud Mental es definitivamente una parte integral de esta definición.

Por su parte, esta propia organización describe la salud mental como "... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 2001[a]) p.1). En este sentido positivo la salud mental, es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Este concepto fundamental de salud mental es consistente con su interpretación amplia y compleja en las diferentes sociedades y culturas.

La salud mental positiva puede influir en el inicio, curso y consecuencias tanto de las enfermedades físicas como de las mentales. Diversos estudios han indicado vínculos entre la depresión, la ansiedad y la ira y las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares (Molerio, 2004). Hay suficiente documentación acerca del rol que desempeñan las familias en el aumento de la vulnerabilidad a la morbilidad física y consecuencias

desalentadoras. Se conoce además que las creencias psicológicas como el optimismo, el control personal y un sentido de propósito son factores que protegen la salud mental así como la salud física. Igualmente, la salud física es un atributo positivo que influye sobre las enfermedades físicas y mentales, así como en su evolución. Estas interrelaciones están comprendidas en el concepto integral de salud.

La problemática existente frente al consumo del alcohol, crece cada vez más y por ello existen centros de internamiento para recuperar la salud mental, apoyando a quienes se internan haciéndose énfasis en las fortalezas y una orientación positiva hacia el futuro, para ello se debe evaluar y aprovechar las fortalezas, ayuda a las personas a “convivir” y a disminuir los riegos en el tema de las adicciones (Schmolke, 2003) pero para ello debe haber un diagnóstico de partida poder intervenir no solo con el sino con sus redes de Apoyo especialmente familiares .

Las siguientes cifras reflejan la realidad sobre la problemática de la salud mental en Ecuador

Problemática	**A Nivel del País**	**A nivel de la Región Sur**	**A nivel de la Provincia de Loja**
Depresión	53.5	81.1	57.5
Alcoholismo	23.5	54	68.4
Demencia	1.4	2.43	3.7
Epilepsia	25.7	43.8	43.2
Farmacodependencia	1	Zamora no reporta casos. En el Oro 0.8	3.7
Intento de Suicidio	17.4	35.76	22.3
Suicidio Consumado	0.6	en el Oro 0.3	0.9
Psicosis	1.3	1.7	2.3
Retardo mental	13.2	12.66	8.4
Violencia y Maltrato	58	72.93	97.2

El consumo de alcohol en el Ecuador presenta un incremento alarmante, según la Dirección Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud. El consumo de bebidas alcohólicas siempre formo parte de la vida cotidiana, del ser humano ya sea como un acto social, cultural consolidado dentro de las costumbres sociales, y como parte de la cultura de nuestra ciudad, provincia y país.

El alcoholismo (dependencia del alcohol) y el abuso del alcohol ocurre cuando una persona muestra signos de adicción física al alcohol y continúa bebiendo, a pesar de los problemas con la salud física, la salud mental y las responsabilidades sociales, familiares o laborales, y es el alcohol, que empieza a controlar la vida y relaciones de la persona.

En los últimos años se observa además una tolerancia para el consumo de alcohol riesgoso, sobre todo cuando el abuso está ligado a situaciones socioculturales de festejar acontecimientos como las fiestas y diversión o momentos críticos como duelos o abandonos de los hijos como matrimonio de los hijos, viaje por estudios de los hijos, terminado siendo un consumo problemático, problemática que se agudiza cuando los actores de este fenómeno social son los adolescentes y jóvenes.

Esta permisividad, no es ajena a las repercusiones negativas generadas sobre la salud y en el aspecto social que puede desencadenar el consumo problemático; entre las principales se señalan las enfermedades digestivas, enfermedades del hígado, accidentes de tráfico, problemas familiares, comportamientos auto y hetero-agresivos (tales como suicidios, violencia, homicidios, y conducta sexual riesgosa.
Para *algunos* adolescentes, y jóvenes iniciarse en el consumo de alcohol puede ser un rito necesario para atravesar la fase de individuación. De hecho, se podría decir que la mayor parte de los jóvenes son consumidores ocasionales, con patrón de consumo principalmente en fines de semana. Sin embargo, para aquellos jóvenes y adolescentes que presentan personalidades complejas, puede constituir la única alternativa para enfrentar los problemas personales, y ser así los más sensibles a la dependencia de alcohol.

El Uso y abuso de alcohol, así como la dependencia a las mismas, se ha convertido en un problema de salud pública, en las últimas décadas en muchos países incluido el nuestro dentro de la población general un grupo que tiene mayor susceptibilidad a adquirir conductas riesgosas, tal como el consumo de bebidas alcohólicas, los adolescentes exploran de manera curiosa y cuando falta estabilidad emocional, tienen la tendencia a sentirse indestructibles e inmunes hacia los problemas de salud.

Un grupo de alto riesgo para el consumo de alcohol y drogas sin lugar a duda lo conforman los adolescentes maltratados y abandonados por la migración, esta realidad más la falta de comunicación y amor no les permite

enfrentar de manera consciente y colectiva los problemas que viven cotidianamente en el marco de disfuncíonalidad familiar, de la crisis económica y social en la que se debaten las familias y la sociedad de nuestro país.

Un grupo de alto riesgo para el consumo de alcohol y drogas lo conforman los adolescentes y jovenes que viven la secuela de la migración ,que no han tenido una dinámica sana que propicie su desarrollo emocional adecuado para tener un buen desempeño escolar por lo que han fracasado en la escuela y colegios por lo cual dentro de su frustración no tienen el tiempo libre bien utilizado y luego como una forma de reclamo y de desafío a la sociedad se han integrado en bandas juveniles, las cuales constituyen una estrategia social y grupal de auto-organización, que les permite enfrentar de manera consciente y colectiva los problemas que viven cotidianamente en el marco de la crisis económica y social en la que se debate nuestro país.

Pese a la vigencia de un marco legal sobre las adicciones, el uso y consumo de Alcohol crece así como la dependencia y se ha convertido en un problema de salud Pública, para lo cual debe darse más información para su diagnóstico y tratamiento.

Por lo cual me permito transcribir el Registro oficial del Marco Constitucional y su aprobación por el Sr Presidente de la República del Ecuador.

Registro Oficial No 19 - jueves 20 de junio de 2013 Segundo Suplemento

Viernes 28 de junio del 2013 | 21:03
Última actualización: miércoles 17 de julio del 2013 | 11:00

Administración del Señor Ec. Rafael Correa Delgado

Presidente Constitucional de la República del Ecuador Jueves 20 de Junio de 2013 - R. O. No. 19

Que, el artículo 364 de la Constitución de la República del Ecuador Expresa y dice –

“Las Adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá Desarrollar programas coordinados de información, Prevención y control del consumo de alcohol, Tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; asi como ofrecer Tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y Problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos Constitucionales...”;

Así mismo en el Art.- 2 de la ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.- CONSEP se expresa “Declárese de interés Nacional la consecución del objetivo determinado en esta Ley, las acciones que se realicen para su aplicación y de manera especial, los planes programas y actividades que adopten o ejecuten los organismos competentes.
Las Instituciones, dependencias y servidores del sector público y las personas naturales o jurídicas del sector privado están obligadas a suministrar la información y a prestar colaboración que determine esta ley o que establezcan las autoridades a las que compete su aplicación”.

La realidad es que el cumplimiento de estas normas constitucionales es limitado En el Ecuador la experimentación con alcohol o sustancias ilícitas suele ser común en la adolescencia, ya que esta etapa de desarrollo se caracteriza por conductas impulsivas donde se tratan cosas nuevas sin medir las consecuencias. Día a día, el problema del consumo de alcohol entre los adolescentes se torna más preocupante Los índices de consumo de alcohol per cápita en nuestro país, en el rango de edad que oscila entre los 12 y los 24 años ha aumentado; la pobreza, la migración los problemas familiares, escolares y sociales han aumentado.

Una publicación en el Diario El Comercio-CONSEP del día 6 de febrero de 2013 se realizó la presentación de los resultados de la Cuarta Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de 12 a 17 años realizada por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes CONSEP. Los datos reflejaron que el promedio de la edad de inicio de uso de drogas subió a 14,3 años en comparación con los estudios anteriores. Otro de los datos que se obtuvo en la encuesta desarrollada a 514 962 estudiantes de 23 capitales de provincias del país reflejó que uno de cada cinco adolescentes asegura que un familiar consume algún tipo de droga. Este pariente podría ser el papá, la mamá, el hermano, un tío, o cualquier otro. Lo que da como resultado que los jóvenes tienen desde temprana edad un acercamiento directo con el consumo de alcohol y otras drogas, según los datos del CONSEP.

El alcohol se convierte para el adolescente en un símbolo. Símbolo mágico que lo va a transformar. El alcohol está detrás de la pobreza, la migración, el abandono, revalidases sociales que conduce al alcoholismo. Es el símbolo que encarna la ambivalencia Detrás de la violencia y la agresión también hay una copa de alcohol.

Alrededor del doble mensaje y del símbolo mágico se realiza el rito de iniciación del alcohol en el adolescente. Cuando el futuro adolescente no tiene referentes adecuados sino que en el abandono y la pobreza, sólo recibe dobles mensajes en relación al alcohol: “Las bebidas alcohólicas están prohibidas para los niños”; pero ellos ven a su padre bebiendo excesivamente. Escuchan a su padre y a sus tíos y a los amigos de su padre hablando muy bien respecto de tal o cual bebida y los observan bebiendo cerveza en grandes cantidades. Entonces llega a la conclusión de que quien beba alcohol se convertirá en adulto. Así pierde objetividad y pierde conciencia y ve en el alcohol una sustancia que lo hace huir de su realidad y con ello toma al alcohol como ese símbolo mágico que lo convertirá en adulto.

Ante estos imaginarios de los adolescentes, la circunstancia de iniciación es lo de menos: acepta tomar la primera copa y luego la botella de cerveza con los amigos del vecindario para ser aceptado en el grupo, la adolescente que le exige a su mamá que en su fiesta de quince años haya suficientes bebidas alcohólicas para sus amigos y que no vayan a estar presentes los adultos; en la actualidad es indiscutible que la sustancia de moda entre los adolescentes es el alcohol cuyo consumo sigue subiendo en forma preocupante. El Ministerio de Salud Pública (MSP), en el 2000 publica que el consumo de alcohol era del 21,4%; en 2001 bajó levemente al 20,6%, pero en 2003 subió al 23,9% y en 2006 llegó al 23,5%.

EL consumo indiscriminado de bebidas alcohólicas se ha convertido en un problema social en nuestro país Ecuador la situación se agrava al considerar que 3 de cada 10 adolescentes entre los 12 y 15 años ya han consumido alcohol, y que 2 de cada 10 adolescentes ya han tenido problemas legales , hoy en día existe 1 alcohólico por cada 10 personas, los alcohólicos comenten suicidio entre 6 y 15 veces más que la población normal, el 60% de los accidentes de tránsito están relacionados con el alcohol, los hijos de alcohólicos tienen 4 veces más posibilidades de serlo que los hijos de no alcohólicos, una de cada 10 personas que beben se convierten en alcohólicas, pero la posibilidad aumenta dos o tres veces para los adolescentes que beben.

El alcohol se convierte para el adolescente en un símbolo. Símbolo mágico que lo va a transformar, producto de la fantasía, los prejuicios, las costumbres, los consejos y la cultura de alcoholización que se transmiten de generación en generación. El alcohol es la sustancia portera ya que está detrás de la conquista romántica o de la pelea que conduce al homicidio. Es el símbolo que encarna la ambivalencia, detrás de la euforia, tristeza, violencia y la agresión hay una copa de alcohol, alrededor del doble mensaje y se realiza el rito de iniciación del alcohol en el adolescente. Cuando el adolescente y joven recibe dobles mensajes a través de la Prensa Radio, televisión, y Redes sociales a favor o en relación con el uso , abuso del consumo alcohol.

El consumo de alcohol es una situación en donde algunos adolescentes y jóvenes y se convierten en bebedores problemáticos que puede afectar sin importar, clase social o educación, cuando los consumos se convierten en problemáticos se afecta el grupo familiar, y es este quien en algunas ocasión decide un internamiento como una posibilidad de recuperación o reducción de daños, pero los procesos de internamiento no dan resultados que obedezcan a necesidades de cada uno y algunas veces se haga una intervención familiar ; pues algunos procesos de internamiento de los consumidores de alcohol son estandarizantes y homogenizantes, sin considerar los simbolismo y ganancias que cada ser humano tiene en la vinculación con el alcohol, generando estados y a veces crisis de ansiedad y/o depresión, que afecta la salud Mental con los efectos fisiológicos en la neuroquímica cerebral dejando de lado los elementos simbólicos y de significación para quien se vincula con la sustancia.
En los procesos de internamiento la familia no cumple un rol de acompañamiento y no se constituye un punto de apoyo como red social, existen circunstancias en que los familiares delegan la responsabilidad a los centros y esperan mucho de estos procesos de recuperación.

En la localidad donde se realizara la presente investigación en el cantón Loja se encuentra índices altos respecto al consumo de alcohol; y los centros de Recuperación que acogen a las personas que ingresan a los procesos de recuperación, no disponen de un diagnostico individualizado de la Ansiedad y Depresión por lo tanto pese al proceso que buscan algunos adolescente y jóvenes o sus familiares, sin diagnostico no hay una Tratamiento Integral de los mismos.

Dentro del ámbito de la salud mental, existen programas de recuperación que deben empoderar a los usuarios y a las familias en participar con ellos

mediante redes de apoyo para construir proyectos de vida con una orientación positiva hacia el futuro, de un entorno familiar y comunitario que a más de incluir a los adolescentes y jóvenes vinculados con el uso del alcohol los integra en las actividades propias de su edad.. La reflexión profunda y la conciencia crítica ayudaría a las personas al Buen vivir "trasformando la convivencia familiar y comunitaria en una verdadera red de Apoyo en el tema de la recuperación las adicciones (Schmolke, 2003).

