

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL  
ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2019**

Tesis presentada por la bachiller:  
Huanca Taruca Elizabeth Jenny  
Para optar el Título Profesional de Médica  
Cirujana

**Asesor: MC. Ramos Condori Edwing**

**Arequipa - Perú**

**2019**



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**

DECRETO N° 140 - FMH-2018

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2019"**

Presentado por el (la) Sr. (ta):

**ELIZABETH JENNY HUANCA TARUCA**

Nuestro dictamen es:

*Favorable.*

OBSERVACIONES:

*Corregidas las observaciones puede  
suscitar por trabajos e investigaci*

Arequipa, *2019/03/15*

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHE

*JMR*  
Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez  
Médico Psiquiatra  
CMP 33303 RNE 15308

DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRIGUEZ

*EA*  
DR. ERVIS ALVARADO DUEÑAS

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
Hospital III Regional Honorio Delgado

Dr. Ervis Alvarado Dueñas  
Jefe Servicio de Psiquiatría

*JA*  
DR. JOSÉ ALVARADO ACO

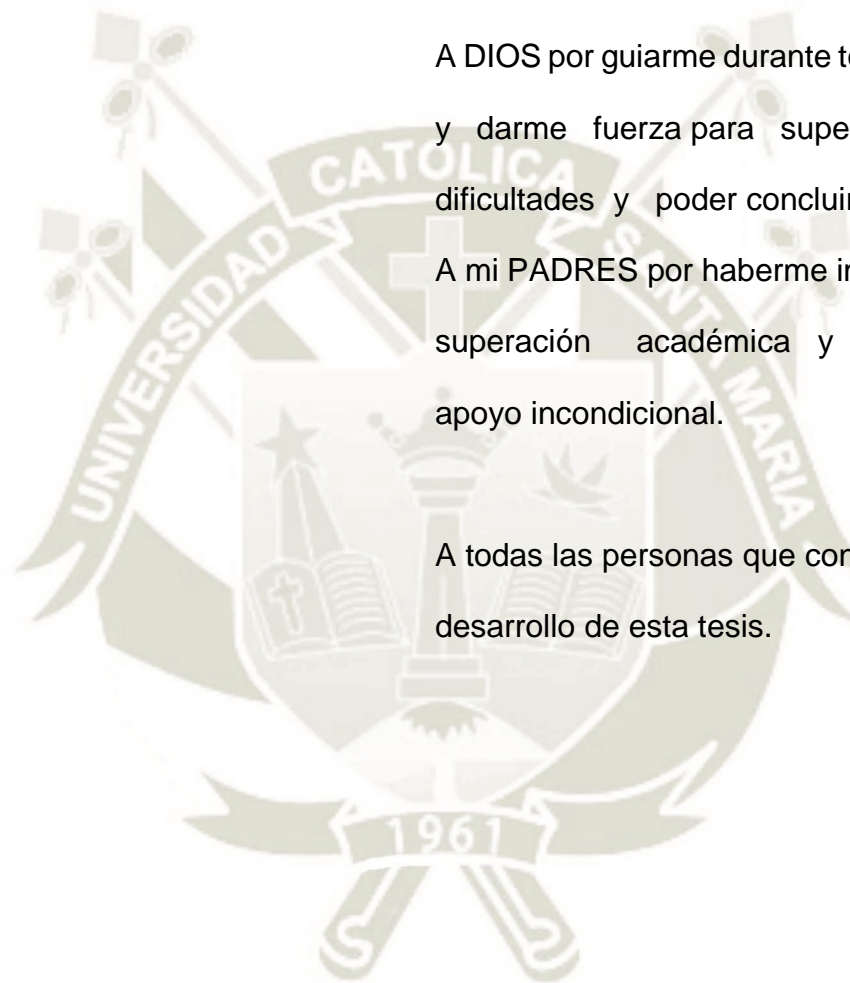
Dr. José Alvarado Aco  
MEDICO - PSIQUIATRA  
CMP: 14051 - RNE: 9805

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS por guiarme durante todo mi camino y darme fuerza para superar todas las dificultades y poder concluir este trabajo.

A mi PADRES por haberme impulsado a mi superación académica y brindarme su apoyo incondicional.

A todas las personas que contribuyeron al desarrollo de esta tesis.



## DEDICATORIA

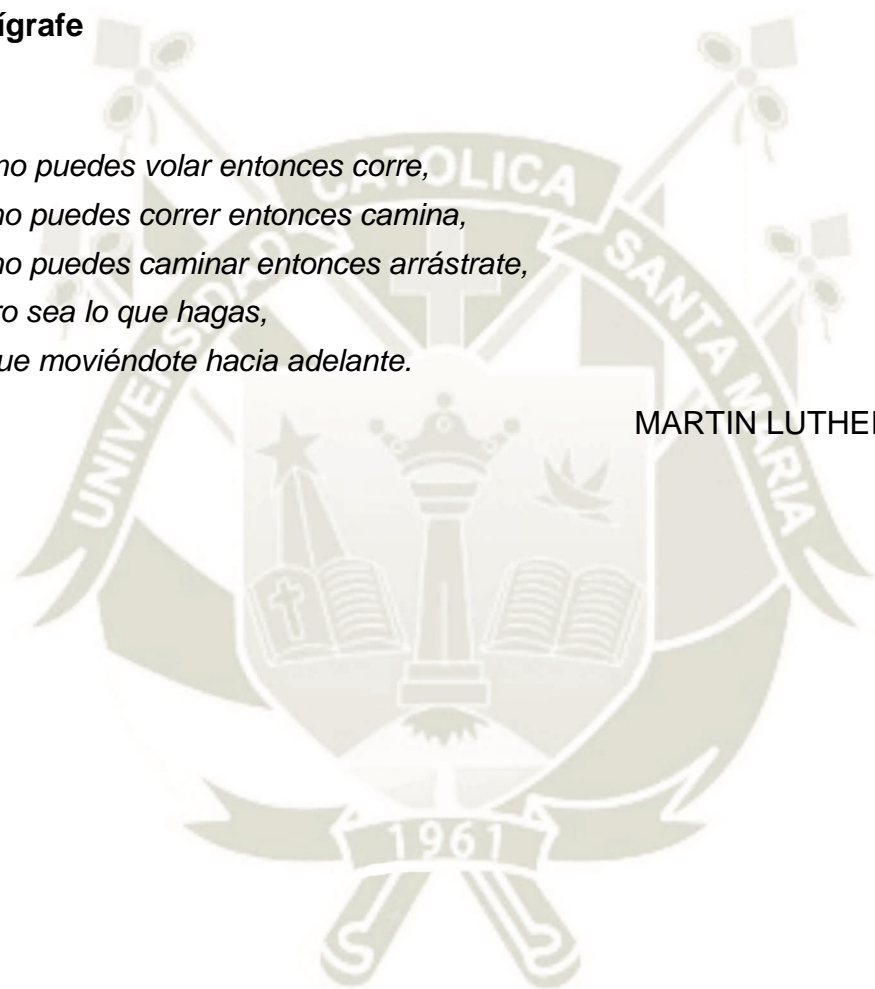
A mis Padres por su apoyo incondicional, por enseñarme a encarar las adversidades sin desfallecer en el intento.



## Epígrafe

*Si no puedes volar entonces corre,  
si no puedes correr entonces camina,  
si no puedes caminar entonces arrástrate,  
pero sea lo que hagas,  
sigue moviéndote hacia adelante.*

MARTIN LUTHER KING JR.



## ÍNDICE GENERAL

<b>Facultad de Medicina Humana</b> .....	i
<b>RESUMEN</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO II RESULTADOS</b> .....	9
<b>CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS</b> .....	24
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	30
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	33
<b>ANEXOS</b> .....	36
Anexo 1: Ficha de recolección de datos .....	37
Anexo 2: Escala de ansiedad de Hamilton (14 ítems) .....	38
Anexo 3. Escala de Depresión de Hamilton (17 ítems).....	39
Anexo 4 Matriz de sistematización de información .....	41
Anexo 5 Proyecto de investigación .....	43
Anexo 6 consentimiento informado .....	112
Anexo 7 permiso para la aplicación de instrumento .....	115
Anexo 8 panel fotografico.....	120

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer la variación de los síntomas de ansiedad y depresión con el tiempo de tratamiento del alcoholismo crónico en pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

**Métodos:** Se estudió una muestra de 40 pacientes que ingresaron para tratamiento de adicción al alcohol, aplicando las escalas de ansiedad y de depresión de Hamilton, antes y después de un periodo mínimo de terapia de 4 semanas. Se muestran variables mediante estadística descriptiva y se comparan con prueba chi cuadrado de McNemar.

**Resultados:** El 75% de casos fueron varones y 25% mujeres, con edades predominantes entre los 20 y 49 años (87.50%). En 25% de pacientes la enfermedad duró menos de un año, en 60% fue de 1 a 2 años, y en 10% de 3 a 5 años, con 5% de casos con más de 5 años de duración. Hubo antecedente de tratamiento previo por alcoholismo en 27.50% de casos, con un tratamiento previo en 12.50%, dos o tres tratamientos en 5%. La forma de tratamiento en la terapia actual en 47.50% de casos fue la psicoterapia, en 40% ansiolíticos, en 15% antidepresivos y otras modalidades de tratamiento en 87.50% de casos. Antes del inicio del tratamiento, el 92.50% de casos tenía ansiedad, sobre todo mayor (57.50%), y luego de culminar 4 semanas de tratamiento, la ansiedad se redujo a 90% pero sobre todo la ansiedad mayor, que se redujo a 30% de casos, quedando como ansiedad menor en 60% de pacientes ( $p < 0.05$ ). El 92.50% de pacientes mostraron síntomas de depresión antes del tratamiento, siendo leve en 52.50%, moderada en 30% y severa en 10%; con el tratamiento la frecuencia de síntomas de depresión disminuyó a 70%, permaneciendo como leve en la misma proporción (52.50%) y la depresión severa se redujo a la mitad (5%;  $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** El tratamiento del alcoholismo crónico en el servicio de Psiquiatría reduce significativamente la frecuencia y severidad de síntomas de ansiedad y depresión.

**PALABRAS CLAVE:** alcoholismo crónico, ansiedad, depresión, tratamiento.

## ABSTRACT

**Objective:** To establish the variation of symptoms of anxiety and depression with the time of treatment of chronic alcoholism in patients treated at the Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

**Methods:** A sample of 40 patients admitted for treatment of alcohol addiction was studied, applying the Hamilton anxiety and depression scales, before and after a minimum therapy period of 4 weeks. Variables are shown by descriptive statistics and compared with McNemar's chi-squared test.

**Results:** 75% of cases were male and 25% female, with predominant ages between 20 and 49 years (87.50%). In 25% of patients the disease lasted less than a year, in 60% it was 1 to 2 years, and in 15% of 3 to 5 years, with 5% of cases with more than 5 years of duration. There was a history of previous treatment for alcoholism in 27.50% of cases, with a previous treatment in 12.50%, two or three treatments in 5%. The form of treatment in current therapy in 47.50% of cases was psychotherapy, in 40% anxiolytics, in 15% antidepressants and other treatment modalities in 87.50% of cases. Before the start of the treatment, 92.50% of cases had anxiety, especially greater (57.50%), and after completing 4 weeks of treatment, the anxiety was reduced to 90% but especially the major anxiety, which was reduced to 30% of cases, remaining as anxiety lower in 60% of patients ( $p < 0.05$ ). 92.50% of patients showed symptoms of depression before treatment, being slight in 52.50%, moderate in 30% and severe in 10%; with treatment, the frequency of depression symptoms decreased to 70%, remaining as mild in the same proportion (52.50%) and severe depression was reduced by half (5%,  $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** The treatment of chronic alcoholism in the psychiatry service significantly reduces the frequency and severity of symptoms of anxiety and depression.

**KEY WORDS:** chronic alcoholism, anxiety, depression, treatment.

## INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es un problema que aqueja a una gran proporción de la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), acerca del consumo de alcohol en América para el 2010, en el Perú el 13.5% de la población ha tenido problemas con el consumo de alcohol, con consumo de cuatro o cinco bebidas alcohólicas, al menos en una ocasión en los últimos 30 días. El consumo aumentó en hombres bebedores que tienen consumos episódicos fuertes de 18% a casi 30% en 5 años mientras que en las mujeres aumentó de 4,6% a 13%. El incremento en el consumo de alcohol se puede deber a la alta disponibilidad del alcohol, al bajo precio de la bebida, y a la gran promoción y publicidad que tiene.

Son conocidos los trastornos relacionados al consumo de alcohol, y muchas personas son conscientes de estos daños potenciales, donde se incluyen las alteraciones hepáticas, alteraciones nerviosas, del tracto digestivo, entre otras. Es por ello que muchos toman la decisión de abandonar el consumo problemático; sin embargo, el efecto adictivo del alcohol y los cambios funcionales e incluso estructurales del sistema nervioso central son difíciles de revertir, y pueden producir frustración y recaídas en los pacientes, lo que los lleva a episodios de ansiedad y depresión.

Durante mi formación profesional, he podido observar una gran cantidad de pacientes hospitalizados por problemas relacionados al consumo de alcohol, y en las rotaciones en psiquiatría se ha observado que muchos de los pacientes que reciben tratamiento por la adicción presentan síntomas de

ansiedad o depresión, incluso a pesar del tratamiento farmacológico para la adicción. Por ello surge el interés para la realización del presente proyecto, que permitirá identificar la magnitud de trastornos del estado de ánimo que requieran manejo intensivo en el contexto del tratamiento de la adicción al alcohol.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que existen trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con alcoholismo crónico, asimismo hemos encontrado que estos disminuyen con el tratamiento para el alcoholismo, los resultados de la investigación servirán para poner mayor énfasis en buscar estas patologías en pacientes que sufran de alcoholismo crónico y concomitante al tratamiento para el alcoholismo puedan también recibir tratamiento para ansiedad y/o depresión, así nuestros pacientes se verán beneficiados en su recuperación.



**CAPITULO I**  
**MATERIALES Y MÉTODOS**

## 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 1), en la escala de depresión de Hamilton versión de 17 ítems (Anexo 2) y la escala de Hamilton para ansiedad de 14 ítems (Anexo 3).

**Materiales:**

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

## 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de enero a marzo del 2019.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes con dependencia al alcohol que acuden para tratamiento al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

**Población:** Todos los pacientes con dependencia al alcohol que acuden para tratamiento al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio

Delgado, Arequipa en el periodo de estudio.

**Muestra:** se estudió una muestra no probabilística intencional de 40 pacientes que cumplieron criterios de selección.

#### 2.4. Criterios de selección:

##### Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de edad
- De ambos sexos
- Diagnóstico de dependencia al alcohol
- Ingreso para tratamiento de la dependencia al alcohol
- Participación voluntaria en el estudio

##### Criterios de Exclusión

- Pacientes con adicción concomitante a otras sustancias
- Pacientes que presenten duelo reciente (menos de 2 meses)
- Pacientes con diagnóstico psiquiátrico de trastorno bipolar
- Que hayan abandonado el tratamiento
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Diseño de investigación:** Es un estudio observacional, prospectivo y longitudinal.

## **5. Estrategia de Recolección de datos**

### **5.1. Organización**

Se realizaron las coordinaciones con la dirección del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y la Jefatura del Servicio de Psiquiatría para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se contactó a los pacientes alcohólicos que ingresaron para tratamiento de la adicción al alcohol, para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria. En aquellos que cumplieron los criterios se les aplicará los instrumentos del estudio, esperando luego que culminen el periodo de tratamiento para volver a aplicar los cuestionarios de ansiedad y depresión de Hamilton.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

### **5.2. Validación de los instrumentos**

Para la evaluación de la ansiedad se empleó la escala de ansiedad de Hamilton versión de 14 ítems, y para la depresión la escala de depresión de Hamilton de 17 ítems.

Las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton están ampliamente validadas en su versión en español y se han utilizado en diversos estudios.

### 5.3. Criterios para manejo de resultados

#### a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

#### b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

#### c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

#### d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

#### e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas pareadas (antes y después) se realizó con la prueba chi cuadrado

de McNemar, y la comparación de variables numéricas con la prueba t pareada. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.22.0.





