

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“DAÑOS A FAMILIARES DE ENFERMOS ALCOHÓLICOS”

**Estudio descriptivo transversal realizado en miembros
activos de Al-Anon de la Ciudad de Guatemala
y del municipio de Santa Catarina Pinula**

junio-julio 2016

Tesis

**Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala**

**Felipe Alfonso Monroy Mahecha
Amy Jazmín Recinos Guzmán
Juan Francisco Barrios Ruiz
Keily Sucely Montejo Quiñonez**

Médico y Cirujano

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Felipe Alfonso Monroy Mahecha	200910346
Amy Jazmín Recinos Guzmán	201010214
Juan Francisco Barrios Ruiz	201010321
Keily Sucely Montejo Quiñonez	201010351

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“DAÑOS A FAMILIARES DE ENFERMOS ALCOHÓLICOS”

Estudio descriptivo transversal realizado en miembros
Activos de Al-Anon de la ciudad de Guatemala
y del municipio de Santa Catarina Pinula

junio-julio 2016

Trabajo asesorado por el Dr. Julio César Montenegro Leiva y revisado por el Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el diez de agosto del dos mil dieciséis


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Felipe Alfonso Monroy Mahecha	200910346
Amy Jazmín Recinos Guzmán	201010214
Juan Francisco Barrios Ruiz	201010321
Keily Sucely Montejo Quiñonez	201010351

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

"DAÑOS A FAMILIARES DE ENFERMOS ALCOHÓLICOS"

Estudio descriptivo transversal realizado en miembros
Activos de Al-Anon de la ciudad de Guatemala
y del municipio de Santa Catarina Pinula

junio-julio 2016

El cual ha sido revisado por el Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el diez de agosto del dos mil dieciséis.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5.950


Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 10 de agosto del 2016

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

Felipe Alfonso Monroy Mahecha
Amy Jazmín Recinos Guzmán
Juan Francisco Barrios Ruiz
Keily Sucely Montejo Quinonez



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

“DAÑOS A FAMILIARES DE ENFERMOS ALCOHÓLICOS”

Estudio descriptivo transversal realizado en miembros
Activos de Al-Anon de la ciudad de Guatemala
y del municipio de Santa Catarina Pinula

junio-julio 2016

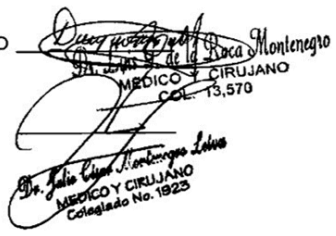
Del cual el asesor y revisor se responsabilizan de la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados
obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y
recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

Revisor: Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro

No. De registro de personal 20060621

Asesor: Dr. Julio César Montenegro Leiva



Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro
MÉDICO Y CIRUJANO
CCL-13,570

Dr. Julio César Montenegro Leiva
MÉDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 1923

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los daños que ocasiona el enfermo alcohólico hacia sus familiares, miembros activos de Al-Anon de la Ciudad de Guatemala y del municipio de Santa Catarina Pinula durante los meses de junio y julio de 2016. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal realizado en miembros activos de 12 grupos de Al-Anon, con una muestra de 208 personas. Se encuestó a familiares según el instrumento adaptado de la encuesta "Harm to others survey". **RESULTADOS:** El 70.19% (146) era de sexo femenino, con una media de edad de 43 años; el grado universitario fue el nivel de escolaridad mayormente encontrado, con trabajo remunerado como principal actividad laboral. El bebedor más frecuentemente identificado fue el esposo en un 24.9% (63). Se evidenció que el 80.28% (167) de los encuestados presentó algún tipo de lesión, el 51.92% (108) daño por negligencia, el 87.01% (181) daño por rol social y el 91.82% (191) pérdida de la amenidad o paz mental. En niños el 40.71% (57) sufrió algún tipo de lesión, abuso en un 82.14% (115), incumplimiento del rol social en el 30% (42) y pérdida de la amenidad en el 65.71% (92). **CONCLUSIONES:** Se encontró que los encuestados con daño ocasionado por el enfermo alcohólico son de sexo femenino, con grado universitario, cuentan con trabajo remunerado y el esposo como bebedor más frecuente. De cada 10 participantes se identificó que 8 sufren algún tipo de lesión, 5 presentan daño por negligencia, 9 daño por incumplimiento del rol social, 7 alguna pérdida material y 9 presentan pérdida de la amenidad ocasionada por el enfermo alcohólico. En los niños se identificó que de cada 10 casos, 4 sufren algún tipo de lesión, 8 son dañados por negligencia o abuso, 3 presentan daño por incumplimiento del rol social y 7 por pérdida de la amenidad o paz mental.

PALABRAS CLAVE: daño, abuso, agresión, familiares, enfermo, alcohólico

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A NUESTROS CATEDRÁTICOS

A NUESTRO ASESOR

Dr. Julio César Montenegro Leiva

A NUESTRO REVISOR

Dr. Luis Gustavo de la Roca

A LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

A LOS GRUPOS DE AL-ANON QUE NOS ABRIERON LAS PUERTAS

ACTO QUE DEDICO

A MI MADRE: Por ser una mujer que me hace llenar de orgullo, por darme la vida, por ser mi apoyo incondicional y amarme tanto incluso desde antes de haber nacido. Este es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a dudas ha sido en gran parte gracias a ti; no sé en donde me encontraría de no ser por tu ayuda, tu compañía y tu amor. Estoy seguro que vendrán más logros y sé que estarás a mi lado para poder celebrarlos.

A MI PADRE: Por motivarme desde pequeño a ser mejor persona en todos los ámbitos de la vida y a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

A MIS HERMANAS: A Krystel por ser el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mí las bases de la responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar en mi vida profesional. A Lindsay, por ser el mejor ejemplo que con esfuerzo, perseverancia y trabajo duro se puede alcanzar cualquier meta y ese es el mejor ejemplo de vida que alguien me pudiera dar.

A MI NOVIA: Amy, por haber logrado convertir las etapas más exigentes de la carrera en las más alegres y haber creado momentos especiales a tu lado que nunca olvidare. Gracias por todo tu apoyo, paciencia y comprensión cuando más lo necesitaba. Te amo.

A MIS FAMILIARES: A mi madrina por ser como mi segunda madre, por estar pendiente de mí ante cualquier necesidad que tuviera y hacerme sentir querido de una manera especial. A mis tíos por todo el apoyo incondicional que me brindaron a lo largo de mi carrera; me ayudaron tanto económicamente como psicológicamente apoyándome inclusive en la distancia y se los estaré eternamente agradecido.

A MIS AMIGOS: Por todos los momentos increíbles que hemos vivido juntos, he podido compartir con algunos de ustedes desde mi infancia y son parte muy importante de mi vida.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Por permitir mi formación como profesional y alcanzar una meta más de vida.

FELIPE ALFONSO MONROY MAHECHA

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por permitirme lograr esta meta tan importante, por los obstáculos y las enseñanzas que me puso en el camino y por la paciencia para enfrentarlos.

A MIS PADRES: Fernando González y Nancy Guzmán, porque son las personas más importantes en mi vida. Agradezco cada palabra de aliento, cada muestra de cariño, el esfuerzo que han hecho, el apoyo incondicional, pero sobre todo agradezco el amor tan increíble que me han dado. Ojalá me alcance la vida para demostrarles lo agradecida que estoy por tenerlos y lo dichosa que me siento porque sean mis padres.

A MIS HERMANOS: Fabi, Karen, José y Fernanda, que han estado conmigo siempre, he aprendido tanto de cada uno y me han ayudado a no darme por vencida. Por todo su cariño y apoyo, desde palabras de aliento hasta llegar a confiar plenamente en mí.

A MI NOVIO: Felipe, por acompañarme en todo momento, incluso en las situaciones más difíciles. Por enseñarme que puedo lograr lo que me proponga y que mis capacidades van más allá de lo que imagino; por todo eso y mucho más, lo amo.

A MIS PADRINOS: Jorge Mario Guzmán y Norberto Ruiz, ambos son un ejemplo a seguir y de ustedes he aprendido tanto. Gracias por acompañarme desde el inicio y aceptar ser mis guías en esta carrera.

A MI FAMILIA: A mis abuelos por tanto amor, cariño, apoyo e inspiración para no darme por vencida. A mis tíos y tías, porque cada uno me ha motivado a seguir adelante desde el principio. A mis primos y sobrinos por el apoyo, el cariño y la confianza.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS: Por todos esos momentos agradables y tantas experiencias que hemos compartido juntos.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Por ser mi segunda casa durante muchos años y por permitirme formarme profesionalmente. También agradezco a mis catedráticos por todas las enseñanzas que recordaré el resto de mi vida.

AMY JAZMÍN RECINOS GUZMÁN

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Padre que me concediste el don de la vida, me cuidaste en todo momento, me diste las herramientas y la vocación para ponerla al servicio del prójimo.

A MIS PADRES: A mi padre Juan Francisco Barrios que no escatimó ningún esfuerzo ni sacrificio para brindarme su apoyo con su trabajo y valioso ejemplo de lucha y superación en todo momento. A mi madre Adriana de Barrios por sus cuidados y consejos que me acompañaron principalmente cuando faltaba una palabra para poder seguir.

A MIS HERMANAS: Fernanda y Sofía por su apoyo incondicional, significó mucho tenerlas a mi lado con su cariño, alegría y entusiasmo.

A MIS ABUELOS: A mi abuelita (Lita) por su cariño, su compañía y confianza depositada en mi capacidad. A mi abuelito papa Juan + porque siempre me demostró cariño y confianza en mi vocación, por sus valiosos consejos.

A MI PADRINO: Dr. Galdámez por su apoyo, por ser guía, ejemplo y motivación para alcanzar esta meta.

A MI NOVIA: Keily Montejo por esos momentos malos y buenos en donde nunca faltó su apoyo para seguir adelante, su amor y comprensión. ¡Te amo!

A MIS TÍOS: En especial a Cecilia de Bran, Evelyn de León y Dr. César de León +, Marco González por su gratitud, cariño y buen ejemplo a seguir.

A MIS AMIGOS: Porque cada uno de ellos es parte de esta meta. Por todos esos momentos compartidos a lo largo de la carrera porque cada uno nos apoyamos y ayudaron a que esta carrera fuera mejor.

A LA UNIVERSIDAD: Por ser mi casa de estudios, formarme como profesional íntegro y con principios que podré al servicio de los demás.

JUAN FRANCISCO BARRIOS RUIZ

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: por darme la vida y ser mi guía a lo largo de ella, por bendecirme y darme la dicha de hoy culminar esta meta.

A MIS PADRES: Marta Alicia Quiñonez y Walter Montejo, por darme su amor y ser mis mejores amigos, por brindarme su apoyo y sus consejos, por siempre creer en mí y nunca dejarme sola. Soy tan dichosa por tener la bendición de que sean mis padres. Este logro es de ustedes. ¡Los amo!

A MIS ABUELOS: María Cristina Vásquez, por ser mi otra madre, por sus consejos y oraciones, este logro también es tuyo. ¡Te amo mami! A Rubén Darío Quiñonez (†), a quien estoy segura que Dios le permitió abrir una ventana en el cielo, para poder ver y ser partícipe también de este logro, un beso al cielo papito.

A MIS HERMANOS: Por su apoyo incondicional, por las alegrías y todas las aventuras vividas. ¡Los quiero mucho!

A MIS TÍAS, TÍOS Y PRIMOS: Por su cariño, oraciones y apoyo incondicional recibido a lo largo de toda mi vida.

A MIS SOBRINAS: Por darme su alegría y llenarme de su amor todo el tiempo. Son la luz de mi vida. Las quiero tanto.

A MIS PADRINOS: Natalia Maldonado por su cariño y apoyo, en especial al Dr. Sergio Maldonado Montejo por ser más que mi padrino, mi primo y el héroe de mi familia, por haberle dado una segunda oportunidad a mi papá, siempre estaré eternamente agradecida. Los quiero mucho.

A MI NOVIO: Juan Francisco Barrios Ruiz, por ser mi mejor amigo, por estar a mi lado en los buenos y no tan buenos momentos, por apoyarme siempre. Gracias por tu amor y comprensión. ¡Te amo!

A MIS AMIGOS: Por acompañarme a lo largo de este camino, por haber hecho que esta carrera fuera más fácil, por apoyarme cuando lo necesité, por cada alegría vivida y cada momento compartido a su lado. Infinitas gracias a todos.

A LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS: Por ser mi casa de estudios y enseñarme lo que necesité para desempeñarme como profesional.

KEILY SUCELY MONTEJO QUIÑÓNEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
2.1. Objetivo general	3
2.2. Objetivos específicos	3
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1. Alcoholismo	5
3.1.1. Generalidades del alcoholismo	5
3.1.2. Epidemiología y factores de riesgo	6
3.1.3. Predisposición genética	7
3.1.4. Alcoholismo como enfermedad	8
3.1.5. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol	9
3.1.6. Impacto social	11
3.1.7. Complicaciones	12
3.1.8. Diagnóstico	14
3.1.9. Tratamiento	16
3.1.10. Grupos de ayuda para la recuperación	17
3.1.10.1. Alcohólicos Anónimos	17
3.2. Daño a familiares de enfermos alcohólicos	21
3.2.1. Tipos de daño ocasionados por el alcoholismo	22
3.2.2. Estudios acerca de tipos de daño ocasionados a terceros por el alcoholismo	23
3.3. Encuesta de daños a terceros (Harm to others Survey)	25
3.3.1. Descripción de la encuesta “Harm to Others Survey”	26
3.3.2. Instrumento de evaluación adaptado	29
3.3.2.1. Descripción del instrumento adaptado	29
3.3.2.2. Interpretación de resultados	30
3.3.3. Grupos de ayuda para familiares	31
3.3.3.1. Al-Anon	
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	39
4.1. Tipo y diseño de investigación	39
4.2. Unidad de análisis	39
4.3. Población y muestra	40
4.4. Selección de sujetos a estudio	43

4.5. Medición de variables	44
4.6. Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	48
4.7. Procesamiento y análisis de datos	50
4.8. Límites de la investigación	51
4.9. Aspectos éticos de la investigación	52
5. RESULTADOS	55
5.1. Características sociodemográficas de los miembros de Al-Anon	55
5.2. Daños a familiares	56
5.3. Daño a niños	57
6. DISCUSIÓN	59
7. CONCLUSIONES	63
8. RECOMENDACIONES	65
9. APORTES	67
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
11. ANEXOS	73

1. INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad que se caracteriza por la ingestión excesiva y frecuente de bebidas alcohólicas que se relaciona con los fenómenos de tolerancia y dependencia en el individuo consumidor y le ocasiona daños biológicos, psicológicos y sociales.¹ El daño producido por el alcohol se encuentra en las primeras cinco causas de enfermedad, discapacidad y muerte alrededor del mundo.² Así mismo tiene consecuencias importantes en cuanto a actos de violencia, suicidios, traumatismos mortales intencionales y no intencionales. Los efectos y daños producidos por el alcohol se determinan por el volumen y los hábitos del consumo del enfermo alcohólico.

El consumo perjudicial de alcohol, como se mencionó anteriormente, trae graves consecuencias para el individuo enfermo y las personas que lo rodean. Esto se puede identificar con la pérdida de las amistades, marginación social, problemas familiares, problemas con la pareja, con los hijos y padres, desintegración familiar y fracaso escolar en los hijos.

Los daños que causa el enfermo alcohólico hacia las personas que lo rodean pueden ser leves como ser afectado por la actitud de un familiar durante una reunión social y pueden ser severos incluyendo muerte o discapacidad física provocada por un accidente. Se realizó un estudio en Nueva Zelanda en donde se encontró que la prevalencia de dichos daños en los familiares o terceros es mayor que la del propio enfermo (18% contra 12%), presentándose con mayor frecuencia en mujeres y gente joven.^{2,3}

Existen diversas formas de daños hacia los familiares y las personas relacionadas con el enfermo alcohólico. Las más frecuentes son clasificadas según el Reporte global de alcohol y salud del 2014 de la OMS así: lesión, negligencia o abuso, incumplimiento del rol social, daño a la propiedad, pérdida de la amenidad y paz mental.²

En Guatemala no se ha documentado ninguna investigación acerca de los daños ocasionados por el alcoholismo hacia terceros, por lo que se consideró un problema a investigar de gran relevancia para la sociedad guatemalteca. En el presente estudio se pretendió identificar los daños que los enfermos alcohólicos ocasionan a sus familiares tomando como sujetos a estudio los miembros activos de doce grupos de Al-Anon ubicados

en la Ciudad de Guatemala y del municipio de Santa Catarina Pinula durante junio y julio del 2016. Esto se llevó a cabo realizando una encuesta en donde se identificaron las características sociodemográficas de los encuestados y los daños ocasionados por el familiar alcohólico tanto a adultos como a niños.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar los daños que ocasiona el enfermo alcohólico hacia sus familiares, miembros activos de Al-Anon de la Ciudad de Guatemala y del municipio de Santa Catarina Pinula durante los meses de junio y julio 2016.