En la Región Sur del país: en Loja, El Oro y Zamora, el Gobierno Nacional con sus instituciones y los GAD's Municipales viene realizando acciones de diagnóstico y tratamiento para adolescentes y jóvenes; En Loja a través del CASMUL Centro de Apoyo Social Municipal de Loja, se están desarrollando acciones de atención y tratamiento en dos Centros ; los Chillaos y la Posada Solidaria, siendo Los centros que acogen a los jóvenes y adolescentes escenario donde se realizara la presente investigación, así mismo existen centros particulares, como el Centsadic y Por Amor a la Vida a fin de determinar en los adolescentes y jóvenes que se encuentran en proceso de recuperación su estados de Ansiedad y Depresión y el rol que cumplen las redes de apoyo.

Los problemas que orientan la presente investigación son:

PROBLEMA GENERAL:

Realizar un Diagnóstico de salud mental ; concretamente los niveles de ansiedad y depresión, que presentan, los adolescentes y jóvenes con adiciones al alcohol, que están internos en los centros de recuperación del cantón Loja y el rol que cumplen las redes de apoyo en la recuperación de la salud mental?

PROBLEMAS ESPECIFICOS:

¿Los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol que acceden al proceso de recuperación, presentan niveles de ansiedad de intensidad leve?

¿Los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol que acceden al proceso de recuperación, presentan cuadros depresivos de diferente intensidad?

c. JUSTIFICACIÓN

Se considera que el alcohol, es un escape a la realidad donde la migración, disfuncionalidad familiar, la falta de comunicación y el desamor filial de padres a hijos ha producido Ansiedad y depresión que nos darían un diagnóstico de la afección de la salud Mental de Adolescentes y jóvenes que merecen ser intervenidos y educados de mejor manera para recuperar su equilibrio emocional y armonía familiar como parte legitima y humana del Buen vivir.

La promoción de la salud mental tiene como objetivos proteger, promover y mantener el bienestar emocional y social y crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicológico humano, así como potenciar la salud mental respetando la cultura, la equidad, la justicia social la forma de pensar y la dignidad de las personas, en el proceso de conseguir una salud Mental.

Pues el consumo de bebidas alcohólicas hoy por hoy forma parte de la vida cotidiana, ya sea como un acto social, cultural consolidado dentro de las costumbres sociales.

En los últimos años se ha observado además una tolerancia para el consumo de alcohol riesgoso, sobre todo cuando el abuso está ligado a situaciones de festejar acontecimientos como las fiestas y diversión o momentos críticos como duelos o abandonos de los hijos como matrimonio de los hijos, viaje por estudios de los hijos. Esta permisividad, no es ajena a las repercusiones negativas generadas sobre la salud y en el aspecto social que puede desencadenar el consumo excesivo; entre las principales se señalan las enfermedades digestivas, enfermedades del hígado, accidentes de tráfico, problemas familiares, conductas auto y hetero-agresivas (tales como suicidios, violencia, homicidios, y conducta sexual riesgosa) radicando aquí la importancia social y cultural de trabajar esta temática.

Para algunos adolescentes y jóvenes, experimentar el consumo de alcohol puede ser un rito necesario para atravesar la fase de individuación. De hecho, se podría decir que la mayor parte de los jóvenes son consumidores ocasionales, con patrón de consumo principalmente en fines de semana. Sin embargo, para aquellos adolescentes y jóvenes afectados puede constituir la única alternativa para enfrentar los problemas personales, familiares y emocionales que los hace más sensibles a la dependencia de alcohol. El

abuso en el consumo de sustancias licitas e ilícitas, así como la dependencia a las mismas, se ha convertido en un problema de salud pública, en las últimas décadas en muchos países incluido el nuestro, la adolescencia se caracteriza por conductas impulsivas donde se tratan cosas nuevas sin medir las consecuencias, como los problemas familiares, escolares y sociales que han aumentado, por ello han accedido a procesos de recuperación mental de los jóvenes que tienen adiciones al alcohol, sin considerar los niveles de Ansiedad y depresión que ha alterado la salud Mental, actualmente existe la posibilidad de acceder a centros que ofertan en iriternamiento en la recuperación de las adicciones y en la recuperación de la salud mental, en la realidad actual en la ciudad y provincia de Loja, se la está tratando pero sin considerar como se ha afectado su salud mental y es así de manera particular a través de clínicas privadas a las cuales acuden las personas con capacidad económica, además existe una de ellas Los chíllalos y la posada solidaria del Municipio de Loja que tienen acceso las personas con carencias económicas, para la recuperación de los adolescentes con adiciones al alcohol, los familiares con posibilidades económicas desesperados acuden a las clínicas para que se les solucione esta problemática, ya en la recuperación los adolescentes experimentan Exclusión, aislamiento, frustración Y en los procesos de recuperación se les está dando terapia y no tienen diagnóstico de la ansiedad y depresión que la tenían antes del uso del alcohol, que se incrementa en el periodo de abstinencia, incrementado por el internamiento al perder la libertad. En los procesos de recuperación el rol que juega la familia, y los contextos cercanos de los adolescentes, que se constituyen redes de apoyo juegan un papel importante, sin embargo no están cumpliendo su rol social de apoyo básico y sostenimiento; por ello una condición necesaria en la recuperación de la salud mental es la participación de la familia asuma su responsabilidad , y acepte la realidad familiar porque muchas veces es aquí donde se pierde la salud emocional y Mental en donde es necesario que acudan a terapia familiar y luego cuando salen de la clínica los integrantes de la familia se preparen para la nueva convivencia considerando que los que regresan “no son prefectos, pues no perdieron su condición humana, y lo humano es imperfecto” y la legitimación y reconocimiento del otro depende en gran medida del apoyo familiar que puede vivir con ciertas contradicciones de su familia y en contacto con estresores al momento en nuestra localidad no contamos con redes de apoyo posterior durante y al egreso de los jóvenes que han experimentado procesos de recuperación, manteniéndose esta problemática social razón por la cual se realizará la presente investigación, pues la relevancia social al ser una problemática de salud pública, el consumo de alcohol de los Adolescentes y jóvenes con sus consabidas

consecuencias entre ellas los niveles de ansiedad y depresión que presentan antes de la adicción, posterior a la abstinencia y durante los procesos de internamiento para la recuperación necesitan un acompañamiento sostenido en las redes de apoyo familiares y del contexto de cada ser humano y que en la actualidad es limitado o inexistente dicho apoyo; por lo tanto es preciso en el ámbito de la salud mental proponer estrategias de educación en las redes de apoyo, especialmente familiar o comunitaria .recalcando esta manera la **justificación de la formación académica** en la Maestría de Salud Mental, en donde se aporta en un escenario delimitado temporalmente y espacialmente, y se vincula la teoría del proceso de aprendizaje con un colectivo humano al que a partir de los resultados de investigación se pueda beneficiar con una propuesta alternativa de mejoramiento de la problemática identificada, que nos permitirá una vida más humana dentro del contexto familiar.

ANTECEDENTES

El consumo de alcohol fue siempre cultural y es parte de las costumbres y de la vida cotidiana, parte de un acto de diversión, deportivo, social, económico y cultural, consolidado dentro de las costumbres sociales como parte de la cultura Ecuatoriana.
En los últimos años se observa además una tolerancia para el consumo de alcohol riesgoso, sobre todo cuando el abuso está ligado a situaciones de festejar acontecimientos o procesar el dolor a causa de llenar los vacíos emocionales.

Esta permisividad, no es ajena a las repercusiones negativas generadas sobre la salud aspecto familiar y social que puede desencadenar el consumo excesivo del alcohol, entre las principales secuelas se señalan las enfermedades digestivas, enfermedades del hígado, accidéfites de tráfico, problemas familiares, conductas auto y hetero- agresivas (tales conno suicidios, violencia, homicidios, y conducta sexual riesgosa)
Para algunos adolescentes y jovenes experimentar el consumo de alcohol puede ser un rito necesario para atravesar la fase de individuación De hecho, se podría decir que la mayor parte de los jóvenes son consumidores ocasionales, con patrón de consumo principalmente en fines de semana. Sin embargo, para aquellos jóvenes y adolescentes que presentan personalidades complejas, puede constituir la única alternativa para enfrentar los problemas personales, familiares y ser asi los más sensibles a la dependencia de alcohol.

El Uso y abuso en el consumo de alcohol, así como la dependencia a las mismas, se ha convertido en un problema de salud pública, en las últimas décadas en muchos países incluido el nuestro.

Dentro de la población general un grupo que tiene mayor susceptibilidad a adquirir conductas riesgosas, tal corno el consumo de bebidas alcohólicas, son los adolescentes, dado que éste período está marcado por la exploración y se tiende a querer romper esquemas establecidos.
Por otra parte tienen la tendencia a sentirse indestructibles e inmunes hacia los problemas de salud.

La experimentación con alcohol suele ser común en la adolescencia, ya que esta etapa de desarrollo se caracteriza por conductas impulsivas donde se tratan cosas nuevas sin medir las consecuencias.

Día a día, el problema del consumo de alcohol entre los adolescentes se torna más preocupante. Los índices de consumo de alcohol per cápita en el mundo, en el rango de edad que oscila entre los 12 y los 24 años ha aumentado; actualmente el inicio del consumo ha bajado a 10 y 8 años secuela de la disfuncionalidad familiar, como la migración, sobreprotección, y deserción escolar ha aumentado.

El alcohol está detrás de la conquista romántica o de la pelea que conduce al homicidio. Es el símbolo que encarna la ambivalencia. Detrás de la Ansiedad, Depresión, frustración violencia, agresión hay una copa de alcohol.

Alrededor del doble mensaje y del símbolo mágico se realiza el rito de iniciación del alcohol en el adolescente. Cuando el futuro adolescente a través de la televisión y redes sociales sólo recibe dobles mensajes en relación al alcohol.

“Las bebidas alcohólicas están prohibidas para los niños”; ven a su padre bebiendo excesivamente. Escuchan a su padre y a sus tíos y a los amigos de su padre hablando muy bien respecto de tal o cual bebida y los observan bebiendo cerveza en grandes cantidades.
Entonces llega a la conclusión de que quien beba el fruto prohibido del alcohol se convertirá en adulto. Así pierde objetividad y el alcohol no es simplemente una sustancia que puede tener peligros potenciales sino que es ese símbolo mágico que lo convertirá en adulto.

Ante esta mentalidad adquirida por el adolescente, la circunstancia de iniciación es lo de menos: acepta tomar la botella de cerveza con sus amigos del vecindario para ser aceptado en la banda. La niña que le exige a su mamá que en su fiesta de quince años haya suficientes bebidas alcohólicas para sus amigos y que no vayan a estar presentes los adultos.

Es indiscutible sustancia de e moda entre los adolescentes es el alcohol cuyo usos consumo sigue subiendo en forma preocupante.

LA ADOLESCENCIA Y EL ALCOHOL

La adolescencia es un momento particularmente vulnerable en la vida de un sujeto, debido a todo el proceso de duelo por las figuras parentales de la infancia, por ser un momento de "transición" entre la pérdida de estas figuras de identificación y la búsqueda o el encuentro de otras nuevas.

A lo anterior se suman: la actual crisis de los valores y el enfrentamiento con un mundo cada vez más complejo.

Existe además un verdadero "bombardeo" de la publicidad dirigido hacia este grupo etario, apetecible para el mercado, basta ver por ejemplo, al respecto, las publicidades de cerveza destinadas a jóvenes y el "encuentro" entre ellos si se la consume juntos.

En diferentes pueblos y culturas, encontramos ceremonias y rituales de iniciación como forma de marcar en lo simbólico este pasaje de la niñez al "mundo adulto", en muchos casos como marcas en lo real y en todos poniendo en juego lo real del cuerpo expuesto al sufrimiento y a la muerte.

Ahora bien, ¿qué sucede en una sociedad en la que se ha perdido la eficacia de los actos simbólicos que marcan esta salida de la niñez y la entrada a la adultez?

Es posible que en nuestra cultura actual, el alcohol juegue algún papel en este sentido para los adolescentes en tanto "se es grande" por estar "tomando alcohol" o por estar "borracho".

Por otra parte, el alcohol "suelta la lengua" y "da ánimos" para "encarar" el juego de la seducción inicial.

El alcohol, una bebida socialmente aceptada, ofrece desde la consideración de los jóvenes, la fuerza y el valor necesarios para los primeros encuentros amorosos y sexuales tan deseados y tan temidos.

Entonces, se arman de un escenario: la discoteca, o el lugar de exhibición de juegos públicos, en el cual mostrar algún emblema (por ejemplo: la lata de cerveza), para así poder, a través de un acto: el beber, y su consecuencia, la borrachera, sentirse grandes y pensar que están haciendo cosas de grandes.

Culturalmente el alcohol no es considerado una droga, aunque en determinadas sociedades ha tenido restricciones legales, es aceptada socialmente constituyendo la base del consumo abierto.
Entre los jóvenes simboliza el ingreso a la adultez, y entre los adultos la amistad, la diversión. Hoy en día el consumo de alcohol ha alcanzado su máximo histórico, y su plena aceptación es transmitida por mensajes directos e indirectos como la publicidad y los modelos sociales, a través de los medios de comunicación masiva. La "birra" (cerveza) bate records de consumo tras una pseudo-creencia de no contener alcohol y de ser la bebida más popular que reúne a las diferentes generaciones, asimismo se la asocia con el deporte, la amistad y el amor.

¿Por qué consumen Alcohol los adolescentes?

La adolescencia es el tiempo de probar cosas nuevas, los adolescentes usan el alcohol por varias razones, la curiosidad, es difícil el poder determinar cuáles de ellos van a experimentar y parar ahí, y cuáles van a desarrollar adicción. Además de estar asociado con una variedad de consecuencias negativas físicas, emocionales, de familia, en la escuela, colegio problemas sociales, etc.

Entre los jóvenes, el alcohol es una de las sustancias preferidas, siendo la adolescencia temprana una etapa de riesgo especial para experimentar con él. El alcohol afecta la mente y el cuerpo, sin embargo, en el caso de los adolescentes, éstos carecen de la madurez para afrontar de manera eficaz las consecuencias del consumo.