**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE  
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Tabla 1**

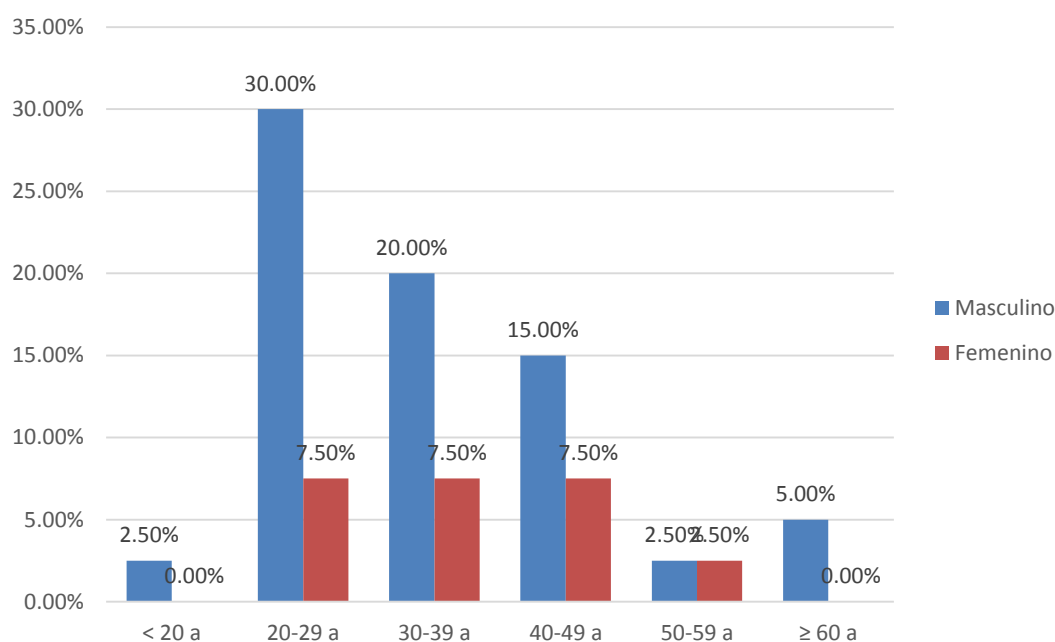
**Distribución de pacientes con alcoholismo según edad y sexo**

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	1	2.50%	0	0.00%	1	2.50%
20-29 a	12	30.00%	3	7.50%	15	37.50%
30-39 a	8	20.00%	3	7.50%	11	27.50%
40-49 a	6	15.00%	3	7.50%	9	22.50%
50-59 a	1	2.50%	1	2.50%	2	5.00%
≥ 60 a	2	5.00%	0	0.00%	2	5.00%
Total	30	75.00%	10	25.00%	40	100.00%

**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Gráfico 1**

**Distribución de pacientes con alcoholismo según edad y sexo**



**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Tabla 2**

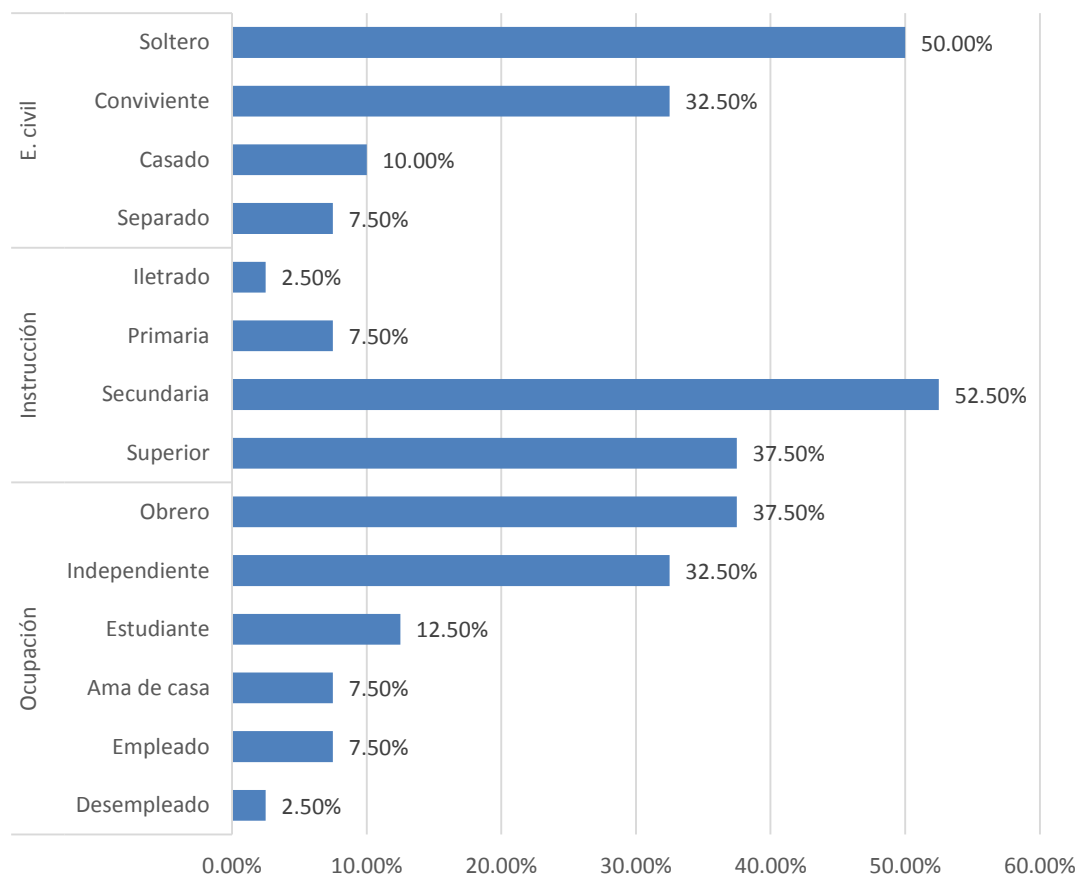
**Características sociodemográficas de los pacientes con alcoholismo**

		N°	%
E. civil	Soltero	20	50.00%
	Conviviente	13	32.50%
	Casado	4	10.00%
	Separado	3	7.50%
Instrucción	Iletrado	1	2.50%
	Primaria	3	7.50%
	Secundaria	21	52.50%
	Superior	15	37.50%
Ocupación	Obrero	15	37.50%
	Independiente	13	32.50%
	Estudiante	5	12.50%
	Ama de casa	3	7.50%
	Empleado	3	7.50%
	Desempleado	1	2.50%
Total		40	100.00%

**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Gráfico 2**

**Características sociodemográficas de los pacientes con alcoholismo**



**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Tabla 3**

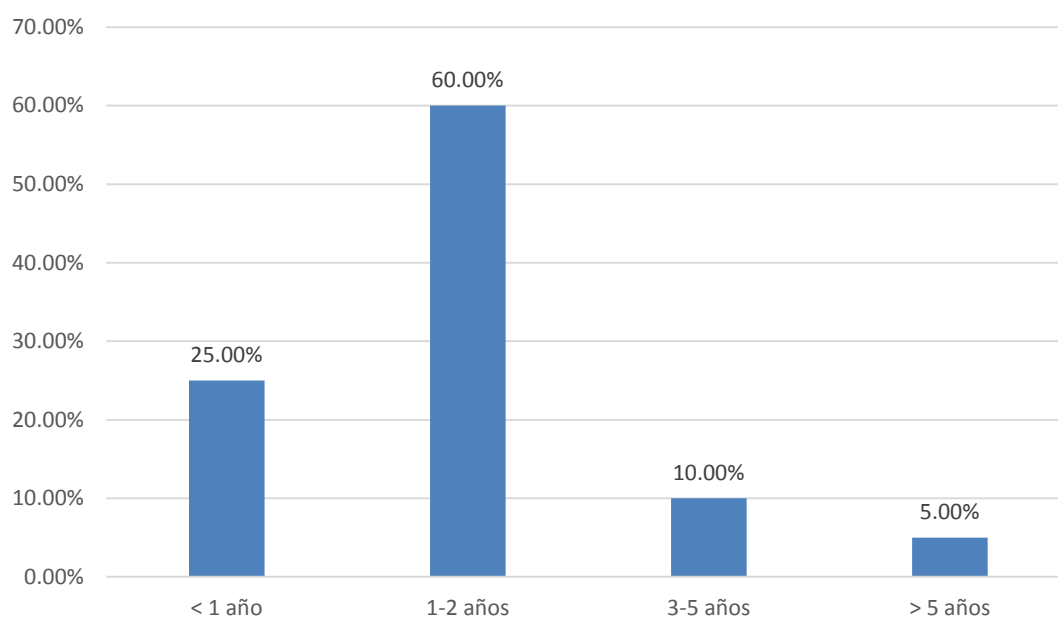
**Tiempo de enfermedad por alcoholismo crónico**

	<b>N°</b>	<b>%</b>
< 1 año	10	25.00%
1-2 años	24	60.00%
3-5 años	4	10.00%
> 5 años	2	5.00%
Total	40	100.00%

**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE  
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Gráfico 3**

**Tiempo de enfermedad por alcoholismo crónico**



T. enfermedad promedio:  $1.92 \pm 2.32$  años (0.5 – 12 años)

**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE  
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Tabla 4**

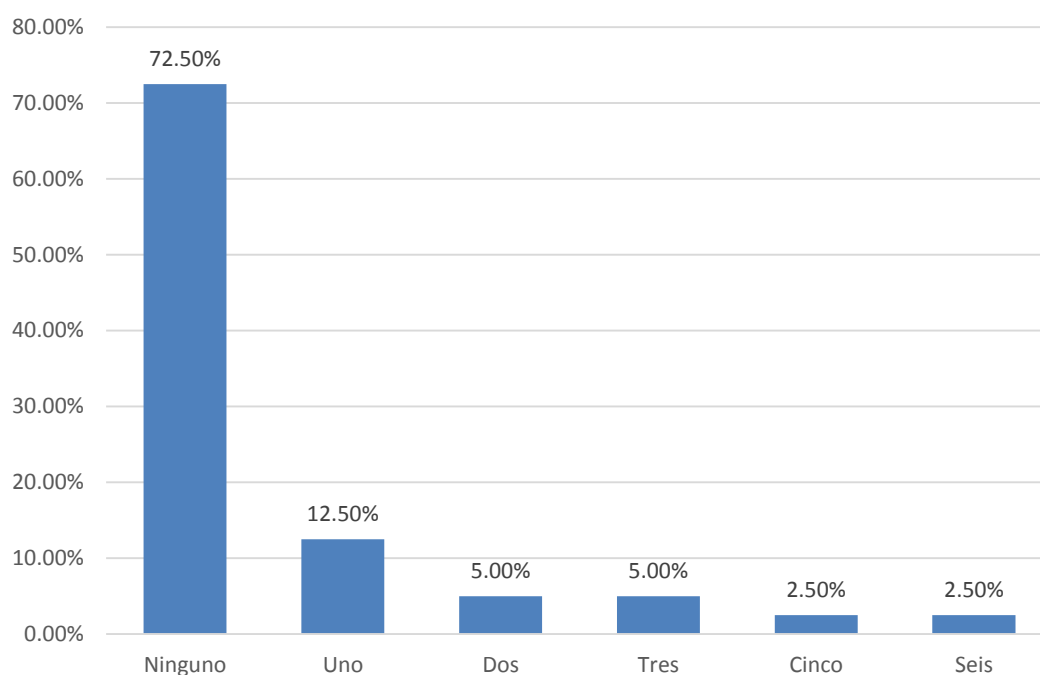
**Antecedente de tratamientos previos por alcoholismo crónico**

	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ninguno	29	72.50%
Uno	5	12.50%
Dos	2	5.00%
Tres	2	5.00%
Cinco	1	2.50%
Seis	1	2.50%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.00%</b>

**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Gráfico 4**

**Antecedente de tratamientos previos por alcoholismo crónico**



**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE  
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Tabla 5**

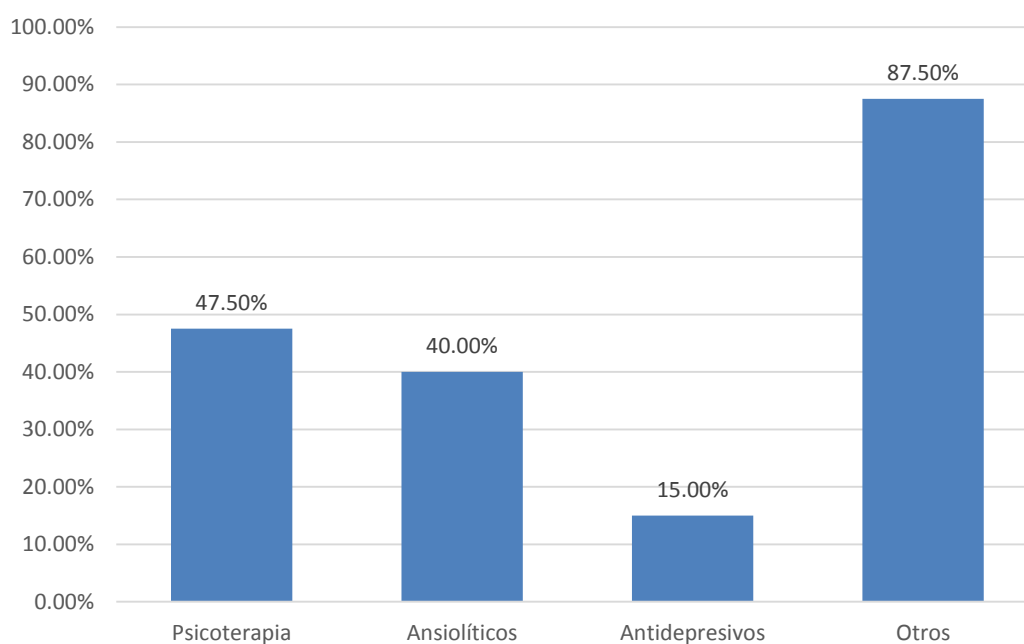
**Forma de tratamiento actual**

	<b>N°</b>	<b>%</b>
Psicoterapia	19	47.50%
Ansiofíticos	16	40.00%
Antidepresivos	6	15.00%
Otros	35	87.50%

**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE  
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Gráfico 5**

**Forma de tratamiento en la hospitalización actual**



**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Tabla 6**

**Niveles de ansiedad según momento de evaluación**

	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
Sin ansiedad	3	7.50%	4	10.00%
Ansiedad menor	14	35.00%	24	60.00%
Ansiedad mayor	23	57.50%	12	30.00%
Total	40	100.00%	40	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 6.23

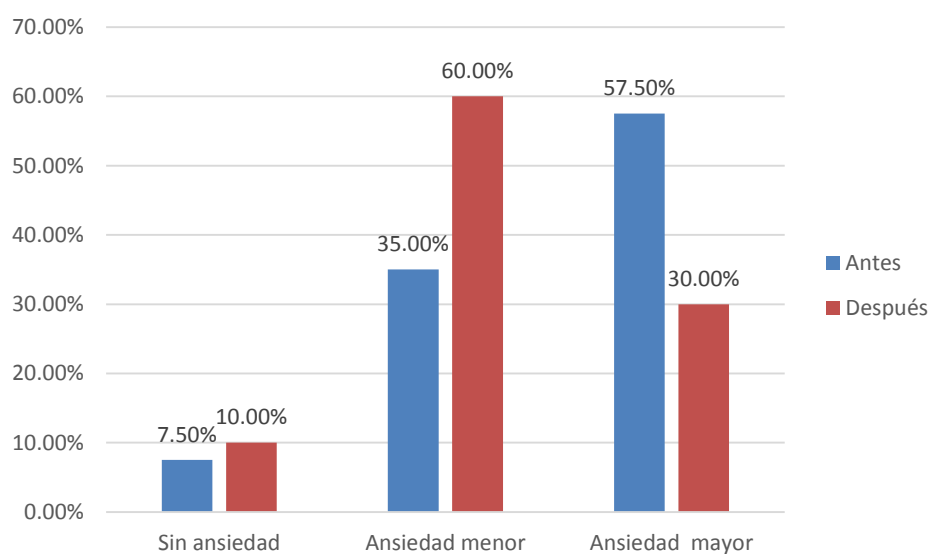
G. libertad = 2

p = 0.04

**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE  
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Gráfico 6**

**Niveles de ansiedad según momento de evaluación**



**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Tabla 7**

**Niveles de depresión según momento de evaluación**

	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
Sin depresión	3	7.50%	12	30.00%
Depresión leve	21	52.50%	21	52.50%
Depresión moderada	12	30.00%	5	12.50%
Depresión severa	4	10.00%	2	5.00%
Total	40	100.00%	40	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 8.95

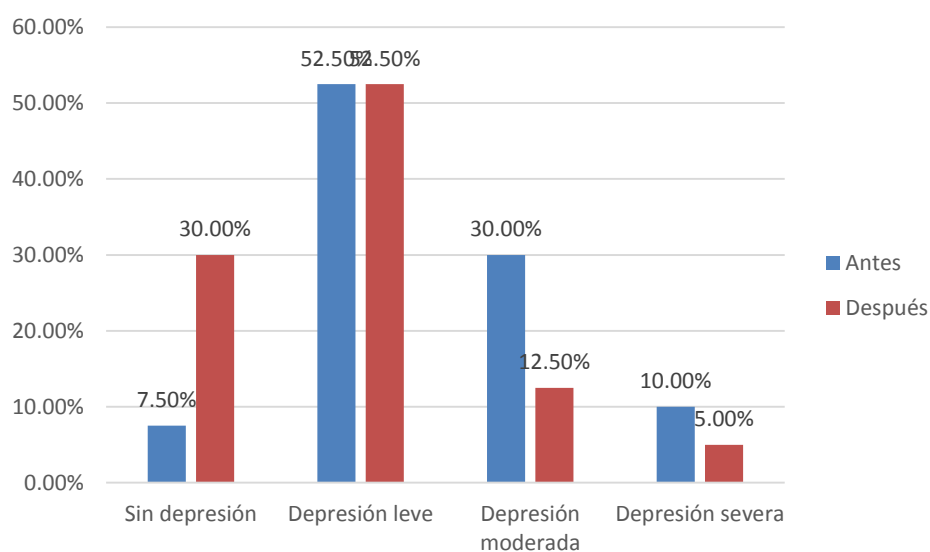
G. libertad = 3

p = 0.03

**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2019**

**Gráfico 7**

**Niveles de depresión según momento de evaluación**





El presente estudio se realizó con el objeto de establecer la variación de los síntomas de ansiedad y depresión con el tiempo de tratamiento del alcoholismo crónico en pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa. Se realizó la presente investigación debido a mi experiencia en pregrado como estudiante en las prácticas en los servicios de psiquiatría y como interna del mismo Hospital mencionado, sobre todo en los servicios de emergencia de Medicina y Cirugía, la gran cantidad de pacientes con problemas de alcoholismo, los cuales a su vez mostraban síntomas de ansiedad y depresión, lo cual me motivó a realizar el presente estudio.

Para tal fin se estudió una muestra de pacientes que ingresaron para tratamiento de adicción al alcohol, aplicando las escalas de ansiedad y de depresión de Hamilton, antes y después de un periodo mínimo de terapia de 4 semanas. Se muestran variables mediante estadística descriptiva y se comparan con prueba chi cuadrado de McNemar.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra a los pacientes con alcoholismo según edad y sexo; el 75% de casos fueron varones y 25% mujeres, con edades predominantes entre los 20 y 49 años (87,50%).

