



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
MEDICINA HUMANA

"LA DEPRESIÓN EN PERSONAS
QUE ASISTEN A LA COMUNIDAD
DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE
LA CIUDAD DE LOJA"

TESIS PREVIA OBTENCIÓN DE
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

Autor: Edmundo Guillermo Samaniego Namicela
Director: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

LOJA ECUADOR
2017

CERTIFICACIÓN

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

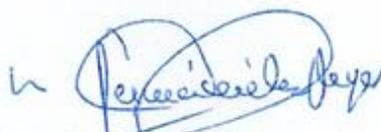
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber orientado, dirigido y revisado el presente trabajo de tesis previo la obtención del título de médico general, "LA DEPRESIÓN EN PERSONAS QUE ASISTEN A LA COMUNIDAD DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE LA CIUDAD DE LOJA"

De autoría del estudiante Edmundo Guillermo Samaniego Namicela, trabajo de investigación enmarcado en los requisitos reglamentarios por lo que autorizo su presentación, sustentación y defensa de grado.

Atentamente.



Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Edmundo Guillermo Samaniego Namicela, declaro ser el 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.

Autor:Edmundo Guillermo Samaniego Namicela.

Firma: *Edmundo Samaniego*

Cedula: 110406766-3

Celular: 0958990900

Dirección: Baganvillas y Pasaje Uno.

Correo Electrónico: edmundosamaniego90@yahoo.es

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Edmundo Guillermo Samaniego Namicela, declaro ser el autor de la tesis titulada: "LA DEPRESIÓN EN PERSONAS QUE ASISTEN A LA COMUNIDAD DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE LA CIUDAD DE LOJA" como requisito para optar al título de: Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido del trabajo en el RDI, en 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 12 días del mes de enero del año 2017, firma el autor.

Firma: *Edmundo Samaniego*

Cedula: 110406766-3

Celular: 0958990900

Dirección: Baganvillas y Pasaje Uno.

Correo Electrónico: edmundosamaniego90@yahoo.es

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. German Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc

Tribunal de Grado

Presidente: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez, Mg. Sc

Vocal: Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg. Sc

DEDICATORIA

- A mis Padres Luis Guillermo Samaniego Castro y Graciela del Cisne Namicela quienes con ejemplo de esfuerzo, perseverancia, cariño y paciencia supieron guiarme siempre por los caminos de la honradez y la dedicación, a mis hermanos Luz María, Aurora Fernanda, Nathaly Guillermina, Luis Guillermo, mis sobrinos David Alberto, Sahara Gabriela y Guillermo Andrés, quienes supieron darme fortaleza en los momentos de oscuridad siempre mostrándome su alegría y felicidad a pesar de las adversidades.
- A Mary Eliza Román Ramírez, mi bello ángel, a quien desde que tuve la dicha de conocer hasta el día de su partida me enseñó que el amor es el único camino para triunfar y es por eso que con todo el amor del mundo te lo digo amor mío este triunfo es nuestro.

Edmundo Guillermo Samaniego Namicela.

AGRADECIMIENTO

Al término de esta etapa una de las más importantes de mi vida y por las cuales ha valido el sacrificio y las incontables horas de estudio quiero agradecer:

- A la Universidad Nacional de Loja institución que por varios años se constituyó en un hogar para mi persona.
- A todos los docentes que formaron parte de mi formación y los cuales supieron guiarme con mucha paciencia e impartirme todo el conocimiento académico, de manera especial al Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, quien con mucha dedicación supo guiar el presente trabajo investigativo.
- A todas las personas de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos que me brindaron su ayuda para esta investigación.
- Y de manera especial a mis Padres que han sido la centinela de esta grandiosa meta en mi vida y a todos mis compañeros y amigos que siempre me tendieron la mano para salir adelante.

Edmundo Guillermo Samaniego Namicela.

INDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN.....	Error! Bookmark not defined.
AUTORÍA	Error! Bookmark not defined.
CARTA DE AUTORIZACIÓN	Error! Bookmark not defined.
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE DE CONTENIDOS.....	vii
1. TITULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISION DE LA LITERATURA.....	6
CAPÍTULO I.....	6
4.1. El Alcoholismo.....	6
4.1.1. Definición.....	6
4.1.2. Historia	6
4.1.3. La cultura del Alcoholismo.....	7
4.1.4. Epidemiología	10
4.1.5. Desequilibrio del entorno social del alcohólico y como este afecta a la psiquis del individuo alcohólico.....	11
4.1.5.1. Familia y pareja.....	11
4.1.6. Alcoholismo Crónico.....	15
4.1.7. Alteraciones en el organismo.....	17
4.1.8. Alteraciones psiquiátricas.....	23
CAPÍTULO II.....	25
4.2. Depresión.....	25
4.2.1. Definición.....	25
4.2.2. Epidemiología.....	25
4.2.3. Conducta depresiva.....	26
4.2.3.1. Nivel de depresión.....	26
4.2.3.2. Escala de Hamilton.....	28
4.2.3.3. Test AUDIT.....	29
4.2.4. El Alcoholismo y la Depresión.....	29
4.2.5. Uso del alcohol en la depresión.....	30
4.2.6. Dependencia al alcohol y Depresión.....	31
4.2.7. Apoyo del entorno familiar.....	32
CAPÍTULO III	35
4.3. Terapia y rehabilitación del alcoholismo.....	35
4.3.1. Las Comunidades Terapéuticas.....	35
4.3.2. La Comunidad de Alcohólicos Anónimos.....	37
4.3.3. Abstinencia y Sobriedad	39
5. METODOLOGIA.....	41
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	41
5.2 AREA DE ESTUDIO	41
5.3 UNIVERSO Y MUESTRA	41
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	41
5.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	41

	viii
5.6 MÉTODO	43
5.7 PROCEDIMIENTO	43
6. RESULTADOS	44
7. DISCUSIÓN	49
8. CONCLUSIONES	52
9. RECOMENDACIONES	53
10. BIBLIOGRAFIA	54
11. ANEXOS	56
ANEXO NRO. 1	56
ANEXO NRO. 2	57
ANEXO NRO. 3	58
ANEXO NRO. 4	59
ANEXO NRO.5	60

1. TÍTULO

"LA DEPRESIÓN EN PERSONAS QUE ASISTEN A LA COMUNIDAD DE
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE LA CIUDAD DE LOJA"

2. RESUMEN

La presente investigación establece la existencia de depresión en personas que padecen o han padecido de alcoholismo crónico, es un estudio de tipo descriptivo realizado a 60 personas que se encuentran asistiendo a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos de la Ciudad de Loja durante los últimos 30 días seleccionados por muestreo probabilístico por conveniencia para lo cual en primera instancia se realizó la Historia Clínica Psiquiátrica, en donde se determinó que un gran porcentaje 83.33% (50 personas) padecen de alteraciones psiquiátricas como depresión, ansiedad y tensión emocional, encontrándose que el 78.33 % (47 personas) padecen de depresión, para lo cual se ha optado por la aplicación del test de Hamilton y el test de AUDIT para determinar el nivel de depresión frente al nivel de dependencia de consumo de alcohol en los individuos antes mencionados, que colaboraron tanto en la entrevista como en la aplicación de los test de Hamilton y AUDIT, previa realización de la Historia Clínica Psiquiátrica, clasificándolos en dos grupos, los alcohólicos depresivos y los alcohólicos no depresivos dando como resultado que existe una estrecha relación entre la depresión y la dependencia de consumo de alcohol puesto que los alcohólicos depresivos mostraron puntuaciones altas en el test de Hamilton y en el test de AUDIT, evidenciándose dicho fenómeno de manera estadística en donde se demostró que existe una dependencia lineal directa del 98,32% entre la depresión y la dependencia del consumo del alcohol.

Palabras clave: Depresión, Alcoholismo, Comunidad Terapéutica.

SUMMARY

Current research pretends to establish the existence of depression in people that suffer or have suffered of chronic alcoholism; it is a study of retrospective kind carried out to 60 people that are assisting to “Comunidad de Alcoholicos Anonimos” in Loja city during the last 30 days. The patients were selected by probabilistic sampling for convenient purposes. In first instance a psychiatric clinic history was carried out, as a result it was found out a big percentage (83.33 % - 50 patients) that suffer of psychiatric alterations such as: depression, anxiety, and emotional tension. Also 78.33% (47 patients) suffer depression, that is why the Hamilton and the AUDIT test were chosen to be applied in order to determine the level of depression in front to the level of drinking alcohol dependency on the patients mentioned before, that cooperate as much in the interview as taking the Hamilton and AUDIT tests, before performing the Psychiatric Clinical History, classifying them into two groups, the depressed alcoholics and the non-depressed alcoholics resulting in a close relationship between depression and dependence on alcohol consumption since depressed alcoholics showed high scores on the Hamilton test and in the AUDIT test in contrast to the non-depressive alcoholics who showed low scores in both tests, evidence of the phenomenon statistically it was shown that there is a dependency direct linear of the 98.32% between depression and dependence on alcohol consumption.

Keywords: Depression, Alcoholism, Therapeutic Community.

3. INTRODUCCIÓN

El síndrome depresivo es un estadio patológico que se caracteriza por alteraciones en la conducta del individuo que desemboca en diversos episodios anormales dentro del accionar del ser humano tales como ansiedad y baja autoestima, las que puede provocar actitudes que alteran funciones orgánicas, como inapetencia, insomnio, adinamia, inclusive pueden provocar eventos auto líticos, si estas alteraciones de conducta no son corregidas a tiempo, la depresión como tal siendo un estadio patológico se acompaña de sintomatología patognomónica como se indica en la revista “Depresión” del Instituto Nacional de Salud Mental del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos la sintomatología puede estar determinada por: Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío, sentimientos de desesperanza y/o pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia, irritabilidad, inquietud, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales, fatiga y falta de energía, dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones, insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado, comer excesivamente o perder el apetito, pensamientos suicidas o intentos de suicidio, dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento (DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, 2014),

El alcoholismo es una enfermedad que afecta a la economía del cuerpo humano provocando lesiones a nivel de los órganos del aparato digestivo y causando daños a nivel neurológico lo que produce dependencia del consumo de alcohol, la identificación de dicha patología no solo se enmarca en el campo médico, sino también en el campo socio-cultural, ya que siendo el alcohol una sustancia nociva si su consumo es prolongado en volumen y frecuencia es también una sustancia a la que tiene acceso un gran porcentaje de la población sin importar edad, sexo, raza ni situación económica.

Más allá del contexto patológico que causa el consumo del alcohol es necesario conocer que dentro de la sociedad la ingesta de alcohol está relacionada como un medio de integración y mejor forma de socialización, aspectos que en el conjunto de la comunidad detectan la ingestión de bebida como un patrón normal que crea armonía para relacionarse mejor con otras personas y la no consideración del mismo como desviación social,

inclusiva la negación y el rechazo a la práctica de ingesta de alcohol en situaciones emocionales positivas o negativas es acusada como antisocial en varias sociedades. (Díez Hernández, 2015), pues una vez establecida la conducta de bebedor social esta puede desembocar como en muchos de los casos en el estadio patológico conocido como alcoholismo en el que ya no solamente se encuentra inmerso el individuo, también abarca problemas en sus actividades académicas y/o laborales llegando al extremo de la deserción o de la expulsión del mismo, dado el hecho que el alcohol produce conductas anormales que transgreden las ordenanzas donde el individuo desempeña funciones académicas o laborales, además es necesario conocer que el alcoholismo es una enfermedad que aborda a todo el conjunto familiar ya que el comportamiento del alcohólico desencadena en desordenes de la unión familiar como se detalla a continuación.

Por lo tanto es necesario, de forma general, determinar el nivel de depresión en los individuos alcohólicos e identificar de manera específica las principales patologías psiquiátricas producto del consumo de alcohol, establecer una relación entre la depresión y el consumo de alcohol, y conocer la principal manifestación producto de la depresión en los individuos alcohólicos, para lo se tomó en cuenta individuos que acuden a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos con regularidad, se procedió a la aplicación de la Historia Clínica Psiquiátrica y herramientas desarrolladas para la categorización de niveles de depresión y de dependencia de consumo de alcohol como son la Escala de Hamilton para Depresión y el Test de AUDIT respectivamente, donde se obtuvo que al aplicar la Escala de Hamilton para Depresión el 72% de individuos padecen de depresión severa, con respecto a las principales patologías psiquiátricas al aplicar la Historia Clínica Psiquiátrica tenemos que el 78.3% de las personas en estudio presentaron depresión seguidas de ansiedad con 3, 3% y tensión emocional con 1,6%, logrando así establecer que entre la depresión y el consumo de alcohol existe una correlación lineal directa del 98.32%, de la misma forma se determinó que la principal manifestación producto de la depresión en individuos alcohólicos es la ideación auto lítica.

4. REVISION DE LA LITERATURA

CAPITULO I

4.1. El Alcoholismo

4.1.1. Definición

Según el glosario de términos que actualmente está utilizando la OMS se puntualiza al alcohol de manera general como una sustancia psicoactiva, por lo tanto el alcoholismo se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término “dependencia” cuando proceda. El término “abuso” se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10) (excepto en el caso de las sustancias que no producen dependencia; las expresiones “consumo perjudicial” y “consumo de riesgo” ("hazardous use") son equivalentes en la terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. (Thomas Babor, 2015)

4.1.2. Historia

El uso del alcohol ha estado presente durante varias civilizaciones que han habitado este planeta, no se conocen datos precisos desde cuando el uso del alcohol como producto destilado se enraizó en las poblaciones para hacerlo parte de la cotidianidad y rutina en diferentes eventos de la vida del individuo. A continuación se detalla una reseña histórica publicada por la Fundación “Por un Mundo Libre de Drogas” en donde se mencionan datos históricos del consumo de alcohol:

Los cereales fermentados, el jugo de frutas y la miel, se han utilizado durante miles de años para fabricar alcohol (alcohol etílico o etanol), las bebidas fermentadas existen desde los albores de la civilización egipcia, y existe evidencia de una bebida alcohólica

primitiva en China alrededor del año 7000 a. de C. En la India, una bebida alcohólica llamada sura, destilada del arroz, fue utilizada entre los años 3000 y 2000 a. de C.