El adolescente está expuesto diariamente a situaciones generadoras de ansiedad, ya sea dentro del contexto familiar, social o escolar. Albarracín y Muñoz (2008).Se plantea que los jóvenes consumen alcohol en situaciones en las cuales manifiestan emociones tanto negativas como positivas, siendo las primeras las de mayor nivel de significancia. Por la etapa de desarrollo en la que se encuentran y ante la inmadurez tanto física, biológica y emocional del adolescente, no cuentan aún con un repertorio de habilidades que le permita abordar y resolver las dificultades de una forma adecuada, llevándolos a buscar estrategias no acertadas para afrontar el problema
La adolescencia trae aparejadas pautas de aceptación a las que los mismos adolescentes adhieren. El alcohol es una droga “social”, es decir que está aprobado su consumo.

El hecho de que tomen los adolescentes tiene que ver, en principio, con que lo hagan sus amigos, sus pares, pero también con la red comercial que está puesta al servicio de este consumo. Que sean transitorias o continúen estas prácticas de consumo de alcohol depende de diversos factores, pero que lo hagan en la adolescencia tiene que ver más que nada con la necesidad de "destacarse", ser alguien, ser aceptado dentro de un grupo de amigos.

Tanto el alcohol como el hecho de fumar son hábitos que los adolescentes advierten en los mayores desde que tienen uso de razón, por lo que no les resulta ajeno. Ahora bien, de ahí a que el consumo derive en alcoholismo, o que el uso y consumo se vuelva adicción, hay un paso muy grande, que no se transita de la noche a la mañana. Los padres deben prestar atención al comportamiento de sus hijos. Nada cambiará rotundamente si fuman a la salida del colegio o toman cuando van al boliche, pero si lo hacen en exceso, sobre todo en el caso del alcohol, es casi imposible no advertirlo en su conducta.

La mayoría de los adolescentes reconoce que las inhibiciones se van cuando toma alcohol y se anima a cosas que jamás se animaría a decir y hacer fuera del efecto que genera el alcohol. Un cigarrillo en la mano delante de la chica que lo atrae lo hace sentir más hombre. La jovencita piensa que parece más mujer fumando un cigarrillo y tomando alcohol.

Generalmente, las sustancias porteras son el alcohol y el cigarrillo, luego la marihuana, que se comienza a consumir a la par del cigarrillo y combinada, en la mayoría de los casos, con alcohol, y sus efectos no son tenidos en cuenta pero el hábito va generando progresivamente el aumento del consumo de alcohol y la iniciación con otras drogas consideradas mayores.
El Alcohol representan todo aquello "otro" que intenta, ilusoriamente, ocupar el lugar de "los otros", entendiendo a estos últimos como aquellas personas que conforman la familia, los amigos, las personas en general con quienes es posible establecer y mantener intercambios afectivos, vínculos verdaderos Son sustancias que intentan reemplazar las palabras, los intercambios o una acción atrapan aislando todavía más.

El alcohol da al joven el sentido de pertenencia que la sociedad actual le ha quitado. Lo lamentable creatividad que el joven no logra sacar de sí. Se sufre de aislamiento y El alcohol es que quienes le ofrecen esa pertenencia ya hace tiempo que han perdido la propia Identidad y Dignidad.

El efecto fisiológico y colateral que se observa con los trastornos de uso de alcohol no sólo tienen que ver con el efecto que estas sustancias tienen sobre el cerebro y el organismo , sino que también estos trastornos traen problemas como fracaso escolar y otras conductas de alto riesgo (accidentes, violencia, relaciones sexuales, conducta delictiva).

EFECTOS DEL ALCOHOL

El alcohol tiene un efecto depresor del sistema Nervioso Se transporta en la sangre dando efectos colaterales irreversibles en el cerebro, el estómago, el hígado, los riñones, los músculos, cirrosis del hígado, pancreatitis, derrame hemorrágico y ciertos tipos de cáncer. Se absorbe rápidamente (toma de cinco a diez minutos) y puede permanecer en el cuerpo durante varias horas. Puede resultar tranquilizante, o despertar agresividad.

Reconoce tres estadios: sueño o alegría desmesurada, melancolía y llanto y agresividad que llega a ser peligrosa.

Inicialmente reduce las inhibiciones, lo que puede dar paso a una conducta peligrosa.

El alcohol es una droga y su consumo es legal sólo para personas mayores de 21 años.

Según la Administración de Abuso de Sustancias Controladas y Servicios de Salud Mental 2.6 millones de jóvenes desconocen que una persona puede morir de una sobredosis de alcohol. El envenenamiento por alcohol ocurre cuando una persona ingiere grandes cantidades de alcohol en un periodo corto de tiempo por paro cardio respiratorio.

Peligros para la salud, las personas que comienzan a beber tempranamente tienen una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar una dependencia al alcohol que aquellas que lo hacen más tarde.

Esto se relaciona con la duración del tiempo de consumo. Cada año adicional que no beba reduce la probabilidad de dependencia de alcohol en 14%.Los adolescentes que tornan alcohol en exceso tienen los mismos riesgos de salud a largo plazo que los adultos que toman alcohol en exceso.

.Los factores de riesgo que pueden llevar a un adolescente a desarrollar un trastorno de uso de sustancias incluye:

Historia familiar de uso de sustancias o alcohol Ansiedad y -Depresión.
-Baja autoestima
-Sentimientos de minusvalía o de no pertenecer a ningún grupo.
Los adolescentes que usan alcohol tienen una mayor probabilidad de estar sexualmente activos, lo que los coloca en un riesgo mayor de contagiarse con infecciones sexualmente transmisibles o adquirir VIH.

Un estudio demostró que los estudiantes diagnosticados con abuso de alcohol tenían una probabilidad cuatro veces mayor de sufrir Ansiedad y depresión que los que no tenían problema de alcohol. Se ha asociado el consumo del alcohol entre los adolescentes con planificar, intentar o completar un suicidio.

El alcoholismo como enfermedad.
La enfermedad del alcoholismo tiene un desarrollo insidioso porque es muy difícil precisar el momento en que se declara.

En esto radica una de las principales dificultades para el diagnóstico temprano del alcoholismo, y lo más importante es que el sujeto afectado identifique, reconozca y acepte que se le ha declarado una enfermedad que pone en riesgo su salud y su propia vida.

Este desarrollo insidioso consiste en un proceso morboso que conduce el alcoholismo en sus etapas pre-patológicas evoluciona muy lentamente y de una forma muy sutil, de modo que casi nadie detecta los síntomas prodrómicos de la enfermedad. La **tolerancia** se define como una adaptación biológica del organismo al alcohol, por la cual el bebedor necesita mayor cantidad para obtener los mismos efectos que antes lograba con menor cantidad.

Cuando aparece el fenómeno de la tolerancia en un bebedor esto suele resultar muy engañoso pues sufre una adaptación biológica que consiste en una serie de cambios metabólicos de tipo adaptativo que ocurren en el hígado y el cerebro, dando lugar a una serie de transformaciones neuroquímicas en las vías metabólicas de degradación del alcohol, lo que finalmente conduce al fenómeno de la compulsión.
Ésta determina la incapacidad del individuo para controlar su manera de beber, caer con más frecuencia en el exceso alcohólico y presentar problemas de conducta que afectan su vida familiar, laboral y social.
Estos cambios neurobiológicos son irreversibles, esta incapacidad de control, que es el síntoma cardinal del alcoholismo, deriva de la ya

mencionada compulsión proveniente de las transformaciones neuroquímicas que sufre el alcohólico. Por el temor de presentarlo, y sigue bebiendo para que no disminuyan sus niveles séricos de alcohol. Las consecuencias lógicas de esta incapacidad de controlar la manera de beber son la ingesta excesiva de alcohol y los trastornos de la conducta, que dan lugar a la transformación de la personalidad.

El individuo el alcohólico huye de la realidad para alterar la conciencia el alcohólico se torna irresponsable, necio, agresivo, y peligroso.

El último elemento de la definición se refiere a la etiopatogenia de la enfermedad. El individuo desarrolla una dependencia psíquica y física, como consecuencia de dos factores: uno de tipo heredado y otro de tipo aprendido. El factor heredado es una predisposición genética hacia la enfermedad.

Está ampliamente demostrado el factor genético en la etiología del alcoholismo, aunque para el desarrollo del alcoholismo necesariamente tiene que interactuar con los otros dos factores etiológicos de la enfermedad, que son el factor psicológico y el factor sociocultural.

El alcohol,) afecta mucho la sexualidad A nivel cerebral, el alcohol actúa predominantemente sobre el lóbulo frontal alterando la capacidad de juicio y el autocontrol, modificando en consecuencia la percepción y las conductas del individuo.

El alcoholismo crónico produce polineuritis en los nervios periféricos y afectos al árbol vascular. Es interesante diferenciar la intoxicación aguda y la crónica.

En la intoxicación aguda, la relación dosis - efecto es muy directa Clínicamente se manifiesta desde pequeñas alteraciones en la coordinación de la marcha hasta el coma y la muerte.

Pequeñas dosis de alcohol, una a dos copas desinhiben y facilitan el contacto social. Esto ayuda especialmente a las personas tímidas. Hay una graduada liberación pulsiorial bajando las resistencias morales. El deseo sexual está estimulado, ambos sexos están más proclives las actitudes seductoras así como la risa surge con mayor facilidad. En muchos hombres hay resultados controvertidos: en algunos aumenta la erección y en otros la disminuye.

En general hay una demora en obtener la eyaculación que es usada por algunas personas a modo de tratamiento, con el agravante de dificultar la obtención y mantenimiento de la erección. A nivel plasmático hay un descenso de la testosterona. Las dosis moderadas producen efectos variados en cada individuo; aparecen trastornos motores, de la memoria y del juicio. Estas dosis prolongan en ambos sexos la etapa de excitación y hay en el hombre dificultades para obtener una erección satisfactoria.
En las dosis altas la erección es insuficiente, la mujer no se lubrica, no hay capacidad para la penetración y no se alcanza el orgasmo. El hombre tiene una eyaculación retardada y no muy placentera.

Para adjudicar a la intoxicación alcohólica la producción de una **disfunción** sexual deberían cumplirse tres condiciones:

1) Que la **disfunción** sexual no sea preexistente al episodio alcohólico.
2) Todo el cuadro clínico es explicable por la intoxicación alcohólica hasta 30 días después de la misma.
3) Hay una alteración significativa de las relaciones interpersonales.

El alcoholismo crónico es una de las mayores causas físicas de impotencia en el hombre porque provoca lesiones neurológicas y tróficas a nivel de los testículos y de los nervios periféricos, como así también alteraciones hormonales.

La afectación del hígado altera el metabolismo de las gonadotrofinas apareciendo aromatización de andrógenos en estrógenos, lo que baja el deseo sexual.

En la mujer hay baja de libido, amenorrea e infertilidad. A pesar de los estereotipos promovidos por los medios de comunicación que ligan el consumo de Alcohol de las personas que las consumen.

En la actualidad muchos jóvenes relacionan el consumo de alcohol, con el sexo. Tornan estas referencias a través de los medios de comunicación. Son un ejemplo las producciones cinematográficas donde es típico observar la ingesta de alcohol antes de tener relaciones sexuales.

El adicto es una persona reprimida que no pudo diccionar su incomodidad. Su malestar que lo afecto, y huye de la realidad con el uso del alcohol y produce un estado de dependencia psicofísíca, que se establece luego de su administración periódica y continua.

CONSECUENCIAS QUE TRAE EL. ALCOHOL.

El alcohol produce Ansiedad Depresión del Sistema Nervioso Central tiene un efecto toxico y sedante; además la ingestión excesiva del alcohol durante periodos prolongados conduce a complicaciones en la nutrición Los daños al organismo son acumulativos que llevan a diversas alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras del estómago y duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en el sistema nervioso. Pueden llegar a producirse hipotensión arterial, alucinaciones e intensos temblores, que pueden deberse al síndrome de abstinencia alcohólica, y el *delirium tremens,* que puede ser mortal a pesar de ser tratado adecuadamente. Algunos alcohólicos desarrollan la paranoia alcohólica y a menudo se perturban al enfrentar las circunstancias que los rodean y pueden sufrir estados de pánico. El alcoholismo afecta también a los músculos, a veces perdida de tejido muscular en brazos y piernas, músculo cardiaco.

ESTRATEGIAS QUE COMO PADRES PODEMOS UTILIZAR PARA PREVENIR EL USO DE ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES.

- Ofrecer cariño y amor como legitimo legado a nuestros hijos
- Buena comunicación con información, sobre valores desde padres a hijos
- Generar resistencia en familias disfuncionales
- Desarrollar proyectos de vida en adolescentes y jóvenes
- Modelaje de conducta libre sobre el uso de alcohol
- Reconocer que el alcoholismo es un fenómeno social y cultural.

Las señales de alerta de que un adolescente puede estar comenzando a tener problemas con el uso del alcohol incluyen:

- Cambios físicos como nauseas, vómito, diarrea, baja de peso.
- ojos rojos, tos persistente. Temblores, dificultad de la marcha .neuritis etc.
- Labilidad emocional como cambios en la personalidad, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad,
- Ansiedad, depresión, disminución en el interés de actividades que le gustaban en el pasado.
- Cambios en la familia, disfuncionalidad familiar y familias con conflictos como peleas frecuentes, romper las reglas de la familia, y alejarse de la familia.

- Cambios en la escuela como disminuir las notas, ausencias, cortar las clases, problemas de conducta.
- Cambios sociales como amistades nuevas que no son del ámbito de la escuela o de la comunidad, problemas legales, cambios drásticos en la ropa que utiliza o música que escucha.