2.2. Objetivos específicos

- 2.2.1.** Identificar las características sociodemográficas de los miembros activos de Al-Anon según sexo, edad, escolaridad, actividad laboral y parentesco (por afinidad y consanguinidad).
- 2.2.2.** Identificar los tipos de daño causados por el enfermo alcohólico hacia su familiar y su frecuencia, según lesión, negligencia o abuso, incumplimiento de rol social, daño a propiedad y pérdida de la amenidad o paz mental, de acuerdo al instrumento de evaluación adaptado de la encuesta "Harm to Others Survey" (HTO Survey).
- 2.2.3.** Identificar los tipos de daño causados por el enfermo alcohólico hacia los niños y su frecuencia, según lesión, negligencia o abuso, incumplimiento del rol social y pérdida de la amenidad o paz mental, de acuerdo al instrumento de evaluación adaptado de la encuesta HTO survey.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Alcoholismo

3.1.1. Generalidades del alcoholismo

La palabra alcohol viene del árabe “alkuhi”, que significa esencia o espíritu. El hombre primitivo lo identificaba con el fervor religioso, ya que le ampliaba los límites de su realidad, le hacía sentir poderoso por crearle sensaciones de éxtasis, y según las creencias, le facilitaba la conversación con los dioses. Desde épocas remotas el alcohol estuvo vinculado con actividades y ritos religiosos de las antiguas comunidades tanto en Europa, Asia como en América Latina. El alcohol se ha consumido desde comienzos de la civilización y su ingestión se ha asociado desde entonces con conductas desordenadas o violentas.⁵

El alcoholismo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad que se caracteriza por la ingestión excesiva y frecuente de bebidas alcohólicas que se relaciona con los fenómenos de tolerancia y dependencia en el individuo consumidor y le ocasiona daños biológicos, psicológicos y sociales.⁴ Lo anterior determinado por la pérdida de libertad ante el alcohol y la incapacidad de una persona para decidir no tomar más o decidir hasta cuándo tomar. El ingrediente activo de las bebidas alcohólicas es el etanol, sustancia derivada de la descomposición de carbohidratos vegetales y tiene cualidades que lo hacen perjudicial para el organismo humano, especialmente cuando su consumo es excesivo.⁶

El alcoholismo es una patología psiquiátrica compleja y de origen multifactorial. Actualmente hay evidencia de estudios que demuestran que es una enfermedad crónica que no solo causa daños al organismo del consumidor sino también repercute en la vida social del mismo debido a la violencia, conductas antisociales, problemas familiares, accidentes e incluso homicidios.⁶

3.1.2. Epidemiología y factores de riesgo

En todo el mundo 3.3 millones de personas murieron en 2012 debido al uso nocivo del alcohol, el mismo que puede aumentar el riesgo de las personas de desarrollar más de 200 enfermedades y trastornos. A cada año las consecuencias nocivas del alcohol son responsables de aproximadamente 1.2 muertes atribuibles al alcohol por cada mil consumidores, correspondiendo al 7.6% de todas las muertes entre hombres y el 4% entre las mujeres, sean o no consumidores.⁴

En general, el 5.1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol.¹ En Estados Unidos se puede considerar dependiente de alcohol cerca de un 8.46% de la población entre 18 y 65 años de edad y alrededor de un 25% de los jóvenes entre 18 y 24 años de edad hacen uso intenso de bebidas alcohólicas (definido como más de 5 dosis por ocasión) más de 12 veces al año. A nivel mundial, Europa es el continente con el mayor consumo de alcohol per cápita, siendo este 10.9 litros por año.^{1,4}

En promedio, en las Américas se consumen 8.4 litros de alcohol puro per cápita cada año, lo que coloca a la región en segundo lugar, después de Europa. Según la Organización Panamericana de la Salud, para las Américas, El Salvador, Guatemala y Nicaragua, seguidos por Brasil, México y Cuba tienen las tasas más altas de mortalidad por causas que se deben al consumo nocivo de alcohol.⁵

En Guatemala la edad de inicio promedio para el consumo y abuso de alcohol es antes de los 13 años de edad. El 66% de los guatemaltecos consumen alcohol y en promedio un individuo ingiere 64.75 litros de bebidas alcohólicas al año.⁸ Los problemas que se atribuyen al consumo nocivo de alcohol en el país de Guatemala, son en su mayoría accidentes automovilísticos y violencia intrafamiliar.

Existen varios factores de riesgo identificados tanto individual como socialmente que afectan la magnitud y los patrones de consumo de alcohol

que también pueden incrementar el riesgo de desordenes asociados al consumo de alcohol. Los niños, los adolescentes y los ancianos son los grupos más afectados en los daños ocasionados por el alcoholismo.

En los hombres entre 15-59 años de edad los daños ocasionados por el alcohol son las principales causas de mortalidad, sin embargo hay evidencia que las mujeres pueden ser más vulnerables a los daños relacionados al alcoholismo por el nivel de consumo o por el patrón de consumo. Así mismo, las mujeres son más afectadas por violencia y acoso sexual como resultado de los problemas del consumo de alcohol de sus parejas. Por otro lado, antecedentes familiares de desórdenes relacionados al consumo de alcohol son considerados factores de riesgo importantes tanto por razones genéticas como socioambientales. Por último, hay estudios que determinan que las personas con bajo estatus socioeconómico son más vulnerables a los problemas y consecuencias relacionadas con el consumo del alcohol.^{2,6,9}

3.1.3. Predisposición genética

El alcoholismo es una patología psiquiátrica compleja y de origen multifactorial en la que el factor genético explica alrededor del 50% del fenómeno.¹⁰ Son numerosos los genes que se han asociado a esta enfermedad, pero su aporte individual es mínimo y contradictorio. Estos genes operan a través de características intermedias como la impulsividad y la sensibilidad al alcohol, lo que hace compleja la definición del fenotipo del alcoholismo.

En la identificación de estos genes se ha enfocado la atención en los asociados con el metabolismo del alcohol como las alcohol y aldehído deshidrogenasas (ADH y ALDH, respectivamente), los citocromos P450 y en los sistemas reforzadores del consumo de alcohol que están involucrados con la adicción como los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico, opioide, acetilcolinérgico, glutamatergico y gabaérgico, que están relacionados con múltiples neuroadaptaciones que ocurren en el proceso de transición hacia la adicción.⁶

El fenotipo de adicción puede persistir durante toda la vida de un individuo e incluso generar recaídas después de muchos años de abstinencia. Esto sugiere que las sustancias psicoactivas causan alteraciones en el cerebro que perduran por largos períodos.^{6,10}

3.1.4. Alcoholismo como enfermedad

A pesar de la magnitud de los problemas sanitarios causados por el consumo de bebidas alcohólicas y su actividad, el alcoholismo no ha estado considerado por la medicina como una entidad clínica hasta muy recientemente.

Es durante el siglo XX que el fenómeno alcohólico ha sido estudiado en forma sistemática, descrito con rigor clínico, difundido, aplicado como fundamento en programas de tratamiento y ampliado a través del trabajo terapéutico. La palabra “enfermedad” es definida como: “Cualquier desviación de o interrupción de la estructura o función normales de cualquier parte, órgano o sistema del cuerpo que se manifiesta por un característico conjunto de síntomas y signos cuya etiología, patología y pronóstico pueden ser conocidos o desconocidos”.¹¹

A finales del siglo XVIII, Benjamin Rush en Estados Unidos definió la “ebriedad habitual” como una condición involuntaria, una enfermedad causada por el consumo de las bebidas alcohólicas. De sus escritos el identificaba tres ideas sobre la enfermedad: El alcohol como causa del problema, la pérdida de control como síntoma característico y la abstinencia total como única cura efectiva.^{11,12}

La influencia de distintos autores llevo a una nueva visión fue, tanto así que la Asociación Médica Americana (AMA) publicó en 1956: “El alcoholismo debe ser visto dentro del contexto de la práctica médica. El Consejo de salud de la AMA, su comité de alcoholismo y la profesión médica en general reconocen el Síndrome del Alcoholismo como enfermedad que justificadamente debe recibir atención de los médicos.” En la misma década,

la OMS incluiría la Dependencia del Alcohol dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).¹³

Es importante recalcar que desde que el alcoholismo fue declarado como una enfermedad, no ha existido una cura conocida para el alcoholismo aunque muchas personas pueden mantenerse sobrias durante un largo tiempo con compromiso y esfuerzo. Sin embargo, antes de que las personas con alcoholismo puedan iniciar su recuperación, deben admitir que sufren un problema con la bebida.

3.1.5. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM en inglés) en su IV versión y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) clasifican los trastornos debidos al consumo de psicótopos en las secciones de la F10 a la F19. La F10 corresponde a los “debidos al alcohol”, y comprende los descritos en la tabla 3.1.^{7,11}

Tabla 3.1: Clasificación de trastornos relacionados al consumo de alcohol según CIE-10 y DSM IV.

Código CIE-10	Diagnóstico	Características
F10.0	Intoxicación aguda	Debe ser intoxicación reciente y presentar cambios psicológicos, comportamentales clínicamente significativos que se presentan pocos minutos después de la ingesta de alcohol. Se pueden presentar uno o más de los siguientes síntomas: lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor, coma o convulsiones.
F10.1	Consumo perjudicial	Describe la forma de consumo que afecte la salud física o mental del individuo que consume la sustancia. Suele ser una forma de consumo criticada por terceras personas. Tiene diversas consecuencias sociales.

F10.2	Síndrome de dependencia	<p>Para poder realizar el diagnóstico de dependencia de alcohol, debe tener la presencia de por lo menos tres de los siguientes síntomas en el último año:</p> <p>Deseo intenso de consumir bebidas alcohólicas</p> <p>Disminución de la capacidad para controlar el comienzo o la finalización del consumo de bebidas alcohólicas.</p> <p>Signos de abstinencia de alcohol en algún momento o utilización de otras sustancias para impedir su aparición.</p> <p>Aparición de tolerancia</p> <p>Abandono de otras actividades antes placenteras a causa del consumo de alcohol o dedicar más tiempo que antes a obtener, consumir y recuperarse del mismo alcohol.</p> <p>El consumo de bebidas alcohólicas persiste a pesar de la conciencia de perjuicio que ocasiona a uno mismo (daño físico o mental).</p>
F10.3	Síndrome de abstinencia	<p>Son los síntomas que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de la sustancia. Los síntomas varían en función de la sustancia consumida y pueden aparecer síntomas psicológicos como ansiedad, depresión y trastornos del sueño.</p>
F10.4	Síndrome de abstinencia con delirium	<p>Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. Se pueden preceder por convulsiones por abstinencia. La tríada clásica de síntomas son: obnubilación, alucinaciones e ilusiones en cualquier modalidad sensorial, temblor intenso. Pueden presentarse también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.</p>
F10.5	Trastorno psicótico	<p>Es un trastorno relacionado al alcohol que incluye alucinosis alcohólica, celotipia,</p>

		paranoia y psicosis. Puede haber esquizofrenia, predominio de ideas delirantes, síntomas depresivos, maniáticos o mixtos.
F10.6	Síndrome amnésico	Incluye la psicosis de Korsakov y el síndrome de Korsakov.
F10.7	Trastorno psicótico residual y tardío	Es un trastorno que se manifiesta por reviviscencias de lo ocurrido durante el consumo, trastorno de la personalidad o del comportamiento, trastorno afectivo residual, demencia inducida por alcohol y otro deterioro cognoscitivo persistente.

Fuente: Sánchez J, Fernández M. Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. Rev Med UV. [en línea] 2007 [citado 31 Mar 2016]; 7 (1): 27-38. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2007/muv071e.pdf>

3.1.6. Impacto social

El alcoholismo es la toxicomanía más significativa a nivel mundial en la actualidad, debido a sus efectos nocivos hacia la salud del consumidor y la sociedad que lo rodea, sin mencionar los problemas económicos y biológicos que también causa. En un estudio realizado en Europa en el año 2011 se identificó que el consumo perjudicial de alcohol se encuentra relacionado con el 50% de los crímenes violentos hacia las personas, alrededor de 40% de la violencia doméstica, 2000 homicidios al año solamente en Europa, 10000 muertes por accidentes de tránsito, la causa del 16% de los abusos hacia los niños y el nacimiento de al menos 5 millones de niños con algún efecto por el consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo.¹

La mayoría de estudios realizados en varios países determinan que el riesgo a lo largo de la vida de padecer dependencia del alcohol es en la actualidad aproximadamente del 9-10% para los varones y 3-5% para las mujeres. El mismo riesgo para alcanzar un consumo perjudicial sería prácticamente el doble.¹²

Una de las principales consecuencias resultantes del consumo de sustancias psicoactivas son los problemas con la justicia. Diversos estudios señalan la relación entre el consumo de alcohol, otras drogas y el crimen.⁷ Los

agresores y las víctimas de crímenes violentos a menudo relatan consumo de alcohol antes de la ocurrencia de actos ilícitos, tales como violación, robos y homicidios. El abuso de alcohol por parte de agresores y/o víctimas está presente en un 30% a un 70% de los casos de violación.¹⁴

Los daños ocasionados por el consumo de alcohol también se manifiestan en los costos económicos, lo que va a depender de cada país y de su situación. Estos tienen impacto en la salud y ocurren gracias a los servicios médicos brindados, hospitalizaciones, cuidado ambulatorio, medicinas, etc. Otro ámbito afectado son los costos indirectos que resultan de la pérdida de productividad debido a absentismo, desempleo, muerte y reducción económica potencial debido a lo anterior. Por último también se pueden mencionar los gastos tangibles que son los gastos asignados al dolor y sufrimiento y más generalmente a una mala calidad de vida; estos afectan tanto al individuo como a sus familiares.^{1,9}

El consumo perjudicial de alcohol, como se mencionó anteriormente, trae graves consecuencias para el individuo enfermo y las personas que lo rodean. Esto se puede identificar con la pérdida de las amistades, marginación social, problemas familiares, problemas con la pareja, con los hijos y padres, así como cambio de roles, desintegración familiar y fracaso escolar en los hijos. Lo anterior debido a que el individuo enfermo se torna agresivo e irresponsable, trayendo consigo también consecuencias laborales, pérdida de trabajo, absentismo escolar, etc. Es por eso que el alcohol se ha llegado a considerar como una de las drogas con más repercusión social a nivel mundial.

3.1.7. Complicaciones

El consumo prolongado del alcoholismo tiene efectos en la salud del consumidor a largo plazo. La oxidación del alcohol en los tejidos (principalmente en el hígado) determina una importante utilización de sustancias que existen en forma limitada e indispensable para el metabolismo adecuado de las grasas. Cuando el consumo del alcohol es excesivo, el malgasto de estas sustancias provoca graves alteraciones en el

metabolismo de las grasas, lo que da como resultado hígado graso o esteatosis hepática, que de no ser controlada con la supresión del consumo del alcohol llevaría posteriormente a la cirrosis hepática, una de las complicaciones más serias y frecuentes de los alcohólicos.^{13,14}

El alcohol tiene la condición de antielemento, disminuye notablemente el apetito, produce calorías vacías (que no generan energía), afecta la mucosa del sistema digestivo e impide la absorción adecuada de los alimentos que se ingieren, y aumenta notablemente las necesidades de vitaminas del organismo. Aunque el alcohol no es determinante de cáncer por acción directa sobre los tejidos, sí es un disolvente muy efectivo para las sustancias cancerígenas y permite la libre circulación de estas por todo el organismo, lo que aumenta el riesgo de cáncer de lengua, boca, faringe, laringe, esófago e hígado, así como de cáncer de colon, recto, mama y pulmones.^{13,14}

El alcohol tiene como resultado final hipertensión arterial por la ingestión exagerada de lípidos y el efecto sobre las glándulas suprarrenales que producen cortisona. Estudios científicos demuestran el efecto tóxico directo sobre el hígado y el cerebro, que dan lugar a deficiencias en el funcionamiento hepático, disminución de la memoria y de las capacidades intelectuales del enfermo alcohólico respectivamente.¹⁴

La acción del alcohol sobre los músculos es debilitadora y presentan polineuropatía alcohólica con disminución de la fuerza muscular por déficit de vitaminas. En relación con la actividad sexual, el alcohol determina disfunciones sexuales, y si el consumo es excesivo y mantenido puede producir serias lesiones en órganos responsables de la respuesta sexual. Existe dificultad o imposibilidad de que un hombre logre la erección cuando se encuentra en estado severo de embriaguez y también el orgasmo en la mujer bajo el efecto del tóxico.^{13,14}

Cuando la persona es alcohólica, el consumo del alcohol repercute en forma muy negativa sobre la producción de hormonas hipofisarias y testiculares; y aparece disminución del vello facial, afinamiento de la voz, atrofia testicular e incremento del volumen de las mamas en el hombre. El consumo excesivo

de alcohol conduce, a largo plazo, a la aceleración de los procesos arterioscleróticos que afectan el calibre de las arterias que conducen la sangre al pene.¹⁴

En los casos más graves se puede producir desmielinización de la médula espinal, proceso que implica complicaciones en la transmisión de los impulsos nerviosos. Entre los daños en las mujeres existe la posibilidad de ser infértil o la incapacidad de concluir de forma exitosa un embarazo. Pueden ocurrir partos prematuros y muerte intrauterina ya que el feto no está preparado para neutralizar la acción del alcohol y metabolizarlo. Se han observado nacimientos de niños con lesiones hepáticas debido a la fragilidad de este órgano. También el alcohol puede producir retraso mental en 30 a 40 % de los nacimientos, así como comportamiento anormal, trastornos de personalidad y conductas antisociales.^{1,13,14}

3.1.8. Diagnóstico

El diagnóstico de alcoholismo se basa en la elaboración de una correcta anamnesis y exploración clínica. Se necesita realizar la valoración de la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica. Puede ser útil el uso de cuestionarios diagnósticos. Las dificultades diagnósticas dependen de la cantidad y frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, excesiva rigidez de los criterios diagnósticos, escasa conciencia sobre la patología debido a la negación del problema por el paciente, y banalización por parte del profesional.¹⁵

En la anamnesis y exploración clínica se valorará el consumo alcohólico y repercusiones en su entorno personal como: trastornos de conducta, repercusiones familiares, sociales y legales. Los registros del consumo de alcohol aportarán datos sobre duración, frecuencia y cantidad de la ingesta de cada consumo. Cada vez es más frecuente el uso de la Unidad de Bebida Estándar (UBE) que se refiere al contenido medio en alcohol de un consumo habitual en cuanto a la graduación y volumen. Se acepta que 1 UBE equivale a 10 gramos de alcohol.¹⁵ En función de la cantidad de alcohol consumido se

clasifican los bebedores en grados, los cuales se describen a continuación en la tabla 3.2.