Los babilónicos adoraban a una diosa del vino tan antigua que data aproximadamente del año 2700 a. de C. En Grecia, una de las primeras bebidas alcohólicas que ganó popularidad fue el aguamiel, una bebida fermentada hecha de miel y agua. La literatura griega está llena de advertencias contra los excesos de la bebida. Pues diferentes civilizaciones nativas americanas desarrollaron bebidas alcohólicas durante la época precolombina. Una variedad de bebidas fermentadas de la región de los Andes, en Sudamérica, se hacían a base de maíz, uvas o manzanas y se le dio el nombre de “chicha”.

En el siglo XVI, las bebidas alcohólicas (conocidas como “espíritus”) se utilizaban ampliamente con propósitos curativos. A principios del siglo XVIII, el parlamento inglés aprobó una ley que fomentaba el uso de cereales para la destilación de “espíritus”. Estas bebidas alcohólicas, sumamente baratas, inundaron el mercado y llegaron a su punto más alto a mediados del siglo XVIII. En el Reino Unido, el consumo de ginebra alcanzó los 68 millones de litros y el alcoholismo se generalizó

Apenas en el siglo XIX trajo un cambio de actitud y una campaña antialcohólica empezó a promover el uso moderado del alcohol, algo que a la larga se convirtió en una prohibición total pues en 1920, en Estados Unidos se aprobó una ley que prohibía la fabricación, venta, importación y exportación de bebidas embriagantes. El comercio ilegal de alcohol se disparó y en 1933, la prohibición del alcohol se canceló.

Hoy en día, se estima que 15 millones de norteamericanos se ven afectados por el alcoholismo y un 40% de todas las muertes por accidentes automovilísticos en los Estados Unidos están relacionados con el alcohol. (FUNDACION POR UN MUNDO LIBRE DE DROGAS, 2016)

4.1.3. La cultura del Alcoholismo

Como es de conocimiento general, el uso del alcohol en las diferentes culturas, estratos sociales y edades es considerado como una práctica normal para enfatizar eventos que enorgullecen al círculo familiar y social del individuo y su entorno tales como nacimientos, matrimonios, graduaciones y demás logros alcanzados, así como también como para mitigar sensaciones de dolor, angustia y ansiedad tales como rupturas sentimentales, o la conocida expresión en el medio popular “unita para los nervios” son

factores culturales relacionados con estados emocionales con los cuales de alguna forma se justifica el uso del alcohol, sin embargo existen factores los cuales no se encasillan dentro de patrones que alteren las emociones del ser humano por los cuales también culturalmente amerita la ingesta de alcohol, principalmente en la cultura occidental tales como beber por cambios climáticos (cerveza cuando hay temperaturas altas y aguardiente cuando existen temperaturas bajas), e incluso la no aceptación de una persona que se niega a beber dentro de un grupo social, razones por la cual según detalla el artículo La influencia del alcohol en la sociedad de la Dra. Itziar Diez que las funciones que cumple la ingestión de alcohol y los patrones diferenciales varían según estrato social, sexo, edad o grupo religioso.

También la existencia de una contradicción entre el reconocimiento de sus efectos negativos y el hecho de continuar bebiendo. Aunque la mayoría de trabajos antropológicos sobre este tema se han desarrollado en el medio rural, podemos encontrar información sobre el medio urbano a través de encuestas tipo epidemiológico y en ambos casos encontramos que la ingestión de bebidas alcohólicas cumple a nivel general o a nivel de grupos específicos algunas de las siguientes funciones: psicotrópicas, terapéuticas, alimentaria, como fuente de calorías para el esfuerzo laboral, como mecanismo de cohesión, de integración y de estructuración cultural, como mecanismo de control social, como instrumento de identificación y diferenciación cultural o social, como mecanismo de trasgresiones estructurales, como medio de adaptación en situaciones de cambio, como mecanismo de solución al tiempo vacío o como mecanismo casi irremplazable de sociabilidad.

Esta funcionalidad conduce a reconocer a la alcoholización como social y culturalmente integrada y está expresada en el consumo que se hace de él en casi todos los ceremoniales y reuniones informales de la mayoría de grupos étnicos, estratos sociales y grupos de edad. Dicha funcionalidad es la que establece los patrones dominantes de tolerancia y de baja penalidad, aunque tanto la tolerancia como la permisibilidad de la ingesta de alcohol no suponen que el patrón de borrachera sea unánimemente reconocido. Este variará por ejemplo en algunos sectores étnicos identificados con cultos protestantes o también en ciertos estratos sociales (clase alta), donde el estado de embriaguez cotidiana es percibido como muy negativo. Un patrón de bebida al que en los últimos tiempos se le ha dado importancia, sobre todo en el medio urbano es el de la embriaguez de fin de semana, que aparece como una pauta de desarrollo, sobre todo en los sectores de población joven.

Estudios realizados indican que el alcohol permite la agresividad, la valentía, la locuacidad, la sociabilidad y la ruptura de la monotonía, pasando la funcionalidad psicotrópica a un plano secundario. La ingesta de bebidas alcohólicas comienza generalmente ya en la infancia, pero la mayor cantidad de alcohol se ingiere pasada la adolescencia, la pauta dominante es la ingestión colectiva y la ingestión masculina es mayor que la femenina, en la edad adulta se tiende a un consumo diario más o menos constante que suele disminuir al llegar la vejez. Por último señalar que en prácticamente todos los grupos sociales y étnicos encontramos pautas en el consumo de bebidas alcohólicas y que las diferencias aparecen dadas por la forma de beber, el tipo de bebida, la permisibilidad o limitación al estado público de embriaguez y a la multifuncionalidad específica. (Díez Hernández, 2015)

El alcohol forma parte de un juego de hombres adultos tradicional y simboliza la iniciación, la virilidad, la solidaridad, el control social y la integración. En primer lugar la Dra. Itziar Díez parte de que “las formas y medios de ingerir bebidas alcohólicas están definidas culturalmente y activadas por las situaciones”. En la sociedad moderna el consumo cotidiano y regular de bebidas alcohólicas se asocia de forma general, al disfrute del tiempo libre, de descanso de obligaciones laborales, por tanto “tomar una copa” ayuda a establecer la transición entre dos tiempos cualitativamente distintos: de trabajo y de ocio, o también de obligaciones y de placer. El alcohol se asocia al tiempo de ocio. Hay dos rasgos que caracterizan a este tipo de bebedores, uno que sus protagonistas son hombres de estratos socio-profesionales bajos y otro que siempre acompañan el tiempo de juego con el consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo vino y cerveza. Trasladando el caso portugués a nuestra sociedad, los típicos juegos de los que podríamos hablar serían las cartas, y el ecua vóley. Para resumir, socialización, construcción de identidades de género, diversión, fortalecimiento de vínculos microgrupales y actividades lúdicas. Todo ello forma parte de la relación alcohol-juego que hace que la convivencia masculina forme parte de un estilo de sociabilidad.

Los comportamientos ritualizados que se dan en los espacios de consumo de alcohol, por excelencia los bares, siendo éstos lugares obligados de sociabilidad masculina, sobre todo en el medio rural. Aquí tomar una copa, invitar a una copa, a pesar de parecer actividades libres, constituyen actos que cristalizan en el individuo su estatus social, su posición económica en la comunidad o su grupo de edad. También la bebida que suele

tomar el individuo forma parte de una serie de representaciones sociales que sitúan a éste en un estatus y grupo de edad concretos. Por tanto, beber en el bar cumple una función de identidad por su ritualización, debido al conjunto de reglas que controlan el uso del alcohol. Así por ejemplo, lo que formaliza a un grupo dentro del bar es la llamada “ronda”, el que no bebe como los demás, como sus compañeros, siempre quedará un poco al margen. La realización de la ronda es heredada de la cultura campesina y exige que haya tantas rondas como individuos, cualquier invitado ha de invitar so pena de rebajarse pública y socialmente. No invitar significa excluirse, mientras que invitar demasiado está visto como una manera ostentatoria de demostrar un estatus o de ganarse la amistad de alguien. (Díez Hernández, 2015)

4.1.4. Epidemiología

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el alcohol causa el 4% de la carga de morbilidad, lo cual representa 58.3 millones de años de vida ajustados a la discapacidad y el 3.2% (1.8 millones) de todas las muertes del mundo. De entre los 26 factores de riesgo evaluados por la OMS, el alcohol fue el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras y discapacidades en el mundo. (OMS, 2015)

América Latina fue la única Región del mundo donde el alcohol tuvo el primer lugar como factor de riesgo el consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial el valor promedio de consumo per cápita de alcohol, ponderado por población, en las Américas es de 8.7 litros, lo cual está muy por encima de la media global de 6.2 litros de consumo per cápita.

En países en vías de desarrollo con altas tasas de mortalidad, como Bolivia y Perú, el consumo promedio per cápita es menor, (5.1 litros de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de edad o más), el porcentaje de bebedores intensos es menor (2.7) así como el consumo promedio (7.61), aunque el patrón promedio de ingesta es tan elevado como el de los demás países en vías de desarrollo. (OMS, 2015)

En nuestro país según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) cerca de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol, el consumo de alcohol por edad registro que el 2.5% de la población entre 12 y 18 años consumen algún tipo de licor, de las 912.576 personas encuestadas mayores de 12 años que afirmaron consumir alcohol, el 89.7%

corresponden a hombres y el 10.3% a mujeres, del total de los encuestados entre hombres y mujeres, el 41.8% consume alcohol semanalmente mientras que el 79.2% de las personas prefieren solo tomarse una cerveza. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos , 2014)

En la región sur del país según los datos arrojados por el INEC, y presentados por revista Avance en donde se estudió el consumo de alcohol en 5 provincias del sur del país demostró que, de las cinco provincias estudiadas, Azuay ocupa el primer lugar en el consumo, con el 38% de 184.009 personas de todas las edades, le siguen las provincias amazónicas con el 28,4%; en tercer lugar Loja con el 23,2% y finalmente Cañar con el 9,8%.

4.1.5. Desequilibrio del entorno social del alcohólico y como este afecta a la psiquis del individuo alcohólico.

En la enfermedad del alcoholismo, como ya lo hemos mencionado, el individuo alcohólico padece de alteraciones de tipo orgánico como psíquico, desde este punto de vista es indiscutible que el entorno del mismo va a verse afectado sobremanera en las diferentes actividades que éste desempeña y en los diferentes grupos en los que se desenvuelve así como también a lo interno del núcleo familiar, tomando actitudes ambiguas al disminuir su rendimiento académico/laboral e incluso desertando de las actividades antes señaladas y actividades de esparcimiento que no incluya el consumo del alcohol conocidas como “hobbie” adoptando una personalidad evasiva cuando se interroga si es el alcohol producto de dicha actitud tornándose un ambiente de hostilidad en donde desde la perspectiva del alcohólico en no aceptar su alcoholismo se personaliza como víctima y/o victimario tratando así de forma equivocada atenuar ante su entorno su problema con el alcohol.

4.1.5.1. Familia y pareja.

Sabiéndose que el alcoholismo es una enfermedad es deducible que en varios estadios de enfermedades la familia es el conjunto que en primera línea siempre se va a encontrar involucrada directamente con la salud y recuperación del enfermo, siendo así en el alcoholismo la familia y/o pareja desarrolla un papel preponderante al ser en muchos casos el pilar fundamental para la recuperación del alcohólico lo cual depende de muchos

factores y de sucesos los cuales se van desarrollando paulatinamente cuando se ha detectado la presencia de un familiar alcohólico.

Pues como lo detalla la revista Alcoholismo: Integración Familia - Paciente Desde La Terapia Ocupacional la familia y pareja se involucran gradualmente en la recuperación del enfermo alcohólico de manera tal que en ocasiones es necesaria la intervención y participación del núcleo familiar e incluso de amistades cercanas en terapias grupales que ayuden al alcohólico a integrarse nuevamente con su entorno.

La familia como sistema, como grupo, tiene rasgos universales o compartidos con otros del mismo orden social; sin embargo como estructura interaccional, escenario de una dialéctica entre sujetos, se desarrollan en ella procesos únicos, irrepetibles y específicos. Y en esta permanente interacción, el primer grupo donde el individuo empieza a interactuar es la familia, que pasa a ser no sólo un lugar de desarrollo, sino también, y dentro de lo funcional de la misma, un factor importante que puede llevar a lo normal o a lo patológico. Es por ello que la familia, como primer ambiente cumple funciones imprescindibles para el desarrollo sano de todo sujeto. La familia es, el lugar donde se juegan las posibilidades de adquisición en orden a la salud mental, que no es una cualidad estática que alguien posea en privado, es decir no se sostiene a sí misma, sino que se mantiene gracias a la cercanía y apoyo emocional de otros, implicando un sistema de valores en donde el bienestar del individuo está vinculado a los integrantes del sistema primordial.

En la familia todos influyen sobre todos, en una especie de reacción en cadena circular, cuando la estructura familiar, como conjunto de interacciones constantes que se dan en la familia, es inadecuada, o bien, cuando el grupo familiar o alguno de sus miembros afronta un momento de estrés que rebasa sus fuerzas, la familia se estanca en su desarrollo, se repliega sobre sí misma de manera centrípeta y se cierra a la posibilidad de experimentar nuevas formas de interacción, más adecuadas al momento por el que atraviesan. Es entonces cuando el síntoma surge como fuerte signo de alarma o como intento fallido de solución. El síntoma en este caso podría considerarse a la persona alcohólica. Donde los familiares están desconcertados, conmocionados, e incapaces de comprender lo que está sucediendo.

El alcoholismo es una enfermedad grave que afecta a todos los miembros de la familia. Se dice que es una enfermedad de “contagio familiar”, que a menudo provoca

problemas o rupturas importantes, tanto del matrimonio cómo de malos tratos a los niños y numerosos problemas de salud mental y físico.

La interacción entre la persona alcohólica y los que con ella conviven origina muchas tensiones y emociones generalmente negativas, que en principios el propio afectado y la familia se resisten a relacionar con la ingesta de bebida alcohólica. Esto lleva a desarrollar una relación de codependencia, una relación interpersonal patológica, donde la actitud fundamental consiste, durante un período de tiempo en un intento de ayuda al alcohólico, aun a costa del propio sacrificio, esto hace que el codependiente-coadicto se convierta en cómplice de la enfermedad y contribuya a perpetuarla. Cuando el familiar codependiente se da cuenta que no puede controlar la enfermedad del afectado, se neurotiza y es cuando busca ayuda. El familiar no debe sentirse culpable o avergonzado, tiene que colaborar en un plan de tratamiento, pero no ser responsable de aquellos aspectos que sólo son de estricta incumbencia del afectado.