En estudios previos locales como de Yanque se encontró que la población predominante se encontraba en Adultos jóvenes 54,8%(26), en el estudio local de Alvarado se encontró que el 76% de pacientes con trastorno por consumo de alcohol fueron varones y 24% fueron mujeres; la edad promedio de los varones fue de 39.13 años y en mujeres fue de 33.67 años (27). Respecto al género continúa siendo mayor el número de varones que

consume alcohol respecto al de mujeres, una probable explicación es que aun nuestra cultura es conservadora, respecto a las edades es evidente que es más susceptible los adultos jóvenes porque vivimos en un ambiente de estrés y ellos encuentran en el alcohol un refugio a sus problemas.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestran las características sociodemográficas de los pacientes con alcoholismo crónico; el 50% eran solteros, 32.50% eran convivientes, 10% casados y 7.50% separados. El nivel de instrucción predominante fue secundario (52.50%) y superior (37.50%). El 37.50% eran obreros, 32.50% independientes, y 12.50% eran estudiantes; 7.50% fueron amas de casa o empleados y 2.50% desocupados.

En el estudio de Alvarado el 54% de pacientes eran solteros, 12% casados, 14% convivientes y 20% divorciados o separados. El nivel de instrucción de los pacientes fue predominantemente superior 50% o secundaria 36%. el 42% eran desempleados, 28% dependientes y 24% independientes (27).

En el estudio de Messa el 33.33% fueron solteros, 21.21% eran separados, 15.15 convivientes y 30.3% fueron casados. El 57.58 de asistentes tenían educación secundaria y 39.39 educación superior, la ocupación independiente 57.58%, dependientes y desempleados 21.21%. Una probable explicación es que las personas solteras tengan mayor tiempo disponible, así como menos responsabilidades respecto a los otros, a pesar de tener problemas con el alcohol la mayoría tiene un trabajo esto va de la mano con el nivel de instrucción ya que una gran mayoría cuenta con secundaria completa.

El tiempo de enfermedad por alcoholismo crónico se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**; el 25% de pacientes la enfermedad duró menos de un año, en 60% fue de 1 a 2 años, y en 10 % de 3 a 5 años, con 5% de casos con más de 5 años de duración. En el estudio de Alvarado el tiempo de enfermedad fue de 12.15 años (27), ello difiere de mi estudio porque la mayoría de mis pacientes recién iniciaban tratamiento por primera vez, asimismo eran recientemente diagnosticados.

Hubo antecedente de tratamiento previo por alcoholismo en 27.50% de casos, con un tratamiento previo en 12.50%, dos o tres tratamientos en 5%, y en la misma proporción de 5 a 6 tratamientos (**Tabla y Gráfico 4**). Esto contrasta con el estudio de Alvarado en el cual el tiempo fue de 3.45 años (27), una probable explicación es que en mi estudio se tomó en cuenta para la selección pacientes que recién iniciaban su tratamiento o algunos que habían tenido alguna recaída después de un largo periodo.

En la **Tabla y Gráfico 5**, la forma de tratamiento en la terapia actual en 47.50% de casos fue la psicoterapia, en 40% ansiolíticos, en 15% antidepresivos y otras modalidades de tratamiento en 87.50% de casos. En nuestro Hospital predomina otras modalidades que incluye fármacos como: topiramato, carbamazepina, clonazepam, tiamina, los cuales según el estudio mejoran la enfermedad de alcoholismo, disminuye la ansiedad y depresión.

La **Tabla y Gráfico 6** muestran la variación de los niveles de ansiedad con el tratamiento. Antes del inicio del tratamiento, el 92.50% de casos tenía

ansiedad, sobre todo mayor (57.50%), y luego de culminar 4 semanas de tratamiento, la ansiedad se redujo a 90% pero sobre todo la ansiedad mayor, que se redujo a 30% de casos, quedando como ansiedad menor en 60% de pacientes; las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ).

A nivel internacional según estudio de Araujo se obtuvo en la etapa de ingreso existe un mayor índice de ausencia de ansiedad; en cuanto a la fase de progreso se observa que lo predominante es la ansiedad moderada siendo ésta la etapa en la que se presenta mayor nivel de ansiedad. Por último, en la fase de egreso encontramos que los índices predominantes son de no ansioso, seguido de ansiedad muy severa. (31) . Este estudio no concuerda con nuestra hipótesis una posible explicación sea el uso de fármacos que utilicen sean diferentes a los que se emplean en nuestro Hospital y otra posibilidad sería el apego al tratamiento.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra la variación de la depresión con el tratamiento para el alcoholismo; el 92.50% de pacientes mostraron síntomas de depresión antes del tratamiento, siendo leve en 52.50%, moderada en 30% y severa en 10%; con el tratamiento la frecuencia de síntomas de depresión disminuyó a 70%, permaneciendo como leve en la misma proporción (52.50%) y la depresión severa se redujo a la mitad (5%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ). En el estudio de Alvarado empleando la escala de Hamilton, el 22% de pacientes no tenía signos de depresión, y del 78% que mostró algún nivel de depresión, predominó la depresión ligera (32%), con 18% con depresión moderada, y 14% tuvieron

depresión grave o muy grave (27). En el estudio de Meza Con el test PHQ-9 se identificó depresión en 72.73% de casos (leve en 12.12%, moderada en 21.21% y grave en 39.39%); con el test de Beck se encontró depresión en 81.82% (leve en 18.18%, moderada en 27.27% y grave en 36.36%) (28). Dichos estudios concuerdan en la existencia de una relación entre depresión y alcoholismo.

A nivel internacional el estudio de Araujo en la fase de ingreso se evidencia depresión ligera y en la de progreso este valor se mantiene y por último en la fase de egreso no presente depresión, pero le sigue la depresión muy severa. (31), Se observar que los estudios internaciones no concuerdan en ansiedad y depresión ya que estas fluctúan diferentes que en nuestro medio.



## CONCLUSIONES

- Primera.** - Los pacientes tratados por alcoholismo crónico en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa fueron predominantemente varones jóvenes, solteros, de educación secundaria o superior y de ocupación obreros o independientes.
- Segunda.** - Se encontró ansiedad y depresión 92.50% de pacientes con alcoholismo crónico a su ingreso para tratamiento al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, con niveles altos de ansiedad y leves de depresión.
- Tercera.** - Se encontró 90% de ansiedad y 70% de depresión en pacientes con alcoholismo crónico al terminar el tratamiento al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, sobre todo en formas leves.
- Cuarta.** - Se produjo una reducción significativa de los síntomas y severidad de ansiedad y depresión con el tratamiento del alcoholismo crónico en pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

## RECOMENDACIONES

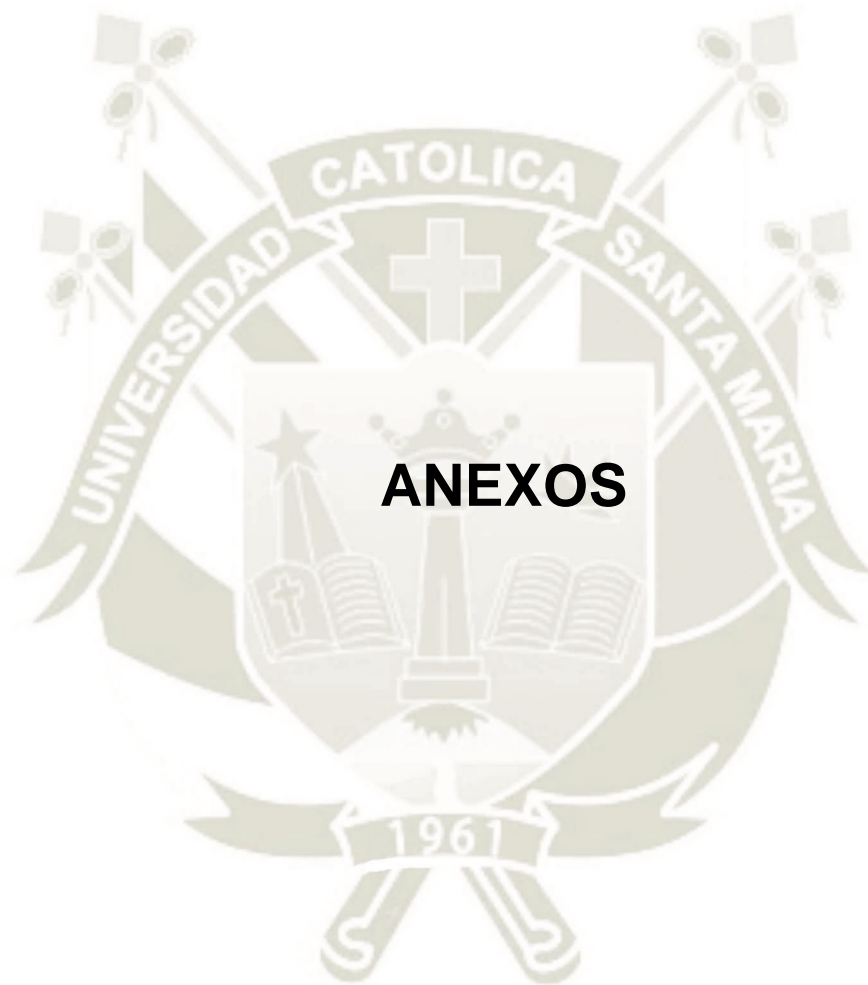
- 1) Al Médico Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, al evidenciarse que hay una reducción significativa en los síntomas de ansiedad y depresión, pero no una remisión completa de dichos síntomas, se debe incorporar tratamiento farmacológico antidepresivo en conjunto con el tratamiento de alcoholismo.
- 2) Al Jefe de Psicología del Hospital Regional Honorio Delgado, trabajar en equipo con el departamento de Psiquiatría en pacientes con alcoholismo crónico, asimismo brindar consejería al paciente y familiares para mayor compromiso y adherencia a la medicación.
- 3) A la Unidad de Capacitación e Investigación, del Hospital Regional Honorio Delgado y Escuela Profesional de Medicina Humana, realizar estudios de investigación en este aspecto, con un tiempo de tratamiento mayor a 4 semanas para poder comparar con nuestro estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 National and State Costs of Excessive Alcohol Consumption. *Am J Prev Med.* 2015 Nov. 49 (5):e73-9.
- 2) Stahre M, Roeber J, Kanny D, Brewer RD, Zhang X. Contribution of excessive alcohol consumption to deaths and years of potential life lost in the United States. *Prev Chronic Dis.* 2014 Jun 26. 11:E109.
- 3) Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 2002; 14 (Supl. 1): 195-219
- 4) Das SK, Dhanya L, Vasudevan DM. Biomarkers of alcoholism: an updated review. *Scand J Clin Lab Invest.* 2008. 68(2):81-92
- 5) Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry.* 2015 Aug. 72 (8):757-66.
- 6) Guía de práctica clínica: episodios depresivos. MINSA Fuente: <http://www.minsa.gob.pe/portada/docconsulta2006.asp>
- 7) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 157(suppl):1, 2010.

- 8) Bhatia SC, Bhatia SK: Major depression: selecting safe and effective treatment. *Am Fam Physician*, 2009; 55:1683.
- 9) APA: American Psychiatric Association APA. 2015. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- 10) NIH. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM–IV and DSM–5. Disponible en: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf>
- 11) Johnson BA. Medication treatment of different types of alcoholism. *Am J Psychiatry*. 2010 Jun. 167(6):630-9.
- 12) Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. *Am J Psychiatry*. 2018 Jan 1. 175 (1):86-90.
- 13) Bobes J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Médica. 2002.
- 14) Yanque CRG. Características clínicas y niveles de ansiedad en pacientes del centro de rehabilitación en relación al consumo de sustancias: Casa de la Juventud, Arequipa-Enero del 2015. Tesis para optar por el Título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa. 2015.

- 15) Alvarado E. Influencia de los rasgos de personalidad en la presencia de depresión en pacientes con trastornos por consumo de alcohol, Hospital Regional Honorio Delgado - 2014. Tesis de doctorado. Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2014
- 16) Messa WL. Características sociodemográficas y utilidad de la escala PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en miembros de grupos de autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Arequipa Febrero del 2017. Tesis para Obtener el Título de médico cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2017.
- 17) Ato BM. El consumo de bebidas alcohólicas como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina UPAO-Trujillo en el 2014. Tesis de pregrado, Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, 2015.
- 18) Sales D. Intervención Reiki en la ansiedad en los pacientes en proceso de desintoxicación alcohólica. Trabajo de maestría en cognición y evolución humana. Universidad de las Islas Baleares, 2018
- 19) Araujo GE, Clavijo FP. Ansiedad y depresión, en adultos varones drogodependientes, en proceso de internamiento. Tesis de pregrado, Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca, 2016



**Anexo 1: Ficha de recolección de datos**

Ficha N° \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años

Sexo: Masculino  Femenino

Estado civil: Soltero  Conviviente  Casado  Separada

Nivel de instrucción: Iltrado  primaria  secundaria  superior

Ocupación: Ama de casa  Estudiante  Empleado  Obrero

Independiente

Tiempo de enfermedad: \_\_\_\_\_ años

Tratamiento previo: No  Sí  Cuántos? \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento actual: Psicoterapia  antidepresivos  ansiolíticos

terapia ocupacional  otras  \_\_\_\_\_

Duración de la terapia acutal: \_\_\_\_\_ semanas

Puntaje Inicial      Ansiedad \_\_\_\_\_      Depresión \_\_\_\_\_

Puntaje final      Ansiedad \_\_\_\_\_      Depresión \_\_\_\_\_

Observaciones:

.....  
.....

## Anexo 2: Escala de ansiedad de Hamilton (14 ítems)

**INSTRUCCIONES:** Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 14 ítems. Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía. Deben puntuarse todos los ítems acorde a los siguientes criterios: **0: Ausente; 1: Intensidad ligera; 2: Intensidad media; 3: Intensidad elevada; 4: Intensidad máxima (invalidante)**.

	0	1	2	3	4
<b>1. Estado ansioso:</b> Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
<b>2. Tensión:</b> Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
<b>3. Temores:</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
<b>4. Insomnio:</b> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
<b>5. Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
<b>6. Humor depresivo:</b> Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
<b>7. Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
<b>8. Síntomas somáticos sensoriales:</b> Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).					
<b>9. Síntomas cardiovasculares:</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias					
<b>10. Síntomas respiratorios:</b> Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).					
<b>11. Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
<b>12. Síntomas genitourinarios:</b> Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
<b>13. Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).					
<b>14. Conducta en el transcurso del test:</b> Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					

### ANEXO 3. Escala de Depresión de Hamilton (17 ítems)

(El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro)

Ítem	Criterios de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados. 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Idea de suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas o amenazas de suicidio. 4. Intentos de suicidio.
4. Insomnio precoz	0. Ausente. 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. Ausente. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).
6. Insomnio tardío	0. Ausente. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Problemas en el trabajo y actividades	0. Ausentes. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación. 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.

9. Agitación	<p>0. Ninguna.</p> <p>1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas.</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle.</p>
11. Ansiedad somática	<p>Signos somáticos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.</li> <li>• Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.</li> <li>• Respiratorios: hiperventilación, suspiros.</li> <li>• Frecuencia urinaria.</li> <li>• Sudoración.</li> </ul> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera.</p> <p>2. Moderada.</p> <p>3. Grave.</p> <p>4. Incapacitante.</p>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno.</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno.</p> <p>1. Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.</p> <p>2. Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.</p>
14. Síntomas genitales	<p>Síntomas como pérdida de la libido y trastornos menstruales</p> <p>0. Ausentes.</p> <p>1. Débiles.</p> <p>2. Graves.</p> <p>3. Incapacitantes.</p>
15. Hipocondría	<p>0. No la hay.</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente).</p> <p>2. Preocupado por su salud.</p> <p>3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas.</p>
16. Pérdida de peso (completar sólo A o B)	<p>A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso.</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.</p> <p>2. Pérdida de peso definida según el enfermo.</p> <p>B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).</p>
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega estar enfermo.</p>



