

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“FACTORES DE INICIO Y DE ABANDONO
DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES”**

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en los grupos de Alcohólicos Anónimos de:
Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía
Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 Calle y Utatlán

junio-julio 2016

Tesis

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

**Luis Eduardo Guerra García
Ana Victoria Vicente Pineda
Andrea Alejandra Caballeros Martínez
Gloria Alejandra Marin López
Kelvin Gabriel Jiménez Carrillo
Melanie Pamela Escobar Moran**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2016

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

Los estudiantes:

Luis Eduardo Guerra García	200910137
Ana Victoria Vicente Pineda	200910160
Andrea Alejandra Caballeros Martínez	200910191
Gloria Alejandra Marín López	200910251
Kelvin Gabriel Jiménez Carrillo	200910300
Melanie Pamela Escobar Moran	200910382

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:

“FACTORES DE INICIO Y DE ABANDONO
DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES”

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en los grupos de Alcohólicos Anónimos de: Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán

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 once 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:

Luis Eduardo Guerra García	200910137
Ana Victoria Vicente Pineda	200910160
Andrea Alejandra Caballeros Martínez	200910191
Gloria Alejandra Marín López	200910251
Kelvin Gabriel Jiménez Carrillo	200910300
Melanie Pamela Escobar Moran	200910382

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**“FACTORES DE INICIO Y DE ABANDONO
DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES”**

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en los grupos de Alcohólicos Anónimos de: Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán

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 once de agosto del dos mil dieciséis.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 3,950

Dr. C. César Oswaldo García
Coordinador

 **USAC**
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

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:

Luis Eduardo Guerra García
Ana Victoria Vicente Pineda
Andrea Alejandra Caballeros Martínez
Gloria Alejandra Marín López
Kelvin Gabriel Jiménez Carrillo
Melanie Pamela Escobar Moran

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"FACTORES DE INICIO Y DE ABANDONO
DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES"**

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en los grupos de Alcohólicos Anónimos de:
Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía
Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán

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 20060021

Asesor: Dr. Julio César Montenegro Leiva

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.

AGRADECIMIENTOS

A mi grupo de tesis:

Luis Eduardo Guerra García
Ana Victoria Vicente Pineda
Andrea Alejandra Caballeros Martínez
Gloria Alejandra Marin López
Kelvin Gabriel Jiménez Carrillo
Melanie Pamela Escobar Moran

A nuestro asesor y revisor:

Dr. Julio César Montenegro
Dr. Luis Gustavo de la roca

Por su valiosa e indispensable guía en la elaboración de la presente investigación.

A mis profesores de la Facultad

Catedráticos de la Facultad de Ciencias Médicas y médicos residentes que nos instruyeron en el camino de aprendizaje recorrido.

A:

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

A:

grupos de Alcohólicos Anónimos Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán

Por su colaboración para la realización de este estudio

ACTO QUE DEDICO

- A Dios:** por darme la vida, la sabiduría, la fortaleza y la vocación para ejercer una profesión tan linda como esta.
- A mis padres:** Luis y Amparo, por regalarme la vida, por guiarme para salir adelante, por dar su mayor esfuerzo para que nunca me faltara nada, por ser mi apoyo, mi fortaleza y confiar en mí. Los amo.
- A mis hermanas:** Cindy y Madelyn, por estar siempre en las buenas y en las malas, por todo lo compartido y ser de gran apoyo y alegría en mi vida.
- A mi familia:** tía Rupe, tía Vicky, tía Sonia, tíos y primos, por estar siempre apoyándome y brindándome su cariño incondicional en esta meta alcanzada, los quiero.
- A mi novia:** Melanie Escobar, por ser esa persona especial en mi vida por brindarme todo su apoyo, cariño y estar siempre para mí en toda esta meta que nos hemos trazado juntos, te amo.
- A mis amigos:** Wilmar, Andrés, Cajas, Bor, Sebas, Edward, Sami y a Víctor allá en el cielo, por estar ahí en todo momento, por los buenos momentos compartidos en esta carrera, por siempre apoyarnos en todo, se les quiere, a mis amigos de natación PENAEU es especial a Daniela allá en el cielo, por hacerme parte de ellos, por darme su amistad, apoyarme siempre, por motivarme a seguir adelante y darme consejos y a mis amigos de bachillerato por ser esas personas incondicionales en mi vida.
- A mi grupo de tesis:** Andrea, Kelvin, Vicky, Alejandra y en especial a Melanie por el esfuerzo compartido por la amistad que tenemos, por el apoyo que nos brindamos y los momentos compartidos.

