

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE DEPRESIÓN EN FAMILIARES DIRECTOS DE ADICTOS  
AL ALCOHOL Y A OTRAS DROGAS EN GRUPOS DE FAMILIA  
AL- ANON Y NAR-ANON. AREQUIPA. 2012**

**Tesis presentado por la Bachillera:  
ZÚÑIGA VALDIVIA, LUZ  
Para obtener el título Profesional  
de ENFERMERA**

**AREQUIPA - PERÚ**

**2013**

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>CAPÍTULO I : EL PROBLEMA</b>	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	01
B. OBJETIVOS.....	04
C. HIPÓTESIS.....	04
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
A. ANTECEDENTES.....	05
B. BASE TEÓRICA.....	08
C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	51
D. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	53
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.</b>	
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	54
B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	55
C. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	56
D. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	57
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	
A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	60
<b>CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. RESUMEN.....	69
B. CONCLUSIONES.....	70
C. RECOMENDACIONES.....	71
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA N° 1 :</b>	Edad de los familiares directos de Adictos al alcohol y otras drogas. Grupos de familia Al- Anon y Nar-Anon. Arequipa. 2012	61
<b>TABLA N° 2 :</b>	Sexo de los familiares directos de Adictos al alcohol y otras drogas. Grupos de familia Al- Anon y Nar-Anon. Arequipa. 2012	62
<b>TABLA N° 3 :</b>	Parentesco de los familiares directos de Adictos al alcohol y otras drogas. Grupos de familia Al- Anon y Nar-Anon. Arequipa. 2012	63
<b>TABLA N° 4 :</b>	Años de convivencia de los familiares directos de Adictos al alcohol y otras drogas con los adictos. Grupos de familia Al- Anon y Nar-Anon. Arequipa. 2012	64
<b>TABLA N° 5 :</b>	Tiempo de asistencia a un grupo de autoayuda de los familiares directos de Adictos al alcohol y otras drogas. Grupos de familia Al- Anon y Nar-Anon. Arequipa. 2012	65
<b>TABLA N° 6 :</b>	Nivel de depresión en los familiares de Adictos al alcohol y otras drogas según edad. Grupos de familia Al- Anon y Nar-Anon. Arequipa. .2012	66

**TABLA N° 7 :** Nivel de depresión en los familiares de Adictos al alcohol y otras drogas según sustancia consumida.- Alcohol. Grupos de familia Al- Anon y Nar-Anon. Arequipa.2012

67



## RELACIÓN DE GRÁFICOS

**GRÁFICO N° 1 :** Edad de los familiares directos de Adictos al alcohol y otras drogas. Grupos de familia Al- Anon y Nar-Anon. Arequipa. 2012

68





## INTRODUCCIÓN

Todos los días estamos siendo testigos de cómo se deteriora la dignidad de las personas a través de inconductas, la mayoría de las veces desconocidas e insospechadas, que adoptan las personas cuando están sumidas casi en la inconsciencia debido al alto grado de alcohol en su organismo o por el uso de otras drogas. Lo más trágico es que inicia como hábitos casi imperceptibles pero a la larga se van convirtiendo en un problema que ocasiona devastadoras consecuencias, manifestándose a nivel individual, familiar y social. Afecta física, mental y espiritualmente; tanto al adicto como a su entorno familiar.

La adicción a sustancias como el alcohol y otras drogas, es considerada una enfermedad, que inicialmente es vivenciada en el medio familiar. La familia al convivir con esta enfermedad enfrenta diversas situaciones agobiantes y estresantes, que la pueden conllevar a la aparición de problemas tanto físicos como mentales.

Es así como esta enfermedad, afecta en una forma marcada a los familiares directos del adicto, ya que provoca en ellos la codependencia, una patología paralela a la del adicto, tan dolorosa y nociva como la de este. Afecta su calidad de vida, produce sentimientos de culpa y de resentimientos que a su vez ocasiona trastornos depresivos que menoscaban progresivamente la salud de los familiares.

Entonces, la depresión afecta principalmente a la esfera afectiva del familiar del adicto, provoca una tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad o trastorno del humor, todo esto puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad habitual. En este sentido la convivencia con el adicto se convierte en un ciclo vicioso, donde el adicto daña su entorno familiar y el familiar evita la recuperación del adicto por su estado depresivo.

Es aquí donde se origina la preocupación por la familia que convive con un miembro adicto. Puesto que el entorno familiar constituye el contexto social más importante donde un proceso de enfermedad se genera y se resuelve, donde las actitudes y las acciones de las familias influyen en el desarrollo de la enfermedad, facilitando su origen, duración del tratamiento y en el proceso de recuperación siendo de gran importancia tener un ambiente saludable, equilibrado y estable.

Actualmente se ha observado que la participación de la familia en el tratamiento y recuperación del adicto al alcohol y otras drogas, es meramente de información y apoyo emocional al enfermo, sin considerar el estado de salud mental del familiar que ayudará a la recuperación del adicto.

Las razones expuestas constituyen la especial motivación para la realización del presente trabajo de investigación, cuyo **propósito** es contribuir a la identificación del nivel de depresión del familiar directo del adicto al alcohol y otras drogas.



## **CAPITULO I EL PROBLEMA**

### **A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

El alcoholismo y la adicción a otras drogas es un problema actual de la salud pública; en general, consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Pueden producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos, provocar sensaciones de euforia o desesperación. Algunas drogas pueden incluso llevar a la locura o la muerte. Las conductas adictivas por el alcohol y otras drogas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo. (BUNZEL 2010)



A nivel mundial, la prevalencia de los trastornos debido al abuso de alcohol en la población adulta es alrededor de 1,7% (2,8% en varones y 0,5% en mujeres). En cuanto a las drogas ilegales, la prevalencia de periodo del consumo de drogas y la drogodependencia oscila entre el 0.4% y el 4%(CEDRO, 2009). En América Latina el alcohol y la marihuana son las sustancias más utilizadas, el 7.4% aproximadamente de las personas de 12 años a más cumplen criterios de dependencia al alcohol y el 0.9% de la población de 15 años a más consumen la marihuana. (HYNES 2011)

En el Perú el consumo de alcohol para la población de 12 a 64 años llega al 87.9% de los cuales el 6.6% llegan a la dependencia. Entre las otras drogas, la marihuana es la de mayor consumo alcanzando el 1%, seguida de pasta básica de cocaína (PBC) 0.7% y clorhidrato de cocaína 0.5%. En Arequipa, el consumo de alcohol y a otras drogas a partir de la adolescencia es del 43.5 %, de los cuales el 1.5% es adicto a las drogas y el 4% al alcohol. (DEVIDA, 2012).

Las consecuencias ocasionadas por el consumo perjudicial de las drogas van más allá de producir problemas biológicos y psicológicos en el adicto, Puede producir efectos sobre quienes lo rodean, en aspectos como violencia, conflictos maritales, problemas económicos, entre otros; que conllevan a un grave impacto, provocando un efecto común que menoscaba la salud física y mental de los mismos. Paradójicamente además, la adicción termina produciendo en los familiares trastornos depresivos que apoyan posteriormente el desarrollo de la adicción. (MARTÍNEZ G. 2005)

Respecto a los familiares de una persona adicta lo más característico es la confusión o el conflicto entre la asignación y la asunción de los roles entre los diferentes miembros de la familia. Además, aumenta la carga familiar por las continuas visitas médicas y el familiar no puede volver a su estilo de vida anterior a la enfermedad. Igualmente el posible cambio o rechazo siempre

está presente, lo cual aumenta la sintomatología depresiva de los familiares. (WICKS 1998)

La depresión ocasiona daño emocional, físico y mental en los familiares o acompañantes del adicto, pueden provocar fatiga, sentimientos de culpa, cambios en el peso corporal, agitación o lentitud en la actitud y pensamiento, alteraciones del sueño, incapacidad para la toma de decisiones, pérdida de autoestima y pensamientos o intentos suicidas. (EZQUIVEL, M. 2007)

La depresión entonces, es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado. Este trastorno mental ha aumentado progresivamente en la población en general y, consecuentemente, se hace cada vez más presente en las familias ya sea aisladamente o en comorbilidad con otras entidades clínicas.

Actualmente, una de cada seis personas de la población, en algún momento en el curso de sus vidas ha sufrido de depresión, siendo la segunda principal causa de incapacidad, a nivel mundial, para el año 2020. Esta situación, es considerada también un problema grave de salud pública. El aumento de la depresión es pues una realidad actual que requiere nuestra atención. (OMS 2003)

La familia constituye el contexto social más importante donde un proceso de enfermedad se genera y se resuelve, constituye la red de soporte social de mayor importancia con relación a los cuidados de los enfermos y la modificación de sus hábitos y estilos de vida. En el área de la salud-enfermedad mental, hay evidencias empíricas de que las actitudes y las acciones de las familias influyen en el desarrollo de la enfermedad, facilitando o interfiriendo el proceso con relación a la etiología, la duración del tratamiento y en el proceso de recuperación. (ISLA P. 2000)

Es evidente la importancia de la familia como el factor más importante de soporte social en los procesos de salud-enfermedad y es así que es notorio que se produce una influencia mutua entre los familiares y el adicto.

Por todo esto y dada la importancia que tiene la familia en el proceso de recuperación nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de depresión en familiares directos de adictos al alcohol y otras drogas en grupos de familia Al-Anon y Nar-Anon. Arequipa 2012?

## **B. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar el nivel de depresión en familiares directos de adictos al alcohol y otras drogas en grupos de familia Al-Anon y Nar-Anon. Arequipa 2012.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 2.1 Caracterizar a la población en estudio según grupo etéreo, sexo, grado de parentesco y años de convivencia con el adicto al alcohol y otras drogas y tiempo de asistencia a grupos de autoayuda.
- 2.2 Determinar el nivel de depresión según el inventario de depresión de Beck.

## **C. HIPÓTESIS**

Existe nivel de depresión severa entre los familiares directos de adictos al alcohol y otras drogas en grupos de familia de Al-Anon y Nar-Anon



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **A. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

**ALVAREZ D. y otros (2012).** Arequipa. “**Características Sociodemograficas de Ingesta de Alcohol en Adolescentes**”, trabajo realizado en la Universidad Católica de Santa María, Arequipa. Con el objetivo de identificar problemas de alcoholismo entre adolescentes de Arequipa. Se entrevistaron 2143 adolescentes. El porcentaje de alcohólicos fue de 13.88%, encontrándose un predominio masculino (17.20%) sobre el femenino (7.94%); la mala dinámica familiar de los alcohólicos fue tres veces mayor que los adolescentes no bebedores (28.22% y 9.42% respectivamente). El porcentaje de adolescentes provenientes de clase social alta fue identificado como alcohólico.

**DOMINGUEZ, J Y COLS (2011).** España, “**Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes**” realizaron el estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores principales de pacientes dependientes, siendo un estudio descriptivo, transversal. Los resultados fueron que el 86% de cuidadores presentan

ansiedad y el 65% depresión, además la presencia de depresión se relaciona con el parentesco y la remuneración. Concluyeron que la prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes dependientes es significativamente mayor que en la población general. A mayor apoyo social menor prevalencia de dichos trastornos.

**Alonso Álvarez, M. A. y otros Jilotepec, Estado de México (2010) “Estilo de afrontamiento y roles en la familia ante el alcoholismo de uno de sus integrantes”.** Se utilizó un enfoque cualitativo y el diseño que se plantea es paralelo. El universo estuvo constituido por familias del municipio de Jilotepec. Estas familias se eligieron con al menos un integrante con problemas en su forma de beber. Concluyó que los roles y tipo de afrontamiento varían de acuerdo a cada integrante de la familia deteriorándose en el momento del consumo de los integrantes.

**MARTÍNEZ G. J. (2005). EEUU “Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento”.** Con el objetivo de estudiar si las creencias relacionadas con la vivencia del acompañamiento de un familiar en el tratamiento de un drogodependiente, y las del mismo paciente, varían en función al tiempo de abstinencia, el tiempo dedicado al tratamiento, la gravedad de ajuste psicológico del acompañante y el tiempo transcurrido desde que se conoce el problema, siendo un estudio cuasi-experimental. Los resultados mostraron que las creencias evaluadas están presentes en la experiencia del adicto y del familiar, cambiando éstas a través de los valores de las variables manipuladas.

**NURNBERGER JI Y COLS (2004). Indianápolis – EEUU. “Un estudio de familias en la Dependencia al Alcohol: Co agregación de múltiples desordenes en familiares de Alcohólicos”.** Con el objetivo de describir y comparar las patologías agregadas en familiares de alcohólicos y no alcohólicos, siendo un estudio descriptivo, asociativo y longitudinal. Sus

resultados fueron una mayor probabilidad de dependencia al alcohol y otras sustancias para familiares de alcohólicos, así mismo la tasa para otros desórdenes como trastorno obsesivo compulsivo y depresión mayor fue considerablemente más alta. Estos hallazgos muestran la fuerte asociación de la dependencia al alcohol con desordenes psicológicos agregados en la familia.

**EDUARDO S. y otros Lima, Perú. (2004) “Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes”** con el objetivo: de determinar la prevalencia del consumo de alcohol y drogas y los factores psicosociales asociados con dicho consumo en adolescentes de Lima. Se estudió una muestra de 430 adolescentes de educación secundaria. La prevalencia de consumo de alcohol o drogas fue 43%, de alcohol 42,2%, de marihuana 8,7% y de cocaína 3,1%. Se encontró problema de consumo de alcohol o drogas en el 10,7%, los factores psicosociales asociados fueron distrés psicológico severo (OR 4,58 IC 95% 1,60-13,05), pensamiento problemático severo

**LLORENS A. NOELIA y otros Valencia – España(2004) “Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis”**, con el objetivo de analizar el valor explicativo de las estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y habilidades propias, en el consumo de diferentes sustancias adictivas legales e ilegales. Se administró un cuestionario anónimo, a una muestra de 314 jóvenes adultos, entre 18 y 30 años se concluyó que el déficit en habilidades sociales, como la dificultad para relacionarse con personas del sexo opuesto, influyen disminuyendo el consumo de bebidas destiladas (45%), de cannabis (70%) y aumentando el consumo de tabaco.

**GARCÍA B. ALMA MÉXICO (2002) “La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes”**

con el objetivo de conocer si la sintomatología depresiva y el entorno familiar se relaciona con el consumo de drogas, de diseño estratificado y por conglomerados. Los resultados en general indican que las variables que se asocian significativamente con el consumo de sustancias en los sujetos son: el sexo, su edad, el haber estudiado, haber trabajado o no, su nivel de depresión (a mayor depresión mayor riesgo de consumo). En cuanto a la hostilidad y el rechazo en el ambiente familiar, se observa que a mayor hostilidad y rechazo es mayor el riesgo de consumo.