ANSIEDAD

Definición.- *Es una emoción caracterizada por sentimientos de anticipación al peligro, tensión, angustia, y por tendencias a evitar o escaparse. Vivencia de temor ante algo difuso Vago, indefinido que a diferencia del miedo tiene una referencia explícita. Ansiedad es Lina manifestación, afectiva. Con evidencia fisiológica, coriductual, cognitiva y asertiva manifestación de las personas cuando quieren dar a evidenciar que se sienten cargadas con gran tensión, expectación y stress.*

Algunas causas que provocan ansiedad en consumidores de alcohol

- *Los agentes o situaciones nuevas Estímulos que alteran nuestro equilibrio entre ellos físicos, enfermedades, hábitos, amistades*
- *Desconfianza de los familiares psicosociales.- el entorno, estigmatismo, egoísmo tradiciones, prejuicios*
- *Laborales - inestabilidad laboral, falta laboral.*

SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN EN LA ANSIEDAD

A nivel psíquico.- Nerviosísimo, inquietud, malestar, incertidumbre, preocupación por el futuro, presentimientos, sudoración, A nivel fisiológico - aumento y elevación del tono muscular, aumentos de la frecuencia respiratoria, aumento del ritmo cardiaco, disnea, , taquicardia, rubor fácil, nauseas, temblores, fatigibilidad, molestias digestiva A nivel cognitivo - dificultad para concentrarse, sensación de desorganización, pérdida de control sobre el ambiente, dificultad para pensar con claridad, dificultad para tomar decisiones.

A nivel conductual.- movimientos torpes repetitivos, paralización, tartamudeo, evitación de situaciones Es entonces cuando la ansiedad se convierte en un problema de salud.

Manifestaciones sintomatologías de la ansiedad	
Físicos	Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, 'nudo'' en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Las alteraciones más graves cursan con insomnio, trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales.
Psicológicos	Inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, recelos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos extremos, temor a la muerte, a la locura Suicidio.
De conducta	Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro.
Intelectuales o cognitivos	Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.
Sociales	Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

CAUSAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD

Ansiedad puede presentarse de forma crónica, como un rasgo de personalidad presente durante casi toda la vida del individuo; este es el caso del *trastorno de ansiedad generalizada, o* en forma de episodios relativamente frecuentes de gran intensidad que constituyen las "crisis de ansiedad", "crisis de angustia", o "ataques de pánico". La diferencia, por

tanto, entre el “trastorno de ansiedad generalizada” y el de “angustia o pánico” se basa en que en el primero el paciente continuamente se encuentra mal, mientras que en el trastorno de angustia, el sujeto se encuentra perfectamente bien entre las crisis. Además, muchas personas que sufren ataques de pánico, frecuentemente desarrollan un miedo o temor progresivo a que se repitan, apareciendo entonces la llamada “ansiedad de anticipación”. Es decir, la ansiedad se produce antes incluso de que suceda algo que la pueda producir, por eso sabemos que sin anticipación no hay ansiedad.

Algunas personas presentan problemas de ansiedad porque tienen tendencia a reaccionar exageradamente ante las dificultades. Otras se vuelven ansiosas como consecuencia de un acontecimiento especialmente desagradable o que viven como tal. Ocurre, con frecuencia, que la aparición de un problema importante o la acumulación de pequeños problemas es el origen de! trastorno. En ocasiones, la ansiedad aparece justo cuando se ha resuelto el problema y, por tanto, cabría esperar que esa persona se encontrase mejor. Los desórdenes de ansiedad son verdaderos, diagnosticares y tratables.

Son las enfermedades mentales más comunes del mundo occidental Podemos hablar- de causas primarias y causas secundarias de la ansiedad. En la ansiedad primaria no existe un cuadro de síntomas que justifique el trastorno, la ansiedad es, entonces, una condición en sí misma, es decir, existe una propensión mayor en algunas personas a padecer ansiedad debido a factores de tipo genético y hereditario, que está directamente relacionada con la química de los neurotransmisores del cerebro y que se puede experimentar en varias etapas de la vida. Esta ansiedad, sin embargo, afecta a un número muy reducido de personas. Por el contrario, la ansiedad secundaria la padece un gran número de personas y es causada por un trastorno psicológico o bien por una enfermedad psiquiátrica o física subyacente.

Hay que destacar el estrés como el factor más relevante en la aparición de los trastornos de ansiedad. Así, por ejemplo, un continuo exceso de ruido en nuestro ambiente de trabajo o en nuestra casa es causa de irritabilidad, falta de sueño, inquietud o desasosiego. Los problemas familiares, como fallecimientos o separaciones favorecen la aparición de las crisis de ansiedad. Podemos asegurar, entonces, que el exceso de estrés es un mecanismo de autodestrucción.

Las patologías relacionadas con la ansiedad con frecuencia aparecen tras padecer situaciones de estrés inespecífico, llegando a ser crónicas si las causas de dicho estrés persisten. En las sociedades modernas son factores estresantes muy característicos productores de ansiedad: el miedo a perder el trabajo, a no ser aceptado socialmente, a no cumplir las expectativas impuestas, enfrentarse a exámenes, enfermedades físicas, especialmente las relacionadas con desajustes de hormonas tiroideas y las cardiovasculares, el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas).

No olvidemos que la ingesta de algunos medicamentos incluyen la aparición de ansiedad entre el listado de sus potenciales efectos secundarios. Como podemos comprobar los modos de desarrollar un trastorno de ansiedad son muy variados. Por esto, es importante reflexionar para descubrir la causa que ha podido producir la ansiedad y poder así hacer frente a los problemas de un modo más eficaz.

Una vez que la ansiedad aparece tiende a mantenerse, incluso cuando las causas aparentes para ello han desaparecido. Esto es debido a que se ha adquirido el hábito de preocuparse, de esperar dificultades y de evitar situaciones difíciles. Se crea así un círculo vicioso: como los síntomas son desagradables, la persona se vuelve más sensible y sufre con anticipación un problema que tal vez ni exista. El cuerpo se ha habituado a estar tenso y a reaccionar con ansiedad en todo tipo de situaciones debido a la preocupación continua de que pueda pasar algo (un ataque cardiaco, pérdida del control...), lo que provoca que los síntomas de ansiedad se agudicen. Y así vuelta a empezar.

Consecuencias del trastorna de ansiedad

La ansiedad puede generar sentimientos de Tensión, cambios bruscos de humor miedos, infelicidad, alteraciones insomnio, alteraciones fisiológicas somáticas, deterioro de las relaciones familiares.

Por ello es muy importante aprender a controlarla. Lo primero de todo es impedir que el trastorno de ansiedad siga creciendo y ocupando más espacio en la vida de la persona y provocando, alteraciones psíquicas y somáticas en los diferentes niveles.

Tipos de ansiedad

Trastorno de Ansiedad Social

De temor y nerviosismo en situaciones sociales o cuando la persona se cree el centro de atención. Tendencia a evadirse de situaciones sociales.

Sonrojo, sudoración, latidos violentos, voz temblorosa, temblores motores, náuseas, diarrea.

Sensación súbita de miedo y temor intenso que sucede sin causa aparente. Es el conocido “ataque de pánico". Taquicardia, dolor precordial, disnea, de mareo, cosquilleo o adormecimiento, sofocos o escalofríos, náuseas.

Trastorno de Pánico

Sensaciones diarias de mucha preocupación, persistente estado de malestar.

Preocupación, ansiedad, cefalea, sensación de inquietud, sensación de irritabilidad, temblores, insomnio tensión muscular, fatiga muscular, problemas de concentración, suele comenzar en la niñez o en la adolescencia y puede ser difícil de diagnosticar porque sus síntomas físicos lo asemejan a otras enfermedades características de estas etapas.

Trastorno Obsesivo Compulsivo

Pensamientos recurrentes, a menudo perturbadores, que pueden provocar conductas (compulsiones) que aparentemente no se pueden detener ni controlar Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes que se repiten una y otra vez Con frecuencia ocurren sin ninguna razón Pueden incluir:

- Miedos exagerados (como miedo a ensuciarse o a los microbios).
- Dudas persistentes (corno preocuparse sin cesar de haber dejado la puerta abierta al salir, la cocina o la estufa encendida, etc.)
- Impulsos sexuales que le causan vergüenza acciones compulsivas a repetir como à Lavar las manos, cara u otras partes del cuerpo constantemente Vueltas atrás repetitivas para comprobar algo,
- Contar, guardar, acomodar (libros, objetos)
- Frecuentemente, las personas con TOC sienten mucha vergüenza de buscar ayuda. Pero, sin tratamiento, puede afectar su vida laboral, social y familia y, con el tiempo, llegar a gobernar su vida
- Recuerdos vividos y atemorizantes, pesadillas de un evento traumático. Estos eventos dolorosos suelen ser consecuencia.

Ansiedad en adolescentes.

Como la ansiedad se caracteriza por congoja o aflicción, definido como estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego, ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida (Saavedra, 2010).

Virues (2005), describe la ansiedad como una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente.

La lucha contra la depresión (2010) divide la ansiedad en ansiedad positiva la cual permite que las personas se alerten ante un peligro real o ante un estímulo que se perciba amenazante. El organismo reacciona para adaptarse; el cuerpo y la mente se preparan para la situación y reaccionar consecuentemente (ataque o huida). Y la ansiedad negativa, consiste cuando el problema surge en el momento que el cerebro interpreta un peligro irreal, consecuencia de la imaginación, dado por pensamientos negativos y repetitivos, un cambio brusco en la vida, situaciones de estrés o preocupaciones constantes.

Se caracteriza por la presentación de innumerables preocupaciones, generalmente no realistas, sobre eventos futuros. En la etapa adolescente es frecuente que se manifieste con sintomatología psicosomática y conductas de evitación (como el rechazo a ir al colegio). La prevalencia de estos trastornos se estima entre un 5 y un 7% y no existen diferencias claras entre sexos.
La sintomatología está presente de forma continua, aunque empeora es situaciones percibidas como amenazadoras.

SUGERENCIAS PARA EL CONTROL DE LA ANSIEDAD

- *Diagnostico Identificación de las situaciones que les producen ansiedad.*
- La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podernos

considerar a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico. La ansiedad necesariamente positiva se entronca con lo cotidiano y entra de lleno en el campo de la motivación que nos hace alcanzar metas. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Ahora bien, la ansiedad neurótica es ya otra cosa y tiene otro significado que hay que situar en la órbita de las enfermedades psíquicas que provoca respuestas de evitación e inhibición, que mantiene un estado de alerta prolongado sin justificación alguna. Es entonces cuando lo malo se ve peor

- La ansiedad negativa se caracteriza pos sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos.
- Estos cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico. Por lo general sólo percibimos algunos de los desórdenes persistentes que provoca esta activación des adaptativa.
- La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, anorgasmia femenina, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc. A nivel de nuestro sistema motor la ansiedad se manifiesta con inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades de comunicación (a veces tartamudez), consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco u otras drogas), llanto, tensión en la expresión facial, etc.

DEPRESION HISTORIA DE LA DEPRESIÓN.

La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates, quien utilizo el término melancolía.
.Hipócrates, de quien se dice que vivió en el siglo IV AC. Formulo la primera, descripción medica de la depresión ala que llamo melancolía y cuyo origen atribuyo a un exceso de atrabilis en el cerebro.
Aleteó en el siglo II formulo el cuadro más completo de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente sicológicos y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura.
Las manifestaciones típicas.
Los pacientes se sienten desanimados o con una apatía irrazonable, sin causa aparente, así comienza la melancolía. Esta teoría persistió hasta la

edad media. Recién el renacimiento surgió el interés en la depresión con un nuevo enfoque de sus causas, en Inglaterra donde hubo una epidemia de melancolía, a juzgar por la cantidad de trabajos sobre el tema aparecidos en ese breve tiempo. Timothy Bright público su tratado sobre la melancolía en 1586 y veinte cinco años más tarde se conoció su lente óptico del humor de Thomas Wilmington que se ocupó en detalle de la constitución melancólica.
Por ultimo en 1621 Robert Burton termino su libro Anatomía de la melancolía los médicos del resto de Europa redescubría que melancolía y manía suelen alternar en el mismo individuo. Bonet en 1684, Schact en 1747 y Herchel en 1768 fueron algunos de los que asociaron ambos desordenes corno parte de una única entidad diagnostica. Los aportes importantes de Falret fueron sus aportaciones acerca del probable carácter familiar de la depresión recurrente y su mayor incidencia en las mujeres. Kraepeling, que revoluciono la psiquiatría discrimino los elementos comunes de entre la confusión de síndromes descritos individualmente y los consolido en tres categorías diferentes. Demencia, parafrenia y psicosis maníaco - depresivas comprendía la categoría de psicosis intermitente, la manía simple, algunos casos de desórdenes leves del carácter precursores de perturbaciones más graves.
De acuerdo con estos criterios, diferencio la psicosis maniaco-depresiva de la demencia precoz, Kraepeling creó una psiquiatría de resultados finales utilizando el pronóstico como el principal criterio diagnóstico.
En 1904 Meyer objeto el término de melancolía, afirmando que daba un sello de certeza a un estado vago acerca del cual poco se sabía. Sugirió en cambio denominar depresión a dicho desorden hasta que se contara con evidencias positivas de enfermedad.

DEFINICIONES DE DEPRESIÓN.

Es un estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la apliquen. Sin una base suficiente y en grado intenso, se presenta en diversas enfermedades mentales, especialmente en la psicosis maníaco depresivo (periodo depresivo).
Hay que distinguir entre depresión agitada e inhibida.
-Sentimientos de impotencia, desesperanza, ineficiencia y tristeza. Puede ser sintomático de varios trastornos, sin embargo estos sentimientos también ocurren en las personas normales.

Existen diversos tipos de depresión, entre los que destacan:

-Depresión agitada: Síndrome de conducta normal se caracteriza por hiperactividad, inquietud y tensión, de tal modo que el paciente solo puede permanecer calmado durante breves intervalos de tiempo. El paciente deprimido y agitado es extremadamente ansioso y aprensivo, y siempre espera un siniestro o calamidad inminente. Tiende hablar de sus temores y desesperación y a menudo expresa odio a sí mismo. Muestra su depresión y sufrimiento cuando camina de un lado a otro, estrujándose las manos, quejándose y llorando. Se inclina a manifestarse de manera hostil hacia los demás y en contra de sí mismo.