## **Anexo 4**

### **Matriz de sistematización de información**

N° de ficha	Edad	Cat edad	sexo	estado civil	nivel de instrucción	ocupación	T enf (años)	Cat t enf	tratamiento previo	cuántos	tipo de tratamiento actual	duración de la terapia actual	puntaje inicial ansiedad	Nivel Inicial Ans.	puntaje inicial de ansiedad	Nivel inicial Del.	puntaje final ansiedad	Nivel final ans.	puntaje final Dep.	Nivel final Dep.
1	26	20-29 a	masculino	soltero	secundaria	obrero	1-2 años	no	ninguno	psicoterapia, ansiolítico, otros	4 semanas	14	A. menor	10	D. leve	8	A. menor	3	Sin depresión	
3	36	30-39 a	masculino	soltero	secundaria	independiente	0.75 < 1 año	no	ninguno	psicoterapia, ansiolítico, otros	4 semanas	28	A. mayor	12	D. leve	12	A. menor	5	Sin depresión	
4	41	40-49 a	masculino	separado	superior	empleado	2 1-2 años	no	ninguno	otros	4 semanas	14	A. menor	10	D. leve	7	A. menor	4	Sin depresión	
5	38	30-39 a	masculino	conviviente	secundaria	obrero	1-2 años	no	ninguno	ansiolíticos y otros	4 semanas	9	A. menor	14	D. moderada	4	Sin ansiedad	7	Sin depresión	
6	23	20-29 a	masculino	soltero	superior	estudiante	0.5 < 1 año	no	ninguno	psicoterapia	4 semanas	19	A. mayor	9	D. leve	12	A. menor	6	Sin depresión	
7	39	30-39 a	masculino	casado	superior	independiente	0.5 < 1 año	no	ninguno	ansiolíticos y otros	4 semanas	33	A. mayor	30	D. severa	20	A. mayor	17	D. moderada	
8	44	40-49 a	femenino	conviviente	superior	independiente	1-2 años	no	ninguno	antidepresivos y ansiolíticos	4 semanas	10	A. menor	15	D. moderada	6	A. menor	11	D. leve	
11	64	≥ 60 a	masculino	casado	primaria	obrero	0.5 < 1 año	no	ninguno	otros	4 semanas	18	A. mayor	15	D. moderada	13	A. menor	11	D. leve	
12	22	20-29 a	masculino	soltero	primaria	desempleado	0.5 < 1 año	no	ninguno	antidepresivos y ansiolíticos	4 semanas	12	A. menor	12	D. leve	13	A. menor	9	D. leve	
14	39	30-39 a	masculino	separado	ilustrado	obrero	1.5 1-2 años	no	ninguno	otros	4 semanas	13	A. menor	7	Sin depresión	12	A. menor	7	Sin depresión	
17	18	< 20 a	masculino	soltero	secundaria	independiente	1-2 años	no	ninguno	psicoterapi, antidepresivos y ansiolíticos	4 semanas	22	A. mayor	11	D. leve	11	A. menor	8	D. leve	
19	49	40-49 a	masculino	casado	superior	empleado	1-2 años	no	ninguno	otros	4 semanas	17	A. mayor	13	D. leve	9	A. menor	9	D. leve	
20	44	40-49 a	masculino	conviviente	secundaria	independiente	1-2 años	no	ninguno	otros	4 semanas	25	A. mayor	25	D. severa	14	A. menor	23	D. severa	
21	26	20-29 a	masculino	soltero	secundaria	independiente	1.5 1-2 años	no	ninguno	psicoterapia, ansiolíticos y otros	4 semanas	19	A. mayor	23	D. severa	17	A. mayor	17	D. moderada	
22	35	30-39 a	femenino	soltero	secundaria	independiente	1-2 años	no	ninguno	psicoterapia, ansiolítico, otros	4 semanas	22	A. mayor	18	D. moderada	12	A. menor	13	D. leve	
23	48	40-49 a	femenino	conviviente	secundaria	ama de casa	2 1-2 años	no	ninguno	psicoterapia, ansiolítico, otros	4 semanas	22	A. mayor	17	D. moderada	11	A. menor	14	D. moderada	
25	25	20-29 a	masculino	conviviente	secundaria	obrero	5 3-5 años	no	ninguno	psicoterapia y otros	4 semanas	4	Sin ansiedad	8	D. leve	1	Sin ansiedad	6	Sin depresión	
26	49	40-49 a	masculino	casado	superior	obrero	2 1-2 años	no	ninguno	psicoterapia y otros	4 semanas	9	A. menor	11	D. leve	7	A. menor	10	D. leve	
28	23	20-29 a	masculino	soltero	secundaria	obrero	0.5 < 1 año	no	ninguno	otros	4 semanas	14	A. menor	13	D. leve	11	A. menor	12	D. leve	
29	26	20-29 a	masculino	soltero	secundaria	obrero	1-2 años	no	ninguno	psicoterapia, antidepresivos, ansiolíticos y o	4 semanas	12	A. menor	10	D. leve	11	A. menor	8	D. leve	
30	50	50-59 a	masculino	soltero	primaria	independiente	10 > 5 años	no	ninguno	psicoterapia y otros	4 semanas	27	A. mayor	15	D. moderada	20	A. mayor	8	D. leve	
31	33	30-39 a	femenino	separado	superior	empleado	2 1-2 años	no	ninguno	psicoterapia y otros	4 semanas	15	A. mayor	14	D. moderada	11	A. menor	8	D. leve	
32	27	20-29 a	masculino	soltero	superior	estudiante	0.5 < 1 año	no	ninguno	psicoterapia, ansiolítico, otros	4 semanas	12	A. menor	7	Sin depresión	8	A. menor	5	Sin depresión	
34	33	30-39 a	masculino	conviviente	secundaria	obrero	1-2 años	no	ninguno	psicoterapi, antidepresivos, ansiolíticos y o	4 semanas	13	A. menor	10	D. leve	7	A. menor	8	D. leve	
35	23	20-29 a	masculino	soltero	superior	estudiante	0.5 < 1 año	no	ninguno	otros	4 semanas	9	A. menor	11	D. leve	6	A. menor	10	D. leve	
37	20	20-29 a	femenino	soltero	secundaria	obrero	1-2 años	no	ninguno	otros	4 semanas	17	A. mayor	15	D. moderada	23	A. mayor	14	D. moderada	
39	22	20-29 a	femenino	soltero	superior	estudiante	3 3-5 años	no	ninguno	psicoterapi, antidepresivos, ansiolíticos y o	4 semanas	32	A. mayor	15	D. moderada	19	A. mayor	10	D. leve	
16	54	50-59 a	femenino	conviviente	secundaria	ama de casa	0.5 < 1 año	no	ninguno	otros	4 semanas	24	A. mayor	11	D. leve	23	A. mayor	11	D. leve	
24	31	30-39 a	masculino	conviviente	secundaria	obrero	2 1-2 años	no	ninguno	otros	4 semanas	18	A. mayor	12	D. leve	15	A. mayor	5	Sin depresión	
2	66	≥ 60 a	masculino	conviviente	secundaria	obrero	2 1-2 años	si	1	otros	4 semanas	15	A. mayor	12	D. leve	7	A. menor	4	Sin depresión	
9	28	20-29 a	masculino	conviviente	superior	independiente	3 3-5 años	si	1	psicoterapia	4 semanas	10	A. menor	13	D. leve	7	A. menor	11	D. leve	
13	21	20-29 a	femenino	soltero	secundaria	obrero	0.583333333 < 1 año	si	6	otros	4 semanas	3	Sin ansiedad	8	D. leve	2	Sin ansiedad	6	Sin depresión	
15	29	20-29 a	masculino	conviviente	secundaria	obrero	3 3-5 años	si	5	psicoterapia y otros	4 semanas	16	A. mayor	15	D. moderada	15	A. mayor	10	D. leve	
18	38	30-39 a	femenino	soltero	superior	independiente	2 1-2 años	si	2	psicoterapia y otros	4 semanas	8	A. menor	14	D. moderada	16	A. mayor	12	D. leve	
27	26	20-29 a	masculino	soltero	superior	estudiante	1.5 1-2 años	si	1	otros	4 semanas	20	A. mayor	26	D. severa	19	A. mayor	23	D. severa	
33	46	40-49 a	masculino	conviviente	secundaria	independiente	2 1-2 años	si	3	otros	4 semanas	4	Sin ansiedad	4	Sin depresión	1	Sin ansiedad	3	Sin depresión	
36	43	40-49 a	masculino	conviviente	secundaria	obrero	1-2 años	si	1	otros	4 semanas	15	A. mayor	9	D. leve	8	A. menor	8	D. leve	
38	34	30-39 a	masculino	soltero	secundaria	independiente	12 > 5 años	si	3	psicoterapia y otros	4 semanas	26	A. mayor	18	D. moderada	17	A. mayor	16	D. moderada	
40	30	30-39 a	masculino	soltero	superior	independiente	2 1-2 años	si	1	ansiolíticos y otros	4 semanas	17	A. mayor	11	D. leve	11	A. menor	9	D. leve	
10	46	40-49 a	femenino	soltero	superior	ama de casa	2 1-2 años	si	2	ansiolíticos y otros	4 semanas	23	A. mayor	12	D. leve	19	A. mayor	9	D. leve	



**Anexo 5**  
**Proyecto de investigación**

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



**“Variación de los síntomas de ansiedad y depresión con el tiempo de tratamiento del alcoholismo crónico. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2019”**

**Autora:**

**ELIZABETH JENNY HUANCA TARUCA**

Proyecto de Tesis para Optar el Título de  
Médico Cirujano

**Arequipa - Perú  
2019**

## I. PREÁMBULO

El alcoholismo es un problema que aqueja a una gran proporción de la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), acerca del consumo de alcohol en América para el 2010, en el Perú el 13.5% de la población ha tenido problemas con el consumo de alcohol, con consumo de cuatro o cinco bebidas alcohólicas, al menos en una ocasión en los últimos 30 días. El consumo aumentó en hombres bebedores que tienen consumos episódicos fuertes de 18% a casi 30% en 5 años mientras que en las mujeres aumentó de 4,6% a 13%. El incremento en el consumo de alcohol se puede deber a la alta disponibilidad del alcohol, al bajo precio de la bebida, y a la gran promoción y publicidad que tiene (1).

Son conocidos los trastornos relacionados al consumo de alcohol, y muchas personas son conscientes de estos daños potenciales, donde se incluyen las alteraciones hepáticas, alteraciones nerviosas, del tracto digestivo, entre otras. Es por ello que muchos toman la decisión de abandonar el consumo problemático; sin embargo, el efecto adictivo del alcohol y los cambios funcionales e incluso estructurales del sistema nervioso central son difíciles de revertir, y pueden producir frustración y recaídas en los pacientes, lo que los lleva a episodios de ansiedad y depresión (2).

Durante mi formación profesional, he podido observar una gran cantidad de pacientes hospitalizados por problemas relacionados al consumo de alcohol, y en las rotaciones en psiquiatría se ha observado que muchos de los pacientes que reciben tratamiento por la adicción presentan síntomas de ansiedad o depresión, incluso a pesar del tratamiento farmacológico para la adicción que incluye antidepresivos. Por ello surge el interés para la realización del presente proyecto, que permitirá identificar la magnitud de trastornos del

estado de ánimo que requieran manejo intensivo en el contexto del tratamiento de la adicción al alcohol.



## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la variación de los síntomas de ansiedad y depresión con el tiempo de tratamiento del alcoholismo crónico en pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión – Abuso de alcohol

##### b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
<b>Variable dependiente</b>			
Depresión	Puntaje en test de Hamilton de 17 ítems	Normal (0-7), Depresión leve (8-13), Depresión moderada (14-18), Depresión severa	Ordinal

		(19-22), Depresión muy severa (23 ó más)	
Ansiedad	Puntaje en test de Hamilton de 14 ítems	Sin ansiedad (0-5), Ansiedad menor (6-14), Ansiedad mayor (15 ó más)	Ordinal
<b>Variable independiente</b>			
Momento de evaluación	Inicio de tratamiento contra adicción	Al ingreso al tratamiento Al final del tratamiento	Nominal
<b>Variable independiente</b>			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino / Femenino	Nominal
Tiempo de alcoholismo	Inicio de consumo	Años	De razón
Tipo de tratamiento	Modalidad terapéutica	Psicoterapia, antidepresivos,	Nominal

		ansiolíticos, terapia ocupacional, otras	
--	--	---	--

**c) Interrogantes básicas**

1. ¿Cuál es la frecuencia y severidad de ansiedad y depresión en pacientes con alcoholismo crónico a su ingreso para tratamiento al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?
2. ¿Cuál es la frecuencia y severidad de ansiedad y depresión en pacientes con alcoholismo crónico al mes de tratamiento en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

e) **Nivel de investigación:** es un estudio observacional, prospectivo y longitudinal.

**1.3. Justificación del problema**

El alcoholismo es un problema importante en la sociedad, y su tratamiento implica el vencimiento de los síntomas de abstinencia, que pueden acompañarse de ansiedad y depresión; no hemos encontrado estudios recientes acerca de la variación de los síntomas de ansiedad y depresión luego del tratamiento del alcoholismo, por lo que nuestro estudio es **original**.

Tiene **relevancia científica** ya que se aplican principios de neuroquímica que subyacen a las adicciones y a los circuitos de recompensa del cerebro en las

adicciones para establecer el efecto del retiro del alcohol. Tiene **relevancia práctica** porque permitirá conocer la magnitud de dos problemas concomitantes en la adicción al alcohol que deben ser manejados intensivamente para evitar recaídas o conductas suicidas. Tiene **relevancia social** porque beneficiará a un importante grupo de la población que accede al alcohol como una adicción socialmente aceptada sin considerar los efectos negativos del alcohol sobre la salud.

El estudio es **contemporáneo**, ya que el alcoholismo y los trastornos del estado de ánimo la depresión son problemas de salud pública de permanente preocupación para la salud mental.

El estudio es **factible** por contar con una población de estudio cerrada y con instrumentos validados.

Cumple la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la psiquiatría.

Además, al generar nuevos conocimientos para el desarrollo de investigaciones futuras y la aplicación de sus resultados, tiene una importante **contribución académica**. Además, se cumplen las **políticas de investigación** de la universidad por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. Depresión

#### 2.1.1. Concepto

La depresión es un desorden funcional más común de los adultos de todas las edades y se presenta en diferentes grados. La depresión reemplaza el estado original de ansiedad cuando el individuo se da cuenta que no puede controlar el trauma y se dice que está en inhibición de la conducta de manejo de situaciones, que lo coloca en una posición biológica vulnerable. Es también considerada trastorno de la afectividad con sentimientos caracterizados por profunda tristeza monótona y sombría, que resiste a los requerimientos externos, a esto se le agrega una pérdida de interés por la vida, con reducción de autoestima y necesidad de auto-castigo (4).

Afecta principalmente a jóvenes entre los 25 a 40 años de edad. Esta perturbación puede ser la consecuencia de factores biológicos y ambientales lo que mina en el individuo su capacidad de adaptación. Los síntomas del cuadro depresivo son múltiples. Con frecuencia el paciente sufre en silencio los síntomas cognoscitivos (disminución de la capacidad de concentración, dificultad para tomar decisiones, olvidos frecuentes, pesimismo, sentimientos de desesperanza, minusvalía o culpa e ideas de suicidio) y solamente acude a consulta para manifestar sus síntomas somáticos y neurovegetativos (pérdida de peso, insomnio, cefalea tensional, lumbalgia, diaforesis, vómito, palpitaciones), o cuando la ansiedad y el miedo son tan intensos que no le permiten el sosiego y le alteran los ciclos de sueño y alimentación (4, 5).

Cuando la intensidad de los síntomas supera ciertos límites se vuelve competencia también de la psiquiatría, generalmente cuando se presenta un episodio depresivo mayor.

Los síntomas empeoran y se mantienen la mayor parte del día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio se acompaña de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante (5).

### **2.1.2. Síntomas de depresión**

Durante un episodio depresivo típico, el paciente sufre una bajada del estado de ánimo y una disminución de la energía y la actividad. La capacidad para disfrutar, el interés y la concentración también disminuyen. Tras realizar el mínimo esfuerzo, la persona se siente cansada, padece insomnio y pérdida de apetito. Las personas con depresión ven afectadas su autoestima y su autoconfianza y, generalmente, tienen sentimientos de culpabilidad.

Los episodios depresivos se clasifican como leves, moderados o graves, según el número de síntomas y su gravedad. En un episodio leve, en general, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria. En un episodio moderado tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En un episodio grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes (6).

Los trastornos depresivos son los trastornos psíquicos más frecuentes, aunque las cifras de incidencia y prevalencia halladas en los diferentes estudios realizados varían en función de la metodología empleada.

Se estima que en torno a un 20% de los pacientes que consultan a médicos de atención primaria padecen trastornos de depresión (7).

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil (5).

Según el CIE 10, la persona depresiva sufre un humor aplanado, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo (8).

Según el DSM-5 (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición) la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad. Asimismo, se pueden observar otras alteraciones como ser la del apetito por la cual se puede observar una pérdida de peso importante, aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo (9).

También se pueden observar alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño teniendo este fenómeno como resultado la dificultad para mantener el

sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo. Es menos frecuente pero también se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno (10).

Existen también cambios psicomotores como ser el enlentecimiento motriz, que están vinculados a la falta de energía que refiere la persona que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y que señala requerir de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes. Esta falta de energía también se manifiesta en la capacidad de expresión de la persona deprimida ya que muestra cierta pobreza de ideas y una lentitud marcada de sus verbalizaciones (10).

En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas.

También son manifestaciones de los episodios depresivos (10):

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.

g) La pérdida del apetito.

La forma de presentarse puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. En la adolescencia suele presentarse de forma atípica. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como (9, 10):

- Irritabilidad,
- Consumo excesivo de alcohol
- Comportamiento histriónico (emocionabilidad excesiva)
- Agravamiento de fobias
- Síntomas obsesivos que ya existían o
- preocupaciones hipocondríacas (preocupación constante y angustiosa por la salud)

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad (Leve, Moderado y Grave) habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

### 2.1.3. Diagnóstico de depresión

Los criterios que establece el DSM-5 para el trastorno depresivo mayor son (10):

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
- B. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). •
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). .

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir) ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo ruina económica, perdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia clínica del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

E. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

F. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

## 2.2. Ansiedad

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite estar alerta ante sucesos comprometidos o situaciones peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudar a mantener la concentración y afrontar los retos de la vida cotidiana. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de peligro inminente. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico (11).

Sin embargo, la ansiedad no es una enfermedad mental pero se le considera como tal cuando se vuelve intensa y persistente que llega a interferir con el funcionamiento cotidiano y se le conoce como desorden de ansiedad generalizada. La crisis se caracteriza por aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo o terror, acompañados de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control. Como se puede observar este trastorno incluye la experiencia afectiva de preocupación por la capacidad de logro y la calidad de ejecución, así como las expectativas recelosas (5).

En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se

presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera como un trastorno (11).

En nuestro contexto, la mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de la enfermedad mental, en la población general, entre el 10% y el 20% (7, 8).

### 1.3.1. Clasificación

Los trastornos pueden dividirse según el CIE 10 en (12):

#### a. F40 Trastornos de ansiedad fóbica

Trastornos la ansiedad que se ponen en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, éstos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. La preocupación del enfermo puede centrarse en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedos secundarios a morir, a perder el control o a volverse loco. Si el temor a enfermar es consecuencia de un miedo dominante y repetido al posible contagio de una infección o a una contaminación, o es simplemente el miedo a intervenciones (inyecciones, intervenciones quirúrgicas, etc.) o a lugares de asistencia (consulta del dentista, hospitales, etc.) médicas, debe escogerse una de las categorías de esta sección F40.- (por lo general F40.2, fobia específica). La mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones.(12).

#### b. F40.0 Agorafobia

El término "agorafobia" incluye no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa. La mayor parte de afectados son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta. Están presentes a menudo síntomas depresivos y obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en el cuadro clínico (12).

#### **Pautas para el diagnóstico (12)**

- Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
- La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

#### **c. F40.1 Fobias sociales**

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al

miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto (12).

#### **Pautas para el diagnóstico (12)**

- Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

#### **d. F40.2 Fobias específicas (aisladas)**

Fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la

agorafobia y en las fobias sociales. Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. El temor a la situación fóbica tiende a ser estable, al contrario de lo que sucede en la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al SIDA. Incluye: Zoofobias, claustrofobia, acrofobia, fobia a los exámenes, fobia simple (12).