## **B. BASE TEÓRICA**

### **1. ADICCIÓN AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

#### **1.1. ADICCIÓN**

Según la OMS, una adicción es una enfermedad física y psicoemocional. En el sentido tradicional es una dependencia hacia una sustancia, actividad o relación.

Está representada por los deseos que consumen los pensamientos y comportamientos (síndrome de abstinencia) del adicto, y éstos actúan en aquellas actividades diseñadas para conseguir la sensación o efecto deseado. (OMS 2010)

En la actualidad se acepta como adicción, cualquier actividad que el individuo no sea capaz de controlar, que lo lleve a conductas compulsivas y perjudique su calidad de vida, como por ejemplo adicción al juego (ludopatía), a la pornografía, a la televisión, a las nuevas tecnologías, etc.

#### **1.2. Adicción a sustancias**

En el mismo plano de las adicciones, se encuentra el alcoholismo, farmacodependencia y adicción a las sustancias psicoactivas, que es un estado psicofisiológico causado por la interacción de un organismo vivo con

un fármaco o sustancia, caracterizado por la modificación del comportamiento, a causa de un impulso irreprímible por consumir una droga o sustancia, esta es la definición puramente bioquímica. (OPS 2007)

Entre las principales adicciones a sustancias tenemos:

### **1.2.1. Alcohol**

Es un depresor que reduce la actividad del sistema nervioso central, su elemento químico activo es el alcohol etílico o etanol, puede generar dependencia. Cuando se consume habitualmente, produce el síndrome de abstinencia. El delirium tremens es una forma intensa y severa del síndrome de abstinencia, causada por la suspensión brusca del consumo en personas que consumen grandes cantidades. Algunos síntomas son: sudor, náuseas, temblores, insomnio, convulsiones, ideas delirantes y alucinaciones. A nivel del sistema cardiovascular puede producir alteraciones en el ritmo cardíaco, hipertensión arterial, elevación de la presión sanguínea. La intoxicación de la sangre con alcohol puede producir anemia y dificultades para la coagulación sanguínea. Su uso frecuente puede producir enfermedades en las arterias coronarias e insuficiencia cardíaca.

A nivel del sistema nervioso central puede producir pérdida de memoria a corto plazo, baja concentración, pérdida del control de las funciones motoras. Su uso prolongado puede producir deterioro psicorgánico, depresión y trastornos de la conciencia como alucinaciones y psicosis tóxica.

En el sistema respiratorio puede facilitar infecciones respiratorias. En el sistema digestivo el consumo puede producir inflamaciones, deficiencia de minerales, de vitaminas, aumento del colesterol, inapetencia, desnutrición.

También puede provocar impotencia masculina y pérdida de la tonicidad muscular. Psicológicamente provoca insomnio, angustia, amnesia, alucinaciones, depresión, disminución de la autoestima, demencia.



Socialmente puede producir una serie de conflictos interpersonales, laborales y judiciales.

El consumo excesivo durante el embarazo pone en riesgo el desarrollo del feto, ya que el alcohol pasa directamente al torrente sanguíneo.

### **1.2.2. Alcoholismo**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el alcoholismo (o “síndrome de dependencia al alcohol”) es considerado como la ingesta diaria de alcohol que supere los 70 gramos en el hombre y 50 en la mujer. El alcoholismo es una enfermedad crónica -y habitualmente progresiva- que se caracteriza por la dependencia física y psicológica del alcohol, y el cual suele definirse por tener problemas recurrentes (familiares, educacionales, legales, financieros, médicas u ocupacionales) asociados al hábito.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso.

Al principio el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal. Más adelante, sin embargo, el alcohol empieza a cobrar cada vez mayor importancia, en las relaciones personales, el trabajo, la reputación, e incluso la salud física. El paciente pierde el control sobre el alcohol y es

Incapaz de evitarlo o moderar su consumo. Puede llegar a producirse dependencia orgánica (física), lo cual obliga a beber continuamente para evitar el síndrome de abstinencia.

### **1.2.3. DEPENDENCIA DEL ALCOHOL**

Desarrollo de unas conductas desviadas características asociadas al consumo prolongado de cantidades excesivas de alcohol. El alcoholismo se considera una enfermedad crónica de etiología no determinada, de instauración insidiosa, que muestra síntomas signos reconocibles proporcionales a su gravedad. BEBEDOR O ALCOHÓLICO.

Es más frecuente en el hombre que en la mujer, influyendo para su uso factores de orden social, profesional y obrero-industrial.

### **1.2.4. TIPOS DE ALCOHÓLICOS**

- **Abstemios**

Los bebedores que no responden, quienes o bien no disfrutan o muestran un desagrado activo al gusto y a los efectos del alcohol y en consecuencia, no tiene interés en repetir la experiencia. No bebedores preocupados, que no solamente se abstienen si no que buscan el persuadir o coaccionar a otros que compartan su abstinencia.

- **Bebedores sociales**

Beben con sus amigos. El alcohol es parte de su proceso de socialización, pero no es esencial, y no toleran una embriaguez alteradora, esta es rara, puede ocurrir sólo durante una actividad de grupo, tal como una boda, una fiesta o el día de año viejo, momento en que se permite bebida en exceso.

- **Alcohólicos Sociales**

En comparación se intoxican con frecuencia, pero mantienen ciertos controles de su conducta. Preveen las ocasiones que requieren, de modo rutinario, toman un «par» antes de volver a casa. Evitan los bares en los que

se dan espectáculos y buscan los otros que ya se conocen por sus bebidas abundantes, la mayoría son clientes «regulares» con las mismas inclinaciones basadas en una gran tolerancia de alcohol. Un alcohólico social encontrará tiempo para una copa por lo menos, antes de la cena. Es probable que poco después de ésta se quede dormido. Su bebida no interfiere en su matrimonio ni interfiere gravemente en su trabajo.

Según la Calificación por **Jellineck** Delimito los alcoholismos en 5 especies y los designa con la primera letra del alfabeto griego.

1. **Alcoholismo ALFA.**- Representa una dependencia psicológica continua para el efecto del alcohol con el objeto de librarse de dolores físicos o emocionales, producido por una enfermedad subyacente. Puede transformarse en alcoholismo gamma.
2. **Alcoholismo BETA.**- Es aquel que puede ir acompañado de complicaciones somáticas (polineuropatía, gastritis, cirrosis, etc), sin dependencia física o psíquica. Respondería a pautas de costumbres de un cierto grupo social en cooperación con hábitos alimentarios deficientes. Puede transformarse en alcoholismo delta o gamma.
3. **Alcoholismo GAMMA.**- Reúne 4 características en relación al alcohol:
  - Adquisición de tolerancia tisular progresiva.
  - Adaptación del metabolismo celular.
  - Dependencia física, manifestada en signos de abstinencia.
  - Dependencia psíquica, manifestada por la falta de control.
4. **Alcoholismo DELTA.**- Comparte las tres primeras características con el GAMMA, estando la cuarta en forma atenuada. En vez de falta de control, hay incapacidad para abstenerse.
5. **Alcoholismo ÉPSILON.**- Alcoholismo periódico o dipsomanía que se caracteriza por episodios de embriaguez que comienzan y terminan en

forma brusca, pudiendo durar días, semanas o meses, procedido de una alteración del estado de ánimo.

Para Jellineck solo los alcoholismos GAMMA y DELTA constituyen enfermedad. El ALFA sería el síntoma de un trastorno subyacente. El beta es puramente el efecto de la bebida excesiva, que se puede ingerir sin existir dependencia física o psicológica.

El ÉPSILON puede ser una enfermedad por sí misma o el sistema de una enfermedad subyacente.

### **1.3. OTRAS DROGAS**

**Opiáceos.** Los opiáceos se presentan como polvo para fumar o solución inyectable.

Producen un estado de euforia y de entonación. Los síntomas de abstinencia (cuadro pseudo gripal) se producen entre una y otra toma, y se intensifican con las horas apareciendo mareos, escalofríos, sofocos, diarrea, insomnio, aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea. Estos síntomas declinan en los diez días siguientes, pero si se continúa su uso, comienza una dependencia sin atenuantes.

Físicamente los opiáceos provocan el enrojecimiento de la epidermis, contracción de las pupilas, náuseas, decaimiento de la función respiratoria, la pérdida de los reflejos, falta de respuesta a los estímulos, hipotensión, desaceleración cardíaca, convulsiones.

Psicológicamente sus efectos son parecidos a los de otros estimulantes: euforia, energía, placer y vigor sexual. Estos efectos de corta duración dan paso a la angustia, la depresión el abatimiento y la desazón.

**Barbitúricos y tranquilizantes.** Son medicamentos que disminuyen la actividad funcional. Son recetados por los médicos como sedantes, para

inducir el sueño, o como tranquilizantes. Generalmente las personas se automedican sin tomar en cuenta los riesgos físicos y psicológicos que acarrea el consumo de estas sustancias.

Los efectos del consumo a corto plazo son la disminución de la agitación, de la ansiedad, de las respuestas emocionales y del dolor; baja el nivel de atención, produce relajación muscular y facilita el dormir. Con dosis elevadas disminuye la presión arterial, se presentan vértigos y desmayos, y también puede haber depresión respiratoria. En dosis aún más elevadas produce efectos de euforia inicial, incapacidad de coordinar ideas, desarticulación del lenguaje y pérdida del equilibrio.

**Cocaína.** Es una droga estimulante consumida generalmente por inhalación o a veces inyectada junto con otras drogas.

Se absorbe rápidamente y provoca efectos en pocos minutos: ausencia de fatiga, hambre y sueño, aumento de la temperatura corporal y la sudoración; anestesia local. A nivel psicológico provoca importantes trastornos, tales como ansiedad intensa, agresividad, alucinaciones, desinterés general, aislamiento social, depresión, exaltación del estado de ánimo, mayor seguridad en sí mismo, disminución de las inhibiciones, sensación de euforia y bienestar.

**Pasta Base.** Esta droga es el residuo que queda de la elaboración de la cocaína. Generalmente se utiliza mezclada con tabaco y marihuana para ser fumada, o sola.

Contiene importantes residuos tóxicos como ácido sulfúrico, kerosén, plomo, metanol y otros productos altamente venenosos lo que la hace muy perjudicial y adictiva.

**Anfetaminas.** Son estimulantes muy conocidos y de consumo frecuente. La ingesta es por vía oral. Incrementan la actividad física y psicológica. A nivel físico: pérdida del apetito, falta de sueño, constricción de los vasos

sanguíneos, temblores, vigor intenso, locuacidad, hemorragias y lesiones cerebrales, fallos cardíacos, etc. A nivel psicológico: aceleración, irritabilidad, ansiedad, agresividad, pánico, alucinaciones y conductas paranoides. Sin embargo, cuando los efectos desaparecen, sigue un período de depresión. \*Éxtasis. Son sustancias producidas por una síntesis química, generalmente derivados de las anfetaminas, a lo que muchas veces se añade un componente de efectos alucinógenos. Estas drogas se comercializan en forma de pastillas o comprimidos y sobre su superficie se graban diversos dibujos o iniciales que sirven como elementos de identificación.

El consumo de esta droga tiene como efecto una experiencia mixta de estimulación de la percepción, euforia, empatía social y muchas veces efecto alucinógeno visual. Entre sus principales efectos psicológicos podemos nombrar: la sociabilidad, empatía, sensación de omnipotencia, desinhibición, locuacidad, inquietud, confusión y agobio.

**Marihuana.** Es una droga de origen natural y se extrae de la planta llamada Cannabis Sativa. Contiene más de 400 químicos, entre los que se encuentra el alucinógeno llamado tetrahidrocannabinol (THC).

En el proceso de elaboración se le agrega aditivos químicos solventes como kerosén y benceno, lo que produce daños anexos y más graves en el organismo.

La marihuana actúa como desorganizador (alucinógeno) y también como depresor del sistema nervioso central. Los efectos que produce son: confusión, letargo; alteración de la memoria, de la percepción, del juicio; incoordinación motora, alucinaciones. Distorsiona la capacidad para percibir con claridad los peligros potenciales.

Su uso crónico puede producir el llamado síndrome amotivacional (depresión, desinterés generalizado).

El riesgo más importante de esta sustancia es su clasificación como droga de inicio. Es decir muchos jóvenes se inician con la marihuana para después consumir otras drogas con mayores poderes adictivos y más perjudiciales para la salud.

Casi el 100% de los consumidores de otras drogas ilegales iniciaron su consumo primero con alcohol, tabaco y marihuana.

**LSD.** Conocido en la jerga de los adictos, como ácido, viajes, y hongos, entre otros nombres. Se presenta en forma de tabletas cilíndricas o cuadraditos gelatinosos. Físicamente produce taquicardia, hormigueo y entumecimiento de las extremidades, aumento de la temperatura corporal, debilidad y pérdida de peso, escalofríos, vértigo y vómitos.

**Ketamina.** Es un anestésico de uso veterinario. También denominada keta, K o vitamina K. puede ser inyectada, inhalada o fumada.

Genera anestesia disociativa, es decir, interrumpe en forma selectiva las vías cerebral de asociación y produce bloqueos sensoriales.

En dosis bajas aumenta la frecuencia cardiaca, la presión arterial y sanguínea, disminuyendo levemente la frecuencia respiratoria. En dosis altas suele provocar náuseas y vómitos. Su uso continuo ocasiona tolerancia y alto grado de dependencia psicológica.

**Inhalantes** Son una serie de sustancias químicas que tienen en común el ser solventes volátiles que se inhalan (Barnices, acetona, tolueno, lacas, esmaltes, etc.)

Los inhalantes pasan rápidamente al torrente sanguíneo y se adhieren a los tejidos grasos del cerebro, sintiéndose rápidamente sus efectos. La intoxicación producida tiende a ser de breve duración.

Casi todos los inhalantes producen efectos anestésicos y el retardo de las funciones corporales.

Según la OMS droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. (TORO, G. 2004)

El concepto de droga entonces se refiere a que la modificación puede ser perjudicial o beneficiosa para el ser vivo, y que depende del tiempo de administración y de la dosis y de las características del propio ser.(PALOMO, T. 2009)

Para que una droga sea considerada como tal ha de cumplir las siguientes condiciones:

- Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo)
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración por el placer que generan
- El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático o psíquico (dependencia física o psicológica)
- No tienen ninguna aplicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos

#### **1.4. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS**

Existen diferentes criterios para clasificar las drogas. Según sus efectos, su procedencia, si son legales o ilegales, suaves o duras y muchos otros.