Tabla 3.2 Patrones de consumo en función de la cantidad de consumo¹⁵

Patrón de consumo	Hombre	Mujer
Abstemio	No consume alcohol de forma habitual	
Bebedor ligero	1-2 UBE/día	1-2 UBE/día
Bebedor moderado	3-6 UBE/día	3-4 UBE/día
Bebedor alto	7-8 UBE/día	5-6 UBE/día
Bebedor excesivo	9-12 UBE/día	7-8 UBE/día
Gran riesgo	>13 UBE/día	>8 UBE/día
Consumo de riesgo	>4 UBE/día	>2.5 UBE/día
Unidad de Bebida Estándar (UBE): contenido medio en alcohol de consumo habitual en cuanto a su graduación y volumen. 1UBE= 10g alcohol/ Gramos de alcohol= ml de bebida X graduación de la bebida x 0.8 /100		

Fuente: Ochoa Mangado E, Madoz-Gúrpide A, Vicente Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Med Segur Trab. [en línea] 2009 [citado 31 Mar 2016] 55 (214); 26-40. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n214/original1.pdf>

Hay muchas formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas, el consumo diario elevado, episodios repetitivos de beber hasta la intoxicación, consumos de alcohol que están causando daño físico o mental, y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, de hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura.¹⁵

La identificación precoz de los consumidores en riesgo es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario. El objetivo de los cuestionarios de detección es establecer un cribaje previo al diagnóstico, con detección precoz de los casos. Los cuestionarios más utilizados son el test de CAGE y el AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test).

El cuestionario CAGE consta de cuatro ítems. Su sensibilidad es del 65-100% y su especificidad es del 80-100%. Se considera positivo si se responde afirmativamente un mínimo de 2 preguntas.¹⁵ No estudia cantidad,

frecuencia ni tiempo de ingesta. Éste se encuentra diseñado para la detección del alcoholismo y las preguntas se describen a continuación:

- a. ¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que reducir o dejar la bebida?
- b. ¿Le han molestado las observaciones de la gente acerca de sus hábitos de bebida?
- c. ¿Se ha sentido alguna vez disgustado o culpable por su costumbre de beber?
- d. ¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana para sentirse en forma?

El test de AUDIT o Alcohol Use Disorders Identification Test contiene 10 ítems referidos al consumo de alcohol durante el último año. Discrimina consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. El rango de puntuación va de 0 a 40 puntos. Es un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol. A mayor número de puntos, mayor dependencia. Si la puntuación es mayor de 8, puede ser síntoma de padecer algún problema relacionado con el alcohol.¹⁶ El test completo se puede observar en la tabla 11.1 del anexo 11.1.

3.1.9. Tratamiento

El tratamiento de la dependencia alcohólica implica intervenciones en varios niveles, ya que la enfermedad resulta bastante compleja, ya sea en la etiología o en las implicaciones sociales, profesionales y familiares.

- Psicoterapia: Dado que el uso del alcohol es capaz de producir consecuencias físicas, intelectuales, psicológicas y sociales para el adicto, los programas de terapia son multidisciplinarios y el tratamiento se realiza a largo plazo, con el objetivo de lograr una abstinencia satisfactoria. Cabe subrayar que los tratamientos se vuelcan tanto a los alcohólicos como los familiares.¹⁷
- Tratamiento farmacológico: Durante varios años, las intervenciones farmacológicas se restringieron al tratamiento del síndrome de abstinencia del alcohol y al uso de drogas de rechazo. En los últimos diez

años, la naltrexona y el acamprosato se han planteado como importantes intervenciones adyuvantes al tratamiento psicosocial del síndrome de dependencia alcohólica. Más recientemente, los fármacos ondansetrón y topiramato han surgido como prometedoras estrategias terapéuticas, aunque aún en fase de aprobación.¹⁷

3.1.10. Grupos de ayuda para la recuperación

3.1.10.1. Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos anónimos es una comunidad de ambos géneros en la cual dichos miembros comparten mutuamente su experiencia, sus fortalezas así como la esperanza en común que tienen la cual es solucionar su problema y servir y brindar apoyo a similares para poder recuperarse de esta enfermedad. Para pertenecer a esta comunidad el único y más importante requisito es el querer dejar la bebida.^{18,19}

El sustento y mantenimiento de esta gran comunidad es a partir de las colaboraciones y contribuciones voluntarias de cada miembro ya que en esta no se pagan honorarios ni cuotas, esta organización no posee ningún vínculo con religiones, partidos políticos o alguna organización u institución alguna, por tanto no apoya ni se opone a ninguna causa, ya que su finalidad principal es mantenerse sobrios y brindar apoyo a otros alcohólicos a recuperarse y alcanzar la sobriedad. Por ser este el objetivo principal AA no participa en investigaciones o tratamientos para el alcoholismo, no posee ni brinda opinión en temas ajenos a su propósito.¹⁸

Los inicios de Alcohólicos Anónimos se remontan al año 1935 en Akron, Ohio, Estados Unidos cuando un hombre de negocios llamado Bill W originario de Nueva York había logrado mantenerse sobrio por primera vez luego de varios intentos fallidos por lo que contacto a otro alcohólico para poder compartir sus experiencias y encontrar apoyo para superar el mal momento por el cual atravesaba y que temía recaer.

Durante el breve tiempo en el cual este hombre de negocios neoyorkino permaneció sobrio, pudo observar que sus deseos de beber mermaban al tratar de ayudar a otros alcohólicos a alcanzar la sobriedad. En esta ciudad lograron contactar a un médico, el Doctor Bob S, quien al igual que Bill W tenía problemas con la bebida. Ambos se unieron y descubrieron la capacidad que tenían de permanecer sobrios estaba muy relacionado con la ayuda y estímulo que brindaban a otros alcohólicos así como compartir sus experiencias las cuales llevaron a conocer a otros similares.¹⁸

En el año de 1939 se lleva a cabo la publicación del libro Alcohólicos Anónimos, del cual esta comunidad adopto su nombre, gracias a la ayuda de otros amigos No Alcohólicos, la comunidad ahora llamada "Alcohólicos Anónimos (AA) " empezó a llamar la atención con su programa el cual rápidamente fue extendiéndose por todo el territorio estadounidense así como en el extranjero. Tanto es el impacto y la ayuda de esta comunidad que actualmente funciona a través de más de 100,000 grupos en 150 países.¹⁸

Los grupos de Alcohólicos Anónimos en Guatemala son autónomos y se rigen bajo el programa mundial de AA enunciado en 12 pasos los cuales ofrecen al alcohólico a desarrollar y procurar lograr una manera de vida satisfactoria sin la bebida. Estos grupos tienen reuniones semanales las cuales pueden ser de distintos tipos:

Reuniones abiertas de orador, las cuales pueden participar alcohólicos como no alcohólicos y esta es la mejor forma de enterarse sobre AA, en este tipo de reuniones los miembros de AA relatan sus vivencias y experiencias con la bebida, como llegaron al grupo y como este ha cambiado sus vidas.¹⁹

Reuniones abiertas de discusión, en este tipo de sesiones un miembro de AA comparte brevemente su experiencia con la bebida, luego dirige una discusión sobre la recuperación en el grupo o

relacionado a cualquier problema con la bebida que desee discutir. Reuniones cerradas de discusión se llevan a cabo al igual que las reuniones abiertas con la diferencia que estas son solo para alcohólicos o posibles miembros de AA.

Los miembros de AA llevan a cabo reuniones en instituciones de tratamiento o correccionales. A continuación se muestran los 12 pasos y 12 tradiciones por las que se rigen los grupos de AA en Guatemala y a nivel mundial:

- Doce pasos de Alcohólicos Anónimos:
 - 1) Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
 - 2) Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio
 - 3) Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos
 - 4) Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos
 - 5) Admitimos antes Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
 - 6) Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos librase de nuestros defectos.
 - 7) Humildemente le pedimos que nos librase de nuestros defectos.
 - 8) Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos
 - 9) Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
 - 10) Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente
 - 11) Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo

concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese fortaleza para cumplirla.

12) Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.²⁰

- Las doce tradiciones se describen a continuación:

- 1) Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de AA.
- 2) Para el propósito de nuestro grupo solo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
- 3) El único requisito para ser miembro de AA es querer dejar de beber.
- 4) Cada grupo de AA debería de ser autónomo excepto en los asuntos que perjudiquen a otros grupos de AA o a AA considerado como un todo.
- 5) Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: Llevar el mensaje al alcohólico que aun está sufriendo.
- 6) Un grupo de AA nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de AA a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
- 7) Todo grupo de AA debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
- 8) AA nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
- 9) AA como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
- 10) A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

- 11) Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, radio y el cine.
- 12) El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.²⁰

3.2. Daño a familiares de enfermos alcohólicos

Cuando se habla de alcohol y los trastornos que ocasiona, no se puede dejar de lado a los familiares de los enfermos, ya que son los más afectados por el problema. Son las personas más cercanas al individuo alcohólico y es por esto que son los que sufren consecuencias que van desde discusiones hasta la desintegración familiar y separaciones. Cuando en una familia hay un individuo alcohólico se suele empezar con la negación del problema hasta que la evidencia hace que el reconocimiento del mismo sea una necesidad, siendo el afectado el último en reconocerlo.³

Los problemas ocasionados van a depender de quien sea la persona principalmente afectada por el trastorno. Por ejemplo en el caso de padre/madre alcohólico, los hijos serían los más afectados por el problema de sus progenitores. Por otro lado, en las parejas de enfermos alcohólicos aparecen sentimientos de culpabilidad, ansiedad e incapacidad de ayudar al otro. Incluso cuando la pareja inicia un tratamiento aparecen sentimientos de ira, rabia, impotencia, cansancio, fatiga mental e incluso cuadros de ansiedad y depresión. Cuando se manifiestan estas situaciones y el familiar se logra identificar con el alcoholismo de su pareja y esta enfermedad ya forma parte de su vida, se llama codependencia.¹³

Por estas razones es importante reconocer que el tratamiento del alcoholismo se extiende mucho más allá del propio enfermo alcohólico y por lo tanto debe intervenir a los familiares o a las personas directamente involucradas con el mismo, con el fin tanto de prevenir las graves consecuencias de la enfermedad como permitir el desahogo por medio de terapias dirigidas a la descarga

emocional, el reconocimiento del alcoholismo como enfermedad y la colaboración en el tratamiento del adicto.¹³

Como se describió previamente, el alcoholismo es una enfermedad que causa daños tanto al enfermo como a los familiares del mismo. Estos pueden ser leves como ser afectado por la actitud de un familiar durante una reunión social y pueden ser severos incluyendo muerte o discapacidad física provocada por un accidente. Se realizó un estudio en Nueva Zelanda² en donde se encontró que la prevalencia de dichos daños en los familiares o terceros es mayor que la del propio enfermo (18% contra 12%), presentándose con mayor frecuencia en mujeres y gente joven.²

En los últimos años ha aumentado la preocupación e investigaciones en las consecuencias negativas del alcohol tanto en la salud como en el desenvolvimiento social de los familiares, los amigos, compañeros de trabajo y vecinos del enfermo alcohólico. Este daño a las personas alrededor del individuo alcohólico se conoce como “daño pasivo” o “daño a terceros”. El daño a terceros se define como los efectos adversos ocasionados por el consumo perjudicial de un individuo hacia personas que se involucran con él.⁹

3.2.1. Tipos de daño ocasionados por el alcoholismo

Existen diversas formas de daños hacia los familiares y las personas relacionadas con el enfermo alcohólico. Las más frecuentes son clasificadas en la siguiente tabla según el Reporte global de alcohol y salud del 2014 de la OMS.²

Tabla 3.3. Tipos de daño ocasionado por el alcohol hacia otros individuos.

Tipo de daño	
Lesión	Daño causado hacia otros individuos que puede ser intencional o no, como accidentes automovilísticos, accidentes laborales, etc.
Negligencia o abuso	Puede afectar por ejemplo a algún niño, la pareja o una persona bajo el cuidado del consumidor de alcohol.

Incumplimiento del rol social	Es la falta de cumplimiento del rol del consumidor como miembro de una familia, amigo o trabajador.
Daño a propiedad	Es el daño a cosas materiales, por ejemplo ropa, algún carro, un edificio.
Pérdida de la amenidad y la paz mental	Es la pérdida de la tranquilidad y amenidad de los miembros de la familia del consumidor de alcohol (incluyendo niños), amigos, compañeros de trabajo y extraños que puedan sentirse afectados o preocupados por las acciones del consumidor, como los vecinos.

Fuente: World Health Organization. Global status report on alcohol and health. [en línea] Ginebra: World Health Organization; 2014 [citado 15 Mar 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

3.2.2. Estudios acerca de tipos de daño ocasionados a terceros por el alcoholismo

En Australia, durante el período del 2008 al 2011, se realizó un estudio para determinar el daño a los familiares de los enfermos alcohólicos a través de una encuesta denominada “Harm to Others Survey”, (HTO Survey). Se realizó el estudio en personas afectadas por el consumo de alcohol de un individuo. Durante el año 2008 se tomaron 2694 encuestados, de los cuales se enfocaron específicamente en 1142 familias con niños y se dio seguimiento en el 2011 a 1106 encuestados. Se realizó nuevamente la encuesta en el 2011 a los mismos participantes que se encuestaron en el 2008; se logró examinar la estabilidad y cambios en el daño que producía el consumo nocivo de alcohol por terceros y los que predecían los cambios que se produjeron.^{9,21,22}

En adición a los datos encontrados se realizaron encuestas a una submuestra de los encuestados con la “HTO Survey” que respondieron que hubo niños en su familia que habían sido negativamente afectados por el alcoholismo de terceros. Se encontró que más de un cuarto (26%) de los entrevistados reportaron experimentar algún tipo de daño por algún miembro de la familia ocasionado por el consumo de alcohol.^{9,22}

En cuanto a daño a niños se encontró que los daños más comunes fueron: ser testigo de violencia verbal o física, ser testigo de comportamiento

inapropiado debido al consumo de alcohol. Así mismo, los niños también fueron verbalmente agredidos, puestos en peligro debido a la falta de supervisión del cuidador, físicamente abusados o expuestos a violencia doméstica.