Los problemas a los que se enfrentan los familiares de alcohólicos son:

- ◆ Sentimientos de culpa
- ◆ Angustia o ansiedad
- ◆ Vergüenza
- ◆ Incapacidad para mantener relaciones interpersonales
- ◆ Confusión, enojo y depresión

Como consecuencia de estos sufrimientos, la familia decide, cuando los mecanismos para seguir adelante ya no son suficientes, comenzar el tratamiento de su familiar enfermo, que en la mayoría de los casos se corresponde con la institucionalización del afectado, como una manera de distanciarse parcialmente del problema y poder afrontar el estrés familiar.

Este estrés del que se hace mención, es efecto de la vergüenza y estigma de tener un familiar enfermo, conductas extrañas de un ser querido, cambio del estilo familiar habitual. Como consecuencia el abandono familiar que se origina, influye en la motivación y grado de compromiso del paciente con su tratamiento, más aún cuando dicho tratamiento no es producto de su voluntad. (Santi, 2015)

Actividades laborales/académicas.

En la enfermedad del alcoholismo es conocido que una vez establecida afecta al entorno familiar y social de una manera que el automatismo de las relaciones personales del alcohólico se ven afectadas de tal manera que muchas de estas prácticas han llevado a clasificar al individuo alcohólico en dos conjuntos, el alcohólico funcional es aquel individuo que consume alcohol de manera frecuente y en un volumen considerable por lo general llegando a la embriaguez pero conserva la sensatez de mantener su trabajo y sus relaciones familiares pues el consumo de alcohol aunque es llamativo no afecta a sus actividades laborales ni familiares contrastando con su par alcohólico clasificados como alcohólicos disfuncionales el cual es aquel individuo que abandona o ha desertado y en ciertos casos han sido separados de sus actividades laborales o académicas por motivo del consumo de alcohol que provoca inasistencia o rendimiento bajo e insuficiente en sus actividades, así como problemas de disfunción familiar provocados por ausencia en el hogar, disminución del deseo sexual etc, en este contexto es de vital importancia analizar la investigación realizada en un contenido general y en un grupo de trabajadores publicada por la revista Scielo en la que se detalla: “el análisis de las condiciones psicológicas se dan los siguientes factores internos, que no son exclusivos del trabajador: la falta de flexibilidad, dificultad adaptativa, estructuración inadecuada de la personalidad y presencia de manifestaciones psicopatológicas como la depresión, que es más frecuente en la vida del trabajador.

La Dra. Corina Flores y colaboradores en su artículo Prevalencia de Alcoholismo en Trabajadores de la Industria del Cuero–Calzado y su Asociación con el Nivel de Desestrés publicado en la Revista Scielo mencionan que los factores laborales que se consideran de riesgo para el consumo son: el trabajo a destajo y alto rendimiento, tareas rutinarias y monótonas, insatisfacción en el trabajo, jornadas laborales prolongadas sin descansos, turnos cambiantes, largas ausencias de casa, cansancio intenso en el trabajo, compañeros laborales consumidores, trabajos dependientes de la relación social, disponibilidad en el medio laboral. Estos factores laborales pueden tener un peso real superior al explicitado verbalmente entre las razones para consumir alcohol u otras drogas. Los empleos con tareas repetitivas, invariables y que no otorgan autonomía al trabajador son también factores de riesgo para el alto consumo de alcohol.

De todos los factores ocupacionales que se pueden asociar al consumo perjudicial de alcohol uno de los más estudiados es el estrés laboral. En México esta asociación entre alta percepción de estrés en el trabajo y consumo de alcohol antes, después e incluso durante el horario laboral fue comprobada en trabajadores de la industria textil. Algunas poblaciones en donde se ha podido demostrar la tendencia de consumir alcohol como una forma de manejar el estrés laboral son los militares y bomberos, personal de salud y de la minería.

Para esto el estrés laboral puede definirse como la percepción que tiene el trabajador de aquellas condiciones adversas en el lugar de trabajo, debidas a la naturaleza de la ocupación, a sus condiciones, a los conflictos interpersonales, a una supervisión, gerencia o dirección ineficaz y a los conflictos entre el trabajo y las obligaciones personales y las necesidades propias de la autorrealización.” (Flores Hernández Corina Huerta Franco María Raquel, 2014)

4.1.6. Alcoholismo Crónico.

Tenemos entendido que un estadio patológico se denomina con el termino de crónico cuando este es de duración larga, se considera el alcoholismo como crónico cuando el individuo involucrado ha aumentado de manera considerable el consumo de alcohol en volumen y frecuencia, pues como lo indica la investigación del Hospital Universitario Calixto García en donde se mencionan dos puntos clave para valorar un alcohólico que son los criterios toxicológicos y determinista indicados a continuación: El criterio tóxico se refiere al daño biológico, psicológico o social inherente a la ingestión inadecuada del tóxico, el criterio determinista se refiere a los mecanismos básicos de la ingestión nociva del alcohol o la incapacidad del paciente para tomar la decisión de no beber, o su ineptitud para decidir hasta cuándo tomar.

Esto se expresa en la práctica por los patrones de consumo siguientes: no poder mantenerse 2 días seguidos sin beber, no poder controlarse cuando se comienza a beber, necesitar el alcohol para enfrentar las exigencias de la vida.

Para valorar un individuo como alcohólico se tiene en cuenta que cumpla los criterios tóxico y determinista, considerándose esto como alcoholismo primario, que es la entidad clínica que se caracteriza por la incapacidad del paciente de evitar esta conducta

nociva. El alcoholismo tiene también manifestaciones secundarias de afecciones que preceden a la toxicomanía y participan en su patogenia: esquizofrenia, demencia arteriosclerótica, personalidad antisocial. En estas enfermedades existe una falta de crítica o indiferencia ante las consecuencias de su consumo inadecuado; actitud explicada por la enfermedad de base o por la inexistencia de valores éticos como sería el caso del alcoholismo secundario en un antisocial, al que no le importan las consecuencias sociales de su conducta.

Realizando un análisis de lo mencionado por dicha investigación podemos deducir que el alcoholismo crónico es una patología degenerativa de afectación multiorgánica, motivo por el cual se han propuesto definiciones de acuerdo a la evolución del individuo alcohólico con respecto a la ingesta de alcohol, que por lo común inicia con volumen y frecuencia mínimos hasta llegar a la cronicidad del cuadro.

La clasificación del paciente alcohólico en: bebedor excepcional, bebedor social, bebedor abusivo sin dependencia, bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones, dependiente alcohólico complicado y dependiente alcohólico complicado en fase final. (Dra Miriam Astoviza, 2013) se caracteriza por:

El abstinente total es el que nunca bebe.

El bebedor excepcional: Bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).

Bebedor social: Sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales (no satisface los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este.

Bebedor moderado: Consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que $\frac{1}{4}$ de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.

Bebedor abusivo sin dependencia: Sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).

Dependiente alcohólico sin complicaciones: Se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración, pueden aparecer diarreas, subsaltos musculares o cuadros de delirium subagudo.

Dependiente alcohólico complicado: Además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas como el delirium tremens, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o aparecen complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis.

Dependiente alcohólico complicado en fase final: Es notable el deterioro físico y psíquico, y su comportamiento social. Se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos. Los pacientes presentan severos cuadros de desnutrición, puede aparecer cáncer del subsistema digestivo, entre otras. (Dra Miriam Astoviza, 2013)

4.1.7. Alteraciones en el organismo.

Las alteraciones en el cuerpo humano producidas por el consumo del alcohol aparecen cuando el consumo es exagerado y aparece en el estadio de alcohólico dependiente con complicaciones, la progresión en el consumo de alcohol desencadena innumerables desequilibrios de la economía del cuerpo humano que aumentan de severidad de la mano con el aumento del consumo de alcohol volviéndose enfermedades que requieren intervención médica con terapia farmacológica para su resolución y en varias ocasiones produciéndose enfermedades irreversibles y muchas de las veces con desenlaces fatales.

Como inicio del desequilibrio orgánico por el consumo de alcohol se ve afectado el estado nutricional del consumidor de alcohol, como se detalla en un artículo de la revista Scielo en donde menciona que:

Los alcohólicos normalmente no suelen llevar una dieta equilibrada, además de que pueden sufrir alteraciones en cuanto a la absorción y el aprovechamiento de los nutrientes. Por tanto, no es raro que estos pacientes sufran malnutrición primaria o secundaria. La malnutrición primaria ocurre cuando el alcohol reemplaza a otros nutrientes de la dieta, con lo que su ingestión total se reduce; la malnutrición secundaria ocurre cuando el aporte de nutrientes es adecuado, pero el alcohol interfiere con su absorción en el intestino delgado. El estado malnutricional más grave, asociado a una significativa reducción de la masa muscular, se encuentra en los pacientes que ingresan en un hospital debido a que presentan complicaciones clínicas de su alcoholismo como, por ejemplo, hepatopatía crónica o pancreatitis. La persistencia en la ingestión de etanol comporta una pérdida adicional de peso, mientras que la abstinencia se asocia a una mejoría del estado nutricional

y ganancia de masa muscular; este patrón es común a todos los pacientes alcohólicos, independientemente de que exista o no una lesión hepática crónica. Hay que destacar la existencia de pacientes que ingieren cantidades exageradas de alcohol y que, al mismo tiempo, hacen una dieta con alto contenido en grasas y además llevan una vida sedentaria; al contrario que malnutrición, tienden a presentar una obesidad central o troncular y es más común que este patrón se observe en mujeres. El estado nutricional refleja con cierta aproximación el total de calorías que se ingieren diariamente en forma de alcohol. Si la ingestión de alcohol supera al 30% del aporte calórico total, es habitual que se reduzca significativamente la ingestión de hidratos de carbono, proteínas y grasas; además, el consumo de vitaminas (A, C y B1 o tiamina) está también por debajo de los límites mínimos recomendados. (Jairo Téllez Mosquera, 2014)

Conociendo que independientemente de la patología que se encuentre cualquier persona si esta se encuentra en correlación con la malnutrición tenemos factores de riesgo que predisponen a padecer patologías de mayor complejidad y de resolución más dificultosa, entre las afecciones que se predisponen debido al consumo de alcohol tenemos un análisis detallado expuesto a continuación.

El alcohol es capaz de atravesar la barrera hematoencefálica en un 90%, de ahí que se le atribuye un efecto directo, logrando incluso interferir en los potenciales de acción nerviosa; su influencia sobre la conducta se origina en la alteración de la corteza cerebral.

Cuando el alcohol se ingiere produce cambios bioquímicos hasta ser convertido en una sustancia llamada acetaldehído, que pasa a la sangre y se convierte en compuestos inertes; una vez el alcohol ha sido metabolizado en acetaldehído, produce el cuadro de intoxicación; algunos teóricos sostienen que éste actúa sobre los neurotransmisores cerebrales para producir tetraisoquinolinas que interfieren en el funcionamiento neuronal.

Sin embargo, los datos disponibles sobre su acción cerebral hablan de modos de acción inespecíficos. Lo mismo sucede con la acción de otros depresores del SNC. (Duque, 2013)

El etanol es una sustancia que se puede administrar de diversas formas y absorber por múltiples vías. Como sustancia psicoactiva, la principal y casi exclusiva vía de administración es la oral. El proceso de absorción gastrointestinal se inicia inmediatamente después de su ingestión. La superficie de mayor absorción es la primera porción del

intestino delgado, con aproximadamente 70 por ciento; en el estómago se absorbe un 20 por ciento y en el Colon un 10 por ciento.

Su absorción por tracto digestivo se realiza en un período de dos a seis horas y puede ser modificada por varios factores como el vaciamiento gástrico acelerado y la presencia o ausencia de alimentos en el estómago, por vía dérmica también se puede absorber, aunque su absorción es limitada, la administración por vía endovenosa es utilizada en forma terapéutica en el tratamiento de la intoxicación por alcohol metílico o por etilenglicol.

Una vez absorbido, los tejidos donde se concentra en mayor proporción son en su orden: cerebro, sangre, ojo y líquido cefalorraquídeo. Atraviesa las barreras feto placentaria y hematoencefálica. El 98 por ciento del etanol absorbido realiza su proceso de biotransformación en el hígado, con una velocidad de 10 ml/hora, utilizando para ello tres vías metabólicas: vía de la enzima alcohol deshidrogenasa, vía del sistema microsomal de oxidación (MEOS) y vía de las catalasas, el metabolismo del etanol tiene diferencias en los individuos, de acuerdo a sus características enzimáticas, ya que existen acetiladores rápidos y acetiladores lentos, lo que va a incidir directamente en su velocidad de biotransformación, como ejemplos de acetiladores lentos están los alcohólicos crónicos, personas con hepatopatías de diversa etiología, niños lactantes y personas seniles, la vía de la enzima alcohol deshidrogenasa es la más utilizada en el individuo normal, mientras que la vía del sistema microsomal de oxidación posee una mayor actividad en el alcohólico crónico, esta segunda vía produce una depuración metabólica acelerada aumentando la concentración sanguínea de acetaldehído y acetato.

La velocidad de eliminación del etanol es aproximadamente 100 mg/kg/hora en un adulto medio de 70 kilos. Como la mayor parte del etanol absorbido se oxida, la eliminación es pulmonar (50-60%), entero hepática (25-30%), renal (5-7%) y el resto se elimina en pequeñas cantidades en sudor, lágrimas, jugo gástrico, saliva y leche materna.

El alcohol incrementa la síntesis de ácidos grasos y triglicéridos, con disminución de la oxidación de los primeros, generando una hiperlipidemia que conlleva al desarrollo de hígado graso. Inhibe la utilización de ácidos grasos y la disponibilidad de precursores, lo cual estimula la síntesis hepática de triglicéridos, lo cual produce hígado graso, hallazgo característico en alcohólicos crónicos, induce un estímulo de la lipogénesis, que desencadena un incremento del lactato y de los ácidos grasos.