### **Pautas para el diagnóstico**

- Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
- Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Además la ansiedad puede ocasionar síntomas fisiológicos, como trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.), trastornos digestivos (colon irritable, gastritis y úlcera), trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema), y otros trastornos psicosomáticos (cefaleas tensionales, dolor cervical crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.). La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide(12).

## **2.3. Dependencia alcohólica**

### **2.3.1. Concepto**

Para la mayoría de los adultos, el consumo moderado de alcohol, no más de dos bebidas por día para los hombres y una para las mujeres y personas mayores, es relativamente inofensivo. El consumo moderado, sin embargo, reside en un extremo del rango que va desde el abuso de alcohol hasta la dependencia del alcohol. El abuso de alcohol es un patrón de consumo de bebidas que deriva en consecuencias adversas importantes y recurrentes. Las personas que abusan del alcohol pueden no cumplir con sus obligaciones importantes en la escuela, el trabajo o la familia. Pueden tener problemas legales relacionados con el consumo de alcohol, como repetidos arrestos por conducir bajo los efectos del alcohol. Pueden tener problemas de relación asociados con la bebida. Las personas con alcoholismo, técnicamente conocido como dependencia del alcohol, pierden el control confiable de su consumo de alcohol. No importa qué tipo de alcohol uno tome y ni siquiera la cantidad: las personas dependientes del alcohol a menudo no pueden dejar de tomar una vez que comienzan. La dependencia del alcohol se caracteriza por la tolerancia (la necesidad de tomar más para lograr la misma euforia) y el síndrome de abstinencia si la bebida se interrumpe bruscamente. Los síntomas de abstinencia pueden incluir náuseas, sudoración, inquietud, irritabilidad, temblores, alucinaciones y convulsiones (13).

### 2.3.2. Etiología

Los problemas con el alcohol tienen múltiples causas, y los factores genéticos, fisiológicos, psicológicos y sociales desempeñan un papel importante. No todas las personas se ven igualmente afectadas por cada causa. Para algunas personas que abusan del alcohol, los rasgos psicológicos como impulsividad, baja autoestima y una necesidad de aprobación provocan que se beba alcohol de manera inapropiada. Algunas personas toman para sobrellevar o "curar" problemas emocionales. Los factores sociales y del entorno, como la presión de los compañeros y la fácil disponibilidad del alcohol, pueden jugar roles clave. La pobreza y el abuso físico o sexual aumentan las probabilidades de desarrollar dependencia al alcohol (14).

Los factores genéticos hacen que algunas personas sean especialmente vulnerables a la dependencia del alcohol. Contrariamente a lo que se cree, ser capaz de beber sin que se le note, significa que usted está en un mayor riesgo, y no menor, de tener problemas con el alcohol. Sin embargo, los antecedentes familiares de problemas con el consumo de alcohol no significan que los hijos de quienes tienen estos problemas automáticamente crecerán y tendrán los mismos problemas, del mismo modo que la ausencia de problemas con el consumo de alcohol en la familia no necesariamente protege a los niños de desarrollar estos problemas (15).

Una vez que las personas comienzan a tomar en exceso, el problema puede perpetuarse. Consumir bebidas alcohólicas en exceso puede causar cambios fisiológicos que hacen que beber más sea la única forma de evitar el malestar. Las personas con dependencia del alcohol pueden beber en parte para reducir o evitar el síndrome de abstinencia.

### 2.3.3. Neurobiología de la adicción y dependencia al alcohol

#### a) Efecto del consumo de alcohol a medio plazo

El consumo de alcohol a corto plazo deprime la función cerebral por alteración del equilibrio entre la neurotransmisión inhibitoria y excitatoria. Específicamente, el alcohol puede actuar como depresor incrementando la neurotransmisión inhibitoria, y reduciendo la neurotransmisión excitatoria. Algunos de los efectos depresores del alcohol se han relacionado con algunas de las manifestaciones comportamentales como son la disminución de la atención, las alteraciones en la memoria, los cambios de humor y la somnolencia (16).

- **Incremento de la neurotransmisión inhibitoria**

El principal neurotransmisor inhibitorio en el cerebro, es el ácido gamma-aminobutírico (GABA), que actuando a través de las distintas subunidades del receptor GABA<sub>A</sub> es el responsable del estado de sedación y disminución de la ansiedad inducidos por la ingesta de alcohol. Algunos estudios sugieren que el consumo de alcohol a corto plazo, incrementa el efecto inhibitorio del receptor GABA<sub>A</sub>, en corteza cerebral y médula espinal. Otros estudios demuestran, sin embargo, que el alcohol incrementa la función del receptor GABAérgico sólo en algunas regiones cerebrales y en determinadas condiciones experimentales (16, 17).

Por otro lado, se ha demostrado que el alcohol incrementa la función de los receptores de glicina (el mayor neurotransmisor inhibitorio de médula espinal y tallo cerebral) y la actividad de neuromoduladores inhibitorios como la adenosina. Así, la

activación del sistema adenosina causa sedación, mientras que su inhibición produce excitación.

Sin embargo, los efectos sedantes del alcohol son el resultado de la interacción de diferentes sistemas de neurotransmisión. Un ejemplo de esta interacción ocurre en las células de Purkinje cerebelares. En estas células, el incremento en la activación del receptor GABA<sub>A</sub> inducido por el alcohol, se produce de forma simultánea a la activación de receptores adrenérgicos (17).

- **Inhibición de la neurotransmisión excitatoria**

El alcohol también puede producir sedación por reducción de la neurotransmisión excitatoria. Así, diversos estudios experimentales sugieren que la exposición aguda a concentraciones tóxicas de alcohol, inhibe la actividad del ácido glutámico el mayor neurotransmisor excitatorio del cerebro, que junto con el aspartato actúan sobre receptores NMDA y receptores no NMDA (kainato), siendo una de las causas de los efectos sedantes del alcohol. Cabe destacar la importancia de las proyecciones glutamatérgicas desde el hipocampo y corteza hasta el núcleo accumbens, al que también llegan numerosas neuronas dopaminérgicas procedentes del área del tegmento ventral (VTA) y terminan principalmente en neuronas GABAérgicas espinosas medias. Mientras que las fibras dopaminérgicas realizan contactos simétrico-sinápticos (de tipo inhibitor) con las neuronas GABAérgicas espinosas medias, las neuronas glutamatérgicas forman sinapsis asimétricas (excitadoras) en tales células. Por tanto, la producción GABAérgica del núcleo accumbens podría regularse por la administración local de antagonistas de NMDA, por la de agonistas indirectos de dopamina (como la anfetamina y la

cocaína), y por la administración de sustancias que activan la entrada dopaminérgica en el núcleo accumbens (como la nicotina y la morfina) (16).

### **b) Efecto del consumo de alcohol a largo plazo**

Las alteraciones neuroquímicas que se producen en el cerebro tienden a invertirse después de una ingestión continuada de alcohol. Por ejemplo, aunque el consumo de alcohol a corto plazo incrementa la función del receptor GABA<sub>A</sub> y disminuye la del receptor glutamatérgico, el consumo prolongado tiene el efecto opuesto, es decir, reducción en la función GABAérgica por muerte neuronal en el giro dentado hipocampal y disminución de la expresión de la sub-unidad alfa-1 del receptor GABA<sub>A</sub> en hipocampo y área del tegmento ventral, y aumento de la actividad excitatoria glutamatérgica en el núcleo central de la amígdala (18).

De todas las alteraciones neuroquímicas que se producen en el cerebro tras el consumo prolongado de alcohol queremos destacar por sus novedosas y potenciales implicaciones terapéuticas a las que se producen en el sistema cannabinoide endógeno. Resultados recientes sugieren que el consumo de alcohol a largo plazo también podría modificar la actividad de los componentes del sistema cannabinoide endógeno. Este nuevo sistema de neurotransmisión se compone de ligandos endógenos como la anandamida (AEA) y el 2-araquidonil glicerol (2-AG) que se unen de forma específica a dos tipos de receptores cannabinoides, ambos acoplados a proteínas G, el receptor CB1 localizado fundamentalmente en el sistema nervioso central, y el receptor CB2 localizado preferentemente en las células del sistema inmunológico. Se ha sugerido la participación del sistema cannabinoide en numerosas funciones fisiológicas, como la actividad motora, el aprendizaje y la memoria, la antinocicepción, el control de las emociones, el desarrollo

neuronal y la regulación de diversos procesos inmunológicos. Resultados recientes implican al sistema cannabinoide en los sistemas de recompensa a determinadas drogas como el alcohol, la nicotina, cocaína, y los derivados opiáceos. En efecto, la exposición crónica a vapores de etanol induce una disminución tanto en la densidad como en la funcionalidad del receptor cannabinoide CB1 en las membranas plasmáticas del cerebro de ratón. De hecho, la densidad del receptor cannabinoide CB1 es menor en cepas de ratones seleccionadas por su preferencia por el consumo de alcohol como la C57BL/6 en comparación con las DBA/2 (no preferentes) (19).

Por otro lado, se ha observado que la exposición crónica a alcohol en células de neuroblastoma incrementa los niveles de AEA y de su precursor, el ácido N-araquidonil-fosfatidil-etanolamina, mientras que en células granulares cerebelares, se encuentra un aumento de los niveles de 2-AG. Estos resultados permiten hipotetizar que el consumo crónico de alcohol incrementa la síntesis y liberación de AEA y 2-AG, lo que provoca una disminución en el número y en la funcionalidad de los receptores CB1. Es interesante destacar que el alcohol y distintos derivados cannabinoides, presentan efectos farmacológicos y comportamentales similares, de forma que a dosis bajas presentan efectos eufóricos y estimulantes, mientras que a dosis altas producen sedación. En general, los derivados cannabinoides producen hipotermia, euforia, analgesia y alteraciones motoras. Se ha observado que la falta de coordinación motora provocada por la administración intracerebelar de THC se ve potenciada por la administración sistémica (i.p) de alcohol. Es interesante destacar que la ataxia inducida tanto por la administración aguda de alcohol (2 g/kg, i.p) como la de cannabinoides (THC, 15 mg/kg, i.c.b) se regula por el receptor de adenosina A1 cerebelar, de forma que la inactivación de este receptor con un oligonucleótido antisentido, ya sea de manera oral o sistémica, reduce

significativamente la alteración motora. Esta interacción entre diferentes sistemas de neurotransmisión en una situación de «multidependencia» en el animal o el individuo alcohólico complica diferentes aspectos de la presentación y evolución del comportamiento adictivo (propiedades reforzantes del alcohol, abstinencia, recaídas) y de su tratamiento farmacológico (naltrexona, acamprosato, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y psicoterapéutico (16).

### **c) Síndrome de abstinencia a alcohol**

Cuando el consumo de alcohol se interrumpe en individuos tolerantes, se produce un síndrome de abstinencia, caracterizado por la aparición de temblores, alucinaciones, insomnio, agitación y confusión. Se ha sugerido que este síndrome representa la hiperactividad del mecanismo adaptativo neural no compensado por el efecto inhibitorio del alcohol. Se produce un incremento en la actividad del receptor NMDA, por inhibición prolongada de los mecanismos glutamatérgicos, que aumentaría la cantidad de calcio que entra en las células nerviosas. Pero aunque el calcio es esencial para la función neuronal, un exceso de esta sustancia produce toxicidad y muerte celular. De hecho, repetidos ciclos de consumo de alcohol y abstinencia puede resultar en daño cerebral por exceso de calcio neuronal. No obstante, las respuestas neuroconductuales de la abstinencia a alcohol, también se explican a través de un modelo animal basado en el consumo crónico e intermitente de alcohol, que demuestra una disminución en la actividad GABAérgica y reducción del número y sensibilidad de los receptores GABA<sub>A</sub>, responsable del incremento en los niveles de ansiedad desencadenada. La interacción entre el alcohol y el receptor GABA se evidencia en estudios que muestran una disminución en las manifestaciones del

síndrome de abstinencia alcohólica por el uso de sustancias que incrementan la actividad GABAérgica, como las benzodiazepinas y los bloqueantes de la recaptación del GABA (17).

Durante el síndrome de abstinencia, se produce también una activación simpática excesiva que ocurre por aumento de la liberación de noradrenalina en el *locus coeruleus*, aumento de los niveles de adrenalina y activación del eje HHA (hipercortisolemia). También se ha postulado la participación de los receptores de adenosina localizados en el *locus coeruleus* como elementos relevantes en la hiperactivación inducida por la abstinencia.

El sistema opioide endógeno también interviene en el descenso de la actividad dopaminérgica que se produce durante la abstinencia, hecho que explicaría la utilidad terapéutica de los antagonistas opiáceos en el tratamiento del síndrome de abstinencia a alcohol. Estudios recientes indican que el bloqueo del receptor opioide, por ejemplo con naltrexona (antagonista de los receptores opioides  $\mu$ ), reduce el deseo irrefrenable de consumo de alcohol. En efecto, la administración de este antagonista de receptores opioides reduce el consumo de alcohol tanto en animales de experimentación como en pacientes alcohólicos, probablemente impidiendo la acción de los péptidos opioides liberados como consecuencia del consumo de alcohol (18).

#### **d) Refuerzo y dependencia al alcohol**

Los avances más recientes en la teoría de la dependencia han subrayado el papel del sistema nervioso central en la regulación del refuerzo positivo y negativo de las distintas drogas de abuso. El alcohol presenta una elevada capacidad adictiva que se relaciona con

su efecto reforzante, es decir, el deseo de continuar consumiendo alcohol para seguir experimentando sus efectos eufóricos (refuerzo positivo) o para no sufrir la abstinencia (refuerzo negativo).

Una de las características comunes a todas las drogas de abuso incluido el alcohol es estimular la actividad dopaminérgica en el sistema mesolímbico. Concretamente, este aumento de la actividad dopaminérgica en amígdala, núcleo accumbens y estriado dorsal entre otras regiones del sistema límbico, a través de la interacción con receptores glutamatérgicos, se ha relacionado con la acción reforzante que confiere a las drogas su capacidad adictógena. Este hecho se ha puesto de manifiesto mediante la utilización de la nomifensina, que demuestra que los lugares de «recompensa efectiva» se encuentran en la región ventromedial del núcleo accumbens, llamada región «periférica», y no en la región más dorsal y lateral, llamada región «nuclear». Tal descubrimiento puede resultar importante, ya que las regiones nuclear y periférica del núcleo accumbens tienen distintas proyecciones eferentes y subtipos de receptores de dopamina D2 y D3 que se expresan diferencialmente. Las células de la periferia del núcleo accumbens se proyectan principalmente hacia el área del tegmento ventral, mientras que las células del núcleo se proyectan hacia la zona compacta de la sustancia negra. Los receptores D2 están presentes en la periferia y desempeñan un papel importante en la activación motora, mientras que los receptores D3 están localizados en el núcleo y desempeñan un papel fundamental en la inhibición motora. También la corteza frontal recibe aferencias dopaminérgicas del área tegmental ventral y las inyecciones locales de los antagonistas de dopamina o las neurotoxinas de dopamina bloquean los efectos de recompensa del alcohol (16).

En la dependencia alcohólica es necesario considerar la participación de otros sistemas neurotransmisores ya que, por ejemplo, las neuronas GABAérgicas actúan sobre las neuronas dopaminérgicas del área del tegmento ventral modulando el refuerzo, lo mismo que las neuronas encefalinérgicas actúan sobre los receptores opioides situados en estas mismas neuronas dopaminérgicas. A su vez, esas neuronas encefalinérgicas están activadas por receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>3</sub>, contribuyendo este hecho al efecto reforzante del alcohol.

Es importante señalar que en el área del tegmento ventral los agonistas opiáceos  $\mu$  y  $\delta$  son en gran parte responsables de las acciones reforzantes del alcohol. Concretamente, la activación de receptores opiáceos  $\mu$  estimula la actividad de neuronas dopaminérgicas en terminales del sistema mesolímbico por desinhibición de neuronas inhibitorias espinosas medias GABAérgicas. Aunque no se conoce con precisión el mecanismo molecular de la intervención de los agonistas  $\delta$  en esta región, la eficacia relativa del agonista  $\mu$  DAMGO y la del agonista  $\delta$  DPDPE, sobre el efecto reforzante del alcohol, se caracteriza por el aumento de los niveles de dopamina en el núcleo accumbens. Sin embargo, los agonistas  $\kappa$  opiáceos no intervienen en la acción reforzante del alcohol en el núcleo accumbens. Por el contrario, la administración de opiáceos  $\kappa$  produce aversión e inhibición del disparo dopaminérgico en el núcleo accumbens (17, 18).

Se ha observado un aumento en la expresión génica de los péptidos opioides proencefalina, prodinorfina y proopiomelanocortina en diversas regiones cerebrales de ratas y ratones selectivamente cruzados en función de su preferencia por el consumo de alcohol. La relevancia de la intervención del sistema opioide endógeno en la adicción al alcohol se ha evidenciado recientemente en un interesante artículo que demuestra que en los animales genéticamente manipulados desprovistos de receptor  $\mu$  opioide («knockout

μ») no se produce adicción al alcohol. De acuerdo con esta idea, se ha comunicado que en ratas preferentes por el consumo de alcohol de la raza Fawn-Hooded (FH) el consumo crónico de alcohol produce un marcado aumento en la densidad de receptores μ opioides en el núcleo accumbens y en el área del tegmento ventral y un aumento en la densidad de receptores D1 y D2 de dopamina en sustancia negra. Sin embargo, en modelos de ratas Sardinian seleccionadas por su preferencia al alcohol, se observa una marcada reducción de receptores opioides en el caudado putamen y en la región periférica del núcleo accumbens con respecto a las ratas no preferentes. En estos animales, también se ha detectado un descenso en la expresión génica de encefalina en la zona caudal del caudado putamen y un aumento en la corteza cerebral, sin observarse cambios en la expresión génica de la prodinorfina (10, 19).