Se identificó que el 28% de los afectados tenían íntima relación con el consumidor de alcohol, siendo este su pareja; el 14% de los afectados eran hijos o hijas del consumidor y el 20% eran hermanos del individuo; dejando con un 17% de los afectados que referían ser el novio o la novia del individuo consumidor de alcohol.⁹ Hubieron más mujeres afectadas negativamente con un 41% de los entrevistados. Los daños emocionales se presentaron en un 66% de los afectados debido al consumo nocivo de alcohol por un familiar, seguido por afectaciones sociales con un 65% y agresiones verbales con un 63%.^{9,22}

En Chile se realizó un estudio titulado “Daño a niños y sus familiares por el consumo de alcohol: resultados de una encuesta poblacional en Chile”. Se realizó un muestreo probabilístico en donde la muestra final fue de 1500 personas con un margen de error del 2.5% y con un 95% de confianza. La encuesta utilizada fue diseñada por el equipo del proyecto, traducida al español y luego re traducida nuevamente al inglés por el equipo de investigación siguiendo el protocolo de la OMS.²¹

La encuesta utilizada evalúa los efectos del consumo de alcohol de terceros a nivel individual, familiar, social y económico, la relación entre el bebedor y el encuestado e incluye preguntas sociodemográficas y de bienestar subjetivo. Se analizó la información de una submuestra de 408 encuestados (27.2% de la muestra original) correspondientes a los que reportaron estar a cargo de un menor de edad, a los cuales se les realizaron 6 preguntas específicas acerca de los daños experimentados por los niños a su cargo como resultado del consumo de alcohol de otra persona.²¹

Por medio de esta submuestra este estudio determinó que el 10.5% estimó que el uso de alcohol de algún miembro de la familia había afectado negativamente a algún niño. Los daños más comunes encontrados fueron

violencia verbal (29.7%), ser testigos de violencia intrafamiliar (23.1%), quedar sin supervisión (18.7%), falta de dinero para proveer necesidades básicas del niño (14.3%) y maltrato físico (7.7%). Además en un 6.6% de los casos se involucraron servicios de protección del niño o de la familia. El 51.2% de los afectados negativamente a causa de relacionarse con un enfermo alcohólico eran mujeres. En casi la mitad de los casos el bebedor identificado fue el padre, seguido de otros parientes con un 24%. No se encontraron diferencias por sexo en el porcentaje de maltrato verbal ni en la intervención de servicios sociales o de protección de la infancia.²¹

3.3. Encuesta de daño a terceros “Harm to Others Survey” (HTO Survey)

Como se mencionó anteriormente, el primer estudio realizado acerca de daños ocasionador por el alcohol hacia terceros se llevó a cabo durante el 2008 y se le dio seguimiento en el 2011 en Australia. Para evaluar el daño se utilizó una encuesta denominada “Harm to Others Survey”, el mismo fue creado en el 2008 y fue el primer instrumento utilizado para este fin.

El estudio se realizó bajo la ayuda de un equipo que realizó un estudio similar en el “Centre for Social Health Outcomes Research Evaluation (SHORE)” en Nueva Zelanda. Las encuestas utilizadas tanto en el 2008 como en el 2011 tenían las mismas características, exceptuando ciertas preguntas que se añadieron al instrumento utilizado en el 2011.^{9,22}

En ambas ocasiones los participantes del estudio fueron evaluados acerca de los consumidores de alcohol en su vida en términos de parentesco y si esto los había afectado negativamente. Estas preguntas fueron hechas hacia personas que vivían en la misma casa que ellos, familiares, amigos y compañeros de trabajo. Se tomaron variables claves para la realización de este instrumento de evaluación, las cuales se describen en la siguiente tabla, en conjunto con las secciones en la que se encuentra.

3.3.1. Descripción de la encuesta Harm to Others Survey

A continuación, se describe más detalladamente los ítems que se incluyen en cada sección del instrumento.

- Sección A: Relaciones domésticas. En esta sección se identifica el número de gente viviendo en la casa del encuestado y su relación con él. Se preguntan también algunas características sociodemográficas como edad, trabajo, ocupación y actividad actual.²²
- Sección B: Índice de bienestar personal. Este es medido utilizando el “Personal Wellbeing Index” (PWI) por su nombre en inglés. El PWI mide la satisfacción personal a través de ocho dominios, que incluyen estándar de vida, salud, logros alcanzados, relaciones personales, seguridad, comunidad, seguridad y espiritualidad. Combina los resultados para producir una medida entre 0 (insatisfacción completa) y 100 (satisfacción completa). En esta encuesta se agregaron tres dominios, que son bienestar mental, salud física y sentimientos personales.²²
- Sección C: Escala EQ-5D. La calidad de vida relacionada a la salud es medida utilizando la escala EQ-5D, una medida estandarizada y libre de enfermedades. Los encuestados describen su propio estado de salud en cinco dimensiones que son movilidad, cuidado personal, actividades usuales, dolor/incomodidad y ansiedad/depresión en términos de tres niveles que son: sin problemas, algunos problemas y problemas severos. Estos niveles son puntuados y los puntos obtenidos de las cinco dimensiones pueden ser combinados para dar un puntaje general estado de salud.²²

Las medidas que se obtienen del PWI y la escala EQ-5D permitieron comparar variaciones en la calidad de vida relacionada a la salud del encuestado.

- Sección D: Consumidores de alcohol en la vida del encuestado. Se hace una revisión general de las relaciones del encuestado con alguien que

consume excesivamente alcohol con una serie de preguntas. La primera pregunta hace referencia a si conoce a alguien que tenga problemas en el consumo de alcohol, luego se pregunta acerca de qué tipo de relación en específico tiene con esa persona y se hace otra pregunta en la que se establece si esto afecta negativamente al encuestado.

Al final de la sección a los encuestados que responden que sí han sido afectados negativamente por el exceso en el consumo de alcohol de otras personas, se les pide que identifiquen una persona en particular que afecte en mayor parte este aspecto.²²

- Sección E: Sección descriptiva. En esta sección se investigan los daños que el consumidor de alcohol que más ha afectado al encuestado, ha causado. Se le pregunta al encuestado si ha experimentado alguna serie de daños en varias áreas, por el consumidor de alcohol identificado. Por ejemplo, violencia, acoso sexual, daño emocional o negligencia, daño verbal, conducir bajo efectos del alcohol, consecuencias económicas, efectos en ocasiones sociales o daño a propiedades. También se investiga lo que el encuestado ha hecho por el consumidor de alcohol identificado como las veces que lo ha cuidado, lo ha aseado o llevado a algún lugar debido a su dificultad por el estado en el que se encontraba y la frecuencia con la que estas han sucedido.²²
- Sección F: Demografía y consumo de alcohol del consumidor identificado que más afecta al encuestado. Se preguntan características sociodemográficas del consumidor de alcohol identificado por el encuestado como edad, sexo, la frecuencia en la que este consume alcohol, la cantidad de alcohol consumido.²²
- Sección G: Daños a niños. A los encuestados que respondieron que vivían con niños en la misma casa o que tenían niños a su cargo, se les hizo una serie de preguntas relacionadas con daños ocasionados hacia estos niños por el consumidor de alcohol identificado.²²

- Sección H: Daño hacia compañeros de trabajo. En esta sección se hacen tres preguntas acerca de los daños ocasionados en el trabajo y el tiempo perdido en este por el consumidor identificado.²²
- Sección I: Daño en la comunidad. Esta sección mide las experiencias del encuestado en cuanto a haber sufrido daño personal o hacia sus pertenencias, causado por extraños. Los ítems incluyen daños que ocurrieron directamente hacia el encuestado, hacia su propiedad o hacia sus pertenencias y el comportamiento del consumo de alcohol por terceros que fue considerado problemático por el encuestado.
- Sección J: Uso de servicios. Esta sección provee información acerca de si los encuestados habían tenido contacto con la policía, hospitales, servicios médicos y servicios de consejería, así como otros servicios de consejería debido al consumo de alcohol por otros individuos. También se les pregunta cuántos días tuvieron que faltar al trabajo debido a esta situación.²²
- Sección K: Demografía del encuestado. Ítems acerca de la demografía del encuestado que incluyen edad, sexo, empleo e ingreso mensual fueron desarrollados en base a los usados en los estándares nacionales y cuestionarios internacionales.

Esta encuesta fue administrado por el “Turning Point Alcohol and Drug Centre” del “Social Research Centre (SRC)”, del norte de Melbourne entre octubre y diciembre del 2008. Se realizó una entrevista telefónica a cada participante del estudio. La encuesta fue diseñada para responderse vía telefónica con una duración de aproximadamente 25 minutos, dependiendo de las respuestas del encuestado.²²

El análisis de los resultados recopilados de la “HTO Survey” se interpretó según las respuestas positivas a los enunciados, se midió la frecuencia de las mismas y se utilizaron porcentajes para la presentación de resultados.

3.3.2. Instrumento de evaluación adaptado

Se realizó un instrumento de evaluación adaptado de la “HTO Survey” utilizada en el estudio “Harm to Others”, descrita previamente. El instrumento de evaluación está diseñado para miembros de los distintos grupos de Al-Anon que deseen participar. El mismo consiste de una hoja de papel bond tamaño carta, impresa de ambos lados con los logos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas y espacio para colocar el nombre del investigador. Consta de cuatro secciones, en las que se listan 39 preguntas. Este instrumento se encuentra detallado en el anexo 11.2.

Se omitieron varias secciones del instrumento “HTO Survey”²², así mismo se modificó el orden y el contenido de la encuesta con base a los intereses de este estudio y de la población en la que se va a realizar. Se realizó una prueba piloto a los miembros activos con características similares a los sujetos de estudio, que desearon participar y que pertenecen a Al-Anon de San Francisco, ubicado en la zona 6 de Mixco.

3.3.2.1. Descripción del instrumento adaptado

El instrumento consta de 39 ítems que el encuestado tendrá que responder, estos se dividen en cuatro secciones descritas a continuación.

- Instrucciones: Se le indicarán al encuestado las instrucciones generales para la realización y correcto llenado del instrumento de evaluación.
- Sección A: Características sociodemográficas: Son 9 preguntas, en esta sección se listan preguntas acerca del sexo del encuestado, edad, la escolaridad, su actividad laboral actual, así como el número de personas que habita en el hogar del encuestado y si convive con niños. Se identificara también el parentesco del encuestado con el enfermo alcohólico por

consanguinidad y afinidad según los grados establecidos en el Artículo 190 al 198 del Código Civil de Guatemala.²³

- Sección B: Daños ocasionados por el bebedor: Consta de 24 preguntas. En esta sección se pretende identificar las vías en las cuales el bebedor ha afectado negativamente al encuestado, se preguntan áreas de daños como violencia física y sexual, emocional, negligencia, conducir bajo efectos del alcohol y daños a la propiedad, así como el uso de servicios de emergencia utilizado por el encuestado por culpa del alcoholismo del bebedor. En cada enunciado se pregunta la frecuencia en que se han presentado estos daños. Por último se pregunta las situaciones que el encuestado ha tenido que enfrentar a causa del bebedor. Todo lo anterior con el fin de identificar los tipos de daño causados por el alcohólico hacia su familiar, según sea por lesión, negligencia o abuso, incumplimiento del rol social, daño a propiedad y pérdida de la amenidad y paz mental.
- Sección C. Daño en niños del hogar: Son 6 preguntas en donde se investiga sobre posibles daños físicos, psicológicos y emocionales causados por el bebedor identificado en niños que habiten en el mismo hogar. Se pretende identificar el tipo de daño ocasionado por el bebedor hacia los niños que conviven con él, según sean daños por lesión, negligencia o abuso, incumplimiento del rol social y pérdida de la amenidad o paz mental.

3.3.2.2. Interpretación de resultados

Con el instrumento de evaluación adaptado de la “HTO Survey”, se identificará a las personas que respondan que han sido afectadas negativamente por el consumo de alcohol de un familiar, de estas personas se pretende determinar la frecuencia en que se han presentado dichos daños,

La sección A se interpretará realizando una caracterización de los participantes según la frecuencia de respuestas obtenidas que incluya las variables sexo, edad, escolaridad, habitantes menores de 18 años que convivan con el encuestado, número de niños que convivan con el encuestado y actividad laboral. Así mismo se identificará el parentesco del encuestado con el enfermo alcohólico, según los cuatro grados de consanguinidad y de afinidad, establecidos en el capítulo III, artículos del 190 al 198 del Código Civil de Guatemala.²²

La sección B trata acerca del impacto del consumo del bebedor en la vida del encuestado. Se pretende identificar si el encuestado ha sufrido algún tipo de daño y la frecuencia en la que este ha sucedido. Esta sección corresponde de la pregunta 10 a la 33. Se interpretará según la cantidad de respuestas positivas hacia cada pregunta y se identificará la frecuencia de cada una. De esa manera se evaluará la cantidad de daño ocasionado hacia los miembros de Al-Anon que participaron en el estudio.

La sección C que evalúa daños a niños en el hogar del encuestado, corresponde de la pregunta 34 a la 39. De igual manera que en la sección B, esta sección se interpretará según la cantidad de respuestas positivas obtenidas y la frecuencia de cada una.

3.3.3. Grupos de ayuda para familiares

3.3.3.1. Al-Anon

Existen grupos de apoyo para los familiares y personas que se relacionan con un enfermo alcohólico. Estos grupos son denominados Al-Anon, que significa “aliados anónimos”. Al-Anon es una hermandad o comunidad para familiares, parientes y amigos de alcohólicos cuya vida ha sido afectada por la forma de beber de otra persona. Son personas que admiten que el alcoholismo de un

individuo puede contagiar a los miembros de su familia y a otras personas que se relacionan con el mismo. Se rigen también bajo el mismo programa de los doce pasos y las doce tradiciones de AA, pero enfocado hacia los familiares. (Al-Anon. Qué es Al-Anon: folleto proporcionado por la Oficina Central de Al-Anon. Mar 2016)

Así mismo, existen también otros grupos como Familia Al-Anon que es exclusivamente para familiares de enfermos alcohólicos y Alateen que es para jóvenes y adolescentes menores de edad que se ven afectados por el consumo de alcohol de otras personas. Al-Anon no está aliado con ninguna secta ni religión, entidad política, organización ni institución; no toma parte en controversias, no apoya ni combate ninguna causa. No existe cuota alguna para hacerse miembro. (Al-Anon. Qué es Al-Anon: folleto proporcionado por la Oficina Central de Al-Anon. Mar 2016)

Los Grupos de Familia Al-Anon comenzaron a idearse entre los años 1935 y 1941, cuando Alcohólicos Anónimos comenzaba a dar sus primeros pasos. Los parientes de aquellos alcohólicos en recuperación se dieron cuenta de que para solucionar sus propios problemas, necesitaban aplicar los mismos principios de AA. Y así, estos parientes comenzaron a organizar sus propias reuniones para compartir experiencias comunes. (Al-Anon. Qué es Al-Anon: folleto proporcionado por la Oficina Central de Al-Anon. Mar 2016)

Hacia 1948, diversos grupos en Estados Unidos solicitaron a la Oficina de Servicios Generales de AA ser reconocidos por Grupos de Familia, pero AA había sido creada para un único propósito. Por tanto, no fue sino hasta 1951 cuando Lois W. y Ann B., dos esposas de miembros de AA decidieron crear una central que comunicara a esos Grupos de Familia que ya se estaban reuniendo y a otros más que estaban deseando de llamarse como tales. Y así, se acordó adoptar el nombre de Grupos de Familia Al-Anon. Hacia 1955, estos grupos ya contaban con su propia estructura y literatura para trabajar en sus reuniones.

Posteriormente, como un brazo de Al-Anon, surgió en 1957 el primer grupo de Alateen, creado específicamente para hijos adolescentes de alcohólicos, con una problemática y una experiencia de vida común. Hoy en día, existen alrededor de 28.000 grupos de Al-Anon y 2.300 grupos de Alateen alrededor del mundo, en 115 países los cuales brindan ayuda a familiares y amigos de alcohólicos. (Al-Anon. Información para los educadores: folleto proporcionado por la Oficina Central de Al-Anon. Mar 2016)

Los grupos de Familia Al-Anon llegaron a Guatemala, a través de los amigos de AA que invitaron a los vecinos Salvadoreños a compartir una actividad del Grupo AA Central de Guatemala, fue así como en 1963 se recibió el mensaje por las compañeras Salvadoreñas, que acompañaban a sus esposos. Se hicieron presentes las esposas de los AA de los Grupos: Centrales, Concordia, Bolívar, Asunción, Mar zona 2. Según el registro que posee la Oficina de Servicio Mundial, en el año de 1958 se reportó el inicio de Al-Anon en Guatemala, pero no reportaron nombre; así lo hizo saber la representante de la Oficina de Servicio Mundial, en una visita realizada a Guatemala. Según el registro de la Oficina de Servicio mundial, está registrado el grupo Divina Providencia ubicada en la 32 Av. "A" 9-43 zona 7; y el Grupo Central en la 8ª. Calle 3-18 zona 1. (Al-Anon. Información para los educadores: folleto proporcionado por la Oficina Central de Al-Anon. Mar 2016)

Luego las esposas de los amigos AA de estos grupos fundaron el Primer Grupo de Al-Anon oficial en Guatemala, en el local de AA Divina Luz zona 11. Luego nace el Grupo Despertar, zona 6, Grupo Convivencia en el Hogar zona 5, y el Grupo Al-Anon Jocotales zona 6, cerrado en 1,996. En 1965 se formó el primer grupo en el interior del país, en Huehuetenango con el nombre de Central, luego el Grupo Candelaria en Chiantla, en el mismo departamento. Se continuaron creando de la misma manera diferentes grupos tanto en el interior como en la Ciudad Capital. Dichos grupos tuvieron la necesidad de

tener una Oficina de Servicios Generales, la cual fue inaugurada en 1995 por varios miembros de Al-Anon.