En intoxicación aguda se reduce la excreción urinaria de ácido úrico, con la consiguiente hiperuricemia y la producción de un ataque de gota, en intoxicación aguda con niveles altos de alcoholemia (mayor de 200 mgr por ciento), se produce un bloqueo en el hígado para la utilización de lactato producido en otros tejidos, generando una hiperlactacidemia, lo que puede llevar a una descompensación metabólica de tipo acidótico.

La interferencia en la síntesis de proteínas que produce el alcohol, así como el déficit de vitamina B1 y la acción del acetaldehído sobre las mitocondrias, se manifiesta en las fibras musculares, donde se origina fragmentación de fibrillas, y degeneración granular. Inhibe la gluconeogénesis y aumenta la resistencia a la insulina, altera la absorción intestinal de tiamina y otros nutrientes.

Teniendo en cuenta que la tiamina actúa como coenzima de otras enzimas relacionadas con el metabolismo y aprovechamiento energético de la glucosa en el cerebro, la deficiencia de esta vitamina origina que el metabolismo cerebral de la glucosa se desvíe hacia la vía anaeróbica disminuyendo con esto su rendimiento energético. Este es el mecanismo tóxico en la encefalopatía de Wernicke.

Alteraciones en el sistema nervioso central: Por ser esta sustancia un depresor generalizado no selectivo del SNC, su sintomatología está marcada por una evolución paradójica. La fase inicial se caracteriza por signos de excitación mental, al inhibirse primero los centros inhibitorios del cerebro; a medida que aumentan los niveles de alcohol en sangre, la intoxicación se va agravando y la depresión del sistema nervioso central se torna predominante. Su primera acción depresiva la realiza en partes del encéfalo que participan en funciones integradas. Deprime tanto centros inhibitorios como excitatorios. Los primeros procesos mentales afectados son los que dependen del aprendizaje y la experiencia previa, luego se alteran la atención, la concentración, el juicio y la capacidad de raciocinio. A medida que la intoxicación hace más avanzada esta primera fase se continúa con deterioro general y cambios cognitivos mayores. Generalmente los efectos sobre el SNC son proporcionales a la concentración en la sangre. Los efectos son más marcados cuando la concentración está en ascenso que cuando desciende.

Alteraciones gastrointestinales: Aumenta la motilidad del intestino delgado y disminuye la absorción de agua y electrolitos. Por efecto irritativo directo causa gastritis,

esofagitis, úlceras, hemorragia de vías digestivas, vómito y puede producirse un síndrome de Mallory Weis.

Alteraciones nutricionales: El etanol carece de valor nutritivo 1gr de etanol posee 7.1 kcal. La ingesta en ayuno de etanol en pacientes sanos produce hipoglicemia transitoria de seis a 36 horas por inhibición de la gluconeogénesis. En los niños esta alteración transitoria puede llevar a convulsiones por hipoglicemia.

Hemorragia de vías digestivas altas: Se produce en el consumidor crónico de alcohol, por estímulo irritativo continuado sobre la mucosa esofágica y gástrica. También se puede presentar en el consumo agudo en individuos con antecedentes de gastritis o úlcera péptica.

Politraumatismo y endotoxemia: La supresión o disminución de funciones del sistema nervioso central, sistema cardiovascular y sistema inmunológico, originada por el etanol, facilita la aparición de complicaciones sépticas en pacientes con trauma. Los politraumas son frecuentes en el individuo intoxicado agudamente por etanol, dada la depresión del sistema nervioso central que origina ataxia e incoordinación neurológica.

Pancreatitis aguda: la aparición de esta complicación es frecuente en los pacientes con historia de abuso de alcohol el mecanismo que explica esta lesión es dado por una secreción pancreática aumentada de proenzimas, actividad lisosómica aumentada y por una disminución de la capacidad de inactivación de tripsina en el interior de la glándula con función excretora deteriorada del aparato de Golgi. Estas situaciones activan las enzimas y los factores de coagulación y los mediadores de la inflamación que desencadenan el ataque de pancreatitis.

Ataque agudo de gota: Se presenta por estímulo de la lipogénesis, que desencadena un incremento del lactato y de los ácidos grasos. Al aumentar la relación lactato/piruvato se produce una hiperlactacidemia, que conlleva a la disminución de la excreción renal de ácido úrico, lo que genera hiperuricemia y la producción del ataque de gota.

Cetoacidosis metabólica: Esta complicación es debida a la producción excesiva de cuerpos cetónicos, al incrementar el hígado la producción de energía a partir de los ácidos grasos generando gran cantidad de cetoácidos como betahidroxibutírico y acetoacetato.

Hematoma subdural agudo: por trauma craneoencefálico severo, secundario a la incoordinación muscular y ataxia ocasionadas por el etanol

Degeneración cerebelosa alcohólica: esta patología en su presentación anatomopatológica es similar a la encefalopatía de Wernicke. Se caracteriza por alteración de la porción anterosuperior del vermix con pérdida neuronal, gliosis y reducción de las ramificaciones dendríticas de las células de Purkinge. Clínicamente presenta ataxia con aumento de la base de sustentación, inestabilidad e incoordinación de los miembros inferiores.

Demencia alcohólica: esta patología se ha relacionada con el consumo abusivo y crónico de etanol. Inicialmente presenta deterioro de las funciones cognitivas que es progresivo hasta llegar a una situación de demencia establecida.

Ataques cerebrovasculares: Secundarios a una alteración de la contractilidad de los vasos sanguíneos, ya que inicialmente el etanol es vasoconstrictor, pero posteriormente su metabolito acetaldehído ejerce acción vasodilatadora.

Hematoma subdural crónico: Originado a consecuencia de microtraumas craneanos a repetición con las consiguientes microhemorragias cerebrales, que se suceden en el individuo en estado de ebriedad.

Hígado graso alcohólico: se presenta en bebedores frecuentes. Es reversible al cesar del consumo. Es una acumulación grasa producida por la pérdida de la eficiencia en la oxidación de los ácidos grasos y el aumento de su utilización para esterificarlos a triglicéridos, asociada con disminución en la síntesis y secreción de lipoproteínas. Las manifestaciones clínicas son mínimas o están ausentes.

Hepatitis alcohólica: es la precursora de la cirrosis. Está dada por una lesión inflamatoria caracterizada por la infiltración hepática con leucocitos, daño hepático, necrosis de hepatocitos e hialinización alcohólica. Las secuelas de fibrosis son irreversibles. Sus manifestaciones clínicas pueden ser leves a graves comprendiendo: anorexia, náuseas, vómito, disminución de peso, dolor abdominal, ictericia, fiebre, angiomas arteriales cutáneos, ascitis, edema, encefalopatía y hemorragia de vías digestivas.

Cirrosis alcohólica: es una fase avanzada que se presenta en la enfermedad hepática por consumo crónico de alcohol etílico. Se produce una destrucción de los hepatocitos con una formación de tejido conectivo que los reemplaza (formación de nódulos). Se manifiesta por hipertensión portal, várices esofágicas, disminución del tamaño hepático e induración generando fibrosis de vasos, anorexia, desnutrición, disminución de la masa

muscular, fatiga, debilidad, infecciones inter recurrentes, ictericia crónica, coma hepático, insuficiencia renal aguda y crónica.

Carcinogénesis: El consumo continuado y por largo tiempo de bebidas alcohólicas es considerado por la IARC (International Agency of Review on Cancer) como un agente cancerígeno comprobado para el humano por producir cáncer gástrico, en un estudio de cohorte realizado en cerca de 30.000 individuos, encontraron que aquellas personas que ingirieron cerveza u otros licores en forma habitual mostraron un riesgo relativo 5.2 veces mayor para desarrollar cáncer de tracto digestivo en relación con individuos no bebedores. También encontraron que individuos que ingirieron vino en forma habitual mostraron un riesgo relativo de 1.7 en relación con individuos no bebedores. (Jairo Téllez Mosquera, 2014)

4.1.8. Alteraciones psiquiátricas.

El alcohol en el cuerpo humano, principalmente cuando se llega al estado de embriaguez, produce alteraciones tales como sensación de mareos, el individuo se siente desinhibido para expresarse de forma verbal o de manera explícita lo que muchas de las veces no lo hace en un estado de conciencia lucido y orientado, por lo general no es recordado al siguiente día en donde de la misma manera la ingesta de alcohol de horas antes provocan insomnio, ansiedad, temblores, cefaleas, estos signos y síntomas se exacerbaban cuando el individuo alcohólico aumenta el volumen y frecuencia de consumo lo que a largo plazo provoca alteraciones psicóticas de conducta cuando no consume alcohol como habitualmente lo venía haciendo, llegando incluso a desenlaces auto líticos, como a continuación se detalla:

Intoxicación: El nivel de alcoholemia normal es de 0,5 a 1 g/L, y cuya elevación presenta ciertas manifestaciones como euforia, excitación, disminución de la concentración y reflejos retardados- La intoxicación es caracterizada por elevadas cantidades de alcohol en la sangre que puede llevar a estados de coma e incluso la muerte. De esta forma, concentraciones superiores a 3 g/L pueden llevar a ataxia, disartria, obnubilación, estado de coma y finalmente la muerte.

Síndrome de dependencia: El individuo siente la necesidad de consumir alcohol y presenta una dependencia física y psicológica importante. Si al mismo se le restringe el consumo de alcohol puede presentar, síndrome de abstinencia.

Síndrome de abstinencia: Afecta a las personas que disminuyen el consumo de alcohol de manera brusca. Los síntomas pueden manifestarse a pocas horas de haber suspendido el consumo de alcohol y el individuo presenta temblor, ansiedad, dolor de cabeza y pérdida del apetito. A pocos días, presentará delirium tremens donde se observa periodos de desorientación, alucinaciones visuales y auditivas escalofrío, malestar general, náuseas y vómitos, parestesias y convulsiones.

Demencia alcohólica: Las memorias a corto y largo plazo se encuentran deterioradas, también se ven alteraciones de la personalidad con episodios de apraxia y agnosia.

Deterioro de la personalidad: El individuo presenta trastornos en su conducta, se nota agresivo y obstinado, puede estar ansioso o depresivo y en algunos casos se aísla de su entorno.

Conducta suicida: El estado de depresión y la presencia de síntomas afectivos en una persona con altos niveles de alcoholemia pueden llevar a un desenlace fatal, donde los intentos de suicidio son frecuentes, sobre todo cuando se encuentran en fases depresivas por el uso de alcohol, o cuando racionalizan que esta enfermedad ha transformado su entorno familiar y social.

Función psicosexual deteriorada: se observa disfunción eréctil y eyaculación retardada, y por las alteraciones psicológicas se presenta el trastorno delirante celotípico.

Alucinosis alcohólica: No se observan alteraciones de la orientación ni de la conciencia, pero sufre alucinaciones auditivas que pueden terminar con episodios de esquizofrenia. (Llusco Magne Helen Magda, 2013)

CAPITULO II

4.2. Depresión

4.2.1. Definición.

Es la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado siempre también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. (Jesus Alberdi, 2013)

Esta enfermedad puede aparecer a cualquier edad, desde la infancia hasta la edad madura. Aproximadamente el 15–20% de los casos, sobre todo los que no tuvieron un tratamiento o lo tuvieron de forma insuficiente, pueden desarrollar un proceso crónico. En un 50–75% de los casos se produce un segundo episodio. Y con el aumento de episodios de depresión, asciende también el riesgo de que vuelva a aparecer otro episodio de la enfermedad. Por eso es muy importante una minuciosa terapia para cada caso particular de la enfermedad. (Keck, 2014)

4.2.2. Epidemiología.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas.

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2015).

Realizando una visión a menor escala dentro de América Latina de acuerdo a los datos de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) la depresión en América Latina y el Caribe la padece 5% de la población adulta, entre 60% y 65% de las personas que necesitan atención por depresión en América Latina y el Caribe no la reciben, un millón de

personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; en las Américas alcanzan alrededor de 63.000, la depresión es el trastorno mental que más afecta a la población en el mundo, entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros. El porcentaje del presupuesto sanitario destinado a salud mental en la región es inferior al 2% y de este, el 67% se gasta en los hospitales psiquiátricos, el 76,5% de los países de América Latina y el Caribe informaron que cuentan con un plan nacional de salud mental. (OPS, 2015)

4.2.3. Conducta depresiva.

La conducta depresiva está muy arraigada al medio en el que el individuo se desenvuelve siendo muchas de las veces el estrés ocasionado por el medio la causa principal para provocar conductas depresivas, en el apartado web del Dr. Rozados nos indica las características de estos pacientes, en lo que los características del paciente depresivo incluyen.

- Irritabilidad, depresión, tristeza persistente, llanto frecuente.
- Pensamientos acerca de la muerte o el suicidio.
- Disminución en la capacidad para disfrutar de sus actividades preferidas.
- Quejas frecuentes de malestares físicos, tales como el dolor de cabeza y de estómago.
- Nivel bajo de energía, fatiga, mala concentración y se queja de sentirse aburrido.
- Cambio notable en los patrones de comer o de dormir, tales como comer o dormir en exceso.

4.2.3.1. Nivel de depresión.

En las diferentes patologías los profesionales acuden a escalas para la valoración de la gravedad de la patología a la que se enfrentan siendo la patología psiquiátrica una de estas, particularmente en la depresión existen varios instrumentos y técnicas para abordar a un paciente depresivo.

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la

evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica. Las escalas heteroevaluadas son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa. Deben cumplimentarse tras realizar la entrevista clínica y precisan unos niveles elevados de formación y experiencia. Las escalas autoevaluables o cuestionarios pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es éste último el que elige cuál de los ítems refleja mejor su estado. Las escalas más utilizadas en los trabajos de investigación son:

- **Beck Depression Inventory:** Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad.

La versión original se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad

- **Hamilton Rating Scale for Depression:** Es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican.

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los

ítems adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos.

- **Montgomery Asberg depression Rating Scale:** Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar la información de fuentes distintas al paciente. Presenta la ventaja frente a la HAM-D de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con sintomatología física predominante. (Guía de Practica Clinica del SNS, 2013)

4.2.3.2. Escala de Hamilton.

La Escala de Depresión de Hamilton ha sido el patrón de oro para la evaluación de la depresión durante más de 40 años desde la última revisión principal de este instrumento en 1979 que examinan explícitamente las características psicométricas de la Escala de Depresión de Hamilton.