-Depresión cíclica: Sinónimo de maníaco depresivo tipo deprimido. Trastorno recurrente del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de depresión severa y por retraso mental y motor. También puede presentarse inquietud, aprensión, perplejidad y agitación.
-Depresión indiferente: Situación en la que el individuo responde frente a las ideas depresivas con resignación y apatía.
-Depresión involutiva: Sinónimo de melancolía involutiva; trastornos del estado de ánimo que ocurre en la edad avanzada y que se caracteriza por preocupación, ansiedad agitación, insomnio y a menudo sentimientos de culpa.
-Depresión letárgica: Depresión severa en la cual se omiten o suprimen las actividades normales.
-Depresión reactiva: Depresión transitoria atribuida a alguna experiencia; generalmente la persona carece de un historial de depresiones repetidas.
-Depresión retardada: Depresión en que las actividades normales se interrumpen o se trastornan.
-Depresión del adolescente Depresión leve acompañada a menudo de hipocondría y ansiedad, la cual se observa comúnmente en hombres y mujeres jóvenes.

DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La normal oscilación del estado anímico de los adolescentes puede dar la impresión de que los desórdenes depresivos son una epidemia desde la pubertad en adelante. El problema radica en diferenciar entre los jóvenes realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presenta en episodios pasajeros y abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales. Jacobson son (1961) investigo las causas de la oscilaciones anímicas del adolescente y se supone que la labilidad emocional refleja la remodelación de la estructura

psíquica del individuo, que se produce como consecuencia de los masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos. Jacobson ve a la adolescencia como una época en la cual el individuo debe romper los lazos con el pasado, para forjar una nueva imagen de sí mismo.
Las manifestaciones depresivas en adolescencia pueden obedecer además a otros motivos; Por ejemplo, la renuncia a vínculos y objetivos infantiles, la no consecución de ideales irrealizables o los conflictos de allegados de sentimiento de culpa. Para Jacobson la adolescencia es una época de turbulencia, con importantes alteraciones psíquicas y vaivenes anímicos, en la que es dable esperar depresiones transitorias.

Otros autores (Weiner, 1970) no creen que la adolescencia deba ser vista como un periodo turbulento de inestabilidad emocional. Un adolescencia perturbada no es una regla pero si el resultado de una niñez perturbada y el preludio de una madurez perturbada.

No todos los jóvenes pasan por algunos traumas descritos por algunos autores. Para ciertos individuos la adolescencia es una época no solo apacible, sin además muy gratificante. Sin embargo nuestra cultura impone fuertes tensiones al adolescente, debido a las inhibiciones sexuales, la limitación de su libertad, la exigencia de triunfos sociales y académicos y la indefinición de su rol en la sociedad, de modo que no es de sorprender que sufra trastornos.

Otro factor que incide en el adolescente es la inmadurez de sus juicios independientemente del medio cultural que puede predisponerlo a los actos impulsivos y a las reacciones extremas. En relación con la depresión, el apremio y la total desesperación que se notan muchas veces en el adolescente, así como su alarmante propensión a las actividades autodestructivas, suelen hacer sospechar un proceso más maligno de tipo esquizofrénico. Algunos jóvenes muestran gran agitación, mientras otros se alejan de todo contacto con sus iguales.

Muchas de las depresiones de la adolescencia se caracterizan por su brevedad, tanto como por su intensidad.
Otras depresiones, en cambio, se hacen crónicas y no ceden aunque las condiciones ambientales mejoren. Estos jóvenes presentan síntomas depresivos similares a los del adulto, o bien defensas contra la depresión que son específicas de esta edad; entre otras, la hiperactividad, el uso de drogas, la afiliación, a determinados grupos, la delincuencia y la promiscuidad sexual.

La depresión resultante de la frustraciones de necesidades de la dependencia puede producir agitación, ansiedad o la desesperada necesidad de reemplazar a los padres perdidos con nuevas figuras gratificadoras, lo cual suele llevar al joven a unirse a banda de delincuentes o a entablar relaciones sexuales indiscriminadas.

SINTOMATOLOGÌA DE LA DEPRESIÓN

Hay diferentes tipos de depresiones según el criterio de clasificación, la sintomatologia del episodio depresivo es básicamente la misma. Según el nivel de gravedad de la depresión la intensidad de cada uno de estos síntomas varía.

Las manifestaciones emocionales son aquellos cambios en los sentimientos del paciente o en la conducta. El abatimiento del humor, los sentimientos negativos así mismo, la disminución de la gratificación, perdida de las ataduras emocionales, aumento de ganas de llorar, perdida de respuesta de alegría.

Las manifestaciones cognitivas distinguen 3 síntomas principalmente. El primero está compuesto por las actitudes distorsionadas del sujeto respecto de sí mismo, de su experiencia y de su futuro. El segundo síntoma lo constituye la tendencia a auto culparse. El tercero se relaciona con el área de la toma de dediciones, en el sentido de que el paciente tiende a ser indeciso.

En lo que atañe a las manifestaciones motivacionales, los depresivos se caracterizan por una ausencia de motivación y por elegir la pasividad frente a la actividad, la manifestación extrema de este escapismo es el suicidio.

Entre los síntomas físicos y vegetativos se puede situar la pérdida o alteración del apetito, trastornos del sueño, perdida del interés por el sexo y fatigabilidad, estreñimiento como malestar físico relacionado con dolores de cabeza, sequedad de boca etc.

En resumen, se han presentado los síntomas depresivos en cuatro apartados. En el apartado emocional destaca la vivencia de la tristeza; en el apartado de las manifestaciones motivacionales se incluye la pérdida o descenso de la actividad y del interés; los correlatos cognitivos de la depresión son una visión negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro, y

la indexación; Entre las manifestaciones somáticas destacan los trastornos del sueño, del apetito y la presencia de ciertos dolores y malestar.

En resumen un trastorno como la depresión afecta el ánimo de manera radical y no como arranques emocionales que resultan de problemas particulares, los cuales generalmente, son de un tiempo mucho más corto.

-caída de animo

-perdida de energía e interés

-sensación de enfermedad física o debilitamiento

-baja concentración

-apetito y sueños alterados

-disminución de las funciones físicas y mentales
Además, muchos problemas físicos como indigestión, dolores de cabeza, o periodos alterados, frecuentemente van de la mano, con la depresión. Esto ocurre tan comúnmente que mucha gente se enfoca a estos problemas sin darse cuenta que están sufriendo depresión.

Pero es probable que sean los sentimientos de - desesperanza - desamparo - culpa- ideas de suicidio o intentos de suicidio los que demuestran la certeza de la depresión.

Todo lo que se realiza habitualmente significa un esfuerzo y se realiza lentamente. La tarea más pequeña es un peso para estas personas. Problemas menores se convierten en temas / Las simples tareas son aplazadas indefinidamente. Lo peor de todo es la desintegración de la confianza Se titubea al hablar y al actuar. Incluso así, es muy difícil para cualquiera que no tiene experiencia personal de depresión realmente entender el grado del problema
Todo lo anterior se podría resumir en los siguientes, síntomas que acompañan a la depresión.

-trastornos del sueño

-astenia y fatiga o perdida de energía- anorexia

-alteraciones en la esfera sexual, hipersexualidad.

-indecisión

-ideas o conductas obsesivas

-conducta negativa o claramente antisocial

-agresividad – hurtos

-mismos síntomas que en la edad prepuberal

-consumo de alcohol -deseos de marchar de casa

-sentimiento de no ser comprendido

-malhumor e irritabilidad

-desgane para cooperar en actividades familiares

-tendencia a recluirse en la propia habitación

-desinterés por el aseo personal

-dificultades escolares
-retraimiento social con, especial respuesta al rechazo en relaciones amorosas, trastorno de estado de ánimo, desmoralización y falta de alegría.

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguna de ellos estará en función del diagnóstico que, de acuerdo con el criterio sustentado se divide en tres cuadros depresivos; sicóticos, neuróticos y simples. La etiología de la depresión es multifactorial.

Aun cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos dividiremos las causas de la depresión en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Tipo	Cuadros en los que predomina
Genéticas	Depresiones psicóticas
Psicológicas	Depresiones neuróticas
Ecológicas	Depresiones simples
Sociales	Depresiones simples

CAUSAS GENÉTICAS

Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, varios autores han presentado pruebas a favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de alguna vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco depresiva

La posibilidad de que un pariente de un enfermo deprimido padezca también depresión psicótica, hay de un 10 a un 15% de posibilidades de que su hijo presente un cuadro semejantes. Pero si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus desenlíenles afrontarían un 50% de posibilidades de padecer el mismo síndrome. Con parientes más lejanos como tíos, abuelos y primos se ha observado que el riesgo desciende a un 3 o 4%.

Los estudios de Kallmann proporcionan datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por un gen dominante. Con base a su estudio de 461 personas en las que utilizo el método de parejas de gemelos, Kallmann reporto las siguientes tasas en relación con parientes consanguíneos en psicosis maniaco depresivas;
0.4% en población general
23.5% en padres
16.7% en medios hermanos
23.0% en hermanos
26.3% en gemelos dicigoticos
100.0% en gemelos homocigóticas

Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia. Quizás no podríamos hablar de estos casos de una herencia directa de la depresión, sino simplemente la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro como puede suceder con otras enfermedades.

Hay datos que indican, al menos aparentemente, que no solo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino también la forma de respuesta al tratamiento. Investigaciones realizadas al respecto parecen demostrar que si un enfermo deprimido responde bien al tratamiento con tricíclicos, con inhibidores de la mono aminoxidasa (IMAO), o con otras drogas antidepresivas, sus parientes deprimidos también responderán favorablemente al tratamiento con el mismo tipo de medicamentos. Estos datos corresponden a observaciones preliminares, pero resultar muy interesantes en el futuro.

CAUSAS PSICOLÓGICAS

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica.

Causas psicológicas de la depresión;

Determinantes;

Disfuncionalidad familiar, Mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

Desencadenantes;

a) Abandono por Migración
b) maltrato físico , psicológico y emocional
c) Perdida de un ser querido
d) Pérdida de una situación económica
e) Pérdida de poder
f) Pérdida de la salud Enfermedades con peligro de muerte Enfermedades que originen incapacidad física Enfermedades que determinan alteraciones estéticas Enfermedades que afectan la autoestima (impotencia)

Las causas psicológicas de la depresión son diversas y afectan al ser humano en cualquier etapa de la vida.

Eri el tratamiento de cuadros de este tipo la utilidad de los antidepresivos suele ser limitada, requiriéndose además un apoyo psicoterapèutico, que puede ser individual, familiar o de grupo, según sea el caso.

CAUSAS ECOLÓGICAS

Desde siempre el hombre ha venido modificando su habitad, sometiendo gradualmente a la naturaleza en la búsqueda continua de sus satisfacciones.

Durante la última centuria la humanidad alcanzo un grado de desarrollo científico y tecnológico tal, que supero con mucho lo logrado en miles de años.

Este desarrollo proporciono mayor bienestar al hombre, pero también tuvo otras consecuencias negativas, a saber; un aumento acelerado de la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de tecnología y substancias contaminantes y una cantidad exorbitante de desechos, generando con ellos una severa contaminación ambiental del medio ambiente y el desequilibrio ecológico consiguiente.

Es válido suponer que los aspectos psicológicos del hombre no pertenecen al margen de este torbellino, y que, por tanto, su salud mental En este caso El stress, La Ansiedad y la depresión también seria producida por el medio ambiente social y cultural nocivo en que se desenvuelve el Adolescente y joven .

CUADRO DEMOSTRATIVO DE LAS CAUSAS ECOLOGICAS DE LA DEPRESIÓN

Problema	Motivo	Consecuencias
Contaminación atmosférica	Productos de la combustión de vehículo, de motor, industrias, talleres quema de desechos y polvo.	Mala calidad del aire inhalado

<u>CAUSAS SOCIALES</u>

- Como lo demuestran los estudios etiológicos, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie.
- Migraciones
- Desintegración de la familia
- Disminución del apoyo espiritual de la iglesia
- Falta de vínculos con los vecinos

Sabemos que los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos; que muchas familias se reúnen solo en ocasiones especiales, como bodas, bautizos, o entierros; que el divorcio se incrementa día a día, y que es

habitual que los jóvenes traten de independizarse tan luego corno tienen los medios económicos que les permiten hacerlo. En algunos países europeos, sobre todo los nórdicos, los ancianos viven totalmente solos; los vecinos que se dan cuenta de que han muerto hasta que perciben el mal olor de sus cuerpos en descomposición. Las relaciones de vecindad, afecto y apoyo emocional que existían hace unas décadas se han roto por completo.

Entre los hombres es común que se dé lo que algunos han llamado "depresión oculta". Esto ocurre porque a los hombres por lo general se les enseña a callar sus problemas y angustias emocionales. Debido a esto en muchos hombres deprimidos la condición no se manifiesta con sus síntomas clásicos, sino que más bien se manifiesta en forma de problemas de alcoholismo, abuso de drogas, o conducta antisocial.

El trastorno suele presentarse con antecedentes familiares en un 50%, la presencia de factores de riesgo familiares o sociales, y la existencia de otra patología comórbida (como los trastornos de ansiedad y el TDAH)

EVALUACIONES DIAGNÓSTICAS.

Desde los estudios de Kraepeling, numerosos enfoques han sido utilizados con el fin de delinear categorías diagnosticas significativas, que presentan depresión como un componente importante de su enfermedad. Todos nuestros sentimientos y emociones son comunes a los seres humanos, todos alguna vez en nuestra vida hemos estado tristes, enojados, ansiosos, preocupados, alegres, felices, contentos... Es parte de nuestra naturaleza porque nos permite saber si algo anda bien o mal, además nos ayuda a saber lo que necesitamos hacer para aceptar o cambiar lo que nos molesta.

La depresión es un estado emocional que es caracterizado por

a) sentirse mal la mayor parte del día.

b) no tener ganas de hacer las cosas.

c) perdida o aumento de peso sin proponérnoslo.

d) aumento o disminución del sueño, casi diario.

e) los demás se percatan que hacemos las cosas más rápido o más lento.

f) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivas.

g) dificultad para pensar o concentrarse.

h) presentamos Ideas constantes donde explicamos las cosas emocionalmente, somos extremistas, tenemos ideas suicidas o de muerte, solo vemos las cosas negativas y las generalizarnos

Estos síntomas duran más de seis meses e influyen en diferentes áreas de nuestra vida, como en el trabajo, en la escuela, los amigos y la familia.