En la actualidad existen alrededor de 25 hermandades de Al-Anon en la Ciudad Capital, 4 sedes en los municipios del departamento de Guatemala y 13 en el interior del país. En cuanto a Alateen están documentados 6 grupos en la Ciudad de Guatemala y 2 en el interior del país. (Al-Anon. Información para los educadores: folleto proporcionado por la Oficina Central de Al-Anon. Mar 2016)

Debido a que los niños se ven afectados por el alcoholismo de terceros tienen una profunda necesidad de recibir ayuda. Es por esto que también fue creado Alateen, que es un grupo de ayuda en donde los miembros aprenden a pensar como personas individuales y desarrollan la capacidad de desprenderse emocionalmente de los alcohólicos que forman parte de su vida conservando el amor que tienen hacia ellos. Los grupos de Alateen deben tener padrinos o madrinas que sean miembros activos de Al-Anon.

Como se mencionó anteriormente, Al-Anon se basa en los doce pasos adaptados de los Alcohólicos Anónimos. Estos doce pasos son creencias espirituales que debe tomar cada miembro para ayudarse a enfrentar y resolver los problemas relacionados sobre el alcoholismo. A continuación una descripción de los doce pasos:

- 1) Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
- 2) Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.
- 3) Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de él.
- 4) Sin temor hicimos un sincero y minucioso examen de conciencia.
- 5) Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta d nuestras faltas.

- 6) Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
- 7) Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestras culpas.
- 8) Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.
- 9) Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese inflingido más daño o perjudicado a un tercero.
- 10) Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.
- 11) Mediante la oración y la meditación tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de Él y le pedimos tan sólo la capacidad para reconocer Su voluntad y las fuerzas para cumplirla.
- 12) Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas y de practicar estos principios en todas nuestras acciones. (Al-Anon. Al-Anon, doce pasos y doce tradiciones: folleto proporcionado por la Oficina Central de Al-Anon. Mar 2016)

Además de los 12 pasos, Al-Anon también se rige bajo las “Doce tradiciones” que constituyen una guía relativa a la conducta y la unidad necesaria para mantener grupos sólidos. Son parte integral de los cimientos espirituales de Al-Anon y se citan a continuación:

- 1) Nuestro bienestar común debiera tener la preferencia; el progreso individual del mayor número depende de la unión.
- 2) Existe sólo una autoridad fundamental para regir los propósitos del grupo: un Dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de cada grupo. Nuestros dirigentes son tan solo fieles servidores y no gobiernan.
- 3) Cuando los familiares de los alcohólicos se reúnen para prestarse mutua ayuda, pueden llamarse un grupo de familia Al-

Anon siempre que, como grupo, no tenga otra afiliación. El único requisito para ser miembro es tener un pariente o amigo con un problema de alcoholismo.

- 4) Cada grupo debiera ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Al-Anon o a A.A. en su totalidad.
- 5) Cada grupo de familia Al-Anon persigue un solo propósito: prestar ayuda a los familiares de los alcohólicos. Logramos esto, practicando los doce pasos de AA nosotros mismos, comprendiendo y estimulando a nuestros propios familiares aquejados por el alcoholismo, y dando la bienvenida y brindando alivio a los familiares de los alcohólicos.
- 6) Nuestros grupos de familia jamás debieran apoyar, financiar ni prestar su nombre a ninguna empresa extraña para evitar que problemas de dinero, propiedad o prestigio nos desvíen de nuestro objetivo espiritual que es el primordial. Aún siendo una entidad separada, deberíamos cooperar siempre con AA.
- 7) Cada grupo ha de ser económicamente autosuficiente y por lo tanto debe rehusar contribuciones externas.
- 8) Las actividades prescritas por el duodécimo paso en Al-Anon nunca debieran tener carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden contratar empleados especializados.
- 9) Nuestros grupos, como tales, nunca debieran organizarse, pero pueden crear centros de servicios o comisiones directamente responsables de las personas a quienes sirven.
- 10) Los grupos de familia Al-Anon no deben emitir opiniones acerca de asuntos ajenos a sus actividades. Por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
- 11) Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción. Necesitamos mantener siempre el anonimato personal en la prensa, radio, cine y televisión. Debemos proteger con gran esmero el anonimato de todos los miembros de AA.

12) El anonimato es la base espiritual de nuestras tradiciones y siempre nos recuerda que debemos anteponer los principios a las personas. (Al-Anon. Al-Anon, doce pasos y doce tradiciones: folleto proporcionado por la Oficina Central de Al-Anon. Mar 2016)

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1. Tipo y diseño de investigación:

Estudio descriptivo de corte transversal.

4.2. Unidad de análisis:

4.2.1. Unidad primaria de muestreo:

Miembros activos de Al-Anon de la Ciudad de Guatemala y del municipio de Santa Catarina Pínula, comprendidos entre los 18 a los 75 años de edad que eran familiares de un enfermo alcohólico y el instrumento de evaluación adaptado de la “HTO Survey” que haya sido respondido por ellos.

4.2.2. Unidad de análisis

Se recolectaron los siguientes datos por medio del instrumento de evaluación adaptado de la encuesta “HTO Survey” (Ver anexo 11.2).

- Datos acerca de la sociodemografía según sexo, edad, nivel de educación, actividad laboral y parentesco, en la sección A del instrumento de evaluación.
- Datos acerca de los tipos de daños causados por el familiar alcohólico, según lesión, negligencia o abuso, incumplimiento del rol social, daño a propiedad y pérdida de la amenidad o paz mental, así como la frecuencia en la que estos se presentan en la sección B del instrumento.
- Datos acerca de los daños causados a niños, según lesión, negligencia o abuso, incumplimiento del rol social y pérdida de la amenidad o paz mental, así como su frecuencia en la sección C del instrumento de evaluación.

4.2.3. Unidad de información:

Miembros activos de Al-Anon de la Ciudad de Guatemala y del municipio de Santa Catarina Pínula, comprendidos entre los 18 a los 75 años de edad que sean familiares de un enfermo alcohólico y el instrumento de evaluación adaptado de la “HTO Survey” que haya sido respondido por ellos.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población o universo:

Total de familiares de alcohólicos que asistieron a los grupos de Al-Anon durante los meses de junio y julio de 2016.

4.3.2. Marco muestral

Miembros activos de Al-Anon, familiares de enfermos alcohólicos comprendidos entre los 18 y los 75 años de edad, que asistieron a las sesiones de cada grupo, listados a continuación, de la Ciudad de Guatemala y del municipio de Santa Catarina Pinula durante los meses de junio y julio del 2016.

- Al-Anon Monte María
- Senderos de Luz
- Vive y deja vivir
- Un día a la vez
- Las Charcas
- Aprendiendo a vivir
- Serenidad
- Aceptación
- Louis W
- Quinta tradición
- Nueva vida
- Vivir en armonía

Los grupos de Al-Anon descritos anteriormente fueron seleccionados según la decisión unánime de participación por los miembros de cada grupo.

4.3.3. Muestra

4.3.3.1. Cálculo y tamaño de la muestra

Debido al anonimato de los grupos Al-Anon, no existe una base de datos ni un listado de asistencia; por lo que no hay un estimado real ni total de la población que asiste a las sesiones de Al-Anon en el país. Así mismo los miembros de Al-Anon pueden o no ser constantes en cada sesión. Por ser una población desconocida se calculó la muestra con la fórmula de población infinita con un margen de error del 6% y un valor de confianza del 90%. Debido a la dificultad de captar mayor cantidad de sujetos para realizar el estudio se decidieron los valores de margen de error y de confianza mencionados previamente.

Fórmula de cálculo de muestra para población infinita:

$$n = z^2 (p \cdot q) / e^2$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

z = Nivel de confianza (Correspondiente con tabla de valores de z, en este caso 1.64 de acuerdo con un valor de confianza del 90%)

p = Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado

q = Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p

Nota: Cuando no hay indicación de la población que posee o no el atributo, se asume 50% para poder y 50% para "q".

e = Error de estimación máximo aceptado que corresponde al 5% (0.05)

Siendo los valores:

z = 1.64 si la seguridad es del 90%

p = proporción esperada (50%)

q = 1-p (1-0.5=0.5) 50%

e = precisión del 6% (0.06)

Estimación de muestra:

$$n = (1.64)^2 * (0.5 * 0.5) / (0.06)^2$$

$$n = 186.7$$

Valor de "n" = 187 sujetos

Se ajustó la muestra considerando un rechazo del 10% de los sujetos a estudio. Se utilizó la siguiente fórmula para realizar el ajuste de la muestra:

$$n_c = n * (1/1-R)$$

Donde

n_c = muestra ajustada

n = muestra

R = rechazo

Correspondiendo los valores a:

n = 187 (calculada previamente)

R = 10% de rechazo (0.10)

Se estimó la muestra ajustada, así:

$$n_c = 187 * [1/1-(0.10)]$$

$$n_c = 187 * (1/0.9)$$

$$n_c = 207.77$$

$$n_c = 208$$

Por lo cual, el cálculo de la muestra con un margen de error máximo admitido del 6% para una población desconocida fue de 187 sujetos con un nivel de confianza de 90%. Calculando el 10% de rechazo de la muestra con la fórmula utilizada previamente se obtuvo una muestra ajustada de 208 sujetos.

4.3.3.2. Métodos y técnicas de muestreo

Se utilizó el método no probabilístico de conveniencia, debido a que no se cuenta con un listado regular de asistentes de cada grupo de Al-Anon. Por lo que se tomaron en cuenta para el estudio los miembros que se encontraron presentes y fueron captados por primera vez en cada sesión en la que el investigador asistió.

4.4. Selección de sujetos a estudio

4.4.1. Criterios de inclusión:

- Todo familiar de algún enfermo alcohólico dentro del rango de edad de 18 a 75 años de edad con participación voluntaria en la investigación.
- Familiares de enfermos alcohólicos que asistieron a los grupos de Al-Anon de la Ciudad de Guatemala y del municipio de Santa Catarina Pinula, descritos en la delimitación geográfica durante los meses de junio y julio del 2016.
- Todo sujeto familiar del enfermo alcohólico dentro de los cuatro grados de parentesco por consanguinidad y afinidad establecidos en el capítulo III, del artículo 190 al 198 del Código Civil de Guatemala.²³

4.4.2. Criterios de exclusión:

- Personas que no sabían leer y/o escribir.
- Personas que no hablaban el idioma español.
- Miembros invitados que asistieron a las reuniones de Al-Anon y que no pertenecían al grupo.

4.5. Medición de variables

Macro variable	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Criterios de Clasificación
Características Sociodemográficas	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. ²⁴	Descripción del sexo de los habitantes del hogar del enfermo alcohólico.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
	Edad	Tiempo que ha vivido un ser vivo contando desde la fecha de su nacimiento. ²⁵	Edad medida en años del encuestado(a).	Cuantitativa discreta	Razón	Años
	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ²⁴	Último nivel de educación formal que posee el/la encuestado(a).	Cualitativa politómica	Nominal	Ninguna Primaria Secundaria Diversificada Universitaria Título de posgrado Técnico Otro
	Actividad laboral	Situación o elemento vinculado de una u otra forma con el trabajo, como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o salario ²⁴	Situación de actividad laboral o actividad actual de la persona que responde la encuesta, según la encuesta "Harm to Others Survey".	Cualitativa politómica	Nominal	Trabaja por cuenta propia Trabaja en un empleo remunerado Estudiando Desempleado y buscando trabajo Voluntariado Retirado Actividades domésticas Otro
	Parentesco	Unión o vínculo que existe entre parientes. ²⁵	Relación del encuestado y los niños que viven en su hogar, con el	Cualitativa politómica	Nominal	Madre Padre Hijo

			enfermo alcohólico, según el parentesco por los grados de consanguinidad y afinidad establecidos en los artículos 190 al 198 del Código Civil de Guatemala. ²³			Esposo(a) Abuelo(a) Tío(a) Primo(a) Otro
Daños a familiares	Lesión	Daño causado hacia otros individuos que puede ser intencional como homicidio, accidentes automovilísticos, accidentes laborales, etc. ²	Efectos negativos causados por el consumo del alcohol por el individuo hacia el familiar, identificados en las respuestas positivas y su frecuencia a las preguntas 16 y 19 del instrumento de evaluación adaptado de la HTO Survey.	Cualitativa politómica	Ordinal	Ninguna Una vez Dos veces Tres veces Cuatro veces Cinco o más
	Negligencia o abuso	Puede afectar por ejemplo a algún niño, la pareja o cualquier persona bajo el cuidado del consumidor de alcohol. ²	Abuso cometido por el enfermo alcohólico hacia el familiar, según las respuestas positivas y su frecuencia a las preguntas 17, 31, 32 y 33 del instrumento de evaluación adaptado de la HTO Survey.	Cualitativa politómica	Ordinal	Ninguna Una vez Dos veces Tres veces Cuatro veces Cinco o más
	Incumplimiento del rol social	Es la falta de cumplimiento del rol del consumidor como miembro de una familia, amigo o trabajador. ²	Acciones que se relacionan al incumplimiento del rol social del alcohólico, según las respuestas positivas y la frecuencia de las preguntas 20, 27 y 28 del instrumento de evaluación adaptado de la HTO Survey.	Cualitativa politómica	Ordinal	Ninguna Una vez Dos veces Tres veces Cuatro veces Cinco o más
	Daño a propiedad	Es el daño a cosas materiales, por ejemplo ropa, algún carro, un edificio, etc. ²	Si el familiar ha sufrido algún daño a su propiedad por parte del bebedor, según las	Cualitativa politómica	Ordinal	Ninguna Una vez Dos veces Tres veces

			respuestas positivas y su frecuencia a las preguntas 21 y 23 del instrumento adaptado de la HTO Survey.			Cuatro veces Cinco o más
	Pérdida de la amenidad y paz mental	Es la pérdida de la tranquilidad y amenidad de los miembros de la familia del consumidor de alcohol (incluyendo niños), amigos, compañeros de trabajo y extraños que puedan sentirse afectados o preocupados por las acciones del consumidor. ²	Sensación de intranquilidad y pérdida de la paz mental del encuestado por culpa del bebedor, según las respuestas positivas y su frecuencia a las preguntas 13, 14, 15, 18, 22, 24, 25, 26, 29, 30 del instrumento de evaluación adaptado de la HTO Survey.	Cualitativa politómica	Ordinal	Ninguna Una vez Dos veces Tres veces Cuatro veces Cinco o más
Daño a niños	Lesión	Daño causado hacia otros individuos que puede ser intencional como homicidio, accidentes automovilísticos, accidentes laborales, etc. ²	Efectos negativos causados por el consumo del alcohol por el individuo hacia los, identificados en las respuestas positivas y su frecuencia a la pregunta 37 del instrumento de evaluación adaptado de la HTO Survey.	Cualitativa politómica	Ordinal	Ninguna Una vez Dos veces Tres veces Cuatro veces Cinco o más
	Negligencia o abuso	Puede afectar por ejemplo a algún niño, la pareja o cualquier persona bajo el cuidado del consumidor de alcohol. ²	Abuso cometido por el enfermo alcohólico hacia algún niño, según las respuestas positivas y su frecuencia a las preguntas 36 y 38 del instrumento de evaluación adaptado de la HTO Survey.	Cualitativa Politómica	Ordinal	Ninguna Una vez Dos veces Tres veces Cuatro veces Cinco o más
	Incumplimiento del rol social	Es la falta de cumplimiento del rol del consumidor como miembro de una familia, amigo o trabajador. ²	Acciones que se relacionan al incumplimiento del rol social del alcohólico hacia el niño, según las	Cualitativa politomica	Ordinal	Ninguna Una vez Dos veces Tres veces Cuatro veces

			respuestas positivas y la frecuencia de la pregunta 35 del instrumento de evaluación adaptado de la HTO Survey.			Cinco o más
	Pérdida de la tranquilidad o paz mental	Es la pérdida de la tranquilidad y amenidad de los miembros de la familia del consumidor de alcohol (incluyendo niños), amigos, compañeros de trabajo y extraños que puedan sentirse afectados o preocupados por las acciones del consumidor. ⁶	Sensación de intranquilidad y pérdida de la paz mental de algún niño por culpa del bebedor, según las respuestas positivas y su frecuencia a la pregunta 39 del instrumento de evaluación adaptado de la HTO Survey.	Cualitativa politomica	Nominal	Mucho Poco No puede decir Se rehúsa

4.6. Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1. Técnicas de recolección de datos

Para poder realizar la recolección de datos se utilizó una encuesta adaptada del estudio llevado a cabo en Australia y publicado en el año 2010 con título “The range and magnitude of Alcohols harm to others”²², se realizó la adaptación de acuerdo a la población objetivo del presente estudio. La encuesta adaptada se llevó a cabo antes de iniciar o al finalizar las sesiones de los grupos Al-Anon que fueron seleccionados con autorización previa de los miembros.