La Organización Mundial de la Salud, ha clasificado las drogas agrupándolas según sus efectos, es decir, según induzcan pautas de comportamiento similares en los consumidores.(ALVARADO, S. 2009)

De acuerdo con este criterio las drogas pueden ser:

#### **a. Drogas Depresoras**

Son aquellas que disminuyen o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central. Producen la alteración de la concentración y en ocasiones del juicio; la disminución de la apreciación de los estímulos externos; relajación; sensación de bienestar, apatía; disminución de la tensión; desaparición de la angustia.

Son consideradas drogas depresoras el alcohol, el opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona), los barbitúricos y los tranquilizantes.

La administración se realiza por vía intravenosa, oral o fumándoles.

#### **b. Drogas Estimulantes**

Son drogas que aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud.

Dentro de este grupo encontramos la cocaína, pasta base, crack, anfetaminas, cafeína, éxtasis.

La forma de administración es variada, ingestión, inyectada por vía intravenosa o aspirada.

#### **c. Drogas Alucinógenos**

Actúan sobre el sistema nervioso central produciendo alucinaciones o ensueño, alteran la senso- percepción. Modifican el estado de vigilia, la noción de tiempo y espacio, produce la exageración de las percepciones sensoriales, en especial de los sentidos de la vista y del oído.

## 1.5. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS

Es el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en las cuales el consumo de una sustancia, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo. La definición y conceptualización de la dependencia de sustancias es muy similar en las clasificaciones actuales. Clásicamente se ha primado la existencia de un síndrome de abstinencia y tolerancia, siendo criterios muy importantes se debe destacar que la no existencia de alguno de ellos, o de los dos, no excluye necesariamente la existencia de un cuadro de dependencia. Algunas de las drogas no tienen síndrome de abstinencia definido como tal (alucinógenos). (DE LA FUENTE, R. 2007)

A continuación se exponen los criterios de dependencia a sustancias según DSM IV TR y CIE 10:

- **Tolerancia:** Se define tolerancia como el proceso farmacológico por el que el paciente necesita más cantidad de sustancia para percibir los mismos efectos psicoactivos o evitar el síndrome de abstinencia.
- **Abstinencia:** El síndrome de abstinencia (SA) *agudo* es el conjunto de signos y síntomas secundarios a la activación neurovegetativa que aparecen tras el cese o disminución brusca del consumo de una droga en consumidores regulares. Las características específicas varían en función del tipo de sustancia consumida, frecuencia de consumo, cantidad y vía de administración utilizada y su aparición se ha relacionado con la recaída. El SA *retardado*, es el conjunto de signos y síntomas que persisten pasados los 10-15 días de abstinencia, o incluso meses. Se considera que reflejan la dificultad que presenta el SNC para recuperar su homeostasia. Las alteraciones observadas afectan a parámetros fisiológicos, pruebas de laboratorio y funcionalismo psíquico. Se piensa que tiene relación con el fenómeno de aparición de las recaídas. El SA *condicionado*, es el resultado

del efecto de los fenómenos de condicionamiento, efectuados con el medio ambiente en que el sujeto se ha administrado la droga, que está mediatizado por una hiperactivación del sistema dopaminérgico a nivel de las áreas cerebrales implicadas en los procesos de refuerzo. Los estímulos externos asociados al consumo se grabarían y por ello, se produciría un proceso de condicionamiento que, en el momento de reexposición a los estímulos previamente asociados al consumo, podría llegar a precipitar sintomatología abstinencial. El SA precipitado, es el producido por fármacos antagonistas, que suelen poseer una mayor afinidad por los receptores (opiáceos, cannabinoides, etc.) que las propias drogas. Tras su administración en consumidores regulares, desplazan la droga del receptor provocando la aparición del síndrome de abstinencia agudo e intenso a los pocos minutos.

#### **1.6. CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y A OTRAS DROGAS**

Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia. Además, es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de conocimiento o experiencia del usuario, su motivación, etc. y las propiedades específicas de cada droga.(ALVARADO, S. 2009)

Estas consecuencias son muy diversas y pueden agruparse en dos grandes grupos:

##### **a. Según el tipo**

- **Salud:** el consumo de drogas origina o interviene en la aparición de diversas enfermedades, daños, perjuicios y problemas orgánicos y psicológicos.

Por ejemplo: Hepatitis, Cirrosis, Trastornos cardiovasculares, Depresión, Psicosis, Paranoia, etc.

**Salud psíquica**, los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, como estado de ánimo negativo e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa.

**Salud Física**, la adicción suele conllevar la aparición de multitud de síntomas físicos incluyendo trastornos del apetito úlcera, insomnio, fatiga, más los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular.

- **Social:** los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, etc.

Cuando se comienza a necesitar más a las drogas que a las otras personas pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. Se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como "solución".

El abuso de las drogas puede también perjudicar a otros, por ejemplo: el dinero con que son pagadas las drogas puede privar a la familia de satisfacciones vitales como comida o ropa. El discutir los problemas y situaciones de la adicción puede generar conflictos familiares. Las reacciones violentas a las drogas pueden llevar al usuario a cometer asaltos e incluso asesinatos. Si una mujer embarazada toma drogas sin control médico puede ocasionar malformaciones genéticas en el nuevo ser que está en gestión.

- **Economía:** dado el ingente volumen de dinero que mueve el mercado de las drogas y el narcotráfico, tanto los consumidores como los países contraen importantes deudas; se crean bandas organizadas; se produce desestabilización económica nacional, etc.

El uso continuo de drogas puede ser muy caro, ya que sus costos se elevan a cientos y, en ocasiones, a miles de dólares por año. Para sostener su hábito muchos usuarios recurren al crimen. Al destinar la mayor parte del dinero a comprar las drogas, apenas queda dinero para otras cosas. Los ahorros se agotan y suele aparecer el endeudamiento. A veces para poder sufragar los gastos de la adicción se ve obligado a recurrir a actividades ilegales.

- **Legal:** Abusar de las drogas es contra la ley. Los ofensores (tanto los que experimentan como los que se dedican al consumo de drogas) corren el riesgo de tener que pagar multas y/o ser encarcelados. Un arresto puede significar vergüenza, interrupción de los planes de vida, antecedentes penales. Ciertas drogas pueden desencadenar una violencia incontrolable y conducir al usuario a crímenes que son severamente punibles por la ley.
- **Relaciones:** La relación con la familia, amigos o pareja se altera, aparecen discusiones frecuentes, desinterés sexual, la comunicación se interrumpe, hay pérdida de confianza, alejamiento, etc.
- **Trabajo:** Cuando una persona tiene una adicción suele restarle tiempo a su trabajo para buscar la droga o recuperarse de su uso, suele llegar tarde, hay menor productividad, deterioro de la calidad del trabajo o pérdida del propio trabajo.
- **Conducta:** Como conseguir y usar la droga se ha vuelto casi más importante que ninguna otra cosa, los adictos se vuelven egoístas y egocéntricos: no les importa nadie más que ellos mismos.

#### **b. Según el nivel**

- **Individual:** son los daños experimentados por el propio consumidor de drogas.

- **Comunidad:** el consumo de drogas genera multitud de consecuencias negativas para la familia del drogodependiente, sobre los amigos, los vecinos,...
- **Sociedad:** en la sociedad produce efectos sobre la estructura y organización de la misma (aumento de las demandas en los servicios de salud, incremento de la inseguridad ciudadana por delitos contra la propiedad, presencia del crimen organizado a través de las redes de narcotraficantes).

### **1.7. TRATAMIENTO**

El correcto diagnóstico de un abuso o dependencia de sustancias requiere una detallada historia clínica, en la que se incluya el comienzo del consumo de cada droga, el inicio del consumo regular, vía de administración, frecuencia de consumo, la aparición de características relevantes como son los fenómenos de tolerancia y abstinencia, número de recaídas y una completa anamnesis para valorar las repercusiones clínicas del consumo continuado de sustancias. El consumo de drogas se ha relacionado con un peor pronóstico y peor respuesta al tratamiento de otras enfermedades mentales. (OMS 2003)

El tratamiento de las drogodependencias se puede hacer de forma ambulatoria u hospitalaria. La atención dependerá de la gravedad, recaídas, tipo de sustancia, policonsumo o alteraciones psicopatológicas.

El abordaje integral del paciente dependiente incluye las fases de desintoxicación y deshabitación de forma aguda.

#### **a. Desintoxicación**

Fase de tratamiento farmacológico del paciente dependiente por la cual se evita o minimiza la aparición del síndrome de abstinencia, propio de esa sustancia, tras el cese del consumo. Puede realizarse tanto a nivel

ambulatorio como hospitalario. Su correcto desarrollo no garantiza que no se produzca la recaída.

### **b. Deshabitación**

Es el proceso psico-médico por el que el paciente recupera o adquiere la capacidad de realizar actividades sin el consumo de drogas. Es un proceso complejo y tiene por objetivo la rehabilitación psico-social del paciente. La deshabitación suele ir precedida de un proceso de desintoxicación y puede realizarse a nivel comunitario, en comunidades terapéuticas, pisos protegidos, etc.

### **c. Componentes del tratamiento**

Los componentes son módulos o herramientas que están a nuestra disposición para integrarlos en el plan de tratamiento. Aquí se presentan las diversas clases de componentes que usualmente se utilizan para el tratamiento de las adicciones:

- Componentes psicosociales
- Componentes farmacológicos
- Componentes de autoayuda
- Terapias alternativas

La combinación de estos componentes puede además estar en función de las políticas de la institución de tratamiento, la disponibilidad en el área del recurso, de la capacidad del paciente para obtener el recurso y del grado de disposición que el paciente tenga para seguir las recomendaciones médicas. Los tratamientos farmacológicos se emplean, según la sustancia de abuso, y tratamientos psicoterapéuticos para la prevención de recaídas (terapia individual o grupal). (PALOMO, T. 2009)

La forma en que se aplican los tratamientos debe corresponder a las prácticas y necesidades de poblaciones específicas. En primer lugar están

los intentos de ayudar al adicto a lograr y mantener un nivel alto de motivación favorable a la abstinencia. La segunda serie de maniobras trata de ayuda al paciente a readaptarse a la vida sin alcohol y a restablecer un modo de vida funcional por medio de consejo personal, rehabilitación profesional y grupos de autoayuda. El tercer componente, conocido como *prevención de recaídas*, ayuda a la persona a identificar situaciones en las que es probable recaer, establece pautas para controlar estos riesgos, al tiempo que ofrece estrategias que aumenten las posibilidades de retornar a la abstinencia si se produce una recaída. (DE LA FUENTE R. 2007)

## **2. FAMILIARES DIRECTOS DE ADICTOS AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

Con frecuencia los miembros de la familia cesan de actuar en forma funcional cuando tratan de lidiar con los problemas producidos por la droga en un ser querido, algunos niegan que exista algún problema, bloqueando sus propios sentimientos (de igual modo que el adicto a la droga). Otro de los miembros de la familia tratan de encubrir los errores cometido por el adicto a la droga. El encubrimiento ocurre cuando un miembro de la familia rescata al adicto o le ayuda en la obtención de la droga. Uno de los cónyuges quizás trate de ocultar a los hijos la adicción a la droga de su pareja.

La droga puede controlar la vida del adicto y la conducta de los miembros de la familia y otros seres queridos. La negación, el encubrimiento y la codependencia agravan el problema. Los miembros de la familia deben buscar tratamiento para su salud emocional y otros factores que giran alrededor del problema de la droga.

La familia como sistema recibe de manera frontal el impacto de una adicción, de modo que no existe familia que no se afecte y muestre síntomas de disfunción, cuando uno de sus miembros se enferma de adicción.



Paradójicamente además, la familia afectada por la adicción, termina produciendo un sistema de conductas que apoyan al desarrollo de la adicción. A esto le llamamos codependencia. (ALVARADO, S. 2009)

## **2.1. CODEPENDENCIA**

La codependencia se define como el ciclo de patrones de conducta, y pensamientos disfuncionales, que producen dolor, y que se repiten de manera compulsiva, como respuesta a una relación enferma y alienante, con un adicto activo o en una situación de toxicidad relacional. Es una condición psicológica en la cual alguien manifiesta una excesiva, y a menudo inapropiada, preocupación por las dificultades de alguien más para sobrevivir en un ambiente que experimenta una gran tensión y pena emocional.

El codependiente está total o casi totalmente centrado en una persona, un lugar o en algo fuera de nosotros mismos. Es el resultado del impacto de la adicción en la familia. Esta codependencia se manifiesta a través de patrones de conducta y relación que son disfuncionales y que facilitan el desarrollo de la adicción. La codependencia es tratable y la recuperación es posible.

### **a. Quiénes desarrollan Codependencia**

La codependencia puede ocurrir en cualquier persona que está en contacto con la adicción de otra persona, ya sea un familiar, amigo, compañero, pareja o cliente que sufra de adicción. Además existen otros desordenes de conducta y enfermedades que pueden generar codependencia, tales como la esquizofrenia, la violencia, el maltrato y las neurosis. Toda persona expuesta a estos desórdenes, puede desarrollar codependencia.

Muchas veces alguien que ha desarrollado codependencia por crecer en un ambiente disfuncional adictivo, no manifiesta grandes síntomas hasta que se casa o forma una relación de pareja. Por otro lado, con mucha regularidad las hijas de adictos, terminan casándose con otros adictos, aún sin que esto sea una decisión consciente.

## **b. Características de la persona codependiente**

- El codependiente suele olvidarse de sí mismo para centrarse en los problemas del otro (su pareja, un familiar, un amigo, etc).
- Negación inconsciente de sus emociones. La negación es una respuesta humana natural a situaciones a las que no se podemos hacer frente o que no podemos permitirnos sentir. Así es como el codependiente, al preocuparse por el otro, olvida sus propias necesidades y cuando la otra persona no responde como el codependiente espera, éste se frustra, se deprime e intenta controlarlo aún más.
- Con su constante ayuda, el codependiente busca generar, en el otro, la necesidad de su presencia, y al sentirse necesitado cree que de este modo nunca lo van a abandonar.
- Es muy común que en una relación, el codependiente no pueda poner límites y sencillamente todo lo perdona, a pesar de que la otra persona llegue a herirlo de manera deliberada.