Las razones del porque nos sentirnos así:

-No saber cómo controlar nuestras emociones.

Eventos difíciles de controlar como. La muerte de un ser querido, separación, divorcio u otras perdidas como la situación económica o el prestigio social.

- Enfermedades físicas.
- Alteraciones hormonales.

ROL DE LAS REDES DE APOYO

Desde las redes de apoyo se proponen y ejecutan programas que ayuden a todos los grupos familiares y socio comunitarios a manejar esta problemática desde las redes sociales y elaborar un programa de educación para la salud mental dirigido a las redes de apoyo de los jóvenes con adicciones al alcohol. En coherencia con esto, uno de los desafíos es descartar la noción de diagnósticos, de programas, de ofertas o de servicios específicos y rígidos, y sustituirlos por grupos de hombres comprometidos con la realidad, que reconocen problemas, los buscan donde están, buscan a los sujetos que quieren apoyo para cambiar su situación, acompañándolos en la construcción de su propia autonomía, y su capacidad de enfrentar la realidad y de superarla.

CENTROS DE RECUPERACION

Reconocer la diversidad, integra, la inclusión de los diferentes pero que realmente estén incluidos y en acciones y decisiones familiares como

grupales en la comunidad a las que se integran pues existen circunstancias en las que pueden estar incluidos a un grupo determinado pero no realmente integradas.

La integración social mira en al menos dos puntos, del individuo y de la comunidad en donde ambos deben acercarse e integrarse. No es posible hablar de integración social si no preparamos a la sociedad para reconocerse como parte del fenómeno del Alcohol , y reconocer a sus miembros como parte del sistema que todos construimos, un reconocimiento respetuoso que integre nuevas políticas, programas, prácticas y ante todo nuevas visiones.

La Red de Apoyo es una Asociación Civil, que desde la comunidad se constituye corno una institución sin fines de lucro, que tiene como objeto promover y defender los derechos humanos en, especialmente el derecho a la vida, la libertad personal, la seguridad e integridad personal e inviolabilidad del hogar, prioritariamente de los sectores populares.

ROL DE LA RED DE APOYO POSTERIOR AL EGRESO DE UNA PERSONA QUE FUE PARTE DE UN PROCESO DE RECUPERACION.

La Red de Apoyo, brinda un cuidado continuó cuando el paciente sale del tratamiento preparado para una siguiente fase, con un plan para trabajar en su recuperación. Permanece en contacto con la Institución para recibir apoyo mediante una red de atención organizada denominada “Apoyo Continuo”.

La mayoría de los pacientes regresan directamente a su ambiente anterior, con la recomendación de integrarse a un grupo de AA o NA en su localidad. Otros a sugerencia del grupo terapéutico se transfieren a pos tratamiento integrándose poco a poco a su vida laboral teniendo atención especializada psicológica y médica.
Se menciona a continuación una experiencia de trabajo en Minnesota en donde se originó esta fase de tratamiento, se pudo evaluar que hay una relación directa entre el número de pacientes recuperados y el desarrollo de la extensión de la red del apoyo continuo, este modelo es de gran beneficio, ya que incorpora a la familia y al paciente en forma paralela, y consiste en una reunión periódica semanal, lo cual permite ir modelando la interacción entre el paciente y su familia en el proceso de rehabilitación, además de hacer los seguimientos formales a los procesos psicoterapéuticos, cuyo objetivo es: Reforzar y mantener en el paciente egresado con conciencia de rehabilitación, mediante un proceso permanente de tratamiento utilizando las

diferentes herramientas contenidas fundamentalmente en la filosofía del programa de los 12 pasos.

OBJETIVOS DE LAS REDES DE APOYO

- Facilitar que el paciente identifique seleccione y practique estrategias que ayuden a reforzar el conocimiento, las destrezas y las actitudes necesarias para mantener el progreso del tratamiento y prevenir la recaída.
- Procurar estilos de vida saludables con el apoyo del grupo de ex pacientes y familiares.
- Otorgando con ello los siguientes conocimientos y destrezas:
- Proceso del plan de tratamiento.
- Sistemas sociales y familiares disponibles para el cuidado continuo.
- Señales y síntomas de recaídas.
- Estrategias de prevención de recaídas.
- Teorías de los sistemas familiares y sociales.
- Motivar al paciente a formar parte de grupos de ayuda mutua.
- Demostrar comunicación verbal y escrita clara y concisa.
- Evaluar y documentar el progreso del tratamiento.
- Participar en la confrontación, solución de conflictos y solución de problemas.
- Comprometer al paciente y otras personas significativas en el proceso de tratamiento y en el cuidado continuo.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan de prevención de recaídas.

Criterios de inclusión:

- Haber concluido el tratamiento primario de 180 días
- Reconocer ser adicto en recuperación.
- Tener la firme intención de permanecer limpio, utilizando el programa de los 12 pasos.

PROCESOS DE RECUPERACION EN LAS REDES DE APOYO

En todos los casos se recomienda que al terminar el internamiento continúe su proceso de recuperación, vale la pena mencionar que en la medida que logramos involucrar en los cambios a la familia, son más evidentes y duraderos los resultados.

Pero esto no es cosa fácil, como se saben estas familias en general son de características especiales y con frecuencia impiden o boicotean el tratamiento. Los amigos pueden ser muy demandantes o muy críticos, puede

que sus propias demandas interfieran con las habilidades del paciente para centrarse en su propia recuperación. Este comportamiento puede crear estrés, decepciones, y causar mucho dolor.

Los familiares y amigos de los adictos son particularmente susceptibles; ellos pueden comprometer la estabilidad del paciente, ya sea induciéndolo directamente a recaer o sirviendo corno estímulos pasivos condicionados para la aparición del “deseo imperioso”. De cualquier modo, una vez que se involucran los familiares, es evidente cómo el paciente evoluciona favorablemente. Por tales motivos la red de apoyo social o “apoyo continuo” para los miembros de la familia.

El apoyo de otras personas puede ayudar al adicto en recuperación en las siguientes formas: modelando la conducta.

Creando un ambiente de apoyo interpersonal.

Eliminando el estrés o ayudando al adicto a lidiar con las fuentes de estrés. Ayudando al paciente a librarse de una tentación específica de resbalón. Motivando el progreso continúo.

Monitoreando la conducta del adicto y ayudándolo a identificar actitudes, comportamientos o situaciones que indiquen la inminencia de una recaída.
Los pacientes deben tomar un papel activo en la estructuración del apoyo social que les ayude. Un paso importante, es anunciar a la familia y a los amigos que se está intentando detener el uso de drogas. En muchos casos, los pacientes pueden necesitar romper las relaciones con amigos consumidores.

La recuperación puede depender del abandono de relaciones marcadas por el abuso físico o por conflictos interpersonales destructivos. Los pacientes también necesitan aprender estrategias específicas para rechazar ofrecimientos directos de sustancias “recreativas”, hechos por individuos que, por otro lado, pudieran convertirse en un apoyo significativo.

La terapia familiar, los grupos de apoyo familiar y la educación familiar, son considerados elementos importantes del cuidado continuo y de la prevención de recaídas, aun cuando no haya investigaciones científicas que hayan establecido totalmente su efectividad. Cada uno de los enfoques apuntados más arriba difieren en el énfasis que debe ponerse en un punto o en otro,

pero todos fortalecen la idea de que la familia se convertirá en una buena red de apoyo, si se enseña a los miembros de la familia a:

- Estar conscientes de los problemas que el paciente confronta,
- Eliminar las conductas permisivas y modificar los patrones de interacción que incrementen el riego de recaída,
- Cómo responder a los resbalones que pudieran ocurrir.
- Cómo encarar de manera efectiva el proceso de recuperación del adicto.

Por lo general la persona afectada por la enfermedad de la adicción al alcohol y otras drogas no acepta padecerla, o minimiza la gravedad de su situación, lo cual es un síntoma característico. Por ello es importante contar con un procedimiento diseñado específicamente para este tipo de casos denominado "Intervención en crisis".

- Este método consiste en asesorar a los familiares y personas cercanas al enfermo de cómo, cuándo y en qué forma hablar con su ser querido, con la intención de que acepte recibir ayuda profesional.
- No es necesario esperar a que la persona adicta "quiera ayuda", "toque fondo" o "admita" que tiene un problema. A través de una intervención profesional es muy probable que acepte la ayuda aun cuando no admita que la necesita. En 12 PASOS contamos con un equipo de especialistas en adicciones para dirigir estas sesiones. En ellas tanto los familiares como el adicto aprenderán qué hacer y qué no hacer, qué decir y qué no decir, cuando nos afecta de cerca la enfermedad de la adicción.
- El temor de lastimar al enfermo o de dañar más la relación son las razones más comunes por las que los familiares y las personas cercanas al adicto se cuestionan si deben intervenir.
- La enfermedad de la adicción es progresiva y mortal, por lo cual, cada día sin recibir ayuda profesional, aumentará el deterioro y pondrá en riesgo el proceso y la vida.
- La intervención temprana y oportuna es importantísima.
- Nuestro objetivo fundamental es proporcionar esperanza, orientación, apoyo y ayuda profesional a todos los afectados, tanto familiares como adictos. Creemos que no hay peor intervención que la que no se hace, porque la adicción es una enfermedad y como tal puede y debe tratarse.

PROGRAMA DE LOS 12 PASOS

RECAIDA - SINTOMAS

A pesar de que una recaída puede ser peligrosa y se traduce finalmente en sufrimiento y pérdida de tiempo y energía, a veces las recaídas también son períodos de aprendizaje, para una persona que desea recuperarse. A pesar de estar conscientes de su problema y de tener buena disposición para la recuperación, un adicto puede recaer, sino maneja bien las situaciones de riesgo o descuida su proceso de cambios. Luego de una recaída es más probable que el adicto este más claro en qué cosas ha estado haciendo mal. Aun así no es necesario recaer para poder aprender o avanzar en la recuperación.

Síntomas de una Recaída

- Una persona en recuperación puede comenzar a mostrar síntomas de una recaída mucho antes del consumo, o Poder identificar estos síntomas y tratarlos a tiempo puede ayudar a prevenir una recaída, o Retorno del pensamiento obsesivo con respecto al uso: Podrían ser pensamientos relativos al uso, sueños o deseos de usar que vuelven luego de que habían desaparecido, o Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación: Volver a los lugares de riesgo, volver a ver las personas relacionadas con el uso. o Descuidar el plan de recuperación: Dejar de ir a reuniones, o faltar a las citas con el terapeuta, dejar de leer o hacer ejercicio, o Aislamiento o pérdida de contacto: con las nuevas relaciones de recuperación.
- Irritabilidad: especialmente en las relaciones significativas del adicto,
- Obsesión con la imagen o los defectos físicos: dietas excesivas, preocupación excesiva acerca del peso.
- Sentimientos de ansiedad y depresión flotantes: sobrevienen estados emocionales incómodos que no necesariamente se relacionan con ningún evento externo, **o** Cambios en el carácter renacen o o se exaltan los resentimientos hacia otras personas, **o** Discusiones frecuentes en el hogar y la familia.
- Defensividad al hablar del tema de su recuperación o al ser retroalimentados: Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar, preocupación obsesiva por el dinero y por la seguridad financiera.
- Cada persona es diferente y por lo tanto mostrará síntomas propios, pero en general es marcadamente notable la presencia y evolución de este síndrome. Una de las paradojas de la recaída es que mientras más marcados son los síntomas, menos capacidad tiene el adicto

para poder aceptar las críticas constructivas de las personas que lo rodean, y que podrían preocuparse por la posibilidad de una recaída.

El proceso de recaída puede ser detenido ya sea por la propia iniciativa o por la intervención de personas que rodean al adicto y que le sirven de apoyo tales como familiares, terapistas o compañeros de grupo.

ETAPAS DE LA RECUPERACION - RECAIDA

El proceso de recuperación puede ser dividido en etapas, para su estudio y comprensión Estas etapas están basadas en el "modelo evolutivo de la recuperación" de Gorki.

Cada una de estas etapas lleva consigo una necesidad básica del proceso de recuperación, y está asociada a una serie de tareas que aseguran que la recuperación se mantenga en marcha.

Transición: En esta etapa **la** tarea básica es dejar ir la necesidad de control sobre el uso, ya sea de sustancias, en las adicciones químicas, o de conductas adictivas en las conductuales.

Aunque esto es parcialmente cierto, en realidad se le llama recaída a todo el proceso que lleva desde un estado de abstinencia sostenida, hasta el consumo o adicción activa. Este proceso ocurre a lo largo del tiempo y se manifiesta como una serie de síntomas o cambios, que son en realidad regresiones a los antiguos patrones de conducta y pensamiento que ya se habían superado. Usualmente este proceso está formado por pequeñas decisiones riesgosas que la persona torna, y que, enlazadas unas con otras, van llevando a construir el camino de la recaída. Estas pequeñas decisiones, llamadas también "decisiones de riesgo relativo", son aparentemente sin importancia, pero su efecto es acumulativo y van llevando al adicto hacia una situación imposible de resistir donde será inevitable el uso, pues los márgenes de susceptibilidad se sobrepasan. Existe una línea imaginaria, o línea de no-retorno luego de la cual no es posible dar marcha atrás a la conducta de búsqueda y el uso es inminente. Aun así en la zona de transición entre la línea de no retorno y el uso, la recaída es primariamente conductual y de actitud, sin que hubiese ocurrido aún el uso.

Para poder hablar de recaída una persona debe haber estado previamente en recuperación, o sea abstinente y con cambios de conducta, por un período significativo de tiempo. Por el simple hecho de no haber usado por un tiempo, el volver a usar, no necesariamente es una recaída. Podría

tratarse de episodios de consumo alternos, dentro de un período de adicción activa.

-no te rindas
-post tratamiento
-el apoyo al adicto es muy importante para consolidar el cambio Después del periodo de tratamiento diario el paciente irá disminuyendo la asistencia al centro, este proceso gradual constituye un apoyo importante para que consolide su abstinencia de drogas y la nueva forma de afrontar cuanto le rodea.