Luis Eduardo Guerra García

ACTO QUE DEDICO

- A Dios:** Por su infinita misericordia y todas las bendiciones que ha dado a mi vida, porque siempre me ha hecho sentir que Él está conmigo y que por ello puedo lograr lo que sea que me proponga.
- A mis padres:** María Candelaria Pineda y Porfirio Vicente que me han brindado su apoyo y amor incondicional, gracias por inculcarme los valores y principios que me han convertido en la mujer que soy hoy.
- A mi hermana:** Elisa Vicente que ha sido mi cómplice, mi amiga y un gran apoyo a lo largo de mi carrera y es por ella que trato de ser mejor cada día.
- A mi familia:** Que siempre han estado al pendiente de mí brindándome apoyo, amor y sobre todo mucha alegría los quiero mucho a todos.
- A mis amigos:** Tanto a los del colegio como a los de la Universidad pues han estado junto a mí en momentos muy importantes y que hemos creado muy lindos recuerdos juntos.
- A mi novio:** Kelvin Jiménez con quien he compartido este largo camino y porque en cada paso me ha demostrado su apoyo y amor.
- A la universidad:** Porque me ha dado la oportunidad de formarme como profesional y vivir maravillosas experiencias.

Ana Victoria Vicente Pineda

ACTO QUE DEDICO

- A Dios:** Por ser mi guía en todo momento, por su infinito amor y misericordia; por enseñarme que en todas las adversidades de la vida siempre hay una forma de salir adelante.
- A mi madre:** Delia Martínez Rosada quien es el regalo más grande que Dios me dio, gracias por todo tu amor y apoyo incondicional. Este logro te lo dedico a ti mami, sin tu ayuda no hubiera logrado cumplir este sueño. TE AMO.
- A mi padre:** Jorge Caballeros de León (QEPD) por ser mi ejemplo a seguir, por haber sido el mejor padre y quien me inspira a ser mejor cada día. TE AMO PAPI.
- A mi hermana:** Alejandra Caballeros Martínez por tu amor sincero, apoyo y ayuda incondicional.
- A mi abuela:** Marta Rosada Sandoval (QEPD) por ser mi segunda madre, gracias por todo tu amor y comprensión; este logro también es para ti mamita, siempre te llevare en mi corazón.
- A mi sobrina:** Antonella por devolverme la ilusión y la alegría.
- A mi demás familia:** Mis abuelos, tíos, primos y sobrino por su cariño y apoyo.
- A mi novio:** Juan Carlos Arrivillaga por su amor y comprensión.
- A mis amigos:** Melanie, Cindie, Alejandra, Victoria, Alejandro, Álvaro, Felipe, Kelvin, Luis y Willy, con quienes he compartido buenos y malos momentos, quienes han estado conmigo a lo largo de esta carrera y quienes hicieron que este camino fuera un poco más fácil al brindarme su amistad sincera. Los quiero mucho.

Andrea Alejandra Caballeros Martínez

ACTO QUE DEDICO

- A Dios:** por ser mi fuente de Luz, mi guía y mi fortaleza, esto no hubiera sido posible sin ti a mi lado.
- A mis abuelos:** en especial a mi abuela Mamita Tilde, mi segunda madre y mi verdadero motor, la amo, éste logro va para usted abuelita, ya tiene a su doctora. Un abrazo al cielo.
- A mis padres:** Ricardo Marin Bonilla y Gloria Marina López de Marin por ser mis pilares, a ustedes les debo más que la vida, gracias por estar siempre pendientes de mí, por apoyarme desde el inicio, enseñarme a no conformarme con lo mínimo y no permitir que me rindiera a lo largo de la carrera; por ser mi empuje y mi mayor bendición. Que hoy con mucho entusiasmo los veo ser mis padrinos, por eso y mucho más Gracias Papi y Mami.
- A mis tíos y tías:** en especial a mis tíos Miguel Ángel, Blanca Adriana, Hugo e Ilda Consuelo, por estar más que pendientes de todo el proceso. Los quiero mucho.
- A mis primos, sobrinos y demás familia:** gracias por hacer de éste recorrido junto a ustedes el mejor que haya podido pedir, gracias por su apoyo incondicional.
- A mis amistades:** que a lo largo del tiempo siempre me han apoyado, gracias por todos los momentos compartidos. Siempre van a estar en mi corazón.
- A mi casa de estudios:** mi querida Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala, por ser mi segundo hogar y por haberme permitido formarme como profesional bajo éste techo.
- A mis catedráticos:** por los conocimientos compartidos y por haberme enseñado que no solo lo que los libros dicen es lo absoluto, que el investigar y actualizarse lo es todo. Agradezco a la Dra. Ana Rodas, Dra. Patricia Orellana, Dr. Mario Pinto, Dr. Alejandro Andrews, Dr. Napoleón Méndez y al Dr. Juan Francisco Morales por su especial apoyo y amistad.