## **c. Síntomas**

La codependencia se caracteriza por una serie de síntomas tales como:

- Dificultad para establecer y mantener relaciones íntimas sanas
- Congelamiento emocional
- Desconfianza y Perfeccionismo
- Necesidad obsesiva de controlar la conducta de otros
- Comportamiento protector e hipervigilancia
- Conductas compulsivas
- Sentirse sobre responsables por las conductas de otros
- Profundos sentimientos de incapacidad
- Vergüenza tóxica
- Autoimagen negativa

- Dependencia de la aprobación externa
- Dolores de cabeza y espalda crónicos
- Gastritis y diarrea crónicas
- Depresión. A menudo la codependencia va acompañada por depresión, ya que el codependiente sucumbe ante sentimientos de frustración o tristeza extrema por su incapacidad de realizar cambios en la vida de la otra persona (o personas) y puede llegar también a producir ataques de pánico en quienes lo padecen.

Estos síntomas se presentan primero en la relación enferma que produce la tensión, pero luego se transfiere a las demás relaciones del codependiente.

## **2.2. DISFUNCIÓN FAMILIAR**

Las relaciones familiares y la comunicación se van haciendo cada vez más disfuncionales, debido a que el sistema familiar se va enfermando progresivamente. La comunicación se hace más confusa e indirecta, de modo que es más fácil encubrir y justificar la conducta del adicto. Esta disfunción se va convirtiendo en el estilo de vida familiar y produciendo en muchos casos el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos. Las reglas familiares se tornan confusas, rígidas e injustas para sus miembros, así como los roles de cada miembro familiar que se van distorsionando a lo largo del proceso de avance de la adicción. Todos los miembros de la familia se afectan de este sistema de reglas disfuncionales, y es allí, donde los niños van formando su carácter codependiente, que puede facilitar el desarrollo de adicciones o de relaciones enfermas en el futuro. (DOMENECH Y. 2008)

## **2.3. FACILITACIÓN**

La conducta codependiente es una respuesta enferma al proceso adictivo, pero además se convierte en un factor clave en la evolución de la adicción. O sea que la codependencia promueve el avance del proceso adictivo. A

este concepto le llamamos "facilitación". Existen diversas formas que toma la facilitación que oscilan entre la colaboración y la agresión. Los codependientes no pueden darse cuenta de que están facilitando el problema, en parte por la negación y en parte porque están convencidos que su conducta está justificada, debido a que están "ayudando" a que el adicto no se deteriore más, y a que la familia no se desintegre. (CAMPUZANO, M. 2009)

#### **2.4. RECUPERACIÓN**

Así como la adicción es una enfermedad tratable, la codependencia también lo es. El tratamiento de la codependencia puede consistir en una mezcla de psicoterapia y asistencia a grupos de autoayuda, hasta sesiones estructuradas de terapia familiar, sin embargo pueden abandonarla cuando en el proceso descubren que los puede llevar a "dejar" al otro; puede recurrirse a terapia farmacológica para la depresión asociada. Muchas veces la recuperación de una familia afectada por la adicción, comienza con la recuperación de los codependientes, sin embargo es necesario que el codependiente ponga el foco en su propia recuperación y cuidado personal, para que esto ocurra.

Los grupos de autoayuda para familiares de adictos tales como: Familias Anónimas, Al-Anon y Codependientes Anónimos son de gran utilidad en el proceso de recuperación familiar y de la codependencia.

#### **3. DEPRESIÓN**

Según la OMS es un desorden mental común que se presenta con ánimo deprimido, pérdida de interés o de sensación de alegría, sensaciones de culpa, apetito y sueño perturbado, y pobre concentración. El término genérico *depresión* se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas, o acompañando a otros estados patológicos. Los signos y los síntomas de la depresión pueden presentarse en forma aguda y es frecuente que recurran en forma episódica. El trastorno, cuyo síntoma

central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual. Se trata de un trastorno global.

Es frecuente que el enfermo experimente una agudización notoria de su abatimiento y de su angustia al iniciar el día y una mejoría notoria cuando se acerca la noche.

Como consecuencia de la percepción pesimista que tienen de sí mismas y del mundo y de sus intentos de superar su aflicción, la vida de las personas deprimidas se alteran profundamente en las esferas familiar, ocupacional y social. La depresión es un estado que afecta siempre a los que conviven con la persona que la sufre, quienes por lo general no comprenden las razones del cambio a veces dramático del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo.

Por otra parte, la depresión no debe confundirse con la tristeza, que es una emoción normal, ni con el pesimismo, que es un rasgo del carácter. La depresión es un estado persistente, global, generalmente inmotivado y que representa un cambio importante en los modos de sentir, pensar y actuar habituales en la persona, y que tiende a seguir un curso autónomo, es decir, independiente de eventos externos. (DE LA FUENTE R. 2007)

### **3.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN**

#### **a. Estado de ánimo**

Este se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente. Estar poco tolerante y sentir que solo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien las provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. El paciente deprimido nota que hay una parte del día en que se siente más triste, por ejemplo la mañana, y conforme pasa el día, va sintiéndose mejor.

Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota.

### **b. Pérdida del interés**

Por situaciones o actividades que antes le producían placer. Esta es otra manifestación cardinal de la depresión. El paciente ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar. Por ejemplo: ir al cine, salir con amigos, oír música, leer, su propio trabajo. Esto puede deberse, a que ya no disfruta el efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan. Por ejemplo, si a una persona le gustaba leer, pero ahora le cuesta trabajo concentrarse y retener lo que está leyendo, y hace un gran esfuerzo en esto, entonces empieza a no ser una actividad agradable. Lo mismo es el asistir a una reunión o una fiesta, la dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el hecho, que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio, el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que él o ella no pueden experimentar. El pedirle a los deprimidos que «le eche ganas»; «Que no se den por vencido»; «Que se esfuerce y socialice», es solicitarle que vaya a contractarse y a sentirse peor.

### **c. Sentimientos de culpa**

Este tipo de síntoma es muy frecuente en el deprimido. Ellos pueden pensar que están deprimidos por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Aún más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad. Finalmente en algunas formas de depresión psicótica, el enfermo puede tener ideas delirantes (ideas fuera del juicio de realidad), de que están pagando no solo con sus culpas, sino las culpas de alguien más o que están expiando los pecados de tal o cual grupo de seres marginados, etc. Pueden incluso existir alucinaciones auditivas, que los acusen e insulten.

#### **d. Ideación suicida**

Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia. El médico puede tener miedo de preguntar respecto a esto, porque puede suponer que el enfermo no ha pensado en eso, o por lo menos no ha pensado en eso formalmente, y que al hacer semiología en esta área, puede «despertar» la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y es más, él desea que se le interrogue al respecto. Porque, desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas.

#### **e. Insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión**

El insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío. El paciente se despierta a las 03:00 de la madrugada, por ejemplo, y no puede volverse a dormir. En esas horas de soledad nocturna, el paciente inicia con una serie de pensamientos pesimistas y de impotencia, que le impiden dormir nuevamente («un día más»; «ni siquiera esto puedo hacer bien»; «no voy a poder continuar con esto»). Despertarse una hora más temprano, del horario habitual, que solía tener el paciente, antes del inicio de su depresión, es considerado como despertar matutino prematuro o insomnio terminal. En este sentido, una pregunta clave es: ¿a qué hora solía despertarse por última vez en la mañana, para levantarse, antes de estar deprimido? Y, ¿a qué hora en promedio se ha estado despertando sin poder dormir nuevamente, en la última semana?

Algunos pacientes con depresión pueden tener datos de insomnio inicial (incapacidad para iniciar el sueño por más de 30 minutos, en el horario acostumbrado) o insomnio terminal (fragmentación del sueño, con despertares de más de 20 minutos o levantarse de la cama, sin tener la necesidad de ir al baño). En un laboratorio de sueño, el enfermo con depresión tiene una serie de alteraciones, de las fases o estadios de sueño,

como son: menor cantidad de fases de sueño III y IV (sueño delta), un inicio rápido al sueño de movimientos oculares rápidos (latencia acortada al SMOR); fragmentación del sueño y despertar matutino prematuro.

Sin embargo, puede haber algunos enfermos que, en vez de presentar una baja en calidad y cantidad de sueño, tienen lo opuesto, es decir un exceso de sueño. Estas son personas que duermen de nueve a diez horas, y que refieren que entre más duermen, más deprimidos se sienten, con gran estado de adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz.

#### **f. Disminución de energía**

El paciente refiere que tiene gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo: «Siento como si estuviera con las pilas bajas»; «No me dan ganas de nada, solo quiero estar en la cama tumbado sin hacer nada»; «Las cosas las hago como en cámara lenta». Aquí hay que evaluar qué cosas ya no puede hacer el paciente, y esto va desde que requiere un gran esfuerzo para trabajar, para su aliño, hasta dejar de trabajar y estar únicamente acostado o en una posición fija todo el tiempo. Los enfermos pueden llegar a un tipo de estupor, que dificulta mucho la entrevista clínica, con una gran lentitud para responder, o solo lo hacen con movimientos de cabeza. El mutismo o estupor del deprimido se diferencia de la catatonia, que también es un tipo de inmovilidad, en que en esta última el enfermo tiene un signo llamado: «Flexibilidad cética» (de cera de las velas), en donde se le coloca en posiciones antigravitatorias incómodas, por ejemplo con un brazo levantado, como de estatua de cera, y permanece en ese estado por un largo rato. Situación que no ocurre con el enfermo deprimido.

#### **g. Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica**

Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante. Se puede evaluar



desde la inspección general al paciente, su estado de agitación psicomotriz, de estar presente, el paciente mueve las manos o los pies de manera inquieta, juguetea con los cabellos, se seca las manos, se levanta y sienta, etc. Además el paciente puede referir que se siente «nervioso», agitado, que no puede estar tranquilo, que se está preocupando mucho por cosas pequeñas que antes no le preocupaban, y aquí habrá que pedirle ejemplos de las mismas: «Ahora me preocupo mucho por la hora que llega mi marido, si no me habla dos o tres veces al día estoy nerviosa, esto no me sucedía antes».

#### **h. Malestares físicos**

Es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares, etc.

#### **i. Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso**

Es frecuente que los pacientes con depresión presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos, si es que el paciente se ha pesado o en tallas de ropa, ya que el paciente, siente que su ropa le queda holgada. Una pérdida de peso de más de 5 kg, sin dieta, deberá de ser estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo, si la paciente es mujer (v.g. anorexia o bulimia) y dietas. Por otro lado, algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso, esto se ve más frecuentemente en los enfermos con sueño excesivo, apetencia por alimentos ricos en carbohidratos e inhibición psicomotriz. A este cuadro que se ha descrito se le denomina: depresión afectiva estacional, porque es común que con esas características clínicas, se presente con más frecuencia en el invierno. También se le ha llamado depresión atípica.

#### **j. Disminución del deseo sexual**

Se ha notado una baja en el deseo sexual (libido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.

#### **k. Manifestaciones diversas**

Estas pueden ser de tipo hipocondríaco, estar buscando explicaciones en el funcionamiento de sus diferentes órganos y sistemas, acudir más frecuentemente al médico con dolencias poco sistematizadas. También pueden haber datos obsesivo-compulsivos, es decir, el paciente tiene pensamientos repetitivos que no puede apartar de su cabeza, y que son reconocidos como absurdos y la repetición de actos motores o rituales, varias veces, para estar seguro de que se hacían y estaban bien hechos. En el primer caso son ideas parásitas que no se van de la cabeza y que pueden generar ansiedad a los pacientes. En el segundo, el paciente tiene que estar revisando cosas y situaciones, para estar seguro de que las puertas y ventanas estén bien cerradas, o repetir operaciones, como el aseo, varias veces para estar seguro que estén hechos.

### **3.2. TIPOS DE DEPRESIÓN**

#### **a. Según la Gravedad**

Tanto la CIE-10 como el DSM-IV-TR consideran que una depresión puede clasificarse en “leve, moderada o grave”. La distinción se realiza sobre la base del número total de síntomas que presenta el paciente. Una implicación fundamental será el grado de incapacidad funcional

Deben cumplir dos de los criterios del primer grupo y dos del segundo durante al menos dos semanas:

Al menos dos de los siguientes

- Tristeza (humor depresivo)
- Pérdida de interés

- Fatigabilidad (disminución de la viabilidad)

Al menos dos de los siguientes

- Disminución de la atención y concentración
- Pérdida de confianza en si mismo y sentimiento de inferioridad
- Ideas de culpa y de ser inútil
- Perspectiva sombría del futuro
- Pensamiento de autoagresión o actos suicidas
- Trastornos del sueño
- Pérdida de apetito
- **Depresión leve:** presenta dos síntomas de cada grupo
- **Depresión moderada:** presenta dos síntomas del primer grupo y al menos tres (preferentemente cuatro) del segundo
- **Depresión grave:** presenta los tres primeros síntomas y al menos cuatro del segundo además con una intensidad grave

#### **b. Según Características Clínicas**

- **Con características psicóticas:** Las diferencias constatadas en diferentes áreas apoyan la diferenciación entre trastorno depresivo con y sin características psicóticas. La depresión psicótica, tiene peor respuesta a la medicación antidepresiva y requiere, generalmente, terapia electroconvulsiva o terapia combinada con antidepresivo y neurolépticos. Además, la depresión psicótica se caracteriza con mayor perturbación psicomotora, déficit neuropsicológicos, anomalías del sueño en el EEG.
- **Con características melancólicas:** Las descripciones clínicas incluyen trastornos psicomotores (sobre todo retardo), falta de reactividad al entorno, insomnio terminal, pérdida de peso, calidad distintiva del humor

deprimido, variación diurna del humor con empeoramiento por la mañana, anhedonia, culpabilidad y características psicóticas. Asimismo, se ha demostrado que la melancolía se asocia a mayor intensidad sintomática.

- **Con características atípicas:** es bastante común en muestras clínicas y comunitarias. Los pacientes con depresión atípica tienen más probabilidades de ser mujeres, más jóvenes en el momento de la presentación, muestran mayor comorbilidad (especialmente ansiedad y trastornos de personalidad) y siguen un curso más crónico. Se definió la depresión atípica por la presencia de reactividad del humor, síntomas vegetativos inversos (hipersomnia y ganancia de peso), abatimiento (pesadez en extremidades) y sensibilidad al rechazo. La característica más definitoria es su perfil relativamente específico de respuesta farmacológica, ya que los pacientes atípicos responden a IMAO (inhibidores de la Mono amino oxidasa) pero no a antidepresivos tricíclicos.
- **Con características catatónicas:** puede aplicarse a episodios maníacos o depresivos mayores para recalcar la presencia de comportamientos catatónicos prominentes, como inmovilidad, mutismo, manierismo, negativismo, rigidez y ecofenómenos. Se trata de un cuadro excepcional. Depresión unipolar y otras depresiones
- **Inicio en el posparto:** la sintomatología no difiere de los episodios que no se producen tras el parto. Los síntomas más comunes incluyen fluctuaciones del estado del ánimo, labilidad emocional y preocupación por el bienestar del niño. El inicio del episodio debe de ser en las primeras cuatro semanas.