4.6.2. Procesos

- Se realizó un protocolo de tesis acerca de los daños a los familiares de los enfermos alcohólicos. El protocolo se presentó al revisor y asesor de tesis para las respectivas correcciones.
- Se solicitó autorización en la sede central y diversos grupos de Al-Anon de los municipios de Guatemala y Santa Catarina Pinula para la realización del trabajo de campo durante los meses de junio y julio 2016.
- Se realizó una prueba piloto con el instrumento de evaluación adaptado de la “HTO Survey” a los miembros activos de Al-Anon con las mismas características a estudiar en la sede de Al-Anon San Francisco localizada en Mixco durante el mes de abril 2016.
- Se presentó protocolo de tesis a la unidad de Coordinación de trabajos de graduación para iniciar el proceso de aprobación.
- Posterior a la aprobación de protocolo se procedió a realizar el trabajo de campo.
- Para la realización del trabajo de campo se asistió a las sesiones de los grupos de Al-Anon anteriormente mencionados, según los días que cada grupo tenía establecido, esto se realizó durante los meses de junio y julio del 2016.

- Los investigadores presenciaron las sesiones de los distintos grupos, si así ellos lo permitieron, respetando las normas de cada grupo y guardando el anonimato.
- Previo a que cada miembro iniciara a responder la encuesta se les presentó un consentimiento informado, el cual firmaron con sus iniciales o nombre completo, según el criterio de cada participante debido a las condiciones de anonimato de AI-Anon.
- Luego de que el participante leyó y firmó de acuerdo el consentimiento informado, se procedió a pasar el instrumento de evaluación a los miembros de AI-Anon que desearon participar en el estudio, al iniciar o al finalizar cada sesión, dependiendo de la decisión unánime del grupo respecto a en qué momento realizar las encuestas.
- Luego de finalizar la recolección de datos durante el tiempo establecido, se realizó una base de recolección de datos según la información obtenida de los instrumentos de evaluación.
- Se procedió a elaborar tablas y gráficas de acuerdo a la información recolectada en la base de datos. Se realizó el análisis, interpretación y discusión de los resultados de la investigación.
- Se realizó un informe final con presentación de resultados, conclusiones, recomendaciones y aportes, el cual fue aprobado por decisión unánime de los miembros de los distintos grupos de AI-Anon de ciudad de Guatemala y del municipio de Santa Catarina Pinula mencionados anteriormente.

4.6.3. Instrumentos de medición

Como se describió previamente, se realizó un instrumento de evaluación adaptado del estudio “Harm to Others” en Australia²² en donde se utilizó la encuesta “Harm to others Survey”. El instrumento de evaluación adaptado consta de tres secciones con el fin de identificar los tipos de daños ocasionados por un enfermo alcohólico hacia su familia y los niños que viven con él. Las secciones se dividen de la siguiente manera:

- Sección A: demografía del encuestado y su familia
- Sección B: Daños ocasionados a familiares por el bebedor

- Sección C: Daños en niños en el hogar

El instrumento detallado se encuentra en el anexo 11.2 de este protocolo de investigación y descrito en el marco teórico.

4.7. Procesamiento y análisis de datos

4.7.1. Procesamiento de datos:

Se realizó la codificación de variables del instrumento de evaluación y se realizó una base de datos en Microsoft Excel 2013. Los datos obtenidos por las encuestas recolectadas, se tabularon manualmente cada semana en la base de datos codificada. En la encuesta se interrogó por la edad en números sin embargo para su procesamiento se categorizó en rangos de edad de acuerdo a los utilizados por el Instituto Nacional de Estadística, descritos a continuación:

Tabla 4.1: Rangos de edad establecidos por el Instituto Nacional de Estadística.

18 a 19 años	35 a 39 años	55 a 59 años
20 a 24 años	40 a 44 años	60 a 64 años
25 a 29 años	45 a 49 años	65 a 69 años
30 a 34 años	50 a 54 años	70 a 75 años

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Caracterización República de Guatemala. [en línea] Guatemala: INE; 2010. [citado 26 May 2016] Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/26/L5pNHMXzxy5FFWmk9NHCrK9x7E5Qqvvy.pdf>

En la encuesta se realizaron varias preguntas que identificaban los distintos tipos de daño en adultos y niños, también se preguntaba la frecuencia de los mismos. Sin embargo para la presentación de resultados se unificaron las respuestas positivas, se separaron de las negativas y se clasificaron para que cada tipo de daño pudiera ser representado de manera dicotómica.

4.7.2. Análisis de datos

Con la base de datos creada se realizaron cuadros representando la frecuencia y los porcentajes obtenidos de los resultados según los objetivos del presente estudio. El primer cuadro representa el primer objetivo, en el cual se enlistan las variables de las características sociodemográficas del encuestado con sus respectivas frecuencias y porcentajes; datos que fueron discutidos posteriormente.

De acuerdo con el segundo objetivo específico del estudio se realizó el cuadro de tipo de daño enlistando cada categoría del mismo según las respuestas positivas y negativas a cualquiera de las preguntas, con sus respectivas frecuencias y porcentajes; luego estos fueron analizados y discutidos. Por último, de acuerdo al tercer objetivo específico se procedió a crear los cuadros de daño a niños, en donde se enumeraron según el tipo de daño con las frecuencias y porcentajes, para su posterior discusión.

Posterior de haber representado y discutido cada uno de los cuadros se procedió a cumplir con el objetivo general del estudio, el cual es identificar los daños causados por enfermos alcohólicos a sus familiares.

4.8. Límites de la investigación

4.8.1. Obstáculos

El primer obstáculo que se presentó fue la falta de colaboración por parte de algunos de los miembros de Al-Anon al momento de la recolección de datos. Debido a que el universo de esta investigación es desconocido y no se cuenta con un número establecido de miembros de cada grupo de Al-Anon y los mismos pueden o no ser constantes en las sesiones, para la selección de sujetos a estudio no se realizó técnica de muestreo aleatorio. Por lo que se sometieron al estudio a los miembros que participaron voluntariamente y que fueron captados por primera vez en cada sesión durante el período establecido para el trabajo de campo.

4.8.2. Alcances

Se lograron identificar qué daños son los más frecuentes en los familiares de los enfermos alcohólicos, según un el instrumento de evaluación adaptado de la “HTO Survey”, que se realizó en los miembros de AI-Anon como descrito previamente. Así mismo se pretendió describir las características sociodemográficas de cada participante del estudio.

Por medio de frecuencias, porcentajes, interpretación, análisis y discusión de los resultados se pudo describir cuáles son los daños más frecuentes ocasionados por los enfermos alcohólicos hacia sus familiares, tanto en adultos como en niños. Así mismo se describió la frecuencia en la que estos se presentan.

4.9. Aspectos éticos de la investigación

Los resultados del estudio se obtuvieron por medio de un instrumento de recolección de datos que se brindó a cada participante. Previo al llenado del instrumento se proporcionó un consentimiento informado, el cual al haberlo firmado aceptaba las condiciones descritas en el documento para luego poder participar en el estudio. Se respetó el anonimato de todos los participantes y se tomó como base siempre los principios éticos de respeto al participante.

Desde la elaboración del protocolo de investigación se tomó en cuenta y se rigió la investigación de acuerdo al capítulo XIII Investigación en Humanos del código deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala; bajo el artículo 89 del mismo se aprobó realizar la investigación en las distintas hermandades de AI Anon de la Ciudad de Guatemala y del municipio de Santa Catarina Pinula con previa autorización por los miembros y coordinador de cada uno de los distintos grupos. Según el artículo 91 del mismo, los miembros de cada hermandad tuvieron la libertad de participar o no en dicho estudio.

Los miembros que aceptaron participar tras haberles informado los objetivos, métodos y beneficios de la misma, firmaron el consentimiento informado que se

encuentra en el anexo 11.3 de esta investigación, el cual está regido bajo los principios de la bioética beneficencia y no maleficencia que busca la investigación promover el bien y ayudar a las hermandades mencionadas, se tomó en cuenta también el principio de autonomía en el cual cada miembro es libre de aceptar o no ser objeto de estudio.

La investigación se encuentra dentro de la categoría I pues el instrumento de recolección de datos se considera una técnica observacional en la que no se realiza intervención fisiológica, psicológica o social en las personas que participaron en el estudio.

De acuerdo con los principios éticos citados previamente se realizó un consentimiento informado con base al documento proporcionado por la Coordinación de Trabajos de Graduación. El uso del mismo se proporcionó a los participantes del estudio previo a entregarles el instrumento de recolección de datos. Cada participante tuvo la libre decisión de firmar o no dicho consentimiento, debido a que Al-Anon es una organización que guarda el anonimato de sus miembros. El consentimiento informado se encuentra detallado en el anexo 11.3 de esta investigación.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación de los datos recolectados durante el mes de junio y julio en una muestra de 208 familiares de enfermos alcohólicos pertenecientes a Al-Anon. Los datos se clasificarán de la siguiente manera:

- Características sociodemográficas
- Daños a familiares
- Daños a niños

5.1. Características sociodemográficas

Tabla 5.1
Caracterización sociodemográfica de los miembros activos de Al-Anon de Ciudad de Guatemala y municipio de Santa Catarina Pinula, junio – julio 2016.

Variable	Características	f	%
Sexo	Masculino	62	29.81
	Femenino	146	70.19
Edad	15-19 años	4	1.92
	20-24 años	28	13.46
	25-29 años	23	11.05
	30-34 años	18	8.65
	35-39 años	15	7.21
	40-44 años	19	9.13
	45-49 años	29	13.94
	50-54 años	18	8.65
	55-59 años	16	7.69
	60-64 años	21	10.09
	65-69 años	14	6.73
	70-74 años	3	1.44
	Escolaridad	Ninguno	3
Primaria		22	10.57
Secundaria		15	7.21
Diversificada		74	35.57
Universitaria		79	37.98
Título de postgrado		13	6.25
Técnico		0	0
Otro		2	0.96
Se rehúsa a contestar		0	0
	Trabajo propio	49	23.55
	Trabajo remunerado	78	37.50
	Estudiante	26	12.50

Actividad laboral	Desempleado	3	1.44
	Trabajo voluntario	3	1.44
	Retirado	9	4.32
	Tareas del hogar	38	18.27
	Algo diferente	0	0
	No puede decirlo	1	0.48
	Se rehúsa a contestar	1	0.48
Parentesco	Hijo	38	15.01
	Hija	6	2.37
	Padre	53	20.95
	Madre	8	3.16
	Hermano	37	14.62
	Hermana	5	1.97
	Abuelo	5	1.97
	Abuela	1	0.48
	Tío	11	4.35
	Tía	2	0.79
	Primo	6	2.37
	Prima	3	1.18
	Esposo	63	24.90
	Esposa	3	1.18
	Otro hombre	9	3.55
	Otra mujer	2	0.79
Se rehúsa a contestar	1	0.48	
Convivencia con menores de 18 años	0-12 años	100	48.07
	13-17 años	70	33.65

La media de edad de los participantes del presente estudio fue de 43 años.

5.2. Daños a familiares

Tabla 5.2

Daños a familiares en los miembros de Al-Anon de Ciudad de Guatemala y municipio de Santa Catarina Pinula, junio - julio 2016.

		f	%
Lesión	Sí	167	80.28
	No	40	19.23
Negligencia o abuso	Sí	108	51.92
	No	99	47.59
Incumplimiento del rol social	Sí	181	87.01
	No	26	12.5
Daño a la propiedad	Sí	141	67.78
	No	64	30.77
Pérdida de la amenidad y paz mental	Sí	191	91.82
	No	17	8.17

De los encuestados, uno se rehusó a contestar las preguntas relacionadas a daño por lesión, uno a daño por negligencia o abuso, uno a daño por incumplimiento de rol social y tres se rehusaron a responder las preguntas de daño a la propiedad.

Los rangos de costo económico de las pérdidas materiales de las personas que reportaron daño a la propiedad en una o más ocasiones fueron los siguientes:

Tabla 5.3
Costo económico de daños materiales

Costo	f	%
< Q.10,000.00	39	86.66
Q. 10,001.00 - 50,000.00	4	8.88
>Q.50,000.00	2	4.44

5.3. Daños a niños

Del total de participantes el 81.72% refirió vivir con algún menor de 18 años en casa. De las personas que sí conviven con menores de 18 años, el 82.35% respondieron las preguntas acerca de daño en niños. Según los datos referidos por ellos, el bebedor identificado en el 40.98% de los casos fue el padre o madre de los niños seguido del abuelo o abuela en el 10.92%, hermano, hermana o tío en el 6.55% y el padrastro o madrastra en el 3.21%.

Tabla 5.4
Prevalencia de daño en niños familiares de enfermos alcohólicos.

Tipo de daño		f	%
Lesión	Sí	57	40.71
	No	80	57.14
Negligencia o abuso	Sí	115	82.14
	No	25	17.85
Incumplimiento del rol social	Sí	42	30.00
	No	94	67.14
Pérdida de la amenidad o paz mental	Sí	92	65.71
	No	48	34.20

De los encuestados tres se rehusaron a contestar las preguntas sobre daños por lesión en niños y cuatro sobre daños por incumplimiento del rol social.

6. DISCUSIÓN

El alcoholismo es definido por la OMS como una enfermedad que se caracteriza por la ingestión excesiva y frecuente de bebidas alcohólicas que se relaciona con los fenómenos de tolerancia y dependencia en el individuo consumidor y le ocasiona daños biológicos, psicológicos y sociales.^{1,4} En todo el mundo 3.3 millones de personas murieron en 2012 debido al uso nocivo del alcohol, el mismo que puede aumentar el riesgo de las personas de desarrollar más de 200 enfermedades y trastornos.¹ En Guatemala el 66% de los guatemaltecos consumen alcohol, y las consecuencias por el consumo nocivo de alcohol son en su mayoría accidentes automovilísticos y violencia intrafamiliar.⁸

Los problemas ocasionados van a depender de quien sea la persona principalmente afectada por el trastorno. Existen diversas formas de daños hacia los familiares y las personas relacionadas con el enfermo alcohólico las cuales se clasifican en: lesión, negligencia o abuso, incumplimiento del rol social, daño a propiedad y pérdida de la amenidad y la paz mental.²

Cuando se habla de alcohol y los trastornos que ocasiona, no se puede dejar de lado a los familiares de los enfermos alcohólicos, ya que son directamente los más afectados por el problema. Son las personas más cercanas al individuo y son los que sufren consecuencias como discusiones, problemas familiares, fracaso escolar en los hijos, separaciones y desintegración familiar. Es por eso que el alcoholismo se ha llegado a considerar como una de las drogadicciones con más repercusión social a nivel mundial.

En el presente estudio realizado con los miembros activos de Al-Anon de la Ciudad de Guatemala y del municipio de Santa Catarina Pinula en los meses de junio y julio del 2016 se presentó una distribución del 70.19% de participantes mujeres y 29.81% hombres. En comparación con un estudio similar denominado "Harm to Others" realizado en Australia donde el 41% de los participantes era de sexo femenino. Lo anterior debido a que la búsqueda de ayuda por parte del sexo femenino es más aceptada socialmente y a que el machismo persiste a nivel mundial.

La media de edad de los participantes de este estudio fue de 43 años, siendo el rango más frecuente de 45-49 años, seguido de 20-24 años de edad. Lo que demuestra que los adultos

son los más conscientes acerca del alcoholismo de un familiar y de la importancia de buscar ayuda. El 37.98% de los encuestados refirió tener un grado universitario y el 37.5% tener un trabajo remunerado.

El familiar alcohólico más frecuentemente identificado en este estudio fue el esposo en el 24.9% de los casos, seguido del padre en el 20.95% y el hijo en el 15.01%. En contraste con el estudio "Harm to Others" realizado en Australia, en donde se identificó al esposo en el 28% de los casos, seguido de los hermanos con el 20%.^{9,22} Se observa que en ambos estudios se presentan situaciones similares en cuanto al bebedor más identificado, esto puede ser porque las parejas de los enfermos alcohólicos están más propensas a sufrir las consecuencias negativas del alcoholismo al tener contacto diario con el bebedor, lo cual los hace buscar ayuda.

En este estudio el 80.28% reportó daño por lesión, en donde el 43.23% fue por agresión física y el 12.49% abuso sexual, ambas provocadas por el enfermo alcohólico. (Ver tabla 11.2 de anexo 11.4). Es importante destacar que a pesar de que los afectados por abuso sexual no son una gran cantidad, es un problema que sí existe por lo cual es de suma importancia prestarle atención, ya que el impacto negativo que esta situación crea en la vida del afectado es considerable.

El 51.92% refirió haber sufrido daño por negligencia o abuso, en donde la mitad de los encuestados refirió haber estado en riesgo al menos una vez mientras el enfermo alcohólico condujo bajo efectos de alcohol, el 32.68% solicitó asistencia policial, el 22.11% requirió atención hospitalaria o servicios de emergencia y el 59.9% ha recibido ayuda profesional o asistido a grupos de apoyo por consecuencia del consumo de alcohol de su familiar. (Ver tabla 11.3 de anexo 11.4)

Así mismo, el 87.01% refirió haber sufrido daño por incumplimiento del rol social por parte del enfermo alcohólico; de ellos, el 85.57% reportó incumplimiento de actividades por parte del familiar alcohólico, el 79.3% ha invertido tiempo cuidando a su familiar bajo efectos de alcohol y el 77.4% se ha adjudicado responsabilidades que correspondían a su familiar alcohólico por lo menos en una ocasión. (Ver tabla 11.4 en anexo 11.4) Se observan altos porcentajes en este tipo de daño, lo que indica que los familiares del bebedor ante la

dificultad de afrontar el problema prefieren hacerse cargo de las responsabilidades del familiar alcohólico.