#### **2.3.4. Diagnóstico**

Hasta la edición del DSM-IV, los problemas relacionados con el alcohol se dividían en dos grandes grupos: el Abuso de alcohol y la Dependencia al alcohol. En la reciente quinta edición del DSM, ambos problemas se integran en uno sólo, “Trastornos por uso de alcohol”. Sin embargo, esto no significa que se considere igual a todos los problemas. Para distinguir unos de otros el manual de diagnóstico de Trastornos mentales de la American Psychiatric Association, propone clasificar estos trastornos en tres grandes grupos dependiendo de su gravedad leve, moderado o severo (10).

En el campo del tratamiento del alcoholismo, la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-V (SCID) es un instrumento diagnóstico muy conocido que se usa ampliamente para determinar criterios de ingreso a estudios y para la toma de decisiones acerca de la clase

o las clases de tratamiento que podrían ser más útiles para hacer frente a los problemas relacionados con el uso de la sustancia. Según el concepto de “síndrome de dependencia del alcohol” que formuló la Organización Mundial de la Salud, el SCID ha servido de mecanismo para clasificar a los individuos como dependientes de alcohol, según: 1) si muestran signos de dependencia física, como tolerancia o síntomas de abstinencia; 2) si siguen usando la sustancia a pesar de experimentar problemas reiterados; 3) si consumen la sustancia en cantidades más grandes de lo que se había pensado; y 4) si renuncian a sus actividades sociales, ocupacionales o recreativas, o reducen su participación en ellas, debido a sus hábitos de beber alcohol. A las personas que no padecen los síntomas físicos mencionados, o tienen menos consecuencias (pero manifiestan al menos una), se les diagnostica como personas que abusan del alcohol (10).

### **2.3.5. Criterios diagnósticos de trastornos por consumo de alcohol en el DSM-5 (10)**

Trastorno por consumo de alcohol

- A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
  2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
  3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
  - a) Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b) Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
  - c) Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol).
  - d) Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

**En remisión inicial:** Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido).

**En remisión continuada:** Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

**En un entorno controlado:** Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol.

Especificar la gravedad actual:

- 305.00 (F10.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.
- 303.90 (F10.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.
- 303.90 (F10.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

### 2.3.6. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo

Los trastornos psiquiátricos que aparecen asociados con mayor frecuencia al alcoholismo, son trastornos de personalidad antisocial (21 veces más probable que en la población general), la manía (6-2 veces más), la esquizofrenia (4 veces más) y el abuso de drogas (3-9 veces más). Y las drogodependencias que aparecen asociadas al alcoholismo, por orden de mayor a menor frecuencia serían las de cocaína,

hipnosedativos, opiáceos, alucinógenos, estimulantes y cannabis (19).

Aunque los síntomas aislados de ansiedad y depresión aparecen asociados con frecuencia al alcoholismo, los trastornos depresivos o de ansiedad no son mucho más prevalentes que entre la población general.

En la población general, los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, llegando, según algunos estudios hasta el 25% de la población. Entre un 23% y un 70% de pacientes alcohólicos presentan también trastornos de ansiedad, sobretodo neurosis de ansiedad y fobias. Por otro lado, del 20% al 45% de pacientes con trastorno de ansiedad tiene antecedentes de alcoholismo. Dicha comorbilidad entre alcoholismo y trastornos de ansiedad es más prevalente entre los dependientes que entre los abusadores de alcohol (20).

Entre los trastornos psiquiátricos de Eje II, asociados al alcoholismo, destacan los trastornos de personalidad (57-78%), que se distribuyen entre los de tipo paranoide (7-44%), antisocial (3-47%), límite (16-32%), histriónico (6-34%), por evitación (2-32%), y dependiente (4-29%). En función de la tipología de alcoholismo, la comorbilidad de Eje I es dos veces más frecuente en el tipo A que en el tipo B. Sin embargo, la comorbilidad con trastornos de personalidad (acompañada o no por algún trastorno de Eje I), es más frecuente en los pacientes alcohólicos de tipo B que en los de tipo A. Sobre todo los trastorno de personalidad esquizoide, esquizotípico, o los del cluster B (20).

### 2.3.7. Etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos asociados al alcoholismo

Los trastornos psiquiátricos podrían conducir al alcoholismo. Los pacientes con síntomas psiquiátricos podrían recurrir a beber, como auto-medicación de sus síntomas de ansiedad. En tal caso, el trastorno psiquiátrico precedería al alcoholismo en varios años y el alcoholismo sería secundario.

Pero, por otro lado, el consumo excesivo de alcohol contribuye al desarrollo de síntomas psiquiátricos, como el deterioro de la expresión emocional, síntomas de ansiedad, depresión, y trastornos de conducta que producen desadaptación social. Se trata de síntomas o síndromes psiquiátricos, inducidos por el consumo excesivo de alcohol o por su abstinencia, en el contexto de un alcoholismo primario. Estos síntomas o síndromes psiquiátricos inducidos por el alcohol tenderán a su remisión espontánea, pocos días o semanas después de haber abandonado el consumo de alcohol (20).

Los pacientes alcohólicos refieren con frecuencia que beben para mitigar o aliviar estados de ánimo disfórico, lo cual ha sido considerado como “auto-medicación”. Sin embargo, el consumo crónico de alcohol y su posible abstinencia pueden agravar estados de ánimo negativo, como consecuencia de los efectos farmacológicos del alcohol, o bien de los problemas psicosociales asociados.

Los pacientes que presentan un trastorno bipolar pueden beber para aliviar tanto los síntomas depresivos como maníacos, pero la evidencia indica que el mayor riesgo para el consumo excesivo se produce durante la fase maníaca de su enfermedad. Los pacientes con agorafobia o fobia social pueden beber para aliviar sus síntomas de ansiedad, sin embargo, los que padecen un trastorno de angustia o de ansiedad generalizada pueden experimentar dichos síntomas como consecuencia del consumo excesivo de alcohol (21).

### 2.3.8. Ansiedad y depresión relacionados con el alcohol

El alcohol atraviesa fácilmente las membranas celulares, por lo que es absorbido rápidamente por el estómago y distribuido por todos los tejidos. Actúa sobre diversos receptores del Sistema Nervioso. Fundamentalmente es un depresor. De ahí su relación con las emociones, en particular con la ansiedad y la depresión. En dosis pequeñas desinhibe, disminuye la ansiedad, lo que se equipara a un estado de excitación, aumentando la frecuencia cardíaca y respiratoria. Con dosis mayores funciona plenamente como un depresor, disminuyendo el nivel de conciencia, la coordinación motora y las funciones autonómicas (respiración y frecuencia cardíaca). Se experimenta una sensación de calor, pero, realmente, se está produciendo una pérdida de calor, con lo que si la temperatura exterior es demasiado baja puede haber problemas para regular la temperatura corporal. Si la dosis es demasiado elevada se puede llegar al coma o a la muerte por depresión respiratoria (22).

El alcohol produce en el organismo un desequilibrio metabólico, es decir, perturba el funcionamiento normal. En grandes cantidades es altamente tóxico. Sus efectos son más peligrosos en personas vulnerables (con enfermedades cardíacas, cerebrales), en mujeres, en niños y en ancianos. Sin embargo, en pequeñas dosis puede ser hasta beneficioso siempre y cuando la persona no tenga vulnerabilidad hacia los efectos físicos y psicológicos del alcohol. Este efecto beneficioso del uso moderado en personas sin vulnerabilidad al alcohol, ha sido utilizado y exagerado por los interesados en que aumente o se mantenga la venta de alcohol. En todo caso siempre existe el peligro de su efecto tóxico y el riesgo de abuso y/o dependencia (23).

El consumo repetido y abusivo del alcohol tiene una serie de consecuencias para la persona (22):

- **Físicas:** el alcohol actúa sobre diversos órganos entre los que destacan el hígado (peligro de cirrosis), el sistema cardio-vascular (problemas de arritmias, miocardiopatías, hipertensión arterial e ictus cerebrales), el sistema respiratorio, el sistema nervioso (el síndrome de Wernike-Korsakoff debido a falta de vitamina B1, la degeneración del cerebelo...). También afecta al sistema muscular, al esqueleto (riesgo de osteoporosis), y al sistema endocrino. El alcohol es la segunda causa probada de padecer cáncer, después del tabaco.
- **Sociales:** su consumo se asocia a un mayor riesgo de accidentes, implicación en agresiones, homicidios y peleas, conductas antisociales (robos, insultos, exhibicionismo...), problemas en las relaciones sociales, familiares o de pareja. Produce además déficits en la actividad laboral, académica o social, debido a estar bajo los efectos del consumo abusivo o en período de recuperación de éstos.
- **Psicológicas:** El uso continuado del alcohol produce una “primitivización” de la personalidad, que se vuelve más infantil y eufórica. Hay una pérdida de las funciones cognitivas, se alteran los ritmos biológicos, hay lagunas en la memoria (sobretudo de acontecimientos relacionados con las borracheras), desorientación espacio-temporal. La emoción oscila de la alegría a la tristeza continuamente (labilidad emocional), pudiendo aparecer incontinencia emocional (por ejemplo, no se puede evitar arrancar a llorar repentinamente). Surgen sentimientos de culpa, y explosiones de irritabilidad. Se tiene poca

tolerancia a las frustraciones. Pueden producirse, además, una serie de trastornos específicos como el síndrome de abstinencia que puede llegar a un delirium tremens, la alucinosis alcohólica (donde hay sobretodo voces que acusan y delirios persecutorios), delirios celopáticos (falsa creencia de que la pareja es infiel), trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de sueño (el alcohol disminuye la fase REM del sueño, que es la que garantiza un mayor descanso), demencia y trastornos persistentes de la memoria.

**Trastornos emocionales que llevan al consumo de alcohol:** Por sus propiedades y fácil acceso, el alcohol es frecuentemente utilizado por personas que padecen un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad. En el primer caso se usa el alcohol como un medio de controlar un estado de ánimo triste. El alcohol tiene la propiedad de acentuar el estado en que nos hallamos. Altera el estado de ánimo, pero la dirección del cambio depende de las expectativas de la persona. Y, normalmente, las expectativas de las personas que padecen depresión son bastante negativas. Por lo tanto, no sólo no combate la depresión sino, que tras un ligero alivio debido a la alteración del estado de conciencia, el alcohol, por sus propiedades depresoras sobre el sistema nervioso, agrava la depresión, incrementa los sentimientos de culpa e inadecuación, y disminuye la propia valía consecuencia de verse a uno mismo fuera de control, abandonando las obligaciones sociales, laborales y/o académicas (23).

En los trastornos de ansiedad, algunas personas recurren al alcohol por sus propiedades reductoras de la activación fisiológica. Si bien es cierto que el alcohol

tranquiliza a corto plazo, no lo es menos que su uso continuado produce una inquietud y una ansiedad que superan con creces al estado inicial que se quería evitar. Sólo en pequeñas dosis y en circunstancias adversas concretas y controlables, el alcohol disminuye la ansiedad. Este efecto está muy en relación con el estado de la persona y siempre se corren los riesgos de intoxicación y dependencia. Además también existe el peligro de acontecimientos ambientales inesperados frente a los que bajo los efectos del alcohol podemos reaccionar inapropiadamente. En las personas con problemas de ansiedad sirve para atenuar momentáneamente los miedos y afrontar las situaciones con más seguridad (menor inhibición). De esta manera se cierran las puertas a otras formas más adecuadas de afrontamiento de los problemas, corriendo además el riesgo de acostumbrarse a usar el alcohol y otras drogas para afrontar no sólo los problemas para los que inicialmente se usó, sino extender también su uso a otros (por ejemplo usarlo para hablar más “tranquilo” en público, y extenderlo luego para aparentar lo que no se es ante las amistades) (24).

La ansiedad social y las emociones desagradables pueden propiciar el uso abusivo del alcohol o recaídas si se está en período de desintoxicación. El alcohol es usado con frecuencia como alivio para los síntomas psíquicos (tensión, sentimientos de culpa, dificultades para conciliar el sueño). Sin embargo, frecuentemente, no hace sino empeorar el estado general y generar un círculo vicioso de difícil salida. Ansiedad y depresión disminuyen con el alcohol pero sólo a corto plazo, para luego volver con mucha más fuerza y exigiendo de nuevo el alcohol como medio de aplacarlas (23, 24).

También es probable que sean otros trastornos mentales los que induzcan a problemas con el alcohol. Sería el caso de la esquizofrenia y el trastorno bipolar (en que hay oscilaciones entre un estado de ánimo deprimido y una euforia patológica).

**Problemas con el alcohol que repercuten en las emociones (23, 24):**

- Síndrome de abstinencia: produce los efectos contrarios a la intoxicación. Hay hiperactividad autonómica, agitación, crisis comiciales, insomnio, alucinaciones, y ansiedad. Este sería el síndrome de abstinencia típico que se produce entre las 7 y las 48 horas después de la última ingesta de alcohol, y que desaparece a los 7 días sin necesidad de tratamiento. Se asocia fundamentalmente con la dependencia física de la sustancia. Se puede complicar en un delirium tremens, estado de disminución de la consciencia con alteraciones perceptivas visuales. Luego se hablaría de otros tipos de síndrome de abstinencia que se relacionarían más con la dependencia psicológica (deseos de la sustancia por sus efectos reforzantes o por que elimina sensaciones displacenteras). Serían el síndrome de abstinencia tardío y el síndrome de abstinencia condicionado que aparecen tras semanas de dejar la sustancia, pudiendo durar meses o años. Se deben a que ante la presencia de determinados estímulos internos o externos, se produce una inquietud psicológica en forma de ansiedad y una desregularización de las funciones psíquicas superiores. Este estado incita a la búsqueda y a la consumición del alcohol. La persona se siente como recién desenganchada, y muy ansiosa, con lo que es fácil que se produzcan recaídas en la conducta de beber. Esta dependencia psicológica es más difícil de tratar que la dependencia física.

- Alucinosis alcohólica y delirios celopáticos: ambos son estados que generan en la persona una tremenda angustia puesto que se siente perseguido y engañado, respectivamente. Este aumento de la ansiedad puede generar huida de los lugares temidos o defensa activa (pudiéndose producir, por ejemplo, agresiones más o menos importantes ante la supuesta infidelidad de la pareja).
- Trastorno del estado de ánimo debido a la ingesta de alcohol: sería aquel trastorno del estado de ánimo que se da sólo en relación a la bebida. Se debe a una reacción psicológica por la falta de control percibida, a desordenes neuroquímicos ocasionados por el alcohol, a una personalidad disfórica (entre irritable y triste), o al síndrome de abstinencia.
- Trastornos de ansiedad debidos a la ingesta de alcohol: son propios de los estados de abstinencia, pero también se pueden dar durante la intoxicación. Los más típicos son la agorafobia y la ansiedad generalizada.
- Trastornos del sueño y disfunciones sexuales: sexo y sueño son dos funciones importantes que se ven afectadas por un abuso del alcohol. Dada la relevancia de estas funciones para las personas, su alteración debido al consumo de alcohol implica claras consecuencias sobre las emociones. La falta de sueño genera un estado de ansiedad e irritabilidad característico. Las disfunciones sexuales afectan al propio bienestar y el de la pareja, a la autoestima y, por tanto, al estado de ánimo, lo cuál hace que se active nuestro sistema de alarma (la ansiedad), que no hace sino obstaculizar cualquier intento de mejora.
- Amnesias transitorias y persistentes: son trastorno en que se olvidan porciones de información del pasado. Cuando existe consciencia de que se ha olvidado

algo, y se sabe que ese algo es importante, se genera ansiedad y miedo por qué se están perdiendo partes importantes de nuestra biografía o información importante para nuestro quehacer cotidiano.

Conocidos los problemas que puede acarrear el alcohol a los individuos y al conjunto de la sociedad, la prevención es la mejor baza para evitar que éstos ocurran. Esto implica la adopción de medidas educativas, la superación de creencias y mitos socialmente arraigados, el desarrollo de formas de ocio y relación interpersonal menos mediatizadas por el alcohol y otras sustancias tóxicas, y una mejor atención y más temprana a las poblaciones de riesgo.

### **2.3.9. Manejo de la Adicción al alcohol**

El proceso de desintoxicación implica la supresión inmediata y total del alcohol, lo cual supone, a su vez, prevenir o tratar el síndrome de abstinencia. El tratamiento farmacológico se basa en fármacos tranquilizantes como benzodiazepinas, clometiazol y tiaprida, utilizados en pautas descendentes de duración inferior a 14 días. Se ha demostrado que estos fármacos son eficaces en el tratamiento del síndrome de abstinencia por alcohol, aunque las benzodiazepinas constituyen el grupo terapéutico de mayor aceptación, preferentemente las que tienen una semivida larga. Las dosis iniciales dependen de varios factores: peso del paciente, cantidades de alcohol ingeridas, patrón de consumo, antecedentes de crisis comiciales o *delirium tremens* y gravedad de la clínica de abstinencia en el momento de la exploración. En el caso del diazepam, por ejemplo, las dosis oscilarán entre 30 y 80 mg/día repartidas en tres o cuatro tomas. Durante dicho proceso, el paciente debe recibir un aporte hidroelectrolítico adecuado y vitaminas del

grupo B (B1 + B6 + B12), así como ácido fólico y hierro, si estos fueran necesarios (23, 24).

Se le debe administrar tiamina 100 mg día, también ácido fólico 1 mg día, asociar una benzodiacepina con el fin de prevenir convulsiones, tranquilizar al paciente y disminuir los síntomas neurovegetativos, en general se utiliza diazepam 10 mg cada 6 u 8 horas e hidratación abundante, se pueden utilizar otras benzodiacepinas como el lorazepam 2 mg cada 6 horas, este último se recomienda porque no tiene pasaje hepático, en nuestra experiencia el uso del diazepam ha sido el mejor resultado. En el caso que los síntomas neurovegetativos sean muy acentuados (taquicardia, hipertensión y ansiedad) se puede asociar un betabloqueante como propranolol 10 mg cada 6 u 8 horas, o atenolol 50 mg cada 12 horas.