El test Hamilton se valora en una escala, heteroaplicada, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido la cual consta de 17 ítems, diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. (Bagby & Ryder, 2013)

Cada pregunta 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 se recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

4.2.3.3. Test AUDIT

El test AUDIT, siglas en inglés de Alcohol Use Disorders Identification Test, permite evaluar la dependencia del consumo de alcohol que presenta un individuo. Este sencillo cuestionario fue elaborado por un grupo de expertos a instancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y constituye un instrumento de evaluación que pretende identificar consumos considerados de riesgo, para diagnosticar precozmente el abuso del alcohol o la dependencia de esta sustancia.

El test de AUDIT, Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol es utilizado para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve este test proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo, para que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol y, con ello, evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.

El AUDIT también ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. Ha sido diseñado particularmente para los clínicos y para una diversidad de recursos terapéuticos, si bien con las instrucciones apropiadas puede ser auto-administrado o utilizado por el común de la población. (Thomas Barbor, 2012)

El Nivel de Riesgo Intervención Puntuación del AUDIT está dividido en 4 zonas.

Zona I: Educación sobre el alcohol (0-7 puntos)

Zona II: Consejo simple (8-15 puntos)

Zona III: Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada (16-19 puntos) Zona IV Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento (20-40 puntos)

4.2.4. El Alcoholismo y la Depresión.

El consumo de alcohol está ligado a varios factores principalmente sociales en los cuales el individuo en un principio abstemio inicia con el consumo de alcohol, por factores ya sean culturales que van conjuntamente con las emociones como fiestas, reuniones, ritos religiosos, decepciones amorosas etc. En las que por la idiosincrasia de la población debe

consumirse alcohol siendo incluso considerado una conducta antisocial el no beber alcohol al alcanzar una meta propuesta.

Existe la disyuntiva en conocer la relación existente entre la depresión y el consumo de alcohol si bien es cierto como se mencionó anteriormente el consumo de alcohol esta netamente ligado a situaciones emocionales que pueden ser positivas como negativas en la vida del ser humano, como perdida de un ser querido, ruptura amorosa, decepción académica y/o laboral etc. Lo que puede desembocar en el consumo de alcohol, siendo esta conducta depresiva, independientemente haya sido o no diagnosticada, la causa por la cual el individuo inicia el consumo de alcohol encontrándose en la bebida una puerta de escape a sus problemas pues como lo mencionamos en capítulos anteriores el alcohol altera el sistema nervioso provocando desinhibiciones, en donde los problemas pueden atenuarse o exacerbarse lo que conlleva a un aumento en el consumo de alcohol en el individuo hasta convertirse en alcohólico.

Por otro lado tenemos la situación paralela en que el individuo que consume alcohol con frecuencia, la cual va de aumento sinérgicamente con el volumen, por causas no necesariamente que se relacionen con situaciones emocionales si no más con situaciones culturales, como es conocido en nuestro medio varis excusas para el consumo de licor el “san viernes” o “viernes chiquito” por mencionar la ingesta de alcohol por el fin de semana a lo que se suma también la ingesta en días laborables mencionando el “unita para el frio” o el “sol bielero” que hace alusión a la ingesta de alcohol por motivo de sobrellevar mejor los cambios climáticos lo cual como es de obvio conocimiento es utilizado como pretexto para la ingesta de alcohol, provocando así un aumento del consumo de bebidas alcohólicas lo que puede confluir en alcoholismo el que una vez establecido provoca problemas académicos, laborales, familiares etc. Viéndose a sí mismo el individuo afectado por estos problemas, lo que es una pauta para el inicio de conductas depresivas, antisociales que provocan el mayor consumo de alcohol.

4.2.5. Uso del alcohol en la depresión.

El uso del alcohol de manera frecuente ya se establece como un estadio patológico, siendo así un desafío el tratamiento de pacientes alcohólicos y depresivos, como se explica en la página web El Psicoasesor del Dr. Ulises Tomas, es tratar dos pacientes en uno solo

cuya patología es diferente pero la una se relaciona con la otra de manera muy estrecha agravando el cuadro.

Es más recurrente que la dependencia al alcohol venga de la depresión, así que el orden en teoría sería atender primero la depresión y luego la dependencia al alcohol. Sin embargo, en la práctica todo cambia y se ha descubierto que el abuso de alcohol mientras se está deprimido puede aumentar el riesgo de suicidio. Así que la teoría nos puede costar la vida de una persona, por lo mismo creo más importante atender la dependencia al alcohol como primer instancia y luego atender los ciclos de depresión. (Thomas, 2014)

4.2.6. Dependencia al alcohol y Depresión

El alcoholismo es un trastorno que produce muchos signos y síntomas similares requeridos para el diagnóstico de la depresión mayor. Aunque el alcohol a menudo causa inicialmente un “buen estado de ánimo,” el alcohol es una droga que causa la depresión, pero también una persona deprimida puede ser dependiente del alcohol, así que de ambas partes puede existir una tendencia.

Una persona deprimida busca refugiarse en el alcohol por el hecho de que el alcohol funciona como una droga que hace “olvidar por un momento” aquello que provoca la depresión en el paciente.

Recientes estudios acerca de la depresión han revelado que entre treinta y un cincuenta por ciento de los alcohólicos, en un momento dado, también sufren de depresión mayor.

Por lo que es necesario poner especial atención a los siguientes ítems de alcohólicos depresivos.

- Una persona con una historia familiar de alcoholismo tiende a presentar mayor riesgo en desarrollar depresión
- El alcoholismo puede desarrollar trastornos de personalidad
- El alcoholismo puede causar una recaída en pacientes con depresión
- Los síntomas depresivos del alcohol son mayores cuando una persona deja de beber primero, por lo que los alcohólicos en recuperación, con un historial de depresión deben ser monitorizados cuidadosamente durante las primeras etapas de la abstinencia
- El alcohol puede provocar conductas suicidas

- Los síntomas de la depresión en los alcohólicos se reducen en gran medida los tres o cuatro semanas después de interrumpir el consumo de alcohol
- El abuso del alcohol puede provocar depresión y aumentar la impulsividad
- El alcohol está relacionado a los métodos de suicidio relacionados a la conducción de vehículos.
- El alcohol afecta el juicio, lo que explica su asociación con los métodos de suicidio dolorosas.

De manera que el mayor riesgo que presenta una persona deprimida luego de consumir alcohol es la conducta suicida, por lo mismo es fundamental que las personas que sufren depresión mayor y/o que abusan de alcohol reciban atención lo antes posible por un profesional de la salud mental para tratar la problemática y prevenir las conductas suicidas. (Thomas, 2014)

4.2.7. Apoyo del entorno familiar.

Una vez conocido que el paciente alcohólico depresivo es un paciente el cual necesita ayuda inmediata por su situación de desembocar en actos de autolisis es necesario puntualizar que familia es aquel grupo de personas las cuales conviven bajo un mismo techo, comparten alimentos y se comunican diariamente sin tener necesariamente un vínculo de consanguinidad, teniendo en cuenta esto es de relevancia conocer que en muchos casos la familia biológica no aporta a la recuperación del alcohólico depresivo, una vez establecido este criterio es importante conocer las funciones de la familia para con el alcohólico depresivo, como lo detalla la Dra. Triana Aguirre en su investigación titulada: El apoyo familiar en el tratamiento de personas alcohol dependientes.

Las funciones principales de la familia, en la sociedad actual, están relacionadas con la socialización, la educación y el apoyo socio-afectivo y emocional.

A) Función socializadora-educativa: Hace hincapié en la familia como agente educativo, pues es esta la que inculca las primeras normas de comportamiento, que serán los cimientos de una adecuada convivencia social, se adquirirán paulatinamente y contendrán una serie de valores que la familia tratará de infundir para conseguir un desarrollo personal equilibrado y un clima de sana convivencia en el hogar.

B) Función de apoyo socioafectivo-emocional: Dentro de las funciones afectivas de la familia, podemos destacar su capacidad de dotar a la persona de una identidad propia, dándole el apoyo personal necesario para confiar plenamente en los otros miembros. Esta

función afectiva jamás podrá desempeñarla la sociedad y, de esta manera, se garantiza la supervivencia constante de la familia en la humanidad. La familia como lugar de aprendizaje, de pertenencia, de afecto y de seguridad ofrece grandes oportunidades para desarrollar las capacidades socioafectivas-emocionales de las personas.

C) Función preventiva: Existe un consenso generalizado acerca de que la familia es un factor importante para la prevención, pues programas de prevención familiar han demostrado cierto grado de efectividad en la reducción de los factores de riesgo que llevan a la juventud a iniciarse o a mantenerse en el consumo de drogas. La familia juega un importante papel en la prevención de las conductas de consumo de drogas. Estos efectos de la familia se producen de forma directa, mediante el cambio de la relación entre sus miembros y la educación y el control de los padres sobre los hijos/as, o bien de forma indirecta, a través de la influencia que el control familiar ejerce sobre otros factores de riesgo como los compañeros/as, el barrio o la escuela.

El vínculo del familiar de responsable de los usuarios/as puede ser: madre o padre, hijo o hija, pareja mujer o pareja hombre, abuelo o abuela, tío o tía u otro familiar que sería indicado, además cualquier persona sin parentesco como puede ser un amigo/a o incluso un vecino/a.

El tipo de apoyo prestado por un familiar en un tratamiento de drogodependencias, según su intensidad puede clasificarse en:

- Alto que se refiere a aquellos familiares que son constantes en el tratamiento y se comprometen con el proceso.
- Intermedio que comprende aquellos familiares que se comprometen de manera intermitente incluso con abandono del programa.
- Bajo: apoyo familiar no favorable/conveniente al usuario/a.
- Ausente: se refiere a la no existencia de familiar de apoyo. (Delgado, 2015)

Establecido ya que el apoyo familiar es determinante para la recuperación del alcohólico depresivo, se han categorizado las familias de acuerdo a como estas colaboran con el alcohólico depresivo.

1. Familiar Colaborador/a Asintomático/a: se trata de aquellos familiares que, desde el principio, toman conciencia de la conducta adictiva y sus consecuencias pudiéndose mostrar colaboradores en diversos grados. Suelen conseguir una separación entre la problemática del familiar afectado y el manejo de las emociones propias, por lo que

mantienen un buen ajuste en la mayor parte de las áreas de su vida cotidiana, tal y como era hasta el momento del proceso de adicción.

2. Familiar No Colaborador/a: son aquellos que pueden mostrarse ausentes en el proceso terapéutico: no acompañan en las consultas, ni fuera de ellas, en su vida cotidiana no asumen ni ponen en práctica pautas de apoyo al tratamiento. O bien están presentes aunque, indiferentes al proceso y a la evolución terapéutica: manifiestan su desconfianza, oposición o no facilitan el acercamiento al tratamiento. La falta de colaboración puede deberse a varios motivos, como son el desconocimiento, la sobrecarga, abandono o ruptura de relación, etc.

3. Familiar colaborador/ con síntomas de malestar: son los familiares cuyos síntomas de malestar se hallan provocados por el trastorno adictivo y los problemas y conflictos que de él se derivan. Suelen estar receptivos a las indicaciones terapéuticas de los profesionales, las ponen en práctica, realizan cambios conductuales y actitudinales que favorecen el proceso terapéutico del adicto y su propio auto-cuidado personal y emocional.

4. Familiar Codependiente: es el familiar que presenta una sintomatología muy evidente, ha centrado la mayor parte de su vida en el adicto, relegando muchas de sus cuestiones personales, y su principal o único objetivo es ayudarlo, pasando el resto de cuestiones vitales a un segundo plano, y sufriendo por ello un estado permanente de malestar. La familia está presente durante las diferentes partes del tratamiento.

En primer lugar, en la acogida se debe informar, tanto al familiar como a la persona usuaria, en qué consiste el proceso de intervención terapéutica, indicándoles las etapas que abarca el mismo. Es necesario conocer las razones que llevan al paciente o en su defecto a la familia a solicitar tratamiento y cuál es el tipo de motivación que presenta éste hacia el mismo, entre ellas puede existir presión familiar, asistencia voluntaria, etc. En esta fase a través del familiar, se puede detectar como la droga ha ido transformando la vida personal del paciente y como su comportamiento, producto del consumo, genera problemas en su entorno familiar. Asimismo, se pregunta al familiar si está dispuesto a colaborar el tratamiento y cuáles son sus preocupaciones con respecto a la suspensión de la droga. Todos los participantes en el proceso firmarán el contrato terapéutico, la familia, la persona usuaria y el trabajador/a social. El objetivo principal de esta fase es que el/la paciente se implique en el tratamiento y la familia colabore activamente. (Delgado, 2015)

CAPITULO III

4.3. Terapia y rehabilitación del alcoholismo

4.3.1. Las Comunidades Terapéuticas.

Como ya se ha aclarado en apartados anteriores la colaboración de la familia en el estadio del alcohólico depresivo es determinante para su recuperación lo cual conjuntamente debe ir de la mano con la intervención de profesionales dedicados a entender y tratar la psiquis y los daños orgánicos que padece el paciente alcohólico depresivo, es en donde actúan los centros de ayuda a adicciones conocidos como Comunidades Terapéuticas las cuales actúan con profesionales en las diferentes ramas de acuerdo a la adicción, y el nivel de dependencia en la que se encuentra el individuo realizando charlas grupales en grupos de acuerdo al caso separados por edad, sexo, adicción, y por grupo familiar y administrando terapia farmacológica si así lo requiere el caso, una definición y preceptos sobre las comunidades terapéuticas nos detalla en una sección de la Revista Una Definición Operativa la publicación del Dr. Juan Palacios a continuación:

La comunidad terapéutica es un modelo de trabajo y de vida que colabora con las personas, considerándolas capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación y/o recuperación y/o restauración. Es un modo de trabajo radicalmente distinto al de la institución de salud tradicional, sin dominación de jerarquías técnicas y/o profesionales.

El modelo considera relevantes para la persona aspectos tales como su familia y la red social como bases de su trabajo terapéutico. El vivir y trabajar en una Comunidad Terapéutica significa el poder compartir experiencias, dentro de un marco de respeto de los valores y derechos inalienables del ser humano y en un ambiente de solidaridad y fraternidad.