Se reportó daño a la propiedad en el 67.78% de los encuestados, siendo el precio del objeto dañado menor de Q10,000.00 en el 86.66% de los casos. Sin embargo el 46.63% reportó que el daño material experimentado tenía un valor sentimental al cual no pudieron ponerle precio. Los costos económicos que representa el alcoholismo del bebedor no solo repercuten en las finanzas del mismo, sino que afectan directamente a la economía familiar y a la sociedad misma. Dichos costos tienen impacto en la salud, en la productividad y en la calidad de vida tanto del individuo como de sus familiares.

El 91.82% de los participantes de este estudio reportó daño por pérdida de la amenidad y paz mental; en cuanto a ellos, el 91.8% de los participantes refirió haber sufrido al menos una vez un episodio de agresión verbal por parte de su familiar alcohólico. Un 41.82% de los encuestados se ha sentido amenazado, el 47.11% tuvo necesidad de abandonar su casa por algún conflicto con su pariente, el 83.71% ha sido abusado emocionalmente y la mitad de los encuestados se ha distanciado del enfermo alcohólico en alguna ocasión. A diferencia del estudio realizado en Australia donde se presentaron daños emocionales en el 66% de los casos, afectaciones sociales en el 65% y agresiones verbales en el 63%.^{9,22} (Ver tabla 11.5 de anexo 11.4)

Por último, del total de los participantes el 81.72% refirió vivir con algún menor de 18 años de edad en casa. Según los datos referidos por ellos, el bebedor identificado en el 40.98% de los casos fue el padre o madre de los niños; dato que no difiere en gran cantidad de un estudio realizado en Chile en donde en la mitad de los casos también fue el padre.²¹

El 40.71% de los encuestados reportó algún daño por lesión hacia los niños, el 82.14% reportó negligencia o abuso, el 30% de los niños sufrió de incumplimiento del rol social por parte del enfermo alcohólico y el 65.71% reportó algún daño por pérdida de la amenidad y paz mental hacia los niños. En contraste, un estudio similar realizado en Chile, donde se reportó negligencia o abuso en el 29.7% de los casos, lesión en el 7.7% y el 18.7% de los niños sufrieron de incumplimiento del rol social por parte del enfermo alcohólico.²¹

Los datos obtenidos en este estudio revelan que el maltrato infantil es un problema complejo que se da en todos los países sin importar clases sociales. Es difícil determinar con

precisión la cantidad de casos de maltrato infantil que se presentan en el país, sin embargo se observa que el consumo nocivo de alcohol aumenta considerablemente el riesgo de que un niño sufra algún tipo de daño por parte del bebedor, por lo que se reconoce como un problema de salud pública que requiere una atención urgente por parte del sistema de salud.

La fortaleza de este estudio es la participación de la mayoría de los grupos de Al-Anon ubicados en la Ciudad de Guatemala y la totalidad de los mismos en el municipio de Santa Catarina Pinula. En contraparte, la debilidad encontrada fue que los familiares encuestados tomados en cuenta fueron únicamente aquellos que asistieron a dichos grupos de apoyo dejando fuera a todo aquel familiar con algún tipo de daño que no asistió a las sesiones de Al-Anon.

7. CONCLUSIONES

- 7.1. La séptima parte de los miembros de Al-Anon encuestados para el presente estudio fueron mujeres; la media de edad fue de 43 años. Entre los niveles de escolaridad, el predominante fue el grado universitario y de actividad laboral fue trabajo remunerado. Por último, se encontró que los bebedores identificados más frecuentes fueron el esposo y el padre, ambos presentándose en 2 de cada 10 casos.
- 7.2. Se identificó que de cada 10 participantes del estudio, 8 sufren algún tipo de lesión, 5 presentan daño por negligencia o abuso, 9 refieren algún tipo de daño por incumplimiento del rol social, 7 alguna pérdida material y 9 presentan pérdida de la amenidad o paz mental por parte del enfermo alcohólico.
- 7.3. El tipo de daño más frecuente en niños fue negligencia o abuso presentándose en 8 de cada 10 casos; 4 sufren algún tipo de lesión, 3 sufren daño por incumplimiento del rol social y 7 presentan pérdida de la amenidad o paz mental ocasionado por el enfermo alcohólico. En los niños se encontró al padre o madre como el enfermo alcohólico más identificado.

8. RECOMENDACIONES

8.1. Al médico y estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- 8.1.1.** Identificar al alcoholismo como enfermedad para mejorar la atención del paciente alcohólico y brindar un adecuado tratamiento tanto al mismo como a las personas que lo rodean.
- 8.1.2.** Realizar actividades en su medio de trabajo que promuevan la disminución del consumo de alcohol haciendo énfasis en las consecuencias para la salud y el impacto del alcoholismo en la sociedad.
- 8.1.3.** Referir a los familiares de pacientes alcohólicos hacia algún lugar de ayuda profesional o a los diversos grupos de apoyo, como Al-Anon, con el objetivo de mejorar su situación.

8.2. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- 8.2.1.** Concientizar al personal de salud acerca del alcoholismo como enfermedad para brindar un adecuado tratamiento inicial y seguimiento correspondiente del enfermo alcohólico, los familiares y las personas que lo rodean.

8.3. A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- 8.3.1.** Realizar una investigación cualitativa acerca de la percepción del alcoholismo como enfermedad tanto en personal de salud como en el resto de la población, para mejorar los conocimientos acerca del impacto del alcoholismo en la sociedad guatemalteca.

8.4. A los grupos de Al-Anon que participaron en el estudio

- 8.4.1.** Utilizar los datos brindados por esta investigación para crear nuevos planes de intervención y estrategias de ayuda para los miembros de los grupos de Al-Anon.

9. APORTES

Con la realización del trabajo de graduación titulado “Daño a familiares de enfermos alcohólicos”, se documentó a fondo que tipo de daño o lesión han sufrido los familiares a lo largo de su vida al estar conviviendo con un enfermo alcohólico, y se logró determinar que familiar es quien se encuentra más afectado.

La presente investigación servirá de base para la realización de investigaciones futuras dentro de la facultad para indagar más sobre la importancia del daño que puede causar el alcoholismo no solo al enfermo alcohólico sino también a las personas que se relacionan con él.

Se brindó una copia a las diversas instituciones que colaboraron con la presente investigación para que ellos tengan una documentación estadística que sea verídica y les sea de gran utilidad a la hora de elaborar un plan de recuperación y ayuda a los mismos.

Se demostró la importancia del alcoholismo como enfermedad y el grado de afectación que las familias tienen al convivir con un enfermo alcohólico.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [en línea]. Ginebra: OMS; 2015. [citado 15 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- 2) World Health Organization. Global status report on alcohol and health. [en línea]. Geneva: WHO; 2014. [citado 15 Mar 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
- 3) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Tratamiento del alcoholismo: Cómo buscar y obtener ayuda. [en línea]. Bethesda, MD: NIAAA; 2015. [citado 15 Mar 2016]. Disponible: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/treatmentSpanish/treatmentSpanish.pdf>
- 4) Organización Panamericana de la Salud. [en línea]. Argentina: OPS; 2012. [actualizado 2014; citado 15 Mar 2016]. Informe mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud; [aprox. 6 pant.] Disponible en: <http://goo.gl/jgr19m>
- 5) Hidalgo Pereira FI, Martínez López G, Fernández Juviel AI, González Suárez V, Hidalgo Fernández Y. Alcoholismo y factores de riesgo: estudio descriptivo de corte transversal en área rural de Cumanayagua, Cuba. Medwave. [en línea] 2013 [citado 15 Mar 2016]; 13(1): [aprox. 20 pant.]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5620?tab=metrica>
- 6) Rey-Buitrago M. Genética molecular del alcoholismo. Rev Fac Med. [en línea] 2015 Abr 27 [citado 31 Mar 2016]; 63 (3): 483-94. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a16.pdf>
- 7) Ontanilla Reyes E, Garrido JM. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol. [en línea]. España: Logoss.net; 2016. [citado 31 Mar 2016] Disponible en: <http://www.logoss.net/uploads/cursos/temamuestra/tema95.pdf>
- 8) Mackenney AL. Alcoholismo en Guatemala. [en línea] Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala; [2004?] [citado 15 Mar 2016] Disponible en: <http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/ag.htm>
- 9) Lasiett AM, Mugavin J, Jiang H, Manton E, Callinan S, MacLean S, et al. The hidden harm: Alcohol's impact on children and families. [en línea] Australia: Foundation for Alcohol Research and Education; 2015. [citado 15 Mar 2016] Disponible en: <http://www.fare.org.au/wp-content/uploads/research/01-ALCOHOLS-IMPACT-ON-CHILDREN-AND-FAMILIES-web.pdf>

- 10) Medina Esteban JM. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. [Blog en línea]. España: José María Medina Esteban. Oct 2011 [citado 31 Mar 2016]. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/jena/2011/10/30/trastornos-mentales-y-del-comportamiento-debidos-al-consumo-de-alcohol/>
- 11) Sánchez J, Fernández M. Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. Rev Med UV. [en línea]. 2007 [citado 31 Mar 2016]; 7 (1): 27-38. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2007/muv071e.pdf>
- 12) Talking Alcohol. El alcoholismo es una enfermedad. [en línea]. Londres: SAB Miller; 2016. [citado 31 Mar 2016] Disponible en: http://www.talkingalcohol.com/espanol/files/factsheets/el_alcohol_y_su_cuerpo.pdf
- 13) Pastor FP, Guardia Serecini J. Monografía sobre el alcoholismo. [en línea]. Madrid: Socidrogalcohol; 2014. [citado 15 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.socidrogalcohol.org/phocadownload/Publicaciones/manuales-guias/Monografia%20sobre%20alcoholismo,%202012.pdf>
- 14) Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez MM. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Rev Cubana Invest Biomed. [en línea] 2003 Ene- Mar [citado 31 Mar 2016]; 22(1): 25-31. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v22n1/ibi04103.pdf>
- 15) Ochoa Mangado E, Madoz-Gúrpide A, Vicente Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Med Segur Trab. [en línea]. 2009 [citado 31 Mar 2016]; 55 (214): 26-40. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n214/original1.pdf>
- 16) Babor T, Higgings-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. [en línea]. Ginebra: OMS; 2001. [citado 31 Mar 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- 17) Heckmann W, Magalhaes Silveira C. Dependencia alcohólica: aspectos clínicos y diagnósticos. [en línea] Brasil: Cisa; [2016?] [citado 31 Mar 2016] Disponible en: <http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-es-cap3.pdf>
- 18) Alcohólicos Anónimos. Qué es AA. [en línea]. Asturias: Alcohólicos Anónimos; 2016. [citado 31 Mar 2016]. Disponible en: http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp?te=6
- 19) Alcohólicos Anónimos Guatemala. Quiénes somos [en línea]. Guatemala: AA; [2016?] [citado 31 Mar 2016]. Disponible en: <http://aaguatemala.org/quienes-somos/>

- 20) ----- . Guatemala. Doce pasos y doce tradiciones [en línea]. Guatemala: AA; [2016?] [citado 31 Mar 2016] Disponible en: <http://aaguatemala.org/12-pasos/>
- 21) Florenzano R, Echeverría A, Sieverson C, Barr M, Fernández MA. Daño a niños y sus familias por el consumo de alcohol: resultados de una encuesta poblacional en Chile. Rev Chil Pediatr [en línea]. 2015 Jun 11. [citado 15 Mar 2016]; 87(3):162-168 Disponible en: <http://goo.gl/9zh2z0>
- 22) Wikinson C, Laslett AM, Ferris J, Livingston M, Mugavin J, Room R. The range and magnitude of alcohol's harm to others: Study design, data collection, procedures and measurement. [en línea] Australia: Turning Point; 2009. [citado 15 Mar 2016] Disponible en: http://www.turningpoint.org.au/site/DefaultSite/filesystem/documents/Centre%20Publications/other%20resources/RangeMagnitudeAlcoholsHarmtoOthers_TechReport.pdf
- 23) Sigüenza G. editor. Código civil: Decreto – Ley 106. [en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2010. [citado 26 Mar 2016]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2011/codigo.pdf>
- 24) Oxford dictionaries online [en línea]. Oxford Language matters: Oxford University Press; 2016. [citado 31 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.oxforddictionaries.com>
- 25) Definición ABC [en línea]. Sao Paulo: Definición ABC; 2016. [citado 31 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/puesto-de-trabajo.php>
- 26) Diccionario de la Real Academia Española. [en línea]. Madrid, España: RAE; 2005. [citado 31 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.wordreference.com>



11. ANEXOS

11.1. Diagnóstico de alcoholismo: test de AUDIT

Tabla 11.1
Test de AUDIT

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?				
Nunca	Menos de una vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente los días que bebes?				
1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas en una sola ocasión?				
Nunca	Menos de una vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había comenzado?				
Nunca	Menos de una vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted por la bebida?				
Nunca	Menos de una vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de no haber bebido mucho el día anterior?				
Nunca	Menos de una vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
¿Con qué frecuencia en el último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?				
Nunca	Menos de una vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
¿Con qué frecuencia en el último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?				
Nunca	Menos de una vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?				
Nunca	Menos de una vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?				
Nunca	Menos de una vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana

Fuente: Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. [en línea] Ginebra: OMS; 2001. [citado 31 Mar 2016] Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

11.2. Instrumento de evaluación adaptado

Boleta No.: _____

Fecha: _____



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE
GRADUACIÓN 2016



Tesis: Daños a familiares de enfermos alcohólicos
Instrumento de evaluación adaptado de "Harm to Others Survey".¹
Investigador: _____

Encuesta: Daños a familiares de enfermos alcohólicos

Instrucciones: Lea detenidamente la encuesta y subraye, marque con una X o escriba la respuesta que usted considere que más se acorde a su realidad.

Sección A: Demografía del encuestado y su familia

1. Sexo del encuestado
 - Masculino
 - Femenino
2. Escriba su edad en años: _____ años
3. ¿Cuál es su escolaridad?
 - Ninguna
 - Primaria
 - Secundaria
 - Diversificado
 - Universitario
 - Título de Post Grado
 - Técnico
 - Otro (Especifique _____)
 - Rehúsa a contestar
4. Además de usted, ¿Cuántas otras personas arriba de 18 años viven en su casa?
 - Número dado (Especifique____) (Rango 1 a 11)
 - Ningún otro
 - Rehúsa a contestar
5. ¿Cuántos niños entre las edades 0-12 años viven en su casa?
 - Número dado (Especifique____) (Rango 1 a 9)
 - Ninguno
 - Rehúsa a contestar

6. ¿Cuántos niños entre las edades 13-17 años viven en su casa?
- Número dado (Especifique____) (Rango 1 a 9)
 - Ninguno
 - Rehúsa a contestar
7. ¿Cuál de las siguientes describe mejor su principal actividad laboral en este momento?
- Trabaja por cuenta propia
 - Trabaja en un empleo remunerado
 - Estudiando
 - Desempleado y buscando trabajo
 - Realizando trabajo voluntario no remunerado
 - Retirado
 - Participa en las tareas del hogar
 - Realiza algo diferente (Especifique_____)
 - No puede decirlo
 - Rehúsa a contestar
8. ¿Hay algún miembro de su familia que usted crea que es un bebedor o alguien que bebe mucho alcohol?
- Si
 - No
 - No puede decir
 - Rehúsa a contestar
9. ¿Cuál es la relación de esa persona con usted? Marque con un cheque o una X la respuesta.

Hijo	Hija
Padre	Madre
Hermano	Hermana
Abuelo	Abuela
Tio	Tia
Primo	Prima
Esposo	Esposa
Otro hombre (Especifique)	Otra mujer (Especifique)
Rehusa a contestar	

Sección B Daños ocasionados por el bebedor

A continuación, las preguntas son acerca del impacto del consumo de alcohol de su familiar en su vida. Algunas preguntas están relacionadas con temas sensibles como actividades sexuales y abuso. No todas estas pueden ser relevantes para usted. Puede saltar cualquier pregunta en la cual no se sienta cómodo/a contestando.

10. ¿Usted diría que el consumo de bebidas alcohólicas de su familiar le ha afectado negativamente en alguna manera?
- Sí

- No
- No puede decir
- Rehúsa a contestar

11. En general ¿Qué tanto el consumo de alcohol de su familiar le ha afectado negativamente? Usted diría que...

- Poco
- Mucho
- No puede responder
- Rehúsa a contestar

12. Solo para confirmar, ¿Ha vivido con su familiar en los últimos 12 meses?

- Si
- No
- No puede responder
- Rehúsa a contestar

En los siguientes enunciados, por favor responda marcando con una X cuántas veces, si es que ha existido, cada uno de los siguientes enunciados por culpa del consumo de alcohol de su familiar, incluyendo porque estaba intoxicado/a, o con resaca.