Durante aproximadamente los tres últimos meses el paciente irá consolidando las herramientas que conoció y empezó a utilizar durante su tratamiento en 12 PASOS, contando con un apoyo cada vez menor, lo que irá en favor de su progresiva independencia, auto cuidado y responsabilidad, una vez finalizado su tratamiento, ofrecemos la posibilidad de contar con el apoyo terapéutico que la persona y sus familiares estimen necesario. Ponemos a su disposición asesoramiento y distintas posibilidades de seguimiento a pacientes y familiares que, habiendo recibido tratamiento en 12 PASOS, quisiesen contar con nuestro apoyo o atravesasen por una situación difícil.

Es uno de los objetivos fundamentales del seguimiento del paciente tras el alta. Tanto el seguimiento facultativo como la Terapia de Grupo se enfocan en una doble dirección:

- Progresiva y gradual normalización de la vida del paciente.
- Prevención de las situaciones que pueden representar un riesgo de recaída.
- Como añadido cuentan con nuestra ayuda y colaboración, para establecer una red de apoyo entre pacientes, que con la supervisión de los profesionales pueda garantizar el apoyo a toda persona que atraviese por dificultades.
- Asimismo esta red es extensible para los familiares y personas cercanas al adicto que pueden encontrar en 12 PASOS CT. una red de apoyo y comprensión entre las personas que comparten su situación.

LA RECUPERACION

Tratamiento y Recuperación:
Mientras que la recuperación es el proceso mediante el cual el adicto detiene su uso y produce cambios positivos en su estilo de vida, el tratamiento se define como una serie de actividades clínicas estructuradas que se utilizan con el fin de ayudar al adicto a reconocer y detener la adicción activa; así como promover y mantener la recuperación sostenida.

Es necesario clarificar la relación entre estos dos procesos que actúan de manera armónica y coordinada.

La recuperación es para toda la vida y su objetivo es eL de mejorar la calidad de vida del adicto en recuperación.

El tratamiento está delimitado a un período de tiempo, aunque podrían ser necesarias varias sesiones de tratamiento a lo largo de la vida del adicto. El objetivo del tratamiento es poder asistir al paciente a lograr su recuperación. La intervención familiar es un procedimiento dirigido a poder ayudar al adicto a tomar la decisión de entrar en recuperación. Esta intervención debe ser guiada por un Equipo profesional Integral entrenado y se basa en el poder de la familia como grupo de apoyo positiva.

La intervención clínica también puede ser eficaz para comenzar el proceso de recuperación. Muchas veces el primer contacto con el tratamiento lo hace el adicto para tratar alguna complicación secundaria al uso. Por ejemplo una gastritis aguda en el alcoholismo, Si en ese momento se hace el adecuado diagnóstico de adicción es más probable que se haga una recomendación de tratamiento específico para la adicción. Pero muchas veces no se hace el diagnóstico por la falta de entrenamiento que existe en las profesiones de ayuda en esta área del tratamiento de las adicciones.

hay una población, cada vez más grande, de profesionales que están comprometidos con el entrenamiento, la actualización y la calidad de la atención necesaria para trabajar en el área del tratamiento de las adicciones. El tratamiento de las adicciones debe ser integral, sistèmico y estratégico abordando la mayor cantidad de niveles posible: personal, familiar, laboral, social, etc.; y se debe tener en cuenta a la persona de manera integral y completa.

Los cambios psicosociales son el foco donde la mayor cantidad de energía de tratamiento se invertirá, pues es allí donde la posibilidad de cambio constructivo es mayor.

Las diferentes herramientas terapéuticas pueden y deben ser usados de manera integral y teniendo en cuenta las necesidades especiales de cada persona, pero nunca corno substituto del tratamiento psicosocial.
No existen tratamientos mejores que otros sino que cada persona tiene necesidades distintas y cada modalidad de tratamiento ofrece posibilidades distintas. Cada plan de tratamiento individual debería basarse en la severidad del proceso adictivo, las características individuales de la persona y la situación de funcionamiento psico-social en ese momento.

Los grupos de autoayuda son modalidades de tratamiento que han sido exitosos a lo largo del tiempo y son siempre recomendables especialmente en la etapa de mantenimiento. Los estudios demuestran que un plan balanceado compuesto de asistencia a grupos de autoayuda y seguimiento profesional, es la terapia más efectiva, en los pacientes que no necesitan estar internados.

LA RECUPERACION DE LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES

En primer lugar, es necesaria una evaluación completa e individualizada de los aspectos médicos, psicológicos, psicopatológicos y sociales de cada paciente. Para proteger la Salud Mental de las personas que usan y abusan del consumo del alcohol, para recuperar el equilibrio emocional de los familiares de los usadores el Estado a través de una comisión local de Salud garantiza que estos procesos se cumplan en los diferentes Centros de Recuperación; garantizado un diagnóstico y tratamiento integral especialmente con respeto a los derechos humanos de las personas que ingresan para realizar un procesos de recuperación.

d. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Investigar la salud mental (niveles de ansiedad y depresión) que presentan los adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol, que están internos en los Centros de Recuperación del cantón Loja,.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar los tipos y niveles de ansiedad y depresión de los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol.
2. Aplicar instrumento de valoración de intensidad de depresión a los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol que acceden al proceso de recuperación para obtener un diagnóstico de la salud Mental de los Internos.
3. Diseñar una estrategia de educación para la salud mental dirigida a las redes de apoyo de los jóvenes con adicción al alcohol.

HIPOTESIS
GENERAL

Existe ansiedad y depresión en sus diferentes niveles, en los adolescentes y jóvenes internos en los Centros de Recuperación del cantón Loja.

HIPÓTESIS EN CORRESPONDENCIA CON CADA OBJETIVO ESPECÍFICO.

- El tipo de ansiedad predominante que presentan los adolescentes y jóvenes en el proceso de recuperación en el internamiento en los Centros de Recuperación del cantón Loja es de tipo somático y de intensidad leve.
- Los adolescentes y jóvenes, si presentan un Cuadro Depresivo, según las escalas de Hamilton, y la intensidad predominante es moderada.
- Al proceso de recuperación para obtener un diagnóstico de la salud Mental de los Internos.
- Diseñar una estrategia de educación para la salud mental dirigida a las redes de apoyo de los jóvenes con adicción al alcohol.

HIPOTESIS
GENERAL

Existe ansiedad y depresión en sus diferentes niveles, en los adolescentes y jóvenes internos en los Centros de Recuperación del cantón Loja.

HIPÓTESIS EN CORRESPONDENCIA CON CADA OBJETIVO ESPECÍFICO.

- El tipo de ansiedad predominante que presentan los adolescentes y jóvenes en el proceso de recuperación en el internamiento en los Centros de Recuperación del cantón Loja es de tipo somático y de intensidad leve.
- Los adolescentes y jóvenes, si presentan un Cuadro Depresivo, según las escalas de Hamilton, y la intensidad predominante es moderada.

El tratamiento está delimitado a un período de tiempo, aunque podrían ser necesarias varias sesiones de tratamiento a lo largo de la vida del adicto. El objetivo del tratamiento es poder asistir al paciente a lograr su recuperación. La intervención familiar es un procedimiento dirigido a poder ayudar al adicto a tomar la decisión de entrar en recuperación. Esta intervención debe ser guiada por un Equipo profesional Integral entrenado y se basa en el poder de la familia como grupo de apoyo positiva.

La intervención clínica también puede ser eficaz para comenzar el proceso de recuperación. Muchas veces el primer contacto con el tratamiento lo hace el adicto para tratar alguna complicación secundaria al uso. Por ejemplo una gastritis aguda en el alcoholismo, Si en ese momento se hace el adecuado diagnóstico de adicción es más probable que se haga una recomendación de tratamiento específico para la adicción. Pero muchas veces no se hace el diagnóstico por la falta de entrenamiento que existe en las profesiones de ayuda en esta área del tratamiento de las adicciones.

Hay una población, cada vez más grande, de profesionales que están comprometidos con el entrenamiento, la actualización y la calidad de la atención necesaria para trabajar en el área del tratamiento de las adicciones.

El tratamiento de las adicciones debe ser integral, sistèmico y estratégico abordando la mayor cantidad de niveles posible: personal, familiar, laboral, social, etc.; y se debe tener en cuenta a la persona de manera integral y completa.

Los cambios psicosociales son el foco donde la mayor cantidad de energía de tratamiento se invertirá, pues es allí donde la posibilidad de cambio constructivo es mayor.

Las diferentes herramientas terapéuticas pueden y deben ser usados de manera integral y teniendo en cuenta las necesidades especiales de cada persona, pero nunca corno substituto del tratamiento psicosocial.

No existen tratamientos mejores que otros sino que cada persona tiene necesidades distintas y cada modalidad de tratamiento ofrece posibilidades distintas. Cada plan de tratamiento individual debería basarse en la severidad del proceso adictivo, las características individuales de la persona y la situación de funcionamiento psico-social en ese momento.

Los grupos de autoayuda son modalidades de tratamiento que han sido exitosos a lo largo del tiempo y son siempre recomendables especialmente en la etapa de mantenimiento. Los estudios demuestran que un plan balanceado compuesto de asistencia a grupos de autoayuda y seguimiento profesional, es la terapia más efectiva, en los pacientes que no necesitan estar internados.

LA RECUPERACION DE LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES

En primer lugar, es necesaria una evaluación completa e individualizada de los aspectos médicos, psicológicos, psicopatológicos y sociales de cada paciente. Para proteger la Salud Mental de las personas que usan y abusan del consumo del alcohol, para recuperar el equilibrio emocional de los familiares de los usadores el Estado a través de una comisión local de Salud garantiza que estos procesos se cumplan en los diferentes Centros de Recuperación; garantizado un diagnóstico y tratamiento integral especialmente con respeto a los derechos humanos de las personas que ingresan para realizar un procesos de recuperación

OBJETIVOS OBJETIVO GENERAL

Investigar la salud mental (niveles de ansiedad y depresión) que presentan los adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol, que están internos en los Centros de Recuperación del cantón Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar los tipos y niveles de ansiedad y depresión de los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol.

Aplicar instrumento de valoración de intensidad de depresión a los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol que acceden al proceso de recuperación para obtener un diagnóstico de la salud Mental de los Internos.

- Diseñar una estrategia de educación para la salud mental dirigida a las redes de apoyo de los jóvenes con adicción al alcohol.

HIPOTESIS
GENERAL
Existe ansiedad y depresión en sus diferentes niveles, en los adolescentes y jóvenes internos en los Centros de Recuperación del cantón Loja.

HIPÓTESIS EN CORRESPONDENCIA CON CADA OBJETIVO ESPECÍFICO.

- El tipo de ansiedad predominante que presentan los adolescentes y jóvenes en el proceso de recuperación en el internamiento en los Centros de Recuperación del cantón Loja es de tipo somático y de intensidad leve.
- Los adolescentes y jóvenes, si presentan un Cuadro Depresivo, según las escalas de Hamilton, y la intensidad predominante es moderada.

Matriz de Consistencia

TEMA	**PROBLEMAS**	**OBJETIVOS**	**HIPOTESIS**	**CATEGORIAS DE ANÁLISIS**
	CENTRAL	**GENERAL**	**GENERAL**	**CENTRAL**
La recuperación de la salud mental de adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol. Una estrategia de educación para la salud con sus redes de apoyo.	¿Cómo está el estado de salud mental concretamente los niveles de ansiedad y depresión, que presentan ,os adolescentes y jóvenes con adiciones al alcohol, que están internos en los centros de recuperación del cantón Loja y el rol que cumplen las redes de apoyo en la recuperación de la salud mental?	Investigar la salud mental (niveles de ansiedad y depresión) que presentan los adolescentes y jóvenes con adicciones al alcohol, que están internos en los Centros de Recuperación del cantón Loja, y el rol que cumplen las redes de apoyo en la recuperación de la salud mental.	Existe ansiedad y depresión en sus diferentes niveles, en los adolescentes y jóvenes internos en los Centros de Recuperación del cantón Loja.	ALCOHOLISMO ANSIEDAD DEPRESIÓNA CONSECUNECIA DEL ALCOHOL PROCESOS DE RECUPERACIÓN REDES DE APOYO
	DERIVADOS	**ESPECIFICOS**	**ESPECIFICAS**	**DE**

	¿Los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol que acceden al proceso de recuperación, presentan niveles de ansiedad?	Evaluar los tipos y niveles de ansiedad de los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol que acceden al proceso de recuperación.	El tipo de ansiedad predominante que presentan los adolescentes y jóvenes en el proceso de recuperación en el internamiento en los Centros de Recuperación del cantón Loja es de tipo somático e intensidad leve.	ALCOHOLISMO -Antecedentes -Adolescencia y alcohol -Efectos del alcohol ■Alcoholismo como enfermedad. -consecuencias del consumo de alcohol ANSIEDAD -Definición -Síntomas -Consecuencias -Tipos -Niveles de ansiedad en adolescentes
	¿Los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol que acceden al proceso de recuperación, presentan cuadros depresivos de diferente intensidad?	Aplicar instrumento de valoración de intensidad de depresión a los adolescentes y jóvenes internos consumidores de alcohol que acceden al proceso de recuperación.	Los adolescentes y jóvenes, presentan un Cuadro Depresivo, según las escalas de Hamilton, y la intensidad predominante es moderada.	DEPRESIONA CONSECUNECI A DEL ALCOHOL -Definiciones -Sintomatología -Causas -Evaluación Diagnostica

e. MATERIALES Y METODOS

La investigación a desarrollarse es de tipo descriptiva en el ámbito psico educativo, para abordar la temática relacionada con la recuperación de la salud mental de los jóvenes con adicciones al alcohol, concretamente eri sus niveles de ansiedad y depresión que presentan; y, que están en procesos de recuperación relacionando con el rol de las redes de apoyo, se lo hará tomando en cuenta los referentes teóricos científicos; para lo cual se utilizaran los siguientes métodos.