Si se utiliza clometiazol o benzodiazepinas, hay que tener presente su capacidad adictiva, su efecto depresor respiratorio y su capacidad de potenciación de los efectos depresores del etanol. En pacientes con hepatopatía grave, es aconsejable utilizar lorazepam. Por regla general, la desintoxicación puede realizarse ambulatoriamente. Sólo se ingresará a los pacientes más graves, con complicaciones médicas o psiquiátricas o que carezcan del soporte familiar necesario (25).

Cuando supera la fase de desintoxicación continua la segunda etapa del tratamiento del alcoholismo, orientada hacia el mantenimiento de la sobriedad el cual combina una intervención psico-social asociada a la farmacoterapia específica del alcoholismo que puede estar basada en los fármacos interdictores o los anticraving, junto con los que se utilizan para el tratamiento de las comorbilidades médica y psiquiátrica asociadas al

alcoholismo para el abordaje de la patología médica y psicosocial existente y el aprendizaje de estrategias para mantenerse abstinentes y prevenir las recaídas (25).

Aunque en la rehabilitación alcohólica se han ensayado múltiples fármacos, sólo se ha demostrado la efectividad de algunos para impedir el consumo (antidipsotrópicos) o para reducir el deseo de beber (*anticraving*) (25).

Los fármacos aversivos o antidipsotrópicos bloquean el metabolismo del alcohol (inhibición de la aldehído deshidrogenasa), para dar lugar a una intoxicación por acetaldehído caracterizada por vasodilatación generalizada con enrojecimiento facial, cefalea, taquicardia, hipotensión ortostática, sudoración profusa, vómitos, disnea y visión borrosa con sensación de vértigo y obnubilación. El objetivo es disuadir del consumo de alcohol sin menoscabar la libertad del paciente. Se requiere que este acepte voluntariamente el tratamiento y se aconseja su administración bajo supervisión estricta. Desde el punto de vista clínico, existen dos fármacos comercializados: disulfiram y cianamida cálcica. La dosis inicial de disulfiram se sitúa en torno a 250 mg/día y la de mantenimiento es de unos 125-250 mg/día. La cianamida cálcica se ingiere en dosis medias de 150 mg/día. La duración del tratamiento debe ajustarse individualmente y variará de acuerdo con la evolución clínica del paciente (25).

Los fármacos *anticraving* reducen la intensidad de la compulsión a beber y/o la tendencia a la pérdida de control. Entre los diversos fármacos ensayados existe evidencia contrastada de eficacia en el acamprosato, la naltrexona y el topiramato, aunque el último no esté registrado con esta indicación terapéutica. El acamprosato tiene una estructura similar al ácido gammaaminobutírico (GABA). Actúa como potenciador del sistema GABAérgico e inhibidor del sistema *N*-metil-d-aspartato (NMDA)-glutamato. Con dosis de

2 g/día durante 6 a 12 meses mejora las tasas de abstinencia. Su eficacia aumenta con la adición de disulfiram. Sus efectos terapéuticos modestos y su compleja posología limitan su uso clínico (24).

La naltrexona es un antagonista de acción prolongada sobre receptores opiáceos. El bloqueo de los mismos suprime los efectos gratificantes del alcohol, con lo que se rompe el círculo que conduce al deseo imperioso de beber. En dosis de 50 mg/día, la naltrexona produce una reducción de los consumos y menores tasas de recaídas. Su efectividad aumenta cuando se acompaña de psicoterapia cognitivo conductual.

El nalmeveno es un modulador opioide, con acción antagonista sobre receptores mu y delta y una acción agonista parcial en los receptores kappa. Se halla indicado en aquellos casos donde se busca una reducción de los consumos alcohólicos. Se utiliza a demanda en una dosis única de 18 mg exclusivamente en los días en que existe riesgo de consumo elevado. Debe administrarse conjuntamente con apoyo psicosocial. Existen otros fármacos en el mercado (topiramato, gabapentina, baclofeno, oxibato sódico) que carecen de la indicación terapéutica, pero en los que existen estudios que avalan su uso en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol (25).

En pacientes hospitalizados también se asocia carbamacepina 200 a 400 mg como antirrecurrencial V.O. (25)

El Topiramato se indica en dosis de 100-400 mg en dos tomas diarias, comenzando con 25 mg con titulación posterior hasta la dosis deseada. Sus mecanismos de acción están enfocados en lograr la estabilización de la hiperexcitabilidad neuronal. Dentro de estos mecanismos útiles para el tratamiento del alcoholismo está la potenciación de la actividad gabaérgica. En forma crónica, el alcohol va produciendo una depleción de la

actividad gabaérgica, lo que el paciente busca suplir a través de la ingesta de alcohol de manera continuada. Esta droga, además, inhibe los receptores glutamatérgicos y disminuye la actividad dopaminérgica facilitada por el consumo de alcohol. Esta vía está extremadamente facilitada en sujetos con consumo crónico de alcohol, quienes al consumirlo, sufren un efecto dopaminérgico mayor. Es útil para pacientes con riesgo epileptógeno. Favorece una muy buena adherencia en pacientes con trastornos alimentarios, particularmente en mujeres, ya que es el único estabilizador del estado de ánimo que puede producir hiporexia con descenso del peso corporal. Disminuye moderadamente el anhelo de alcohol y no es necesaria la abstinencia total para que haga efecto, aunque por su potencial hepatotóxico y cognitivo tóxico, se recomienda evitarlo durante el consumo excesivo activo por parte del paciente. Tiene el beneficio adicional de mejorar la impulsividad, rasgo clave en la etiopatogenia del alcoholismo. Los efectos adversos más frecuentes son pérdida de peso, trastornos en la memoria y concentración y astenia. Con menor frecuencia se puede presentar acidosis metabólica, cálculos renales y glaucoma de ángulo cerrado (25)

## 2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### *A nivel local*

1.4. **Autor:** Yanque CRG (26).

**Título:** Características clínicas y niveles de ansiedad en pacientes del centro de rehabilitación en relación al consumo de sustancias: Casa de la Juventud, Arequipa- Enero del 2015.

**Fuente:** Tesis para optar por el Título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa. 2015.

**Resumen:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se aplicó una ficha de recolección de datos que permitió obtener la edad de los pacientes, tiempo de consumo, tipo de droga (s) que consumían, tiempo de rehabilitación y número de recaídas. Además se aplicó el Test de Ansiedad de Hamilton a una población de 31 pacientes varones, de entre 16 a 68 años, con el diagnóstico de Dependencia a sustancias (CIE-10). Por criterios de exclusión (1 paciente con esquizofrenia en tratamiento y 1 paciente con tres días de internamiento) se tomaron datos de 29 pacientes a efectos de resultados. Posteriormente se agrupó la información en una Base de Datos de donde se obtuvieron frecuencias y se aplicó Chi cuadrado. Se trata de una población de 31 varones, 54,8% de Adultos jóvenes, 32,3% Adultos medios, 3,2% del grupo Adulto Mayor, a pesar de ser 9,7% de adolescentes el 45% habría iniciado su consumo cuando era adolescente. Se encontró que el 41,7% de pacientes consumía alcohol, el 10 % de pacientes consumía Pasta básica de cocaína y el 58,1% consumía varias sustancias (combinaciones entre alcohol, cocaínicos, marihuana, heroína y terokal). Con los criterios de exclusión, se tomó la base de datos de 29

pacientes tras la aplicación del test se encontró que sólo el 10,3% de pacientes no tenía síntomas de ansiedad, el 37,9 % tenía ansiedad moderada y el 51,7 % de pacientes tenía ansiedad severa. Además el grupo de edad más afectado es el de adolescentes y adulto mayor; y el síntoma de ansiedad más encontrado fue el de Humor inquieto, seguido de Imposibilidad para estar quieto, Manos inquietas en el transcurso del test, dificultades para concentración y rostro preocupado en el transcurso del test. Sí se encontró relación entre el nivel de ansiedad y el número de recaídas No se encontró relación entre el nivel de ansiedad y el tiempo de rehabilitación.

1.5. **Autor:** Alvarado E (27).

**Título:** Influencia de los rasgos de personalidad en la presencia de depresión en pacientes con trastornos por consumo de alcohol, Hospital Regional Honorio Delgado - 2014.

**Fuente:** Tesis de doctorado. Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2014

**Resumen:** Se evaluó una muestra de 50 pacientes consecutivos con aplicación del Inventario Multifásico de personalidad versión abreviada (MMPI) y la escala de Hamilton para depresión. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y t de Student, y se asocian mediante coeficiente de Spearman. El 76% de pacientes con trastorno por consumo de alcohol fueron varones y 24% fueron mujeres; la edad promedio de los varones fue de 39.13 años y en mujeres fue de 33.67 años. El 54% de pacientes eran solteros, 12% casados, 14% convivientes, y 20% divorciados o separados. El nivel de instrucción de los pacientes fue predominantemente superior

(50%) o secundaria (36%), El 42% eran desempleados, 28% dependientes y 24% independientes, con 6% de estudiantes. El tiempo de enfermedad fue de 12.15 años (rango: 1 a 40 años); el tiempo de tratamiento fue de 3.45 años (rango: 1 semana - 25 años). En la personalidad predominaron los rasgos psicopáticos (48%), seguido de rasgos esquizotípicos (30%) y finalmente rasgos depresivos (22%). Con la escala de Hamilton, el 22% de pacientes no tenía signos de depresión, y del 78% que mostró algún nivel de depresión, predominó la depresión ligera (32%), con 18% con depresión moderada, y 14% tuvieron depresión grave o muy grave. No se encontró un perfil o rasgo de personalidad predominante en alguno de los niveles de depresión en los pacientes.

1.6. **Autor:** Messa WL (28).

**Título:** Características sociodemográficas y utilidad de la escala PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en miembros de grupos de autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Arequipa Febrero del 2017.

**Fuente:** Tesis para Obtener el Título de médico cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2017.

**Resumen:** Se encuestó una muestra de personas con consumo de alcohol que cumplieron criterios de selección; se aplicó una ficha de recolección de datos sociodemográficos, el test AUDIT, el cuestionario PHQ-9, y el inventario de depresión de Beck. Se comparan grupos con prueba chi cuadrado y se establece concordancia mediante prueba kappa de Fleiss y se establecieron los valores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos en tablas tetracóricas. Se logró captar a 33 personas; el 90.91% fueron varones y 9.09% mujeres, con 36.36% de casos entre los

40 y 49 años. El 33.33% fueron solteros, 21.21% eran separados, 15.15% convivientes y 30.30% fueron casados. El 57.58% de asistentes tenían educación secundaria y 39.39% educación superior. La ocupación de los participantes fue en actividades independientes en 57.58% de casos, dependientes en 21.21% y en la misma proporción estuvieron desempleados. El test AUDIT encontró que 93.94% muestra dependencia al alcohol y 6.06% muestra un consumo perjudicial. Con el test PHQ-9 se identificó depresión en 72.73% de casos (leve en 12.12%, moderada en 21.21% y grave en 39.39%); con el test de Beck se encontró depresión en 81.82% (leve en 18.18%, moderada en 27.27% y grave en 36.36%); las pruebas concordaron en un 58.10%, y el PHQ-9 tuvo una sensibilidad de 85.2%, especificidad de 85.3%, valor predictivo positivo de 95.8% y un valor predictivo negativo de 55.6%.

### ***A nivel nacional***

1.7. **Autor:** Ato BM (29).

**Título:** El consumo de bebidas alcohólicas como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina UPAO-Trujillo en el 2014.

**Fuente:** Tesis de pregrado, Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, 2015.

**Resumen:** Se realizó un estudio no experimental, retrospectivo, analítico correlacional, de casos y controles, donde se evaluó a 68 alumnos que se encontraban entre 18 y 25 años, considerando que 34 de ellos fueron el grupo de casos y los otros 34 fueron el grupo de los controles. De la población estudiada 32 (47.04%) fueron mujeres y 36 (52.96%) varones. En promedio la edad de los estudiantes fue de 21.5 años, en un rango que va de 18 a 25 años, obteniendo una mayor prevalencia en el grupo etario

de 22 y 23 años de edad (44.1%). Al observar el consumo de bebidas alcohólicas por géneros se encontró que es mayor en hombres (52.96%) que en mujeres (47.04%). El nivel de riesgo que prima en este estudio según el Odds Ratio es de 3.968, lo que significa que estos jóvenes están 4 veces más expuestos que los demás.

### ***A nivel internacional***

1.8. **Autor:** Sales D (30).

**Título:** Intervención Reiki en la ansiedad en los pacientes en proceso de desintoxicación alcohólica

**Fuente:** Trabajo de maestría en cognición y evolución humana. Universidad de las Islas Baleares, 2018

**Resumen:** Objetivo: Evaluación de la eficacia de la terapia reiki sobre la ansiedad en pacientes en proceso de desintoxicación alcohólica. Comprobar la eficacia de esta terapia en relación con el tratamiento convencional. Determinar cualquier efecto adverso de la terapia reiki. Métodos: Ensayo clínico con asignación aleatoria a dos grupos: Reiki y control. Sujetos de estudio: 142 ingresados en la UPRA, que firmen el consentimiento informado. La variable a medir será la ansiedad, mediante una escala numérica. En grupo Reiki se evaluará al segundo día de ingreso (basal), tras cada sesión y previo al alta. El grupo control cumplimentará el mismo número de escalas. También se recogerán variables sociodemográficas y clínicas. Ámbito: UPRA, ubicada en el Hospital Psiquiátrico de Palma. Es una unidad con 12 camas. Intervención: El grupo control no recibirá ninguna intervención alternativa. Se realizarán 4 sesiones consecutivas de reiki, a partir del segundo día de ingreso. Resultados: El reiki: reduce la ansiedad en los pacientes estudiados y la estancia media significativamente y la

necesidad de dosis extra de fármaco próxima a la significación. No se han hallado efectos secundarios. Conclusiones: El reiki parece ser efectivo para la disminución de la ansiedad de los pacientes en proceso de desintoxicación, sin que haya efectos adversos.

1.9. **Autor:** Araujo GE, Clavijo FP (31).

**Título:** Ansiedad y depresión, en adultos varones drogodependientes, en proceso de internamiento.

**Fuente:** Tesis de pregrado, Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca, 2016

**Resumen:** El presente trabajo busca identificar los niveles de ansiedad y depresión en las etapas de un proceso de internamiento, determinar en qué etapa del proceso existe un mayor nivel de ansiedad y depresión. Esta investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo a nivel exploratorio-descriptivo. El proceso de recolección de información cuenta con tres instrumentos: El Cuestionario de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Depresión de Hamilton y Neuropsi. La muestra estuvo conformada por 40 usuarios varones del Centro de Tratamiento de Adicciones Proyecto Esperanza, de edades comprendidas entre 18 a 65 años. Luego del análisis se obtuvo que: en la etapa de ingreso existe un mayor índice de ausencia de ansiedad; en cuanto a la fase de progreso se observa que lo predominante es la ansiedad moderada siendo ésta la etapa en la que se presenta mayor nivel de ansiedad. Por último, en la fase de egreso encontramos que los índices predominantes son de no ansioso, seguido de ansiedad muy severa. En cuanto a la depresión en la fase de ingreso se evidencia depresión ligera y en la de progreso este valor se mantiene y por último en la fase de egreso no presente depresión, pero le sigue la depresión muy severa.

## 2. Objetivos.

### 2.1. General

Establecer la variación de los síntomas de ansiedad y depresión con el tiempo de tratamiento del alcoholismo crónico en pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

### 2.2. Específicos

- 1) Identificar la frecuencia y severidad de ansiedad y depresión en pacientes con alcoholismo crónico a su ingreso para tratamiento al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.
- 2) Identificar la frecuencia y severidad de ansiedad y depresión en pacientes con alcoholismo crónico al mes de tratamiento al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

## 3. Hipótesis

Es probable que se produzca disminución en la frecuencia y severidad de síntomas de ansiedad y depresión con el transcurso del tratamiento para alcoholismo crónico.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 1), en la escala de depresión de Hamilton versión de 17 ítems (Anexo 2) y la escala de Hamilton para ansiedad de 14 ítems (Anexo 3).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 2. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

**2.2. Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante los meses de enero a febrero del 2019.

**2.3. Unidades de estudio:** Pacientes con dependencia al alcohol que acuden para tratamiento al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

**2.4. Población:** Todos los pacientes con dependencia al alcohol que acuden para tratamiento al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa

en el periodo de estudio.

**Muestra:** Se estudiará una muestra no probabilística de tipo intencional entre los pacientes que cumplan los criterios de selección.

### **Criterios de selección:**

#### ♦ **Criterios de Inclusión**

- Pacientes mayores de edad
- De ambos sexos
- Diagnóstico de dependencia al alcohol
- Ingreso para tratamiento de la dependencia al alcohol en enero o febrero 2019
- Que cumplan 30 días de terapia
- Participación voluntaria en el estudio

#### ♦ **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con adicción concomitante a otras sustancias
- Pacientes que presenten duelo reciente (menos de 2 meses)
- Pacientes con diagnóstico psiquiátrico de trastorno bipolar
- Personas analfabetas
- Que hayan abandonado el tratamiento
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas.

## **3. Estrategia de Recolección de datos**

### **3.1. Organización**

Se realizarán las coordinaciones con la Dirección del Hospital y la Jefatura del Servicio de Psiquiatría para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se contactará a los pacientes alcohólicos que ingresen para tratamiento de la adicción al alcohol, para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria. En

aquellos que cumplan los criterios se les aplicará los instrumentos del estudio, esperando luego que culminen un mes de tratamiento para volver a aplicar los cuestionarios de ansiedad y depresión de Hamilton.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

### 3.2. Recursos

- a) Humanos
  - Investigadora, asesor.
- b) Materiales
  - Fichas de investigación
  - Material de escritorio
  - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
  - Autofinanciado

### 3.3. Validación de los instrumentos

Para la evaluación de la ansiedad se empleará la escala de ansiedad de Hamilton versión de 14 ítems, y para la depresión la escala de depresión de Hamilton de 17 ítems.