ENUNCIADOS

13. ¿Ha discutido seriamente con su familiar, por culpa de su consumo de alcohol, excluyendo violencia física?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o Se rehúsa contestar
14. ¿Se ha sentido amenazado/a por culpa del consumo de alcohol de su familiar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o Se rehúsa contestar
15. ¿Ha sido emocionalmente lastimado/a o descuidado/a por culpa del consumo de alcohol de su familiar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o Se rehúsa contestar
16. ¿Ha sido lastimado/a físicamente por culpa del consumo de alcohol de su familiar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o Se rehúsa contestar
17. ¿Ha sido expuesto/a a riesgo en el automóvil cuando su familiar conducía bajo efectos del alcohol?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o Se rehúsa contestar
18. ¿Ha tenido que dejar de ver a su familiar por culpa del mismo consumo de alcohol?						

Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o	Se rehúsa contestar
19. ¿Ha sido forzado/a tener relaciones sexuales o actividades sexuales por su familiar?							
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o	Se rehúsa contestar
20. ¿Su familiar no ha cumplido en alguna actividad en la que haya sido tomado en cuenta por culpa del consumo de alcohol?							
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o	Se rehúsa contestar
21. ¿Ha quebrado o dañado algo que le importe a usted?							
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o	Se rehúsa contestar
22. ¿Ha sido afectado/a negativamente en alguna ocasión social por culpa de su familiar estando ebrio?							
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o	Se rehúsa contestar

23. Según la respuesta anterior ¿Cuál es el costo del ítem que ha dañado o quebrado su familiar?

- Cantidad de dinero dada (Especifique Q_____)
- Ítem con valor sentimental no puede ponerle precio
- No puede decir

Por favor, responda la frecuencia con la que le ha sucedido alguno de los siguientes enunciados. Marque con una X la respuesta.

ENUNCIADOS

24. ¿Cuántas veces no ha podido llevar amigos a su casa, porque su familiar está bajo efectos del alcohol o con resaca?							
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o	Se rehúsa contestar
25. ¿Cuántas veces su familiar no ha podido compartir con usted o su familia por estar bajo efectos del alcohol?							
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o	Se rehúsa contestar
26. ¿Cuántas veces usted ha tenido que dejar el hogar o quedarse en algún otro lugar por culpa del consumo de alcohol de su familiar?							
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco más veces	o	Se rehúsa contestar

A continuación, una serie de preguntas, acerca de cosas que USTED ha hecho a causa del consumo de alcohol de su familiar

27. ¿Cuántas veces ha tenido que ocupar tiempo cuidando a su familiar por estar bajo efectos del alcohol?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco o más veces	Se rehúsa contestar
28. ¿Cuántas veces ha tenido que asumir responsabilidades que le corresponden a su familiar, pero por estar bajo efectos del alcohol el/ella no ha podido realizar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco o más veces	Se rehúsa contestar
29. ¿Cuántas veces ha tenido que limpiar el desorden causado por el consumo de alcohol de su familiar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco o más veces	Se rehúsa contestar
30. ¿Cuántas veces ha tenido que llevar o recoger en algún lugar a su familiar por encontrarse bajo efectos de alcohol?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco o más veces	Se rehúsa contestar

A continuación, enunciados acerca de los servicios que ha utilizado por culpa del consumo de alcohol de su familiar.

31. ¿Cuántas veces ha llamado a la policía por culpa del consumo de alcohol de su familiar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco o más veces	Se rehúsa contestar
32. ¿Cuántas veces USTED ha sido admitido al hospital o a asistido a emergencia debido a las consecuencias del consumo de alcohol de su familiar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco o más veces	Se rehúsa contestar
33. ¿Cuántas veces USTED ha recibido consejo profesional, llamado a línea de ayuda, asistido a grupos de apoyo, como consecuencia del consumo de alcohol de su familiar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco o más veces	Se rehúsa contestar

Sección C Daños en niños

A continuación, una serie de preguntas acerca de los niños menores de 18 años que viven en el hogar. Así que pensando en el niño o niños menores de 18 años que viven en su hogar, cuántas veces ha existido alguno de los siguientes enunciados.

ENUNCIADOS

34. ¿Cuál es la relación de su familiar alcohólico con los niños que habitan en su hogar?

- Padre o madre
- Padrastro o madrastra
- Esposa o Esposo del padre o madre del niño
- Encargado del o de los niños
- Hermano o hermana
- Otro familiar
- Otro (Especifique _____)

Pensando en el/los niño(s) menores de 18 años que viven en su hogar, responda los siguientes enunciados.

35. ¿Cuántas veces el/los niño(s) fue o fueron dejados sin supervisión o en una situación insegura por culpa del alcoholismo de su familiar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco o más veces	Se rehúsa contestar
36. ¿Cuántas veces fue o fueron regañados a gritos, criticados o verbalmente abusados por culpa del consumo de alcohol de su familiar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco o más veces	Se rehúsa contestar
37. ¿Cuántas veces fue o fueron lastimados físicamente por culpa del consumo de alcohol de su familiar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco o más veces	Se rehúsa contestar
38. ¿Cuántas veces alguno de los niños fue testigo de violencia intrafamiliar por culpa del consumo de alcohol de su familiar?						
Ninguna	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces	Cinco o más veces	Se rehúsa contestar

39. ¿Qué tanto el consumo de alcohol de su familiar ha afectado negativamente al o a los niños?

- Poco
- Mucho
- No puede decir

- Rehúsa a contestar

Referencia bibliográfica

- 1) Claire Wilkinson, Anne-Marie Laslett, Jason Ferris, Michael Livingston, Janette Mugavin, Robin Room. "The range and magnitude of Alcohols Harm to Others: Study design, data collection procedures and measurement". Turning Point Alcohols Drug Centre. Australia 2009

11.3. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE
GRADUACIÓN 2016



Tesis: Daños a familiares de enfermos alcohólicos
Instrumento de evaluación “Daños a familiares de enfermos alcohólicos”, adaptado de
“Harm to Others Survey”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Introducción

Como estudiantes de pregrado de la Universidad de San Carlos de la Facultad de Ciencias Médicas para obtener el título de Médico y Cirujano estamos realizando la tesis de grado titulada “Daño a familiares de enfermos alcohólicos”. Con el cual se pretende identificar los tipos de daño existentes entre los familiares de los enfermos alcohólicos y el tipo de daño más prevalente tanto en adultos como en niños. Se le proporcionará información y se le invita a participar en nuestro estudio. Si se llegaran a presentar dudas sobre el mismo usted tiene permitido asesorarse con un experto en el tema y tomarse el tiempo necesario para reflexionar sobre si quiere o no participar y poder llevar a cabo el estudio.

El estudio está regido bajo el Capítulo XIII del código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, de acuerdo al artículo 89: El protocolo de toda investigación debe someterse a la aprobación previa de una comisión de ética de la institución en donde se lleve a cabo y el artículo 91: Las investigaciones deberán contar con el libre consentimiento del individuo objeto de la misma, o de quien tenga el deber de cuidarlo en caso que sea menor de edad o incapacitado, tras haberle informado de forma adecuada de los objetivos, métodos y beneficios previstos, así como sobre los riesgos y complicaciones potenciales. También se le indicará su derecho a no participar y a poder retirarse en cualquier momento, sin que por ello resulte perjudicado.

Si en dado caso existe alguna palabra o término que usted desconozca, el personal que esté realizando la prueba se tomará el tiempo necesario para explicárselo las veces que sea necesario y con cada término que desconozca. Así mismo tiene la libertad de formular las preguntas necesarias para resolver todas sus dudas en cualquier momento durante el estudio.

Propósito

El alcoholismo está mundialmente reconocido como una enfermedad caracterizada por la necesidad compulsiva de beber, que se puede controlar pero no curar. Es una enfermedad progresiva y mientras el alcohólico siga bebiendo, su impulso de beber seguirá en aumento. La única manera de contrarrestar el alcoholismo es una abstinencia total. El alcoholismo afecta a toda la familia; de hecho, toda persona que esté en contacto con el alcohólico sufre los efectos del alcoholismo. Se ha observado gran repercusión en los familiares de los

enfermos alcohólicos por lo cual queremos determinar cuáles son los principales tipos de daño que sufren los familiares y caracterizar a los mismos.

Selección de participantes

Estamos invitando para este estudio a personas que se encuentran entre los 18 a 75 años de edad, que acudan a las sesiones de las diversas sedes de Al-Anon de la Ciudad Capital y del municipio de Santa Catarina Pinula, durante el mes de junio y julio con el fin de identificar los principales tipos de daño ocasionados por un familiar enfermo alcohólico y realizar una caracterización de los mismos.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, continuará con las sesiones en Al-Anon con total normalidad. Usted puede cambiar de idea más adelante y abandonar el estudio para no participar aún cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y descripción del proceso

El procedimiento que se llevará a cabo en su persona es el siguiente:

Se le realizara una encuesta por escrito para determinar los posibles daños ocasionados por la convivencia con un enfermero alcohólico.

Consentimiento de participación

He sido invitado (a) a participar a la investigación "Daño a familiares de enfermos alcohólicos". Entiendo que se me realizara un test escrito en una sola oportunidad. He sido informado (a) que no existe riesgo alguno. No obtendré beneficio alguno por la participación en el estudio.

Así mismo se me ha informado que se cumplirá con todas las normas de Al-Anon y en ningún momento se comprometerá el anonimato de mi persona en el estudio. Se me ha proporcionado el nombre y teléfono de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Iniciales del participante _____

Firma del participante _____

Fecha: _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado.

_____ (Firma del investigador/subinvestigador)

11.4. Resultados especificados por tipo de daño

11.4.1. Daño a familiares

Tabla 11.2

Daño por lesión en los miembros de Al Anon de Ciudad de Guatemala y municipio de Santa Catarina Pinula, durante los meses de junio y julio 2016.

		f	%
Agresión física	Ninguno	116	55.76
	Una vez	29	13.44
	Dos veces	26	12.5
	Tres veces	11	5.28
	Cuatro veces	4	1.92
	Cinco o más veces	21	10.09
	Se rehusó a contestar	1	0.48
Abuso sexual	Ninguno	175	84.13
	Una vez	4	1.92
	Dos veces	5	2.4
	Tres veces	1	0.48
	Cuatro veces	2	0.96
	Cinco o más veces	14	6.73
	Se rehusó a contestar	7	3.36

Tabla 11.3

Daño por negligencia o abuso en los miembros activos de Al-Anon de Ciudad de Guatemala y municipio de Santa Catarina Pinula, durante los meses de junio y julio 2016.

		f	%
Riesgo automovilístico	Ninguna	101	48.55
	Una vez	23	11.05
	Dos veces	20	9.61
	Tres veces	10	4.80
	Cuatro veces	5	2.40
	Cinco o más veces	46	22.11
	Se rehúsa a contestar	3	1.44
Asistencia policial	Ninguna	138	66.34
	Una vez	41	19.71
	Dos veces	14	6.73
	Tres veces	4	1.92
	Cuatro veces	4	1.92
	Cinco o más veces	5	2.40
	Se rehúsa a contestar	2	0.96
Admisión hospitalaria o	Ninguna	160	76.92
	Una vez	24	11.54
	Dos veces	14	6.73

servicios de emergencia	Tres veces	4	1.92
	Cuatro veces	2	0.96
	Cinco o más veces	2	0.96
	Se rehúsa a contestar	2	0.96
Ayuda profesional y asistencia a grupos de apoyo	Ninguna	99	47.60
	Una vez	3	1.44
	Dos veces	5	2.40
	Tres veces	1	0.48
	Cuatro veces	5	2.40
	Cinco o más veces	94	45.19
	Se rehúsa a contestar	1	0.48

Tabla 11.4.

Daño por incumplimiento del rol social en los miembros activos de Al-Anon de Ciudad de Guatemala y municipio de Santa Catarina Pinula, durante los meses de junio y julio 2016.

		F	%
Incumplimiento de actividades	Ninguno	26	12.5
	Una vez	10	4.8
	Dos veces	16	7.69
	Tres veces	11	5.28
	Cuatro veces	13	6.25
	Cinco o más veces	128	61.53
	Se rehusó a contestar	4	1.92
Tiempo en cuidados al enfermo alcohólico	Ninguno	42	20.19
	Una vez	8	3.84
	Dos veces	17	8.17
	Tres veces	16	7.69
	Cuatro veces	5	2.4
	Cinco o más veces	119	57.21
	Se rehusó a contestar	1	0.48
Adjudicarse responsabilidades del enfermo alcohólico	Ninguno	46	22.11
	Una vez	4	1.92
	Dos veces	19	9.13
	Tres veces	14	6.73
	Cuatro veces	10	4.8
	Cinco o más veces	114	54.8
	Se rehusó a contestar	1	0.48

Tabla 11.5

Daño por pérdida de la amenidad y paz mental en los miembros activos de Al-Anon de Ciudad de Guatemala y municipio de Santa Catarina Pinula, durante los meses de junio y julio 2016.

		f	%
Agresión verbal	Ninguna	17	8.17
	Una vez	14	6.73
	Dos veces	14	6.73
	Tres veces	5	2.40
	Cuatro veces	8	3.85
	Cinco o más veces	150	72.11
	Se rehúsa a contestar	0	0
Amenaza	Ninguna	40	19.23
	Una vez	30	14.42
	Dos veces	21	10.09
	Tres veces	25	12.01
	Cuatro veces	3	1.44
	Cinco o más veces	86	41.34
	Se rehúsa a contestar	3	1.44
Abuso emocional	Ninguna	30	14.42
	Una vez	19	9.13
	Dos veces	8	3.85
	Tres veces	6	2.88
	Cuatro veces	12	5.76
	Cinco o más veces	130	62.5
	Se rehúsa a contestar	3	1.44
Distanciamiento del familiar	Ninguna	102	49.03
	Una vez	29	13.94
	Dos veces	19	9.13
	Tres veces	10	4.81
	Cuatro veces	4	1.92
	Cinco o más veces	42	20.19
	Se rehúsa a contestar	2	0.96
Afectación social negativa	Ninguna	34	16.34
	Una vez	20	9.61
	Dos veces	29	13.94
	Tres veces	22	10.57
	Cuatro veces	7	3.36
	Cinco o más veces	93	44.71
	Se rehúsa a contestar	3	1.44
Abstención de reuniones sociales en casa	Ninguna	70	33.65
	Una vez	8	3.84
	Dos veces	16	7.69
	Tres veces	13	6.25
	Cuatro veces	9	4.32
	Cinco o más veces	91	43.75
	Se rehúsa a contestar	1	0.48

Incumplimiento del rol familiar	Ninguna	25	12.01
	Una vez	8	3.84
	Dos veces	13	6.25
	Tres veces	18	8.65
	Cuatro veces	7	3.36
	Cinco o más veces	133	63.94
	Se rehúsa a contestar	4	1.92
Abandono de su propio hogar	Ninguna	108	51.92
	Una vez	30	14.42
	Dos veces	13	6.25
	Tres veces	13	6.25
	Cuatro veces	4	1.92
	Cinco o más veces	38	18.26
	Se rehúsa a contestar	2	0.96
Cuidado e higiene hacia el enfermo alcohólico	Ninguna	39	18.75
	Una vez	13	6.25
	Dos veces	14	6.73
	Tres veces	14	6.73
	Cuatro veces	13	6.25
	Cinco o más veces	114	54.80
	Se rehúsa a contestar	1	0.48
Recoger familiar alcoholizado	Ninguna	54	25.96
	Una vez	17	8.17
	Dos veces	23	11.05
	Tres veces	22	10.57
	Cuatro veces	11	5.29
	Cinco o más veces	79	37.98
	Se rehúsa a contestar	2	0.96

11.4.2. Daño a niños

Tabla 11.6
Daño en niños familiares de enfermos alcohólicos.

Tipo de daño			f	%
Lesión	Agresión física	Ninguna	80	57.14
		Una vez	21	15
		Dos veces	17	12.14
		Tres veces	6	4.28
		Cuatro veces	0	0
		Cinco o más veces	13	9.28
		Se rehúsa a contestar	3	2.14
	Agresión verbal	Ninguna	36	25.71
		Una vez	18	12.85
		Dos veces	14	10.00
		Tres veces	15	10.71
		Cuatro veces	3	2.14

Negligencia o abuso		Cinco o más veces	52	37.14
		Se rehúsa a contestar	2	1.43
	Testigo de violencia intrafamiliar	Ninguna	52	25
		Una vez	19	9.13
		Dos veces	8	3.84
		Tres veces	9	4.32
		Cuatro veces	5	2.40
		Cinco o más veces	44	21.15
		Se rehúsa a contestar	3	1.44
Incumplimiento del rol social	Falta de supervisión	Ninguna	94	67.14
		Una vez	5	3.57
		Dos veces	10	7.14
		Tres veces	6	4.28
		Cuatro veces	6	4.28
		Cinco o más veces	15	10.71
		Se rehúsa a contestar	4	2.85
Pérdida de la amenidad o paz mental	Afectación negativa	Poco	48	34.28
		Mucho	82	58.57
		No puede decir	10	7.14
		Rehúsa a contestar	0	0