### **3.3. TRATAMIENTO**

El tratamiento de los trastornos del estado de ánimo debe estar orientado a varios objetivos. Primero se debe garantizar la seguridad del paciente. Segundo, se debe efectuar una evaluación diagnóstica completa. Tercero, se debe iniciar un plan terapéutico que considere no sólo los síntomas inmediatos, sino también el bienestar futuro del paciente. Si bien el tratamiento actual pone el acento en la farmacoterapia y la psicoterapia dirigida al paciente individual, las circunstancias vitales estresantes también se asocian con aumento de las tasas de recaídas en pacientes con depresión. El tratamiento de la depresión mayor consta de una fase aguda, durante la cual se induce la remisión; una fase de continuación en la cual se prolonga la remisión y una fase de mantenimiento, durante la cual se intenta evitar una nueva recaída o recurrencia.

#### **3.3.1. Hospitalización**

La primera decisión y la más crítica que debe tomar el médico es si ingresa al paciente o se realiza tratamiento ambulatorio. La necesidad de procedimientos diagnósticos, el riesgo de suicidio u homicidio, estados de intensa agitación, enfermedad médica que requiere un cuidado especial, abandono del cuidado personal, antecedentes de progresión rápida de los síntomas y ruptura de los sistemas habituales de apoyo del paciente son indicaciones de hospitalización.

#### **3.3.2. Medicación y tratamientos físicos**

Tratamiento agudo del trastorno depresivo. Puede afirmarse en el momento actual que existen psicofármacos extraordinariamente útiles. La elección del fármaco se debe basar en una serie de consideraciones. La gravedad y subtipo del episodio, los antecedentes personales e incluso familiares de buena respuesta a un antidepresivo, los efectos secundarios de los diferentes antidepresivos, la coexistencia de trastornos por abuso de

sustancias o la existencia de enfermedad médica que requiera un tratamiento específico, dado el potencial de interacciones adversas con otros fármacos. Algunas situaciones especiales requieren elegir un tratamiento específico. El riesgo suicida importante, nos aleja de los tricíclicos por presentar un riesgo importante de muerte por arritmias. Entre las consideraciones prácticas del uso clínico de antidepresivos debemos recordar que existe un periodo de latencia de los efectos antidepresivos de una a tres semanas, aunque puede observarse alguna mejoría antes. La medicación debe mantenerse durante una duración mínima de seis semanas a una dosis adecuada o alta antes de considerar que el tratamiento es inefectivo.

### **3.3.3. Terapia electro convulsiva**

La TEC se utiliza en aquellos casos de fracaso terapéutico, importante inhibición, agitación o existencia de ideas delirantes, alto riesgo somático por deshidratación o desnutrición, riesgo grave de suicidio, reacciones adversas a los antidepresivos o enfermedades físicas que desaconsejen el uso de fármacos, los antecedentes de buena respuesta a la TEC. En algunos casos, especialmente pacientes con frecuentes recaídas y buena respuesta a la TEC constituyen otra indicación de su uso. La técnica de la moderna TEC ha disminuido significativamente la incidencia de efectos secundarios, y las condiciones actuales de uso han disminuido los riesgos físicos.

### **3.3.4. Tratamiento de continuación**

A la vista de las pruebas procedentes de ensayos controlados, se recomienda un tratamiento de continuación durante aproximadamente seis meses como práctica rutinaria tras la respuesta a un tratamiento agudo en la depresión mayor. La dosis utilizada para la continuación debe ser inicialmente la misma que se ha requerido en el tratamiento agudo. Después de dos o tres meses esta puede reducirse si los efectos adversos son un problema, pero sólo en parte, para evitar la reaparición de la sintomatología. La duración usual de la continuación del antidepresivo debe ser de seis

meses después de la respuesta. La retirada debe realizarse lentamente, en dos o tres meses, para minimizar el riesgo de recaída y los síntomas de abstinencia.

### **3.3.5. Tratamiento de mantenimiento**

El mantenimiento a largo plazo está indicado cuando ha habido algunas recurrencias. Se han formulado varias recomendaciones para el inicio del mantenimiento, como dos episodios en los últimos dos años, o tres episodios en cinco. En la mayoría de depresiones se elegirá un tratamiento de mantenimiento con aquel antidepressivo que ha sido efectivo y bien tolerado. La dosis debe de ser la misma que la requerida para el tratamiento agudo en un paciente en particular. La duración del mantenimiento es más difícil de especificar, pero debe de ser de tres a cinco años. La retirada farmacológica debe intentarse en algún momento. Cuando tras la retirada se produce una recurrencia precoz, está indicado el tratamiento de mantenimiento, y cuando esta secuencia se repite, está indicado el tratamiento de por vida.

### **3.3.6. Tratamientos psicológicos**

Existe una amplia gama de intervenciones psicoterapéuticas que pueden ser útiles en la depresión mayor. La utilidad de las mismas varía de acuerdo al subtipo de depresión. La elección de un tipo concreto de psicoterapia depende de las características y severidad del episodio depresivo, y de las preferencias del paciente. La psicoterapia puede constituir el tratamiento único en aquellos casos de depresión leve o en depresiones primariamente situacionales. Pero si éstas no responden al tratamiento psicológico puede ser recomendable utilizar el tratamiento farmacológico. Dos modalidades psicoterapéuticas, ambas de duración limitada, gozan en estos momentos de credibilidad: la terapia cognitiva (enfocada hacia la modificación del estilo cognitivo peculiar de estos pacientes y especialmente señalada por Beck) y la interpersonal. Ambas están acreditadas, especialmente en depresiones

leves, ya que en depresiones graves, con afectación neurobiológica, no son eficaces.

#### **4. GRUPOS DE AUTOAYUDA**

Según la OMS los grupos de autoayuda “son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un situación común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados. Los iniciadores y miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales existentes. Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción social cara a cara y la responsabilidad personal de sus miembros. Con frecuencia, proporcionan ayuda material así como apoyo emocional; están orientados a la causa del problema y promueven una ideología o conjunto de valores a través de los cuales los miembros del grupo pueden obtener e incrementar un sentimiento de identidad personal”(DOMENECH Y. 2008)

##### **4.1. CARACTERÍSTICAS**

Destacamos, como características más relevantes de los grupos de autoayuda, las siguientes:

###### **4.1.1. Los miembros del grupo intercambian experiencias comunes**

El hecho de compartir un problema central define el estatus de miembro en los grupos de autoayuda, a pesar de las numerosas diferencias individuales. La experiencia común es el concepto fundamental que distingue la



experiencia de la autoayuda de otros intercambios de ayuda. Además, en estos grupos, la ayuda mutua no sólo surge de la experiencia común de un mismo problema sino de los sentimientos similares acerca de ese problema. Y de las experiencias comunes de resolución de conflictos aparecidos como consecuencia del malestar generado.

#### **4.1.2. El grupo proporciona apoyo emocional**

Por apoyo emocional se entiende el hecho de saber acompañar y entender a otro miembro del grupo que padece un problema. El apoyo emocional que se transmite puede ayudar a la persona bien a ajustarse a la situación o bien a cambiar esa situación. Este apoyo se da durante las reuniones del grupo, pero a veces también puede darse fuera del grupo. En el contexto de los grupos de autoayuda el apoyo emocional puede adoptar diversas formas. Entre otras conductas, los miembros del grupo proveen apoyo emocional cuando:

- Se manifiestan en el grupo los refuerzos positivos. En este sentido, el grupo aplaude o recompensa las conductas deseables.
- Cuando se comparten las experiencias, pensamientos y sentimientos cotidianos con otros miembros del grupo.
- Cuando los miembros del grupo se refuerzan mutuamente acerca de su capacidad para manejar sus problemas.
- Y cuando se justifican los sentimientos o acciones en respuesta a situaciones determinadas.

#### **4.1.3. Se intercambia información, consejo y educación**

En los grupos se da y se proporciona la información necesaria que ayuda a las personas a mejorar su capacidad de afrontamiento. Los grupos de autoayuda proporcionan esta información bien de forma directa entre los

miembros del grupo, bien de forma indirecta indicándose dónde se puede acudir a recibir dicha información.

#### **4.1.4. En el grupo se favorece la reestructuración cognitiva**

Por un lado, el grupo proporciona a sus miembros una razón y una lógica a sus problemas o fuentes de estrés, así como una forma para manejar esos problemas. En este sentido, en el grupo se amplía el rango de percepciones alternativas de los problemas y de las acciones disponibles para manejarlos. Por otro lado, el grupo apoya el cambio. De esta forma, al considerar los problemas desde una perspectiva distinta, y al adoptar formas nuevas y más efectivas de afrontamiento, la persona comienza a percibirse como un individuo capaz de manejar las circunstancias que le rodean, incrementándose, así, los sentimientos de valía personal.

#### **4.1.5. El grupo cumple funciones de socialización**

Aunque, no es su principal objetivo, numerosos grupos de autoayuda consideran la socialización de sus miembros como un aspecto importante. La integración en un grupo, con las actividades que se llevan a cabo a través de él, puede ayudar a las personas que atraviesan situaciones problema, que les hayan llevado a estar solas, a participar en su comunidad.

#### **4.1.6. Las acciones se realizan conjuntamente**

La implicación personal en las actividades colectivas del grupo es una de las características más importantes de los grupos de autoayuda; se espera que cada miembro participe, según sus posibilidades, y no sea mero receptor tal y como ocurre en otros grupos.

#### **4.1.7. El grupo promueve sentimientos de control, autoconfianza y autoestima**

Las distintas actividades que tienen lugar en los grupos de autoayuda ayudan a superar la pasividad y a mejorar la autoestima, así como a

promover la responsabilidad personal, promueven la participación conjunta de sus miembros en el proceso de ayuda, son capaces de incrementar los sentimientos de control de sus miembros sobre su propia vida y de estimular el desarrollo de su autoestima.

#### **4.2. TIPOS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA**

La gran diversidad de grupos de autoayuda, así como la constante proliferación de grupos nuevos, hace que sea imposible poder ofrecer una clasificación exacta. Se ha clasificado a los grupos de autoayuda según sus distintos propósitos y áreas de trabajo, en los siguientes:

**a. Grupos que buscan el cambio conductual de personas con adicciones**, incluye Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Comedores Compulsivos; diversos grupos para lograr abstinencia del tabaco. El enfoque de los grupos anónimos se ha extendido a *problemas emocionales sin adicciones*, como es el caso de neuróticos anónimos.

**b. Grupos que buscan dar a sus miembros apoyo social y nuevas estrategias para lidiar con sus problemas**, incluye Al-Anon (familiares de alcohólicos) Nar-Anon (familiares de adictos a las drogas).

**c. Grupos que buscan mejorar el proceso de atención de ciertos problemas físicos**, por ejemplo los afectados de enfisema, de artritis, de diabetes, de lupus, de SIDA, etc.

**d. Grupos orientados a la rehabilitación de padecimientos físicos** como infartos cardíacos, laringectomías, colostomías, etc.

**e. Grupos orientados al apoyo de los derechos** de ciertos sectores sociales como organizaciones de mujeres, de homosexuales, de enfermos mentales, de ciegos, de enfermos con SIDA, etc.

#### **4.3. CAUSAS DEL CAMBIO EN LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA**

Las causas del cambio individual en los grupos de autoayuda han sido desglosados en:

### **a. Emocionales**

La experiencia de grupo provee calor, empatía, comprensión y estímulo. Como un subsistema nutriente de pares y amigos (como gemelos) ofrece a sus miembros cuidado incondicional e interés y da la oportunidad de ser libres, abiertos y espontáneos unos con otros. En el proceso de transición que va de la marginalidad social a roles sociales más convencionales, el grupo de autoayuda sirve como "objeto social transicional".

### **b. Cognitivos**

La experiencia de grupo ayuda a mejorar la autoestima individual al proveer la oportunidad de percibirse uno mismo entre otros con similares condiciones. Por ende, provee a los miembros con una nueva referencia de grupo entre quienes la declaración abierta de "desviación" se vuelve una declaración de comunidad, reduciendo los sentimientos de devaluación, alienación y anomia.

### **c. Conductuales**

Reforzados por estos cambios emocionales y cognitivos los miembros se sienten libres para proporcionarse ayuda mutua. Intercambian estrategias para lidiar con sus problemas comunes (conocimiento experiencial), se dan consejos, se sienten parte de un equipo, se enseñan destrezas unos a otros y hacen amistades. De esta manera, los grupos de autoayuda se vuelven un campo para la experimentación social y de relaciones humanas.

## **4.4. GRUPOS DE FAMILIA AL-ANON Y NAR-ANON**

Los Grupos de Familia Al-Anon y Nar-Anon son un recurso comunitario que provee ayuda a personas afectadas por la adicción de otro. El único requisito para ser miembro es haber sido o ser afectado por la adicción de otro.

Aunque separada de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, comparte su programa de recuperación basado en los Doce Pasos. Al-Anon

y Nar-Anon son anónimos. El anonimato es el principio que permite a los miembros mantener bajo estricta reserva la identidad y los relatos de los que asisten a las reuniones.

Es no-profesional, es decir que las reuniones están coordinadas por un miembro del grupo. Es espiritual, apolítico, multirracial, económicamente autosuficiente, no está afiliado con ninguna religión y se encuentra a disposición de todos en casi todos lados.

Hoy existen alrededor de 26 000 grupos de Al-Anon y Nar-Anon en el mundo, en 110 países. En el Perú Al- Anon comenzó en 1965 y cuenta con más de 100 grupos en todo el país.

En Arequipa existen 04 grupos de Al-Anon y 01 grupo de Nar- Anon, distribuidos en los distritos del el Cercado, Yanahuara y Selva Alegre; que se reúne de forma rotativa por toda la ciudad.

### **LOS DOCE PASOS**

Estos Doce Pasos, adaptados casi palabra por palabra de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos, han sido un instrumento para el crecimiento espiritual de millones de miembros de Al-Anon y Nar-Anon. En las reuniones, los miembros del grupo comparten mutuamente las lecciones espirituales que han aprendido al practicar estos Pasos.

1. Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol, y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.
3. Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de Él.
4. Sin temor, hicimos un sincero y minucioso examen de conciencia.