La Comunidad Terapéutica es parte de la Comunidad Social, es una base afectivo-espiritual y utiliza una relación de tipo horizontal y directa entre sus miembros valorando cada aporte sin distinción de condición social, educativa, religiosa o sexual. La Comunidad Terapéutica basa la posibilidad de recuperación en el grupo o comunidad, son los propios usuarios los gestores conjuntos en el proceso de crecimiento y desarrollo personal, de cada uno de ellos. La vida en comunidad implica la responsabilización de sí mismo y de los

demás en todos los aspectos de la cotidianidad; alimentarse, usar el tiempo libre, cuidar el entorno, ayudarse en las problemáticas más profundas, resolver conflictos, enfrentar problemas, crecer y desarrollarse, encontrar sentido a la vida, etc.

En este sentido, es la propia persona la protagonista de su historia, la que responde y genera la recuperación apoyada por el grupo. En la C.T. los residentes tienen un papel fundamental, pues ellos son los movilizados del cambio acompañados y guiados por los profesionales y técnicos; en sí mismo, el estilo relacional de la C.T. es el principal elemento terapéutico. En la dinámica de las interacciones se va a representar la conflictiva de cada persona y el problema que los reúne, así la forma de organización conocida como Comunidad Terapéutica contribuye a crear esas condiciones de interrelación que serán el campo de experimentación donde se hará posible la re y la habilitación, según sea el caso. Es el vínculo lo que resulta terapéutico, más allá del marco teórico referencial; en el contexto de una comunidad lo relacional sería entonces lo terapéutico, y a la vez, el sistema de tratamiento es terapéutico en tanto se da en Comunidad.

Todas las Comunidades Terapéuticas tienen un Programa que define su quehacer y describe un conjunto de elementos que conforman un proceso cuyo objetivo es la rehabilitación y la reinserción social. Aun cuando cada comunidad tenga un enfoque particular de abordaje de la problemática, existen ciertos derechos de los usuarios que las comunidades se deben ver en la obligación de velar por su cumplimiento:

- Recibir tratamiento sin ser discriminadas por sexo, raza, nacionalidad, creencias religiosas, opiniones políticas, orientación sexual, condición de salud (incluyendo VIH) o antecedentes judiciales.
- Recibir tratamiento en un ambiente digno y libre de drogas y alcohol.
- Ser tratadas con dignidad y respeto por el personal del centro, así como por las otras personas en rehabilitación.
- Ser protegidas contra todo tipo de maltrato físico, psicológico y sexual.
- Tener acceso a atención médica oportuna en el caso de requerirla.
- Recibir información clara, veraz y completa acerca del programa terapéutico que efectuará, incluyendo las obligaciones que debe cumplir dentro del programa, estipuladas en un contrato terapéutico.
- Recibir información clara, veraz y completa acerca de las normas del programa y las sanciones establecidas por faltas a dichas normas, desde su ingreso al programa.

- Recibir tratamiento sin ser obligadas a realizar labores que beneficien personalmente a los miembros del equipo técnico o a la comunidad.
- Pedir confidencialidad en cuanto a información sobre su persona, entregada en buena fe en actividades de la Comunidad
- Ser consultadas previo a que se hagan grabaciones o se tomen videos y/o fotos de su persona o de actividades en las que participan. Las personas pueden aceptar o negarse a ser grabadas o filmadas.
- Retirarse del programa, en cualquier momento, sin ser sometidas a presiones o maltrato físico o psicológico.

El objetivo principal de las Comunidades Terapéuticas apunta al aspecto concreto de modificación de conductas aprehendidas y reforzadas durante el período de droga, fundamentalmente las que se mencionan a continuación:

- Deshonestidad – mentira – falsa imagen (mecanismos de defensa)
- Robos – delincuencia
- Manipulación
- Reacciones compulsivas
- Descontrol de impulsos y expresión inadecuada de sentimientos y/o emociones
- Agresividad exacerbada
- Victimización (no asunción de la responsabilidad personal)
- Irresponsabilidad con la propia vida y con los demás
- Pérdida de hábitos básicos
- Problemas relacionales, en general (Palacios, 2013)

4.3.2. La Comunidad de Alcohólicos Anónimos.

Dentro de las Comunidades Terapéuticas para rehabilitación de adictos, en este caso del alcohol, existe una en particular que ha alcanzado gran cantidad de adeptos a nivel mundial, es la Comunidad de Alcohólicos Anónimos en la que aunque no se administra terapia farmacológica se reciben terapias de ayuda para rehabilitar a alcohólicos manteniendo su anonimato en absoluta reserva, en las páginas oficiales en internet de Alcohólicos Anónimos comparten el único requisito para ser miembro que es, el deseo de

dejar la bebida, a continuación desplegamos sus preceptos y las organizaciones de A.A. en nuestro país y ciudad.

Alcohólicos Anónimos (A.A.) es una comunidad de hombre y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida.

Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; se mantienen con sus propias contribuciones. A.A., no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Su objetivo primordial es mantener la sobriedad y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

El ejemplo y la amistad de los alcohólicos en recuperación ayuda al recién llegado en su esfuerzo por dejar de beber. Comparten sus experiencias y le transmiten cosas tan sencillas como que "si no se toma la primera copa, no se puede uno emborrachar", o a no proponerse metas a largo plazo y sustituirlas por otras de plazos más cortos, como por ejemplo 24 horas.

"Cualquier alcohólico puede pasar 24 horas sin tomar esa primera copa".

Encuentran más conveniente concentrar su energía en evitar esa copa en el día de hoy, porque si hoy no la beben, hoy no se van a emborrachar. "De mañana ya nos ocuparemos cuando llegue, e intentaremos hacer lo mismo". "No tiene demasiado sentido obsesionarse por el pasado, eso ya pasó".

Al no ingerir alcohol, los alcohólicos se recuperan físicamente de su enfermedad. Pero, el alcoholismo es una enfermedad que no sólo afecta al cuerpo, si un alcohólico en recuperación quiere alcanzar una sobriedad duradera necesita también una mente sana y unas emociones equilibradas.

El programa de Recuperación de A.A. ayuda al alcohólico a poner en orden sus pensamientos confusos y a deshacerse de la carga de negatividad de sus sentimientos.

Los miembros asisten a reuniones de A.A. con regularidad, para estar en contacto con otros miembros y para aprender cómo aplicar mejor el Programa de recuperación en sus vidas.

Rara vez se ha visto fracasar a una persona que haya seguido cuidadosamente el Programa de Recuperación de Alcohólicos Anónimos. Los que no se recuperan son

aquellas personas que no pueden o no quieren entregarse totalmente a este sencillo Programa.

Las experiencias de los miembros de A.A., explican de modo general, cómo eran, lo que les ocurrió y cómo son ahora, tras haber dado ciertos pasos en la aplicación del Programa de Recuperación. (Alcoholicos Anonimos, 2016)

En la actualidad en el Ecuador la Comunidad de Alcohólicos Anónimos se subdivide en Comités Provinciales, los cuales a su vez en cada provincia se subdividen en Grupos de Ayuda en cada cantón, estos grupos de ayuda por lo general llevan nombres con una temática esperanzadora por ejemplo Nueva vida, Serenidad, etc..

En la actualidad la Provincia de Loja cuenta con 27 Grupos de Ayuda distribuidos en los diferentes cantones, la cabecera cantonal Loja cuenta con 12 Grupos de Ayuda. (Alcoholicos Anonimos Ecuador, 2016)

4.3.3. Abstinencia y Sobriedad

Una vez conocido el proceso de la enfermedad del alcoholismo hasta su rehabilitación al llegar al estado de no consumir alcohol, es necesario establecer las definiciones sobre términos que corresponden al no consumo de alcohol.

La abstinencia y la sobriedad son términos comúnmente usados y fácilmente confundidos entre sí, es así que se torna necesaria una definición para conocer cuando la recuperación del alcohólico ha sido exitosa.

Abstinencia: Este término significa el dejar de consumir alcohol.
Sobriedad: Es aprender a vivir en abstinencia mediante un continuo crecimiento emocional que permita alcanzar la madurez.

Pues el individuo que ya no consume alcohol al aun presentar conductas inmaduras al victimizarse, o actuar como victimario, o conductas que aun provoquen desequilibrios en sus relaciones personales y actividades rutinarias es catalogado como Abstemio dado el hecho que aun presenta conductas similares a las que presentaba cuando consumía alcohol e incluso con personalidad compulsiva, en contraste con la sobriedad en la que el individuo ha adoptado una personalidad madura y responsable sabe controlar sus emociones lleva una vida plena sabiendo afrontar con serenidad los altibajos de la vida.

Pues como se menciona en el libro “El síndrome de la borrachera seca” podemos despejar dudas y conocer estos términos con más profundidad:

La sobriedad, meta fundamental de AA, significa “aprender a vivir en la abstinencia a través de un continuo crecimiento emocional que permita alcanzar la madurez”. El “borracho seco” es el que no ha madurado, es un “bebé emocional” y los síntomas que lo aquejan avalan la complejidad de la recuperación integral del alcoholismo y de otras adicciones”. Alcanzar la sobriedad implica la práctica de cualidades como la libertad, la honestidad y la humildad, desarrolladas en un marco de disciplina, perseverancia, determinación de cambio y mente abierta. Una vez alcanzada la inercia de la sobriedad se logra un fenómeno de crecimiento emocional progresivo que no tiene límites y que conducirá a la persona al objetivo final del tratamiento que es alcanzar la felicidad” (López, 2013)

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es descriptivo, retrospectivo y transversal.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

- **Localización:** Sitio de reunión de los grupos de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos en la Ciudad de Loja
- **Temporización:** Durante el periodo Julio a Diciembre del 2016

5.3 UNIVERSO Y MUESTRA

- **Universo:** 350 Personas que asisten a reuniones en los grupos de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos en la Ciudad de Loja durante el periodo Julio a Diciembre del 2016.
- **Muestra:** 60 personas que asisten a reuniones en los grupos de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos en la Ciudad de Loja durante el periodo Julio a Diciembre del 2016 aplicando muestreo por conveniencia.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **Criterios de inclusión:** Personas que han asistido a los grupos de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos durante los últimos 30 días de manera continua.
- **Criterios de exclusión:** Personas que asisten a los grupos de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos de manera irregular o han asistido un periodo menor a 30 días.

5.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como elemento principal para tener las pautas adecuadas previo a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y en el momento de aplicar los mismos realizamos la Historia Clínica Psiquiátrica, con el fin de conocer las alteraciones psiquiátricas en la población estudiada.

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos los cuales además de aportar datos fáciles de cuantificar son métodos auto aplicables, y de fácil interpretación para el entrevistado.

El test Hamilton para depresión se valora en una escala, heteroaplicada, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido la cual consta de 17 ítems, en donde se debe determinar si en los últimos 15 o 30 días han presentado episodios relacionados con los apartados en cada ítem.

La puntuación total va de 0 a 52, pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo se recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

El test de Hamilton para Ansiedad es 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.

La puntuación del test se realiza de acuerdo al siguiente escalafón.

0 = Ninguno

1= Leve

2 = Moderada

3 = Grave

4 = Muy incapacitante

El test de AUDIT, Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol es utilizado para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Ha sido diseñado particularmente para los clínicos y para una diversidad de recursos terapéuticos, si bien con las instrucciones apropiadas puede ser auto-administrado o utilizado por el común de la población.

El Nivel de Riesgo Intervención Puntuación del AUDIT está dividido en 4 zonas.

- Zona I: Educación sobre el alcohol (0-7 puntos)
- Zona II: Consejo simple (8-15 puntos)

- Zona III: Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada (16-19 puntos)
- Zona IV Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento (20-40 puntos)

5.6 MÉTODO

Se utilizó el método científico y realizando la aplicación de los instrumentos antes mencionados los cuales aplicados conjuntamente se puede revelar la sinergia entre la dependencia del consumo de alcohol la cual se obtiene a través de la aplicación del test de AUDIT y el nivel de depresión aplicando la escala de Hamilton, de acuerdo a la puntuación obtenida en cada uno de los test.

También se utilizó como fuentes artículos científicos en internet, artículos de revistas con aval científico, libros con aval científico, artículos científicos.

5.7 PROCEDIMIENTO

Para desarrollar esta investigación se procedió a pedir el permiso respectivo mediante una solicitud (Anexo Nro. 3) a los miembros del Comité Provincial de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos en la Ciudad de Loja, así como también el consentimiento informado a cada una de las personas que se les aplico los test el cual está representado en físico de manera masiva y respaldado por el coordinador del grupo anexo a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos (Anexo Nro. 4), guardando absoluta reserva de sus identidades dado el hecho que la Comunidad de Alcohólicos Anónimos lleva como principal precepto el anonimato de sus integrantes.

Análisis de la información

Para analizar la información obtenida se utilizó medios manuales, mecánicos y el programa para obtención de sumatorias y medias de los datos para realizar las tabulaciones para su posterior presentación en tablas y gráficos, también se utilizó el paquete estadístico MatLab para establecer una relación cruzada entre las variables utilizando las funciones de matriz de correlación para obtener en nuestro caso gráficos de dispersión que expresan una dependencia lineal directa, los resultados son representados en gráficos estadísticos y presentados en las tablas. Para la presentación de los datos se utilizó la estadística descriptiva y se realizó los análisis de cada uno de los ítems en los test aplicados para establecer las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

6. RESULTADOS

NIVEL DE DEPRESION

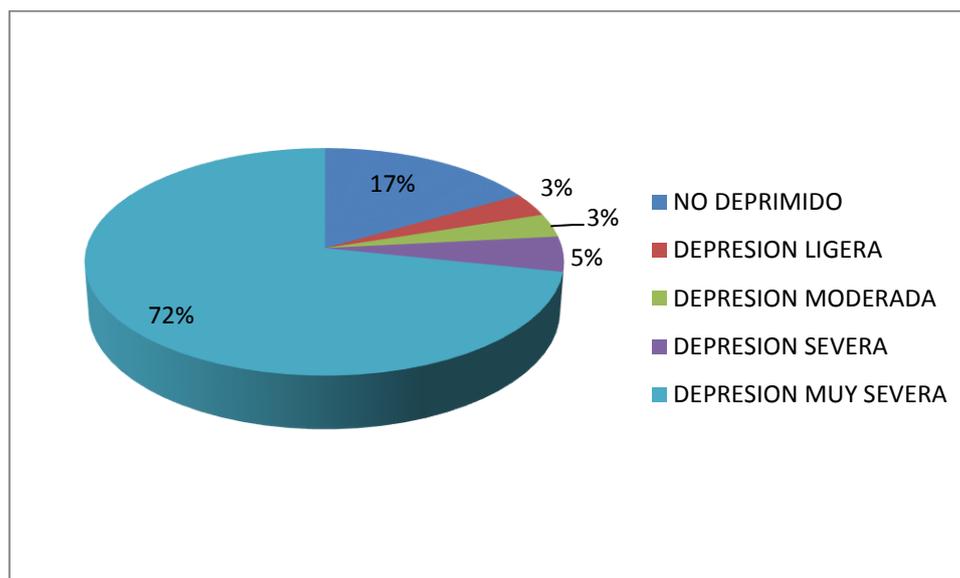
TABLA NRO.1

PUNTUACION DE LA ESCALA DE HAMILTON	NUMERO DE INDIVIDUOS	PORCENTAJE
NO DEPRIMIDO	10	17%
DEPRESION LIGERA	2	3%
DEPRESION MODERADA	2	3%
DEPRESION SEVERA	3	5%
DEPRESION MUY SEVERA	43	72%
TOTAL	60	100%

Fuente: Escala de Hamilton para Depresión aplicada a personas que acuden a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos de la Ciudad de Loja

Elaborado por: Edmundo Guillermo Samaniego Namicela

GRAFICO NRO. 1



Interpretación: El 83% de los individuos padecen depresión al aplicar la escala de Hamilton para Depresión siendo con mayor frecuencia depresión muy severa.