La **escala de ansiedad de Hamilton** (*Hamilton Anxiety Scale, HAS*) (32) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem

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

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

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

**Interpretación:** Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la

respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Se ha sugerido (Bech y cols) que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación  $\geq 2$  en el ítem 1 y  $\geq 2$  en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Kobak propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

### Propiedades psicométricas:

**Fiabilidad:** Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ( $r = 0,96$ ) y aceptable estabilidad después de un año ( $r = 0,64$ ).

**Validez:** La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ( $r = 0,63 - 0,75$ ) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ( $r = 0,56$ ). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ( $r = 0,62 - 0,73$ ). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

La **Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton** (*Hamilton Depression Rating Scale*, o HRSD) (32) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

En su versión original es una escala heteroaplicada y calificada por el observador y no un listado de comprobación de síntomas en el que cada ítem tiene una definición estricta. Debe ser cumplimentada por un terapeuta experimentado al final de una entrevista

clínica que, al menos en la primera evaluación, debería ser poco dirigida; en ella puede recabarse información adicional de personas allegadas al paciente. Cada ítem se evalúa con un baremo de 3 (ausente, dudoso o trivial, presente) o 5 posibilidades (ausente, dudoso o trivial, leve, moderado, grave), en función de la intensidad de los síntomas que presenta el paciente; los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando solo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad.

Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que mas peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son:

- Índice de melancolía, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).
- Índice de ansiedad, formado por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).
- Índice de alteraciones del sueño formado por los tres ítems referidos a insomnio (4, 5, 6).

**Interpretación:** Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio

más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos.

En sentido estricto no tiene puntos de corte, ya que es una escala que no tiene finalidad diagnóstica y su utilidad se centra en "cuantificar" la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados de depresión. Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte  $\geq 13$  o  $\geq 18$ , en dependencia de los objetivos del estudio.

En el presente estudio, utilizaremos la escala de Hamilton para depresión dada por el MINSA en las Guías de práctica clínica en Salud mental y Psiquiatría 2008. La cual establece los siguientes puntos de corte:

- 0-7 Normal.
- 8-13 Leve.
- 14-18 Moderado.
- 19-22 Severo.
- 23 ó más Muy Severo.

#### **Propiedades psicométricas:**

**Fiabilidad:** En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios). El coeficiente de correlación intraclases es de 0,92 en un estudio llevado a Cabo por Pott. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.

**Validez:** Su correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de sintomatología Depresiva y la Escala de melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

Su validez no es la misma en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad elevada por el elevado peso de los síntomas somáticos, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características, tales como pacientes alcohólicos y pacientes con demencia, y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica.

### 3.4. Criterios para manejo de resultados

#### a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

#### b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

#### c) Plan de Codificación:

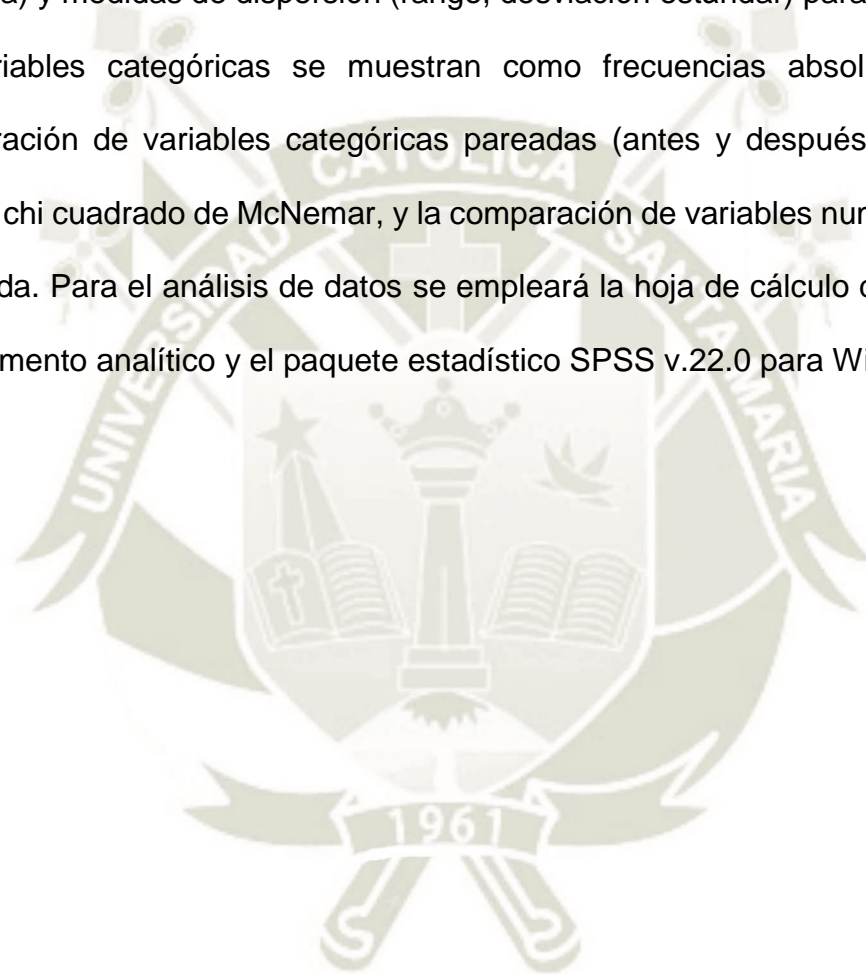
Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

#### d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

### **e) Plan de análisis**

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas; las variables categóricas se muestran como frecuencias absolutas y relativas. La comparación de variables categóricas pareadas (antes y después) se realizará con la prueba chi cuadrado de McNemar, y la comparación de variables numéricas con la prueba t pareada. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.



#### IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Enero 19				Febrero 19				Marzo 19			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

**Fecha de inicio:** 01 de Enero 2019

**Fecha probable de término:** 10 de Marzo 2019

#### V. Referencias Bibliográficas

- 1) Diario Gestión. Perú es el tercer país que más consume alcohol en la región. Publicado el 31-Jul-2015. Disponible en: <https://gestion.pe/tendencias/peru-tercer-pais-consume-alcohol-region-96077>, con acceso el 26-Dic-2018
- 2) Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 National and State Costs of Excessive Alcohol Consumption. Am J Prev Med. 2015 Nov. 49 (5):e73-9.
- 3) Stahre M, Roeber J, Kanny D, Brewer RD, Zhang X. Contribution of excessive alcohol consumption to deaths and years of potential life lost in the United States. Prev Chronic Dis. 2014 Jun 26. 11:E109.
- 4) Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar. Rev Médica Paz. 2014; 20(2):84-84.

- 5) Oliver-Quetglas A, Torres E, March S, Socias I, Esteva M. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41(2):84-96.
- 6) Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Rev Médica Chile.* 2015; 143(1):47-55.
- 7) Montiel-Jarquín Á, Torres-Castillo M, Herrera-Velasco M, AhumadaSánchez Ó, Barragán-Hervella R, García-Villaseñor A, et al. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educ Médica.* 1 de abril de 2015; 16(2):116-25.
- 8) Gómez-Martínez S, Ballester-Arnal R, Gil-Juliá B, Abizanda-Campos R. Anxiety, depression and emotional distress in the Intensive Care Units health professionals. *An Psicol Ann Psychol.* 25 de abril de 2015;31(2):743-50.
- 9) Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar. *Rev Médica Paz.* 2014; 20(2):84-84.
- 10)APA: American Psychiatric Association APA. 2015. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 11)Gelenberg AJ, Reiman EM, Ebert MH. Focus on Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2001; 62 (suppl 11).
- 12)Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad CIE 10. Disponible en: [http://webs.ucm.es/info/seas/ta/diag/cie\\_10.htm](http://webs.ucm.es/info/seas/ta/diag/cie_10.htm)

- 13) Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*. 2015 Aug. 72 (8):757-66.
- 14) NIH. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5. Disponible en: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf>
- 15) Pérez-Riala S, Ortíza S, Manzanares J. Neurobiología de la dependencia alcohólica. *Trastornos adictivos* 2003; 5(1): 1-55
- 16) Cagetti E, Liang J, Spigelman I, Olsen RW. Withdrawal from chronic intermittent ethanol treatment changes subunit composition, reduces synaptic function, and decreases behavioral responses to positive allosteric modulators of GABAA receptors. *Mol Pharmacol*, 2003; 63: 53-64
- 17) Das SK, Dhanya L, Vasudevan DM. Biomarkers of alcoholism: an updated review. *Scand J Clin Lab Invest*. 2008. 68(2):81-92
- 18) Colombo G, Serra S, Brunetti G, Gomez R, Melis S, Vacca G, et al. Stimulation of voluntary ethanol intake by cannabinoid receptor agonists in ethanol-preferring sP rats. *Psychopharmacology (Berl)*, 2002; 159: 181-7
- 19) Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 2002; 14 (Supl. 1): 195-219
- 20) Valdez GR, Roberts AJ, Chan K, Davis H, Brennan M, Zorrilla EP, et al. Increased ethanol self-administration and anxiety-like behavior during acute ethanol withdrawal and protracted abstinence: regulation by corticotropin-releasing factor. *Alcohol Clin Exp Res*, 26 (2002), pp. 1494-501  
<http://dx.doi.org/10.1097/01.ALC.0000033120.51856.F0>

- 21) Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, Eycler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. *Am J Psychiatry*. 2018 Jan 1. 175 (1):86-90.
- 22) Johnson BA. Medication treatment of different types of alcoholism. *Am J Psychiatry*. 2010 Jun. 167(6):630-9.
- 23) Guía de práctica clínica: episodios depresivos. MINSA Fuente: <http://www.minsa.gob.pe/portada/docconsulta2006.asp>
- 24) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 157(suppl):1, 2010.
- 25) Bhatia SC, Bhatia SK: Major depression: selecting safe and effective treatment. *Am Fam Physician*, 2009; 55:1683.
- 26) Yanque CRG. Características clínicas y niveles de ansiedad en pacientes del centro de rehabilitación en relación al consumo de sustancias: Casa de la Juventud, Arequipa-Enero del 2015. Tesis para optar por el Título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa. 2015.
- 27) Alvarado E. Influencia de los rasgos de personalidad en la presencia de depresión en pacientes con trastornos por consumo de alcohol, Hospital Regional Honorio Delgado - 2014. Tesis de doctorado. Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2014
- 28) Messa WL. Características sociodemográficas y utilidad de la escala PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en miembros de grupos de autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Arequipa Febrero del 2017. Tesis para Obtener el Título de médico

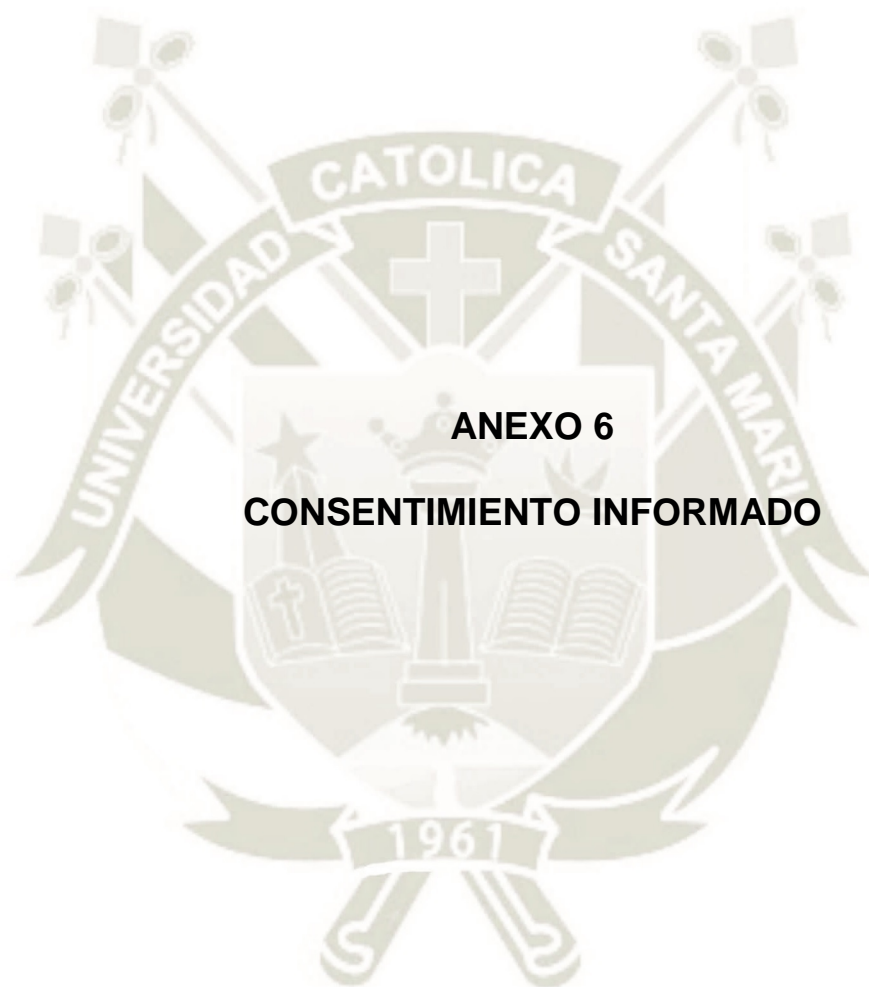
cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2017.

29) Ato BM. El consumo de bebidas alcohólicas como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina UPAO-Trujillo en el 2014. Tesis de pregrado, Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, 2015.

30) Sales D. Intervención Reiki en la ansiedad en los pacientes en proceso de desintoxicación alcohólica. Trabajo de maestría en cognición y evolución humana. Universidad de las Islas Baleares, 2018

31) Araujo GE, Clavijo FP. Ansiedad y depresión, en adultos varones drogodependientes, en proceso de internamiento. Tesis de pregrado, Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca, 2016

32) Bobes J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Médica. 2002.



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer “**variación de los síntomas de ansiedad y depresión con el tiempo de tratamiento del alcoholismo crónico. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2019**”

### **Participación voluntaria**

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

### **Procedimientos**

1. Se tomarán una encuesta con preguntas sobre el tema explicado
2. Se evaluarán resultados obtenidos en la encuesta

### **Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos**

No existen riesgos en esta investigación.

### **Costos**

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidos por el investigador.

### **Beneficios**

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo en investigación médica.

### **Confidencialidad**

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

### **Contacto**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta.

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO  
INFORMADO/AUTORIZACION**

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre de participante que da su autorización  DNI:	
--	--

Firma y/o huella digital del participante que da su autorización	
---	--

Nombre del Investigador principal  Documento de identidad	
---	--

Fecha



**ANEXO 7**

**PERMISO PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO**



**COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM**

**DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

Arequipa, 11 de marzo 2019

Elizabeth Jenny Huanca Taruca  
Universidad Católica de Santa María  
Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación del proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

El proyecto de tesis denominado "Variación de los síntomas de ansiedad y depresión con el tiempo de tratamiento del alcoholismo crónico. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2019" cuya Investigadora principal de la alumna Elizabeth Jenny Huanca Taruca

**A. DISEÑO:**

En cuanto al diseño, se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, prospectivo y transversal en el que se realizarán encuestas anónimas a Internos del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2018 previo consentimiento verbal.

**B. OBJETIVO:**

Determinar la variación de los síntomas de ansiedad y depresión con el tiempo de tratamiento del alcoholismo crónico en pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa





**COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM**

**DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**C. SUJETOS DE ESTUDIO:**

Pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa

**D. TÉCNICAS DE ESTUDIO:**

Escala de depresión de Hamilton

**E. PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO:**

La confidencialidad de los datos está asegurada.

**F. PROCEDIMIENTOS:**

Los procedimientos no representan riesgos para los participantes.

**G. RIESGO DEL ESTUDIO:**

Ninguno





COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

H. RECOMENDACIONES:

- ✓ El equipo debe asegurar la confidencialidad de los datos y deberá informar al Comité resultados finales del estudio y manuscrito a una publicación que devenga de este proyecto.
- ✓ Se tiene alguna variación o nuevos procedimientos, deberá someter al Comité las enmiendas para su evaluación y dictamen antes de cualquier ejecución de estos nuevos procedimientos.

I. DICTAMEN:

**FAVORABLE.**

*DICTAMEN 81 - 2019*



Comité Institucional de Ética de la  
Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: [comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com](mailto:comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com)



Hospital Regional "Honorio Delgado" Arequipa  
Dirección General

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA Y LA IMPUNIDAD"

Arequipa 08 febrero del 2019

Oficio N° 139 - 2019-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-OCDI

Doctor  
**MIGUEL FERNANDO FARFAN DELGADO**  
Decano de la Facultad de Medicina Humana  
Universidad Católica Santa María  
PRESENTE.-

**ASUNTO : Trabajo de investigación.**  
**REFERENCIA : Oficio N° 095-2019-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DM-SERPS**

Es grato dirigirme a usted para hacer de su conocimiento que con opinión favorable del Servicio de Psiquiatría, el Comité de Ética y la Dirección del Hospital Honorio Delgado accede a la solicitud para que la Srta. ELIZABETH JENNY HUANCA TARUCA, ejecute su Trabajo de Investigación titulado "**VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA 2019**".

Al término de su proyecto deberán entregarse a la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación un ejemplar del informe final del trabajo de Investigación en medio magnético, así como a la Oficina de Economía hacer llegar una copia de las sugerencias y medidas correctivas del proyecto en mención.

Sin otro particular hago propicia la ocasión para expresarle mi consideración más distinguida.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
Hospital Regional Honorio Delgado  
*Dr. Octavio E. Chirinos Apaza*  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 21700

OCHA/RAB/MDN.  
c.c. **Archivo**  
EXP. N° 1251256  
DOC. N° 1898758  
REC.: 3277 S/50

Av. Daniel Alcides Carrión N°505 – Cercado  
Teléfonos: 054-233812 Dirección General  
054-231818 – 054-219702  
[WWW.hrhdaqp.gob.pe](http://WWW.hrhdaqp.gob.pe)