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestras culpas.
8. Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado, y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.
9. Reparamos directamente el mal causado a esas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más daño, o perjudicado a un tercero.
10. Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.
11. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de Él, y le pedimos tan sólo la capacidad para reconocer Su voluntad y las fuerzas para cumplirla.
12. Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas, y practicar estos principios en todas nuestras acciones.

Los Grupos de Familia Al-Anon o Nar-Anon son una hermandad de parientes y amigos de alcohólicos o adictos a otras sustancias que comparten sus experiencias, fortaleza y esperanza, con el fin de encontrarle solución a su problema común. Consideran al alcoholismo y a la adicción a otras sustancias como enfermedades de la familia, y que un cambio de actitud puede ayudar a la recuperación.

Estos grupos no están aliados con ninguna secta ni religión, entidad política, organización ni institución; no toma parte en controversias; no apoya ni

combate ninguna causa. No existe cuota alguna para hacerse miembro, se mantiene a sí mismo por medio de las contribuciones voluntarias de sus miembros.

Su único propósito: ayudar a los familiares de los alcohólicos y adictos a otras sustancias: practicando los Doce Pasos, dando la bienvenida y ofreciendo consuelo a los familiares, comprendiendo y animando al alcohólico.

## **5. TEORÍA DE ENFERMERÍA: “MODELO DE ADAPTACIÓN” DE SOR CALLISTA ROY**

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. El modelo contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades enfermeras. (Phillips, K. 2007).

Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

### **5.1. METAPARADIGMAS**

#### **a. Adaptación**

Se refiere "al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno". Se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno.

#### **b. Enfermería**

Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno

para fomentar la adaptación. Es requerida cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

- Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.

### **c. Persona**

Roy define la persona como sistemas holísticos y adaptables. "Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito concreto". Las personas y el mundo tienen en común los modelos, y comparten relaciones y significado. La persona es el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia).

- Es un sistema que utiliza mecanismos de afrontamiento innato y adquirido para enfrentarse contra los agentes estresantes.
- Puede ser un individuo, familia grupo, comunidad o sociedad.

### **d. Salud**

Es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y complejo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. La salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de



combatirlos del mejor modo posible. La salud se considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo.

#### **e. Entorno**

Es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse.

- Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos.
- Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona.

### **5.2. EPISTEMOLOGÍA**

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. La terminología proviene de otras disciplinas distintas a la enfermería, por lo que dificulta su aplicación en el campo “cuidado enfermero” y pierde el objeto de estudio.

El modelo partiendo de lo deductivo –es decir de otras ciencias- se queda en definiciones, no diciendo como aplicarlo a los cuidados de enfermería, no demostrando lo que define. La finalidad de “el por qué y para qué” del modelo en el proceso de cuidar, no lo explica.

Se basa también en la observación y su experiencia con niños, acabando éste en un proceso realizado por inducción.

**a. Explicación del Modelo: El modelo contienen 5 elementos esenciales:**

- Paciente (persona que recibe los cuidados enfermera).
- Meta de la enfermería (que se adapte al cambio).
- Salud.
- Entorno.
- Dirección de actividades enfermeras (que facilitan la adaptación).

**b. Para tratar estos elementos utiliza:**

- Sistemas: entrada, procesamiento, salida.
- Mecanismos de afrontamiento: Subsistema regulador y cognitivo.
- Modos de adaptación o categorías de comportamiento para el afrontamiento: Función fisiológica, autoconcepto, función de rol e interdependencia.

El subsistema regulador controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas (tales como las variaciones en la frecuencia cardiaca durante el ejercicio). El subsistema cognitivo regula el autoconcepto, la función de rol y la interdependencia.

Los modos adaptativos pueden ser utilizados para determinar el nivel de adaptación de una persona, y para identificar las respuestas adaptativas o ineficaces mediante la observación de la conducta de la persona en relación con los modos de adaptación.

## **6. ROL DE LA ENFERMERA**

Las drogas y el alcohol pueden controlar la vida del adicto y la conducta de los miembros de la familia y otros seres queridos. La negación, el encubrimiento y la codependencia agravan el problema. Los miembros de la familia deben buscar tratamiento para su salud emocional y física, como

entre otros factores que giran alrededor del problema de la droga y el alcohol.

La familia recibe de manera frontal el impacto de una adicción, de modo que no existe familia que no se afecte y muestre síntomas de disfunción, cuando uno de sus miembros se enferma. Estas familias afectadas deben aprender a tolerar los problemas por ellos mismos.

La enfermera como parte integrante en la recuperación del adicto debe fomentar no solo en el adicto, sino en sus familiares la capacidad de adaptación y afrontamiento, modificando actitudes e intereses para mejorar el clima en el entorno familiar favoreciendo la recuperación del enfermo y evitar posibles recaídas.

La enfermera representa en el familiar un papel de suma importancia porque les ofrece la seguridad de los conocimientos técnicos, soporte emocional y una constante presencia social estimulante, por ser aquel profesional de salud que interactúa con el adicto y el familiar directo.

Siendo profesionales de la salud, tenemos que incorporarnos a la promoción de la salud y ser líderes de ella. Como decía Lucia Masarraza (1990), en el rol de enfermería “tenemos que aprender a ser organizadores de grupos que tienen como objetivo conseguir cambios en las decisiones político-administrativas para que se practiquen políticas saludables, aprender a trabajar con los grupos organizados de la comunidad, orientarles sobre los problemas de salud o las condiciones medioambientales que las mantiene o provoca.

La práctica profesional de la enfermera, abarca múltiples facetas, pero en lo concierne al contacto con el familiar directo del adicto conviene destacar la prevención.

A nivel primario: adaptación a situaciones de alarma para poder ayudar a que las respuestas conductuales según las exigencias del ambiente sean las

mejores posibles, informando y enseñando a la familia la búsqueda de conductas, para desarrollar nuevos hábitos que propicien la mejora de su salud física y mental.

A nivel secundario: trabajar por el mantenimiento y el equilibrio dentro de las limitaciones de los familiares que ya presentan depresión, para su posterior recuperación.

## **C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES**

### **1. ADICTO A ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

Es toda persona que tiene una enfermedad psiquiátrica según los criterios diagnósticos del DSM IV- TR (Anexo-1) y que se caracteriza por la alteración de la voluntad (sobre todo para frenar la ingesta de sustancias, cuando se ha iniciado el consumo de éste), por la escasa o ambivalente conciencia de enfermedad, por las consecuencias negativas que aparecen por el uso de alcohol u otras drogas, por las manifestaciones producidas por la supresión del consumo continuo, y los grados variables de conductas antisociales.

### **2. FAMILIAR DIRECTO**

Es toda persona miembro de la familia que ha convivido por lo menos el último año con un dependiente a alguna droga y que acompaña al dependiente a grupos de autoayuda.

### **3. DEPRESIÓN**

Son todas las experiencias de la persona que se caracterizan por tristeza patológica, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y una disminución de la vitalidad que limita el nivel de actividad normal. Esta variable se evaluó por el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Anexo – II) que mide la intensidad de los síntomas depresivos y determina el nivel de depresión en:

- **Depresión mínima o nula:** Las expresiones relacionadas con los síntomas de depresión son mínimos o inexistentes; se correlaciona con puntaje de 0-9.
- **Depresión leve:** Las expresiones relacionadas con los síntomas de depresión son leves; se correlaciona con puntaje de 10-18.
- **Depresión moderada:** Las expresiones relacionadas con los síntomas de depresión son moderadas; se correlaciona con un puntaje de 19-29.
- **Depresión severa:** Las expresiones relacionados con los síntomas de depresión son severos; se correlaciona con un puntaje de 30-63

#### **4. CARACTERÍSTICAS DE GENERALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**

Son todas las características resaltantes que se consideran en el familiar directo del adicto al alcohol y otras drogas que asisten a los grupos de Al-Anon y Nar-Anon

**4.1 Grupo etéreo:** Rango de edad dentro del cual se ubica el familiar directo del adicto al alcohol y otras drogas, considerándose el número de años cumplidos al momento de la aplicación de los instrumentos. Medida en escala ordinal.

**4.2 Sexo:** Característica biológica que diferencia al familiar directo del adicto al alcohol y otras drogas, considerándose como masculino o femenino. Medida de escala nominal

**4.3 Parentesco con el Adicto:** Vinculo de consanguinidad o afinidad del familiar directo con el adicto al alcohol y otras drogas, considerándose como padre, madre, hijo, hermanos y otros. Medida de escala nominal

**4.4 Años de convivencia con el Adicto:** Rango de años dentro del cual el familiar directo vive con el adicto al alcohol y otras drogas. Medida de escala ordinal

**4.5 Tiempo de asistencia al grupo de familia:** Rango de tiempo en que el familiar directo del adicto al alcohol y otras drogas asiste a los grupo de Al-Anon o Nar-Anon; considerándose como menos de 1 año, de 1 a 2 años y más de 2 años. Medida de escala ordinal

## **D. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1. ALCANCES**

Los resultados encontrados a la presente investigación podrán ser generalizados a otras poblaciones con iguales o similares características a las del estudio.

### **2. LIMITACIONES**

La subjetividad con la que los familiares directos puedan haber respondido las preguntas.



### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

##### **A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

De acuerdo al problema y según los objetivos planteados, la presente investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal.

##### **PROCEDIMIENTO**

###### **1. Determinación del área de estudio:**

Se consideró como tal a una institución que tenga el mayor número de familiares de adictos al alcohol y otras drogas agrupados de manera regular.

###### **2. Autorización del lugar de ejecución del trabajo**

Se coordinó con los responsables de cada institución para obtener el permiso y apoyo en la realización del presente trabajo.

### **3. Determinación de la población de estudio**

Se consideró a todos los familiares directos de adictos en consumo, que asistan a los grupos de familia de Al-Anon y Nar-Anon de Arequipa, que cumplan los criterios de inclusión.

### **4. Aplicación de los instrumentos a la población**

Se realizó según horario de cada grupo. Utilizándose como instrumento: el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

### **5. Tabulación y análisis de datos**

Se procedió a la tabulación y elaboración de cuadros estadísticos con el programa Microsoft Excel y SSPS 15.0 para Windows 7

Para el análisis de los resultados se utilizaron las técnicas de estadísticas descriptivas y se elaborarán tablas mediante la distribución de las frecuencias absolutas (N°) y relativas (%).

## **B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

Existen 4 grupos de Al-Anon y 1 grupo de Nar-Anon que se reúne de forma rotativa en los diferentes distritos.

### **Grupos de Familia Al-Anon**

- **Grupo “Esperanza”**, está ubicada en la Quinta Romana 105 Cercado, su horario de reunión son los días martes y sábado de 4 a 6 pm.
- **Grupo “Aprendiendo a Vivir”**, está ubicado en la Calle Unión 201 Miraflores, su horario de reunión son los días lunes y viernes de 9 a 11 am.
- **Grupo “Buscando la Felicidad”**, está ubicado en la calle Enmel 133 Yanahuara, su horario de reunión son los días lunes y miércoles de 5 a 7 pm.
- **Grupo “Alateen”**, está ubicado en la calle Enmel 133 Yanahuara, su horario de reunión son los días Sábados de 4 a 6 pm.



## **Grupo de Familia Nar-Anon**

- **Grupo “Valor para cambiar”**, está ubicada en la Calle San Agustín 205 Cercado, su horario de reunión son los días martes y jueves de 5 a 7 pm

Todos estos Grupos de Familia cuentan con una planta física de construcción noble, poseen salón de informes, de reuniones, patios interiores y áreas verdes; son un recurso comunitario que provee ayuda a personas afectadas por la adicción de otro.

Cada grupo alberga una población promedio de 12 personas de diferentes sexos y condición socioeconómica variada.

## **C. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

### **1. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población de estudio estuvo constituida por 138 familiares directos de adictos al alcohol y otras drogas que asistieron a los grupos de familia Al-Anon y Nar-Anon, durante el mes de Julio y Agosto del presente.

#### **Criterios de inclusión.**

- Los Adictos deberán cumplir con el diagnóstico según DSM IV –TR y deben estar actualmente en consumo
- Los familiares directos deberán haber convivido por lo menos un año con el adicto
- Participar de forma voluntaria al estudio

#### **Criterios de Exclusión.**

- Familiares directos con alguna patología psiquiátrica grave conocida previamente.

### **2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por 90 familiares de adictos al alcohol y otras drogas. El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico estratificado, utilizándose para el cálculo de la muestra la fórmula para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1) E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1) E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

n= Tamaño de la muestra

z= Nivel de confianza 95%= 1.96

p= Variabilidad negativa

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 60 \times 40 \times 138}{(138-1)6^2 + (1.96)^2 \times 60 \times 40}$$

q= Variabilidad positiva

N= tamaño de la población

E= Error 0.06

$$n = 90 \text{ personas}$$

<b>GRUPOS DE FAMILIA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>MUESTRA</b>
Grupos Al- Anon	77	50
Grupo Nar- Anon	61	40
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>90</b>

#### **D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

En esta investigación se utilizó como método la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumento el Inventario de Depresión de Beck.

##### **1. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)(ANEXO III)**

El instrumento utilizado para la presente investigación consta de dos partes: la primera para recolectar datos generales sobre el familiar del adicto y la segunda parte el inventario de Depresión de Beck (BDI).

El inventario de Depresión de Beck fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada que da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz, siendo ésta la más utilizada en la actualidad.

### **Características**

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

### **Fiabilidad:**

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva,

mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0.87, p < .000$

La confiabilidad de este instrumento, obtenida por consistencia interna, es de  $\leq 0.87, p < .000$

**Validez:**

Muestra una correlación con otras escalas. La validez concurrente es de  $r = 0.70, p < .000$ . Su validez Predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: Sensibilidad del 100%, Especificidad del 99%, Valor predictivo positivo 0.72, y Valor predictivo Negativo de 1 (punto de corte  $\geq 13$ )

En un estudio validado internacionalmente y usado en el Perú por Aliaga T. y colaboradores publicaron en 2006: Escala de depresión de Beck, adaptación y características psicométricas, trabajo realizado en Lima, concluyendo que esta escala adaptada evalúa un constructo psicológicamente significativo y puede ser usada con propósitos de investigación.