Método Científico.- se utilizará este método de investigación, por ser un conjunto de pasos fijados de antemano cuyo firi es alcanzar conocimientos válidos mediante instrumentos confiables relacionándose directamente a los hechos observables, para así llegar al plano teórico, ya que este es el procedimiento lógico que sigue la investigación para descubrir las relaciones internas y externas de los procesos de la realidad social y a través de la verificación empírica se comprobarán los objetivos.

El método empírico analítico.- que se basa en la **lógica empírica** y que junto al método fenomenológico es el más usado en el campo de las ciencias descriptivas, utiliza la reflexión analítica y el método empírico como métodos para construir el conocimiento desde la experiencia. Por lo tanto los datos empíricos son sacados de las pruebas acertadas y los errores, es decir, de experiencia. Su aporte al proceso de investigación es resultado fundamentalmente de la experiencia. Estos métodos posibilitan revelar las relaciones esenciales y las características fundamentales del objeto de estudio, accesibles a la detección sensoperceptuales, a través de procedimientos prácticos con el objeto y diversos medios de estudio. Su utilidad destaca en la entrada en campos inexplorados o en aquellos en los que destaca el estudio descriptivo, y que para la presente investigación apoyara la descripción de la relación existente entre la recuperación de las salud mental de los jóvenes consumidores de alcohol y evaluar los niveles de ansiedad y escalas de depresión que pueden desarrollar o mantener durante el internamiento.

Método descriptivo.- servirá para analizar, y describir los resultados del trabajo de campo, ya que este método implica la recopilación y presentación de datos recogidos para dar una idea clara de una determinada situación, en este caso la realidad de las redes de apoyo y el rol que cumplen en los procesos de recuperación de los jóvenes que consumieron alcohol previo a

la abstinencia generada por el internamiento como condición básica en el procesos de recuperación.

Método analítico sintético.- Será aplicado en el análisis de las categorías teóricas y la investigación de campo sobre los niveles de ansiedad y depresión de los jóvenes que consumieron alcohol previo al internamiento, las formas de apoyo y el cumplimento del rol de las redes de apoyo, para la construcción de conclusiones y recomendaciones en el proceso investigativo.

Método hermenéutico.-bajo este método se elaborara el marco teórico que respalda desde su información este trabajo investigativo, y permite explicar e interpretar la información obtenida del trabajo de campo.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

En la obtención de información empírica sobre el objeto de estudio se hará uso de las siguientes técnicas e instrumentos.

- Entrevista
- Encuesta
- Escalas de Hamilton

La entrevista.- Es una técnica para obtener datos que consiste en un diálogo entre quien investiga y el entrevistado, se realiza con el fin de obtener información de parte de este. Como técnica de recolección va desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre, a fin de obtener respuestas verbales en cuanto a los interrogantes planteados sobre el tema propuesto.

f. METODOLOGÌA

- **Recolección de Información:**

La información recogida será de aplicación directa a los informantes de calidad, en diferentes momentos como son los internos, los terapista y equipo técnico, los referentes familiares.

- **Tabulación de la Información:**

Para la tabulación se hará uso de la información apoyada de la estadística descriptiva y cuantitativamente para la representación de datos obtenidos.

- **Organización de la información:**

La organización se realizará a partir de las variables e indicadores de las hipótesis específicas de la investigación

- **Representación Gráfica**

Se hará el procesamiento de la información elaborando tablas y gráficos, que faciliten la visualización de los resultados obtenidos en la investigación.

v Análisis e interpretación de la información.

Se hará uso del análisis e interpretación de cada uno de los datos en base al del Marco Teórico.

- **Verificación de Hipótesis.**

Se comprobara a base del uso empírico que significa contrastar los datos obtenidos de la realidad con los planteamientos del Marco Teórico.

- **Para formular las Conclusiones**

Se tomara en cuenta los objetivos generales y específicos para orientar el camino de la investigación, para posteriormente concluir los resultados de la investigación En la construcción de Lineamientos Alternativos se tomara en cuenta las conclusiones, el Marco Teórico, experiencias del investigador, resultados de la realidad investigada, y las recomendaciones. A fin de contribuir a resolver la problemática social existente.

V Elaboración del Informe Final

Se tomará en cuenta las orientaciones teóricas metodológicas que tiene la Universidad Nacional de Loja para los procesos de graduación en el nivel de posgrados que se dan en la Maestría de Salud Mental y las normas generales de la investigación científica.

RECURSOS TALENTOS HUMANOS.

- Director de la Maestría en Salud Mental
- Catedráticos Asesores
- Jóvenes en proceso de recuperación del centro “Los Chillaos”
- Equipo multidisciplinano profesionales del centro “Los Chillaos”
- Investigador
- Familiares

RECURSOS MATERIALES

- Biblioteca Pública, Privada, Personal
- Computadora con impresora y scanner
- Internet
- Material de reproducción e imprenta
- Bibliografía especializada
- Cuestionarios de Hamilton con escalas para medir niveles de ansiedad y depresión útiles de escritorio: hojas, lápices, borrador, tinta

g. CRONOGRAMA

											DICIEMBRE 2011	**ENERO**	**FEB**	**MARZO 2012 ENERO 2013**				FEBRERO-JUNiOi 2013				JULIO-AGOSTO 2013				SEP 2013				OCTUB 2013
Actividades	Tiempos																													
		3	4	**1**	**2**	3	4	**1**	**2**	3	4	1-4	1-4	1-	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1-4
Elaboración del tema y problema del proyecto de tesis																															
Elaboración de la Problematización, justificación y Objetivos																															
Elaboración de! marco teórico																															
Elaboración de hipótesis, variables																															
Elaboración de la metodología, recursos y presupuesto																															
Aprobación del proyecto																															
Aplicación del material de campo																															
Elaboración del Informe de la investigación																															
Revisión del primer borrador de la tesis																															
Corrección de las Observaciones																															
Entrega de la tesis																															
Defensa de tesis e incorporación final																													-	. .	

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Recursos materiales y económicos

INSUMOS	**VALOR ESTIMADO**
Adquisición de Biografía	$ 300,00
Servicio de Internet	$ 300,00
Adquisición de material de escritorio	$ 200,00
Reproducción de materiales	$ 500,00
Levantamiento de texto	$300,00
Reproducción de tesis, empastado y anillado	$300,00
Movilización	$ 300,00
Imprevistos	$500,00
Costo estimado de investigación	$2 **700,00**

i. BIBLIOGRAFIA

a) Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.

b) Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety, Lander, MH.Brit J PsychiatSpec Pub 1969; 3:76-79.

c) Carrobles JA, Costa M, Del Ser T, Bartolomé P. La práctica de la terapia de conducta. Valencia. Promolibro. 1986.

d) Conde V, Franch Jl. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatologia psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Laboratories Upjohn, 1984.

e) American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.

f) Kellner R, Kelly AV, Sheffield BF. The assessment of changes in anxiety in a drug trial: a comparison of methods. Br J Psychiatry 1968; 114: 863-9.

g) Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. J AffectDisor 1988; 14: 61-8.

h) Lozano, Crespo, O'Neil, Pelegrin, De Pablo, Bayas, Diaz. Estudio clínico abierto de la eficacia y seguridad del halazepam en los trastornos de ansiedad. ActasLuso-EspNeuroIPsiquiatr 1990; 18(4): 205-12.

i) Kobak KA, Reynolds WM, GreistJH Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Anxiety Scale. Psychological Assessment, 1993; 5: 487-92.

j) Charalampous KD, Freemesser KF. Ford-Smalling: A double-blind controlled study of loxapine succinate in the treatment of anxiety neuroses. J ClinPharmacol 1974; 14: 464-9.

k) Fabre LF, McLendon A. Gainey: Double-blind comparison of ketazolarn administered once a day with diazepam and placebo in anxious out-patients. Curr Therapeutic Research 1978; 24(8): 875-83.

l) -Beneke M. Methodological investigation of the Hamilton Anxiety Scale Pharmacopsychiat 1987; 20: 249-55.

m) Gjerris A, Bech P, Bojholm S, Bolwig TG, Kramp P, Clemmensen L, Andersen J, Jensen E, Rafaelsen OJ. The Hamilton Anxiety Scale. Evaluation of Homogeneity Inter-observer Reliability in Patients with Depressive Disorders. Journal of Affective Disorders 1983; 5: 163-70

n) Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivy to change in anxiety and depressive disorders. Journal of Affective Disorders, 1988; 14: 61-8

o) Gjerris A, Bech P, Bojholm S, Bolwig TG, Kramp P, Clemmesen L, Andersen J, Jenses E, Rafaelsen OJ. The Hamilton Anxiety Scale. Evaluation of homogeneity and inter-observer reliability in patients with depressive disorders. Journal of Affective Disorders 1983; 5: 163-70.

p) Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity, and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. J Affect Disord, 1988; 14: 61-8.

q) Lipman RS.Differentiating anxiety and depression in anxiety disorders: use of rating scales.Psychopharmacol Bull, 1982; 18: 69-82.

r) Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. J of Anxiety Disorders, 1991; 5: 213-23.

s) Clark DA, Steer RA, Beck AT. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: implications for the cognitive and tripartite models. J AbnormPsychol, 1994; 103: 645-54.

t) -Riskirid JH, Beck AT, Brown G, Steer RA.Taking the measure of anxiety and depression: validity of the reconstructed Hamilton Scales. JNervMentDis, 1987; 175: 474-9.

ANEXOS

DESCRIPCIÓN Y BAREMOS DE LAS ESCALAS

Escala de ansiedad de Hamilton.-La escala de ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales" en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. **Su objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales**(específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Se trata de una escala hetero aplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y Cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente.

INTERPRETACIÓN

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento**.** No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de escrining ni de diagnóstico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de

las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a **ansiedad psíquica** (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma7, resultando útil la puntuación de las subes calas.

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (8-10). Se ha sugerido (Bech y cols)5 que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Kobak (11) propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

En ensayos clínicos, se han utilizado como criterios de inclusión valores muy dispares, oscilando entre 12 y 30 puntos. Beneke (14) utilizó esta escala para valorar ansiedad en pacientes con otras patologías concomitantes (depresión, psicosis, neurosis, desórdenes orgánicos y psicosomáticos) obteniendo puntuaciones medias similares en todos ellos, con una media, considerando todas las situaciones, de alrededor de 25 puntos.

A pesar de haberse utilizado en numerosos estudios clínicos como medida de ansiedad generalizada, no se centra en los síntomas de ésta, tal y como se contemplan en el DSM-IV. Los síntomas clave de los desórdenes de ansiedad generalizada reciben menos prominencia que los síntomas

fóbicos y los referentes a excitación del sistema autonómico, que durante tiempo no han formado parte de la definición de ansiedad generalizada, están excesivamente considerados.

Inicialmente se concibió para valoración de "neurosis de ansiedad", pero a lo largo del tiempo este concepto ha evolucionado, hablándose hoy en día de "desorden de pánico", "desorden fóbico" y "ansiedad generalizada", entre otros. **En la práctica clínica muchas veces es difícil distinguir entre ansiedad y depresión, ya que algunos síntomas se superponen, por otra parte muchos estados depresivos cursan con ansiedad .**Según Hamilton en estos casos no debería utilizarse la escala, aunque algunos autores (15, 16) sugieren que la subescalas de ansiedad somática puede utilizarse para valorar el grado de ansiedad en pacientes depresivos, así como la respuesta al tratamiento ansiolítico y antidepresivo. No obstante ha demostrado (17) su validez interobservador en pacientes con depresión.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna (7) (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada (r = 0,74 - 0,96). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana (r = 0,96) y aceptable estabilidad después de un año (r = 0,64).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxietyby Covi18, 19 (r = 0,63 – 0,75) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 (r = 0,56). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos11 (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton21, 22 (r = 0,62 – 0,73). Es sensible al cambio tras el tratamiento (7).

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17 ítem.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:
   0 = Ausente
   1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
   2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
   3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, Tendencia al llanto)
   4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma
Espontánea
2. Sentimiento de culpa:
   0 = Ausente
   1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
   2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
   3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
   4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales
Amenazadoras
3. Suicidio:
   0 = Ausente
   1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
   2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
   3 = Ideas de suicidio o amenazas
   4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)
4. Insomnio precoz:
   0 = No tiene dificultad
   1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
   2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:
   0 = No hay dificultad
   1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
   2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:
   0 = No hay dificultad
   1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
   2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:
0 = No hay dificultad
1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y Vacilación)
3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estassin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):
0 = Palabra y pensamiento normales
1 = Ligero retraso en el habla
2 = Evidente retraso en el habla
3 = Dificultad para expresarse
4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:
0 = Ninguna
1 = Juega con sus dedos
2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios
10. Ansiedad psíquica:
0 = No hay dificultad
1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
2 = Preocupación por pequeñas cosas
3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
4 = Expresa sus temores sin que le pregunten
11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: Palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de Micción incrementada. Transpiración):

0 = Ausente
1 = Ligera
2 = Moderada
3 = Severa
4 = Incapacitarte
12. Síntomas somáticos gastrointestinales:
0 = Ninguno

1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

0 = Ninguno

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias
Musculares. Pérdida de energía y fatigibilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

15. Hipocondría:

0 = Ausente

1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

3 = No se da cuenta que está enfermo

Si la suma total de esta Escala es igual o mayor a 6 puntos puede estar padeciendo un Trastorno Depresivo.

VALORACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.

Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada ítem en cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente.

La puntuación total va de 0 a 52.

Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

La Guía de Práctica Clínica se caracteriza por tener una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" .según el instrumento AGREE, recomienda emplear la siguiente escala:

No deprimido: 0-7
Depresión ligera/menor: 8-13
Depresión moderada: 14-18
Depresión severa: 19-22
Depresión muy severa: >23

• Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ESQUEMA DE CONTENIDOS	vii
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN	2
ABSTRACT	3
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA	8
e. MATERIALES Y MÉTODOS	46
f. RESULTADOS	53
g. DISCUSIÓN	108
h. CONCLUSIONES	128
i. RECOMENDACIONES	129
j. BIBLIOGRAFÍA	132
k. ANEXOS	139
ÍNDICE	206