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS

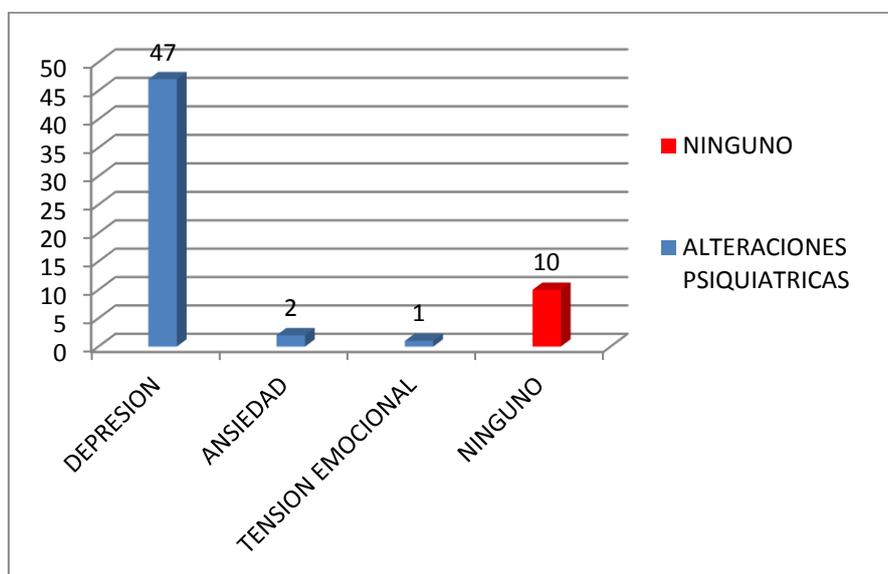
TABLA NRO. 2

DEPRESION	ANSIEDAD	TENSION EMOCIONAL	NINGUNO	TOTAL
47	2	1	10	60
78,33%	3,33%	1,67%	16,67%	100,00%

Fuente: Historias Clínicas Psiquiátricas realizadas a personas que acuden a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos de la Ciudad de Loja

Elaborado por: Edmundo Guillermo Samaniego Namicela

GRAFICO NRO. 2



Interpretación: Al realizar la Historia Clínica Psiquiátrica se encontró que el 83,3% de individuos padece de alteraciones psiquiátricas siendo el 78,3% la depresión.

RELACION DE LA DEPRESION Y LA DEPENDENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

TEST DE AUDIT

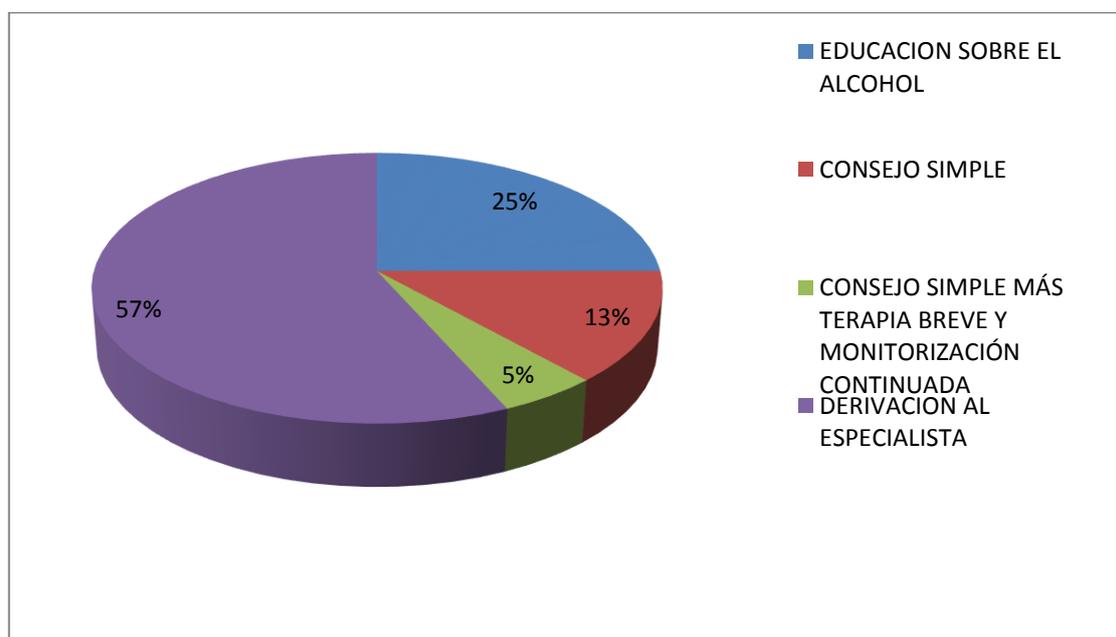
TABLA NRO.3

PUNTUACION TEST DE AUDIT	NUMERO DE INDIVIDUOS	PORCENTAJE
EDUCACION SOBRE EL ALCOHOL	15	25%
CONSEJO SIMPLE	8	13%
CONSEJO SIMPLE MÁS TERAPIA BREVE Y MONITORIZACIÓN CONTINUADA	3	5%
DERIVACION AL ESPECIALISTA	34	57%
TOTAL	60	100%

Fuente: Test de AUDIT aplicado a personas que acuden a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos de la Ciudad de Loja

Elaborado por: Edmundo Guillermo Samaniego Namicela

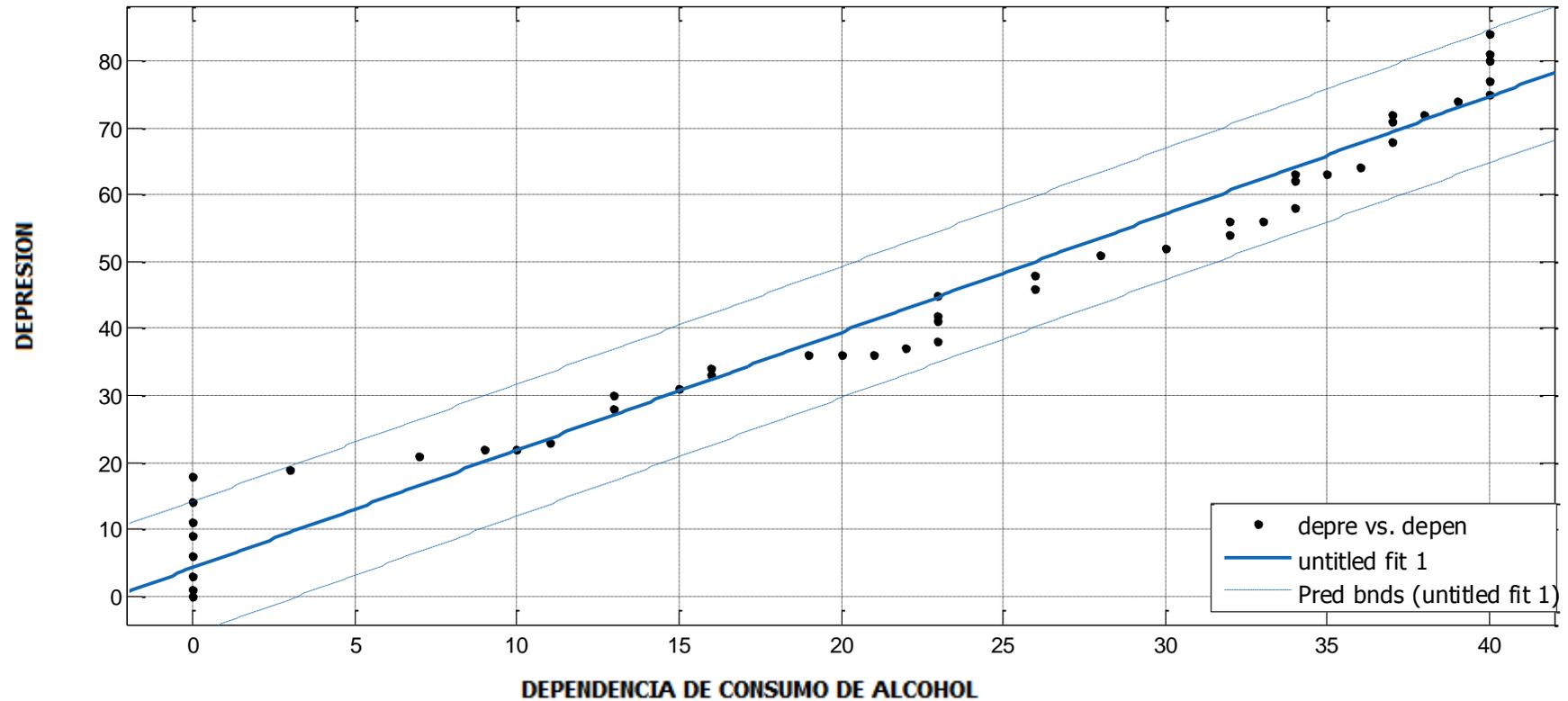
GRAFICO NRO. 3



Interpretación: El 25% corresponde a la Zona I de riesgo que son los individuos no dependientes de consumo de alcohol, el 75% corresponde a las Zonas de riesgo II, III, y IV que son los individuos con dependencia de consumo de alcohol con niveles de gravedad

ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

GRAFICO NRO. 4



Fuente: Test de AUDIT y Escala de Hamilton para Depresión aplicado a personas que acuden a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos de la Ciudad de Loja
Elaborado por: Edmundo Guillermo Samaniego Namicela

Interpretación: De acuerdo al análisis de correlación cruzada que se realizó para establecer la existencia de una relación entre las variables se determinó que existe una dependencia lineal directa del 98,32%, de la misma forma se procesó los datos con un intervalo de confianza del 95% de tal manera que obtuvimos en la gráfica un dato aislado considerado como error.

MANIFESTACIONES MAS FRECUENTES DE LA DEPRESION
PUNTUACION DE LA ESCALA DE HAMILTON POR CADA ITEM

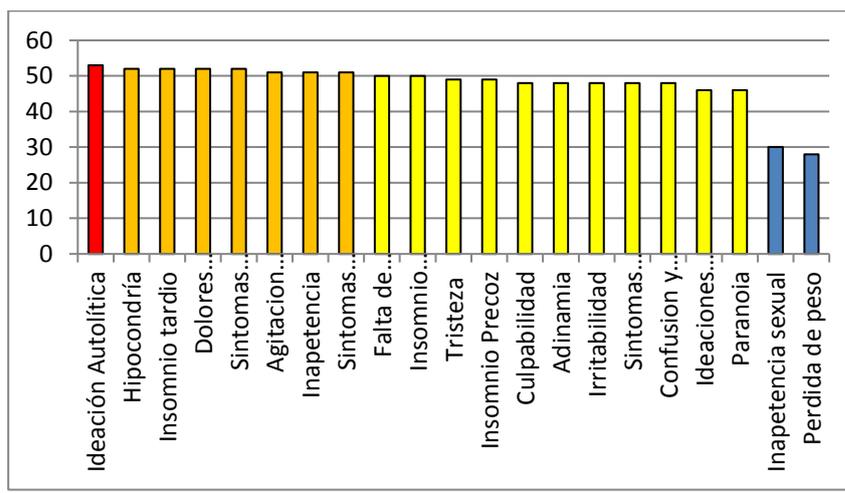
TABLA NRO.4

ITEMS	NUMERO DE PERSONAS	PORCENTAJE
Ideación Autolítica	53	88,3%
Hipocondría	52	86,6%
Insomnio tardío	52	86,6%
Dolores generalizados	52	86,6%
Síntomas somáticos psíquicos	52	86,6%
Agitación Psicomotora	51	85,0%
Inapetencia	51	85,0%
Síntomas somáticos diurnos/nocturnos	51	85,0%
Falta de concentración	50	83, 3%
Insomnio intermedio	50	83, 3%
Tristeza	49	81,6%
Insomnio Precoz	49	81, 6%
Culpabilidad	48	80,0%
Adinamia	48	80,0%
Irritabilidad	48	80,0%
Síntomas Somáticos Generales	48	80,0%
Confusión y debilidad	48	80,0%
Ideaciones subjetivas	46	76, 6%
Paranoia	46	76, 6%
Inapetencia sexual	30	50,0%
Pérdida de peso	28	46,6%

Fuente: Escala de Hamilton para Depresión aplicada a personas que acuden a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos de la Ciudad de Loja

Elaborado por: Edmundo Guillermo Samaniego Namicela

GRAFICO NRO. 5



Interpretación: La principal manifestación producto de la depresión en el suicidio.

7. DISCUSIÓN

Una vez que hemos presentado los resultados, encontramos que existe una cifra alarmante de alcohólicos depresivos, pues en el diagnóstico obtenido al realizar la Historia Clínica Psiquiátrica tenemos que el 83.3% de las personas en estudio padecen de alteraciones psiquiátricas, de las cuales 78.3% padecen de depresión y requieren un tratamiento oportuno y eficaz de dicha patología.