**Interpretación**


El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Las puntuaciones obtenidas en la prueba pueden agruparse en 4 niveles de depresión:

- Depresión mínima o nula: Las expresiones relacionadas con los síntomas de depresión son mínimos o inexistentes; se correlaciona con puntaje de 0-9.
- Depresión leve: Las expresiones relacionadas con los síntomas de depresión son leves; se correlaciona con puntaje de 10-18.
- Depresión moderada: Las expresiones relacionadas con los síntomas de depresión son moderadas; se correlaciona con un puntaje de 19-29.
- Depresión severa: Las expresiones relacionados con los síntomas de depresión son severos; se correlaciona con un puntaje de 30-63



The seal of the Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa is a large, circular emblem. It features a central figure, likely a saint or scholar, seated and holding a book. The figure is set against a pinkish-red background. The outer ring of the seal contains the Latin text "UNIVERSITAS NATIONALIS ARRIQUENSIS" at the top and "SAGVSTINIS" at the bottom. The seal is semi-transparent and serves as a background for the text.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS**

**A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados de la presente investigación, los datos obtenidos se presentan en cuadros ordenados en la siguiente forma:

- Información específica: Tablas del 01 al 07
- Comprobación de la Hipótesis: Grafico 01

**TABLA N° 1**

**EDAD DE LOS FAMILIARES DIRECTOS DE ADICTOS AL ALCOHOL Y  
OTRAS DROGAS. GRUPOS DE FAMILIA AL- ANON Y NAR-ANON.  
AREQUIPA. 2012**

<b>EDAD</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
16-26	31	<b>34.4</b>
27-37	23	<b>25.6</b>
38-48	18	20.0
>=49	18	20.0
<b>TOTAL</b>	90	100.0

La tabla N°. 1 muestra que el 34.4% de los familiares de adictos al alcohol y otras drogas que asisten a los grupos de familia Al-Anon y Nar-Anon tienen entre 16-26 años, seguida del 25.6% que tienen entre 27-37 años.

Entonces el mayor porcentaje de la muestra en estudio corresponde a una población joven, económicamente activa.

**TABLA Nº 2**

**SEXO DE LOS FAMILIARES DIRECTOS DE ADICTOS AL ALCOHOL Y  
OTRAS DROGAS. GRUPOS DE FAMILIA AL- ANON Y NAR-ANON.  
AREQUIPA. 2012**

<b>SEXO</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Masculino	44	48.9
Femenino	46	<b>51.1</b>
<b>TOTAL</b>	90	100.0

La tabla N°. 2 se puede observar que los resultados obtenidos en relación al género, el femenino predomina con un 51.1%.

Entonces el familiar directo de adictos al alcohol y otras drogas que asisten a los grupos de familia Al-Anon y Nar-Anon en su mayoría es de sexo femenino.



**TABLA N° 3**

**PARENTESCO DE LOS FAMILIARES DIRECTOS DE ADICTOS AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. GRUPOS DE FAMILIA AL- ANON Y NARANON. AREQUIPA. 2012**

<b>PARENTESCO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Padre	7	7.8
Madre	12	13.3
Hijo(a)adulto	18	<b>20.0</b>
Hermano(a)	24	<b>26.7</b>
Cónyuge	17	18.9
Otros	12	13.3
<b>TOTAL</b>	90	100.0

La tabla N°. 3 muestra que de la población en estudio el 26.7% el parentesco del familiar son hermanos seguido de un 20.0% que son hijos y un 18.9 % son su pareja de los pacientes adictos al alcohol y otras drogas.

**TABLA N° 4**

**AÑOS DE CONVIVENCIA DE LOS FAMILIARES DIRECTOS DE ADICTOS  
AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS CON LOS ADICTOS. GRUPOS DE  
FAMILIA AL- ANON Y NAR-ANON. AREQUIPA. 2012**

<b>AÑOS</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
1-10	20	22.2
11-20	39	<b>43.3</b>
>=21	31	34.4
<b>TOTAL</b>	90	100.0

La tabla N°. 4 muestra que el 43.3% de los familiares de adictos al alcohol y otras drogas conviven con los adictos entre 11-20 años, y el 22.2% de ellos conviven entre 1-10 años.

**TABLA Nº 5**

**TIEMPO DE ASISTENCIA A UN GRUPO DE AUTOAYUDA DE LOS  
FAMILIARES DIRECTOS DE ADICTOS AL ALCOHOL Y OTRAS  
DROGAS. GRUPOS DE FAMILIA AL- ANON Y NAR-ANON. AREQUIPA.  
2012**

<b>TIEMPO</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	50	<b>55.6</b>
De 1 a 2 años	23	25.6
Mas de 2 años	17	18.9
<b>TOTAL</b>	90	100.0

La tabla Nº. 5 muestra que el mayor porcentaje de la población en estudio, 55.6% asisten a grupos de autoayuda Al-Anon o Nar-Anon hace menos de 1 año, seguida del 25.6% que asiste entre 1 a 2 años, y el 18.9% hace más de 2 años.

Es decir que los familiares directos de adictos al alcohol y otras drogas recientemente se integraron a grupos de autoayuda podría ser debido a la falta de información de la existencia de los mismos.

**TABLA N° 6**

**NIVEL DE DEPRESION EN LOS FAMILIARES DE ADICTOS AL ALCOHOL  
Y OTRAS DROGAS SEGÚN EDAD. GRUPOS DE  
FAMILIA AL- ANON Y NAR-ANON. AREQUIPA. 2012**

DEPRESIÓN	EDAD								TOTAL	
	16-26		27-37		38-48		>=49			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Nula</b>	5	5.6	3	3.3	4	4.4	3	3.3	15	16.7
<b>Leve</b>	<b>18</b>	<b>20.0</b>	7	7.8	3	3.3	2	2.2	30	33.3
<b>Moderada</b>	6	6.7	7	7.8	6	6.7	4	4.4	23	25.6
<b>Severa</b>	2	2.2	6	6.7	5	5.6	<b>9</b>	<b>10.0</b>	22	24.4
<b>TOTAL</b>	31	34.4	23	25.6	18	20.0	18	20.0	90	100

$$X^2 = 20.64$$

$$P < 0.05$$

El 33.3% de la población total en estudio, presenta un nivel de depresión leve, de estos el 20.0% presentan 16-26 años de edad.

Según la prueba de chi cuadrado se aprecia ( $X^2 = 20.64$ ) que el nivel de depresión presentó diferencias estadísticas significativas ( $P < 0.05$ ) según la edad de los familiares directos adictos al alcohol y a otras sustancias

**TABLA N° 7**

**NIVEL DE DEPRESION EN LOS FAMILIARES DE ADICTOS AL ALCOHOL  
Y OTRAS DROGAS SEGÚN SUSTANCIA CONSUMIDA.  
GRUPOS DE FAMILIA AL- ANON Y NAR-ANON. AREQUIPA. 2012**

DEPRESIÓN	SUSTANCIA				TOTAL	
	Alcohol		Otras drogas		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%		
Nula	12	24.0	3	7.5	15	16.7
Leve	13	26.0	17	<b>42.5</b>	30	<b>33.3</b>
Moderada	16	<b>32.0</b>	7	17.5	23	25.6
Severa	9	18.0	13	<b>32.5</b>	22	24.4
<b>TOTAL</b>	50	100.0	40	100.0	90	100.0

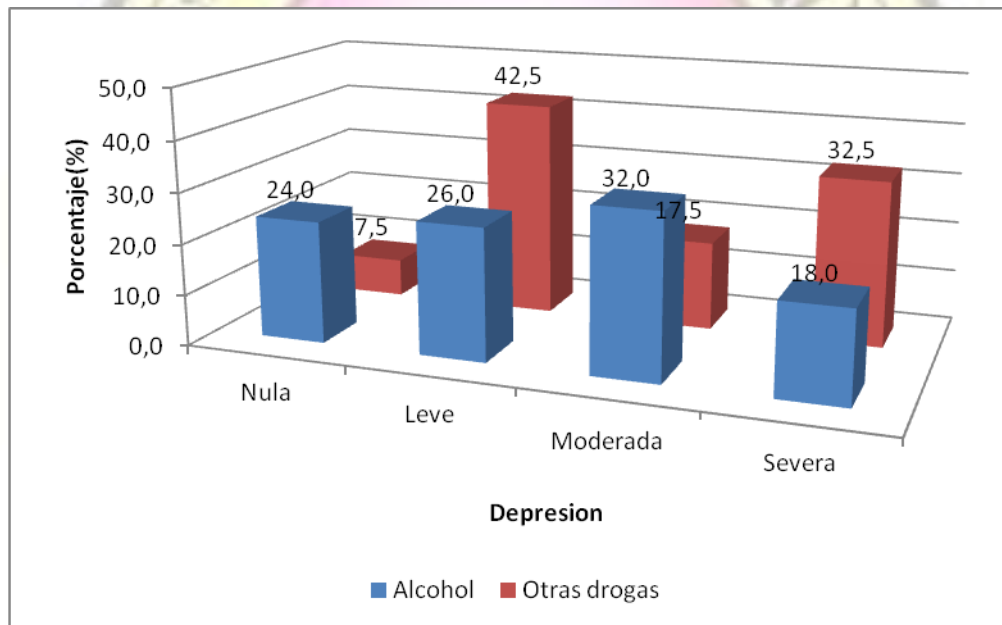
$$X^2 = 9.19 \quad P < 0.05$$

La tabla N°8 , muestra que el 33.3% de la población total en estudio, presenta un nivel de depresión leve, seguida del 25.6% con un nivel de depresión moderada

Asimismo se aprecia que el 32.0% de los familiares adictos al alcohol tienen un nivel de depresión moderada frente al 32.5% de los familiares de adictos a otras drogas con un nivel severo.

### GRAFICO N° 1

#### NIVEL DE DEPRESION EN LOS FAMILIARES DE ADICTOS AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS SEGÚN SUSTANCIA CONSUMIDA. GRUPOS DE FAMILIA AL- ANON Y NAR-ANON. AREQUIPA. 2012





## **CAPITULO IV**

### **RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo general describir el nivel de depresión en familiares directos de adictos al alcohol y otras drogas en grupos de familia Al-Anon y Nar-Anon. Arequipa 2012, para tal efecto se realizó una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 138 familiares directos de adictos al alcohol y otras drogas que asisten a los 4 grupos de familia Al-anon y 1 grupo de familia Nar-Anon, estudiándose una muestra proporcional a 90 personas de acuerdo al muestreo probabilístico estratificado.

Para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta, como técnica el cuestionario y se utilizó como instrumento el Inventario de Depresión de Beck (BDI), con el cual se recolectó los datos personales y el nivel de depresión del familiar directo del adicto al alcohol y otras drogas.

Los resultados de esta investigación demuestran que el mayor número de familiares de adictos al alcohol y otras drogas están entre 16 – 26 años (34.4%), son hermanos de los adictos (26.7%), conviven con el adicto aproximadamente 11 – 20 años (43.3%), asisten a grupos de familia Al-Anon y Nar-Anon hace menos de 1 año (55,6%). Además se encontró que el 33.3% de la población en estudio presenta un nivel leve de depresión, seguida del 25.6% con un nivel moderado. Para los familiares directos de adictos al alcohol se encontró que el 32% presenta un nivel moderado de depresión y en los familiares directos de adictos a otras drogas el 32.5% presenta un nivel severo.

## **B. CONCLUSIONES**

**PRIMERA:** De la población en estudio, el 34.4% de familiares de adictos al alcohol y otras drogas están entre 16 – 26 años, el 51.1% son de sexo femenino, el 26.7 % son hermanos de los adictos, el 43.3% conviven con el adicto aproximadamente 11 – 20 años, el 55.6% asisten a grupos de familia Al-Anon o Nar-Anon hace menos de 1 año.

**SEGUNDA:** De la población en estudio el mayor nivel de depresión encontrado fue el nivel moderado con un 32.0% en familiares con adicción al alcohol y un 18.0% de familiares con depresión severa por causa de esta enfermedad. En familiares con adictos a otras drogas, se encuentra un 42.5 % con depresión leve y un 32.5 % con depresión severa, se evidencia que el familiar presenta un nivel de depresión más alta cuando el familiar es adicto a otras drogas. Según la prueba de chi cuadrado se aprecia ( $X^2 = 9.19$ ) que el nivel de depresión en los familiares adictos al alcohol presento diferencias estadísticas significativas ( $P < 0.05$ ).



### **C. RECOMENDACIONES**

1. **PRIMERA:** Se recomienda considerar en el tratamiento de rehabilitación para pacientes adictos al alcohol y otras drogas, a la familia como eje principal en su recuperación; el compromiso terapéutico debe comprender la relación frecuente con el paciente, y su entorno familiar.
2. **SEGUNDA:** Implementar y promover un programa de ayuda a los familiares de adictos al alcohol y otras drogas, basándose en apoyo psicoterapéutico, actividades recreativas y de autoayuda.
3. **TERCERA:** Se sugiere realizar evaluaciones continuas a los familiares de adictos al alcohol y otras drogas para detectar de manera precoz signos y síntomas de coadición.
4. **CUARTA:** Incentivar la realización de nuevas investigaciones en torno a la coadición de los familiares directos de adictos al alcohol y otras drogas buscando la recuperación del paciente en un ambiente familiar más estable.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. DOMÍNGUEZ, J Y COLS. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. España. 2011
2. MARTÍNEZ G. J. Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento. EEUU. 2005
3. NURNBERGER JI Y COLS. Un estudio de familias en la Dependencia al Alcohol: Co agregación de múltiples desordenes en familiares de Alcohólicos. EEUU, Indianápolis. 2004
4. RODRÍGUEZ B. Y COLS. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. España. Universidad Autónoma de Madrid. 2004
5. SALAZAR, UGARTE, VÁSQUEZ, Y COLS. Anales de la Facultad de Medicina de la UNMS. Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima: 179-187. 2004.
6. ALARCÓN R. El evento precipitante en la depresión neurótica 1. Revisión de la literatura. Revista Neuropsiquiatría, 1972. 194-211.
7. ALIAGA T. Y OTROS Escala de desesperanza de Beck: Adaptación y características psicométricas. Revista de investigación en Psicología. Vol 6. Lima. Perú. 2006.

8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic Criteria from DSM–IV–TR. Cuarta edición. Editorial MASSON S.A. Washington DC, 2005.
9. CAMPUZANO, M. Grupos de Autoayuda y Psicoanálisis grupal. 2009
10. CEDRO. Epidemiología de alcoholismo en la población Urbana Peruana 2009.
11. DE LA FUENTE R. Psicología Médica. Primera Edición. Editorial FCE. México, 2007
12. DOMENECH Y. Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. España, 2008. 179-193.
13. ESQUIVEL C. Y COLS. Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados. México. 2007
14. HYNES M., del Observatorio Interamericano de Drogas (OID). Informe del uso de drogas en las américas. 2011
15. Inc Alcoholics Anonymous world services. Alcohólicos Anónimos. 1990.
16. ISLA P. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. Cultura de los Cuidados, España. 2000

17. JARA CHAGUA, C. La motivación para el cambio de conducta y la evolución del tratamiento en pacientes dependientes a sustancias. Universidad Nacional Mayor San Marcos. Lima, Perú. 2008
18. KAYE J. Depresión, el diagnóstico olvidado entre los adultos hospitalizados. Enfermera Neurológica, EEUU. 2000. 7-15.
19. LAFER B, ALMEIDA OP, FRÁGUAS R Jr. La depresión en el ciclo de vida. Revista Brasileña. Psiquiatría, 2000; 151-2
20. MARTÍNEZ G. J. Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento EEUU. 2005
21. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. Editorial Organización Mundial de la Salud. Suiza. 2003.
22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol. Organización Mundial de la Salud, Italia.2010
23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. «Los grupos de ayuda mutua en el campo de la salud». Madrid – España.

24. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Marco de Referencia para la Política Sobre Alcohol en la Región Europea de la OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de publicaciones. Madrid. 2006.
25. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Alcohol y Salud pública en las Américas: un caso para la acción. Editorial OPS, Washington, D.C, 2007.
26. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Organización Mundial de Salud. Informe sobre la Salud Mundial 2001: Salud Mental: Nuevo concepto, Nueva Esperanza. Ginebra; 2001.
27. PALOMO T Y OTROS. Manual de Psiquiatría. Primera Edición. Editorial Ene Life Publicidad S.A. y Editores. Madrid, España, 2009
28. ROCA M, UBEDA I. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Atención Primaria 2000; 26: 217-223.
29. TORO G., YEPES R. Psiquiatría. Cuarta Edición. Editorial CIB. Bogotá, Colombia , 2004

## DIRECCIONES DIGITALES

30. BUNZEL, LAEDERACH y SCHUBERT. Drogadicción.2010.  
<http://www.aciprensa.com/drogas/drogadiccion.htm>
31. CENTRO DE TRATAMIENTO LOS ANDENES.  
<http://www.andenes.org/alcoholismo-drogadiccion.htm>
32. CODEPENDENCIA,  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Codependencia>
33. Dr. ALVARADO S. Adicciones. 2009  
<http://www.adicciones.org/familia/codependencia.html>
34. FUNDACIÓN MANANTIALES. España. Más de 2,5 millones de personas mueren por alcoholismo en el mundo cada año 2012.  
<http://www.manantiales.org.ar/noticia.php?leer=185>
35. INSTITUTO PARA EL ESTUDIO DE LAS ADICCIONES.  
<http://www.lasdrogas.info/index.php>
36. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), estadísticas 2011.  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/inde](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/inde)
37. PHILLIPS, K. (2007). Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En Marriner, A y Raile, M., *Modelos y teorías en enfermería* (pp 353-384).  
<http://teorias-modelos.blogspot.com/2010/06/sor-callista-roy.html>

38. TEORÍA Y MÉTODO DE ENFERMERÍA. Teoría de la Adaptación. Callista Roy. [http://www.aniorte-nic.net/progr\\_asignat\\_teor\\_metod5.htm#Roy](http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm#Roy)
39. WICKS, MILSTEAD, HATHAWAY Y LETINGOK, 1998. La carga del personal sanitario de familia, calidad de vida y salud después del trasplante renal de los pacientes
40. APTA SALUD PDF  
[http://www.aptasalud.com.ar/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf](http://www.aptasalud.com.ar/index2.php?option=com_content&do_pdf)
41. DEVIDA PERU <http://www.slideshare.net/DEVIDA-PERU/iv-estudio-nacional-de-prevencion-y-consumo-de-drogas-en-estudiantes-de-educacion-secundaria-2012>.
42. PREVENCIÓN Y CONSUMO DE DROGAS  
<http://www.slideshare.net/DEVIDA-PERU/ivestudionacionaldeprevencion-yconsumodedrogasenestudiantesdeeducacionsecundaria2012>
43. ESTUDIO DE SEGURIDAD  
<http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/2004/estudios/tesis%20UFG.pdf>
44. TESIS SOBRE ALCOHOLISMO UCLA  
[http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm\\_ucla/edocs/bm/BM2203-04/BM220306.pdf](http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/bm/BM2203-04/BM220306.pdf)
45. ALCOHOLISMO Y TIPOS DE ALCOHOLICOS  
<http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/elalcoholismo/Cap8.pdf>

46. TESIS FAMILIAR CON PARIENTE ALCOHOLICO

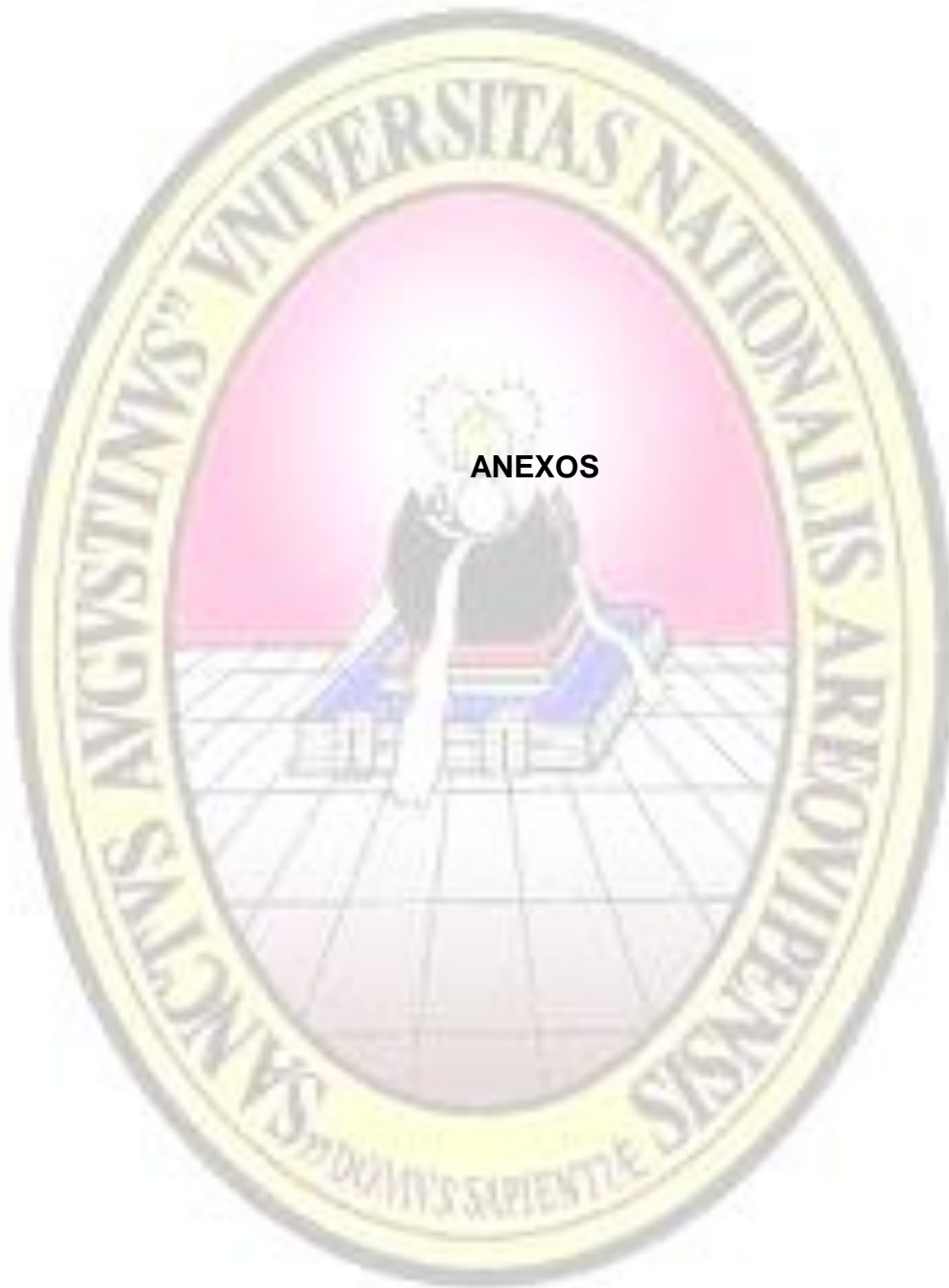
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v65n3/a04v65n3.pdf>

47. GONZALES PASTRANA TESIS SOBRE ALCOHOLISMO

<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31724/1/gonzalezpastrana.pdf>







## **ANEXO I**

### **Criterios para la dependencia de sustancias según DSM IV-TR**

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
  - (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias),

en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

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

*Especificar si:*

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

## **ANEXO II**

### **ENCUESTA ANÓNIMA PARA EL FAMILIAR**

*Estimado Sr (a), la presente encuesta tiene por objetivo conocer el perfil psicológico de los familiares de adictos, la misma que servirá para promover intervenciones positivas. Le pedimos sea sincero con sus respuestas, las cuales tienen carácter de anónimo. Gracias por su colaboración.*

**2. Edad** : \_\_\_\_\_

**3. Sexo** : M ( ) F ( )

**4. Parentesco con el Adicto:**

( ) Padre

( ) Madre

- Hijo(a)
- Hermano (a)
- Cónyuge
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**5. Años de convivencia con el Adicto: \_\_\_\_\_**

**6. Sustancia consumida por el adicto:**

- Alcohol
- Otra droga

**7. Tiempo de asistencia al grupo de familia:**

- Menos de 1 año
- De 1 a 2 años
- Más de 2 años.



### ANEXO III

#### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

##### 1. Tristeza

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

##### 2. Pesimismo

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

##### 3. Fracaso

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

##### 4. Pérdida de placer

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

##### 5. Sentimiento de Culpa

- No me siento especialmente

##### 6. Sentimientos de castigo

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

##### 7. Disconformidad con Uno Mismo

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

##### 8. Autocrítica

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

##### 9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

##### 10. Llanto

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

##### 11. Agitación

- No estoy más irritado de lo normal en mí.

culpable.

- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

#### **12. Pérdida de Interés**

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

#### **13. Indecisión**

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

#### **14. Desvalorización**

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

#### **15. Pérdida de Energía**

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

#### **16. Cambio en los Hábitos de Sueño**

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas

- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

#### **17. Irritabilidad**

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

#### **19. Dificultad de Concentración**

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

#### **20. Cansancio o Fatiga**

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

#### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.

antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir

- ( ) Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

**18. Cambios en el Apetito**

- ( ) Mi apetito no ha disminuido.  
( ) No tengo tan buen apetito como antes.  
( ) Ahora tengo mucho menos apetito.  
( ) He perdido completamente el apetito.

- ( ) He perdido totalmente mi interés por el sexo.

*Gracias por su colaboración*

**ANEXO IV**

**CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

**1. Tristeza**

- (0) No me siento triste  
(1) Me siento triste.  
(2) Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
(3) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

- (0) No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.  
(1) Me siento desanimado respecto al futuro.  
(2) Siento que no tengo que esperar nada.  
(3) Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

**3. Fracaso**

- (0) No me siento fracasado.  
(1) Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
(2) Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
(3) Me siento una persona totalmente fracasada.

**4. Pérdida de placer**

- (0) Las cosas me satisfacen tanto como

**6. Sentimientos de castigo**

- (0) No creo que esté siendo castigado.  
(1) Me siento como si fuese a ser castigado.  
(2) Espero ser castigado.  
(3) Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con Uno Mismo**

- (0) No estoy decepcionado de mí mismo.  
(1) Estoy decepcionado de mí mismo.  
(2) Me da vergüenza de mí mismo.  
(3) Me detesto.

**9. Autocrítica**

- (0) No me considero peor que cualquier otro.  
(1) Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores  
(2) Continuamente me culpo por mis faltas.  
(3) Me culpo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- (0) No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
(1) A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.  
(2) Desearía suicidarme.  
(3) Me suicidaría si tuviese la

antes.

- (1) No disfruto de las cosas tanto como antes.
- (2) Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- (3) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

#### **5. Sentimiento de Culpa**

- (0) No me siento especialmente culpable.
- (1) Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- (2) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- (3) Me siento culpable constantemente.

#### **12. Pérdida de Interés**

- (0) No he perdido el interés por los demás.
- (1) Estoy menos interesado en los demás que antes.
- (2) He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- (3) He perdido todo el interés por los demás.

#### **13. Indecisión**

- (0) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- (1) Evito tomar decisiones más que antes.
- (2) Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- (3) Ya me es imposible tomar decisiones.

#### **14. Desvalorización**

- (0) No creo tener peor aspecto que antes.
- (1) Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- (2) Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- (3) Creo que tengo un aspecto horrible.

#### **15. Pérdida de Energía**

- (0) Trabajo igual que antes.

oportunidad.

#### **10. Llanto**

- (0) No lloro más de lo que solía llorar.
- (1) Ahora lloro más que antes.
- (2) Lloro continuamente.
- (3) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

#### **11. Agitación**

- (0) No estoy más irritado de lo normal en mí.
- (1) Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- (2) Me siento irritado continuamente.
- (3) No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

#### **17. Irritabilidad**

- (0) No me siento más cansado de lo normal.
- (1) Me canso más fácilmente que antes.
- (2) Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- (3) Estoy demasiado cansado para hacer nada.

#### **19. Dificultad de Concentración**

- (0) Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- (1) He perdido más de 2 kilos y medio.
- (2) He perdido más de 4 kilos.
- (3) He perdido más de 7 kilos.
- (4) Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

#### **20. Cansancio o Fatiga**

- (0) No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- (1) Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- (2) Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.



- (1) Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- (2) Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- (3) No puedo hacer nada en absoluto.

**16. Cambio en los Hábitos de Sueño**

- (0) Duermo tan bien como siempre.
- (1) No duermo tan bien como antes.
- (2) Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
- (3) Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

**18. Cambios en el Apetito**

- (0) Mi apetito no ha disminuido.
- (1) No tengo tan buen apetito como antes.
- (2) Ahora tengo mucho menos apetito.
- (3) He perdido completamente el apetito.

- (3) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- (0) No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- (1) Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- (2) Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- (3) He perdido totalmente mi interés por el sexo.

***NIVEL DE DEPRESIÓN***

<b><i>Depresión nula o mínima</i></b>	<b>:</b>	Puntaje de 0 – 9
<b><i>Depresión leve</i></b>	<b>:</b>	Puntaje de 10 – 18.
<b><i>Depresión moderada</i></b>	<b>:</b>	Puntaje de 19 – 29.
<b><i>Depresión severa</i></b>	<b>:</b>	Puntaje de 30 – 63.