Concordando con la investigación realizada por (Wagner Fernando, 2014) en un contexto mundial, haciendo énfasis en países latinoamericanos, en donde se detalla que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8%. La comparación de tasas de prevalencia entre países puede ayudar a identificar posibles factores de riesgo y protección, así como factores que pueden incidir en la detección temprana y derivación oportuna de posibles casos a los servicios de salud.

Las tasas más bajas se observaron en países considerados de ingreso bajo y medio, que incluyeron la India, México, y Sudáfrica; mientras que las tasas más altas se observaron en países con ingresos altos, incluidos Francia, Holanda, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de América.

De acuerdo a los resultados que nos ha dado el presente trabajo investigativo podemos deducir que un porcentaje considerable de la población estudiada 78.3% (47 personas) mostraron niveles altos de depresión expresados en un puntaje alto en el test de Hamilton, que al realizar una comparativa con el test de AUDIT que también mostro una puntuación alta podemos señalar que existe una relación estrecha del síndrome depresivo con el alcoholismo.

Pues como lo detalla (Thomas, 2014), El alcoholismo es un trastorno que produce muchos signos y síntomas similares requeridos para el diagnóstico de la depresión mayor.

Por lo que es determinante discernir de acuerdo a nuestros resultados que los individuos depresivos, sobrios en principio, recurrieron al alcohol como una forma equivocada de atenuar su estadio depresivo de manera transitoria, de la misma manera el individuo alcohólico al encontrarse con problemas propios del consumo exagerado de alcohol, como disfunción familiar, deserción académica y laboral, segregación de su círculo social, presenta signos y síntomas de un paciente depresivo, concordando con la

teoría de (Thomas, 2014) en donde detalla que, el alcohol es una droga que causa la depresión, pero también una persona deprimida puede ser dependiente del alcohol, así que de ambas partes puede existir una tendencia.

Realizando un análisis semejante con la investigación realizada por (Wagner Fernando, 2014) indican que, los resultados en estudios psicosociales en jóvenes estudiantes dan cuenta de la importancia de la depresión como condición subyacente a diversas conductas problemáticas que preocupan por su tendencia consistente al aumento y cada vez a edades más tempranas (tales como uso de drogas, violencias, sexo desprotegido, entre otras), de modo que las estrategias preventivas deben considerar los componentes depresivos para atender y prevenir las conductas problemáticas con una visión integral y más eficiente.

Una persona deprimida busca refugiarse en el alcohol por el hecho de que el alcohol funciona como una droga que hace “olvidar por un momento” aquello que provoca la depresión en el paciente, es más recurrente que la dependencia al alcohol venga de la depresión, así que el orden en teoría sería atender primero la depresión y luego la dependencia al alcohol. Sin embargo, en la práctica todo cambia y se ha descubierto que el abuso de alcohol mientras se está deprimido puede aumentar el riesgo de suicidio.

Pues una vez establecidos los lineamientos de depresión, consumo de alcohol e ideación autolítica dentro de esta investigación es irrefutable la teoría de que el nivel de depresión y el consumo de alcohol tienen gran probabilidad de desembocar en eventos de autodestrucción e incluso eventos auto líticos, dado el hecho que se concuerda de manera unilateral con la investigación de (Wagner Fernando, 2014) en donde textualmente señala que: “Los trastornos depresivos también han sido vinculados con la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio, aunque poco se conoce acerca de su peso específico en comparación con otros factores. Por ello, el estudio realizado por Borges et al. aporta información sumamente valiosa, no sólo para la atención del suicidio, sino también para obtener un entendimiento más completo de los trastornos depresivos. En éste se destaca que más de 40% de las personas con un intento de suicidio padecían algún trastorno de ansiedad, 28% tenía algún trastorno de control de los impulsos, 18.6% tenía algún trastorno depresivo y 16% tenía algún trastorno por uso de sustancias (principalmente alcohol). Los autores también documentaron que los trastornos de ansiedad y depresivos son

responsables del mayor riesgo atribuible a trastornos de salud mental para la ideación e intento suicidas”

Tanto la teoría de (Thomas, 2014), la investigación realizada por (Wagner Fernando, 2014) y los resultados de esta investigación llegamos a la conclusión que a un paciente alcohólico depresivo se le debe tratar de manera principal la depresión, siendo este factor el que puede provocar desenlaces auto líticos, pues como en esta investigación se detalla de acuerdo a los datos proyectados en la misma y de manera particular en el apartado del test de Hamilton donde textualmente indica: “Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida” obtuvimos puntajes alarmantes lo que nos lleva a coincidir nuestras deducciones basadas en nuestros resultados con las expresadas en la investigación realizada por (Llusco Magne Helen Magda, 2013) publicada en la revista Scielo, en donde señala que el estado de depresión y la presencia de síntomas afectivos en una persona con altos niveles de alcoholemia pueden llevar a un desenlace fatal, donde los intentos de suicidio son frecuentes, sobre todo cuando se encuentran en fases depresivas por el uso de alcohol, o cuando racionalizan que esta enfermedad ha transformado su entorno familiar y social.

8. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el presente estudio investigativo, concluimos que:

1. Las personas que asisten a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos de la Ciudad de Loja padecen de depresión son el 78.3% clasificada en el nivel de depresión severa.
2. Las principales patologías psiquiátricas que encontramos son: depresión con el 78.3%, ansiedad con el 3.1% y tensión emocional con el 1,9%.
3. El nivel de depresión es directamente proporcional al nivel de dependencia de alcohol.
4. La principal manifestación de la depresión fue la conducta suicida, evidenciada en el apartado nro. 3 del test de Hamilton con el 82%.

9. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los planteamientos realizados en la presente investigación creemos necesario

1. El implementar un equipo profesional (médico psiquiatra, psicólogo, enfermera) en las Comunidades Terapéuticas que no cuentan con dicho personal, pues es de vital importancia para la rehabilitación el monitoreo continuo de los pacientes alcohólicos depresivos.
2. Solicitar que de manera obligatoria las personas que acuden a A.A. se les realice la Historia Clínica en el Ministerio de Salud Pública con el afán de determinar la existencia de patologías psiquiátricas, esto con la finalidad de instaurar la terapéutica oportunamente.
3. Realizar la atención de manera individualizada a personas que se les haya diagnosticado alcoholismo y síndrome depresivo, ya se ha mencionado que los alcohólicos depresivos son un grupo con mayor resistencia al tratamiento, así como también un grupo vulnerable para sufrir autolesiones e inclusive eventos auto líticos.
4. Promover la práctica de hábitos saludables a través de charlas en la Comunidad de Alcohólicos Anónimos, pues la alimentación equilibrada con frutas, verduras y el consumo de agua frecuente ayudan al individuo a contrarrestar los efectos del alcohol en el organismo y la práctica de actividad física favorece para eliminar toxinas, fortalecer el aparato locomotor así como integrar a la familia y amigos mediante la práctica de ejercicio.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Alcoholicos Anonimos. (2016). *Alcoholicos Anonimos*. Recuperado el 2016, de Alcoholicos Anonimos: http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp?te=189
- Alcoholicos Anonimos Ecuador. (2016). *Alcoholicos Anonimos Ecuador*. Recuperado el 2016, de Alcoholicos Anonimos Ecuador: <http://www.aae.org.ec/>
- Bagby, R. M., & Ryder, A. G. (2013). *psiquiatria.com*. Recuperado el 01 de 10 de 2016, de *psiquiatria.com*: <http://www.psiquiatria.com/diagnostico47/la-escala-de-depresion-de-hamilton/#>
- Delgado, T. A. (2015). *Universidad de la Laguna*. Obtenido de Universidad de la Laguna: <http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1091/El%20apoyo%20familiar%20en%20el%20tratamiento%20de%20personas%20alcoholdependientes.pdf?sequence=1>
- DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. (2014). La Depresion . *Revista del Instituto Nacional de Salud Mental*, 4.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos EEUU. (2014). La Depresion. *Revista del Instituto Nacional de Salud Mental*, 4.
- Díez Hernández, I. (2015). La influencia del alcohol en la. *Euskomedia*, 178.
- Dra Miriam Astoviza, D. M. (2013). EL ALCOHOLISMO CONSECUENCIAS Y PREVENCIÓN. *Scielo*, 2 - 3.
- Duque, R. A. (2013). *Scielo*. Recuperado el 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200003
- Flores Hernández Corina Huerta Franco María Raquel, P. D. (2014). Prevalencia de Alcoholismo en Trabajadores de la Industria del Cuero-Calzado y su Asociación con el Nivel de Desestrés. *Scielo*.
- FUNDACION POR UN MUNDO LIBRE DE DROGAS. (2016). LA VERDAD SOBRE ELALCOHOL. *FUNDACION POR UN MUNDO LIBRE DE DROGAS*.
- Guia de Practica Clinica del SNS. (2013). Instrumentos de evaluación de la depresión. *Guia de Practica Clinica del SNS*, 95 - 97.
- Iglesias, D. C. (2015). TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS). *LA DEPRESION*, (págs. 8, 9).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos . (2014). *Ecuador en cifras*. Recuperado el 19<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/home/> de Agosto de 2016
- Jairo Téllez Mosquera, M. C. (2014). *Scielo*. Recuperado el 2016, de Scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n1/v54n1a05.pdf>
- Jesus Alberdi, O. T. (2013). Depresion. *Depresion*, 1.
- Keck, M. E. (2014). La Depresión. 4.
- Llusco Magne Helen Magda, V. F. (2013). ALCOHOLISMO. *Scielo*.
- López, J. A. (2013). El Síndrome de la Borrachera seca. En J. A. López, *El Síndrome de la Borrachera seca* (págs. 174-175). Mexico: Liberaddictus.
- OMS. (2015). Alcohol y Salud publica en las Americas. *Revista de la Organizacion Panamericana de la Salud.*, 3.
- OMS. (2015). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 30 de 09 de 2016, de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

- OPS. (2015). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Recuperado el 30 de 09 de 2016, de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236
- Palacios, J. (2013). Una definición operativa. *COMUNIDAD TERAPÉUTICA* , 8-10.
- Santi, A. (2015). ALCOHOLISMO - INTEGRACIÓN FAMILIA - PACIENTE DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 9, 11.
- Struch, R. (s.f.). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *revista amicac*, 43.
- Thomas Babor, R. C. (2015). *World Health Organization*. Recuperado el 01 de 10 de 2016, de World Health Organization: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Thomas Barbor, J. S. (2012). *Consejeria de Bienestar Social Valenciana*. Recuperado el 01 de 10 de 2016, de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Thomas, U. (14 de Octubre de 2014). *EL PSICOASESOR*. Recuperado el 2 de Octubre de 2016, de EL PSICOASESOR: <http://elpsicoasesor.com/el-alcohol-y-la-depresion/>
- Wagner Fernando, G. C. (2014). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Scielo*.

11. ANEXOS
ANEXO NRO. 1

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

TEST DE HAMILTON		N	A	B	C	S
1.	Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad	0	1	2	3	4
2.	Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo	0	1	2	3	4
3.	Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4
4.	Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.	0	1	2	3	4
5.	Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.	0	1	2	3	4
6.	Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.	0	1	2	3	4
7.	Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.	0	1	2	3	4
8.	Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.	0	1	2	3	4
9.	A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.	0	1	2	3	4
10.	Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.	0	1	2	3	4
11.	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.	0	1	2	3	4
12.	Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.	0	1	2	3	4
13.	Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.	0	1	2	3	4
14.	Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.	0	1	2	3	4
15.	Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.	0	1	2	3	4
16.	Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.	0	1	2	3	4
17.	No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.	0	1	2	3	4
18.	Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.	0	1	2	3	4
19.	No se lo que pasa, me siento confundido.	0	1	2	3	4
20.	Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)	0	1	2	3	4
21.	Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.	0	1	2	3	4

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.					
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.					
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene.					

TEST DE AUDIT

Preguntas	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					Total	

PERMISO PARA EL ACCESO A LAS COMUNIDADES DE ALCOHOLICOS DE LA CIUDAD DE LOJA.

Loja, Septiembre del 2016

COMITÉ PROVINCIAL DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE LA CIUDAD DE LOJA.
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente me es grato dirigirme a Uds. para expresarles el saludo fraterno y a la vez comunicarles se dignen autorizar a quien corresponda se me dé la apertura necesaria para la realización del proyecto investigativo "LA DEPRESIÓN EN PERSONAS QUE ASISTEN A LA COMUNIDAD DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE LA CIUDAD DE LOJA" en los grupos pertenecientes al Comité Provincial de Alcohólicos Anónimos anexo a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos, procurando respetar el precepto principal de la Comunidad de A.A. como es el anonimato de sus integrantes.

Por la gentil y favorable atención que se dignen dar al presente, les antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

Edmundo Guillermo Samaniego Namicela
CI: 110406766-3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

El presente estudio es realizado por Edmundo Guillermo Samaniego Namicela estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional De Loja.

El propósito de este estudio es conocer la existencia de depresión en las personas que acuden a las Comunidades Terapéuticas de Alcohólicos Anónimos en la Ciudad de Loja, con la finalidad de determinar los niveles de depresión del alcohólico depresivo y así instaurar una terapia emocional y farmacológica adecuada para coadyuvar de mejor manera el alcoholismo con la depresión en pro de una rehabilitación exitosa y por ende un óptimo estilo de vida. Si usted accede a participar en este estudio, primeramente garantizamos que bajo ningún concepto se procederá a solicitar datos, ni documentos que revelen su identidad así como también se mantendrá en absoluta reserva a su persona cumpliendo así con uno de los principales y más importantes estatutos de las Comunidades Terapéuticas como es el anonimato de sus asistentes, para recolectar la información requerida para este estudio realizaremos una Historia Clínica Psiquiátrica, se aplicara el Test de Hamilton y el Test de AUDIT. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja es de carácter rigurosamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas a los documentos antes mencionados serán codificadas usando un número de caracterización, serán tabuladas de manera masiva en una base de datos en la que de acuerdo a este estudio no está establecido el ingreso de datos de identificación por lo tanto serán anónimas. Una vez obtenidos los datos para su interpretación los formularios y test se destruirán. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento antes, durante y después de su participación en él. Igualmente, puede desistir de su participación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. De antemano le agradezco su participación.

.....
ASISTENTE A LA COMUNIDAD DE A.A.