Gloria Alejandra Marin López

ACTO QUE DEDICO

- A Dios:** Por sus infinitas bendiciones en cada aspecto de mi vida. Por darme capacidad, aptitudes, inteligencia y perseverancia a lo largo de esta carrera.
- A mis padres:** Kelvin Jiménez y Eugenia Carrillo por ser mi mayor ejemplo. Por apoyarme en todo momento, por sus enseñanzas a lo largo de mi vida y principalmente por el amor incondicional que siempre me han dado. Para ustedes es esto.
- A mi hermano:** Guillermo Jiménez por todo el cariño y motivarme a seguir a delante.
- A mis abuelitos:** Principalmente a mi abuelita Luz quien en todo momento me dio los mejores consejos para ser mejor persona, y siempre darme la bendición cuando se acercaban los exámenes.
- A mi familia:** Por todo el apoyo brindado y por siempre motivarme a seguir a ser mejor cada día, por sus oraciones y buenos deseos.
- A Vicky:** Mi novia por caminar conmigo a lo largo de la carrera, por ser la persona quien le da un poco de cordura a mi vida y por estar siempre apoyándome en las buenas y malas.
- A la universidad:** Por darme la oportunidad de formarme como médico y cirujano y poder egresar como profesional.

KELVIN GABRIEL JIMÉNEZ CARRILLO

ACTO QUE DEDICO

- A Dios:** por darme la vida y fuerzas necesarias para llegar hasta este punto.
- A mis padres:** Sergio y Zuly por impulsarme a ser mejor y hacerme creer que puedo hacer cosas extraordinarias, gracias por el apoyo y este logro también es suyo, los amo.
- A mis hermanos:** Pablo y Gaby por el apoyo brindado durante toda mi vida y por creer en mí, son mi modelo a seguir, los amo.
- A mi novio:** Luis Guerra, porque sin su apoyo yo no estaría aquí hoy, este logro es de los dos juntos y me llena de orgullo verte aquí conmigo hoy. Te amo por siempre.
- A mi familia:** Mara, Mari, abuelita Zoila, tíos y primos, quienes siempre me han apoyado y de alguna manera han estado ahí para mí.
- A mis amigos:** Estefanía, Priscila, Mayra, Luisa, Gabriel, Mariela, Alex, quienes siempre me han demostrado una amistad incondicional son especiales los quiero mucho.
- A mis amigos de grupo de tesis** Andrea, Kelvin, Vicky, Alejandra y sobre todo a Luis, por compartir tantos años y tantas experiencias que al final nos trajeron hasta acá, los quiero.

Melanie Pamela Escobar Moran

RESUMEN

OBJETIVO: Describir los factores de inicio y de abandono del consumo de alcohol de la mujer que es miembro activo de Alcohólicos Anónimos en los grupos Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán en el municipio de Guatemala durante los meses de junio y julio del año 2016. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, transversal en 107 mujeres utilizando entrevista guiada. **RESULTADOS:** Las mujeres que asisten a los grupos de Alcohólicos Anónimos 25% (26) se encuentra entre 18-29 años, 53% (57) es soltera, 75% (81) nació en el departamento de Guatemala, 81% (87) reside en el municipio de Guatemala, 49% (52) tiene nivel de estudio universitario, 28% (30) desempeña trabajo como profesional científico, 42% (45) inició el consumo de alcohol entre 10-14 años y 86% (92) tenía uno o más familiares alcohólicos; el 82% (88) indicó que un factor sociocultural desencadenó el inicio del consumo de alcohol; el 74% (79) indicó una relación interpersonal motivó el abandono del consumo y 35% (37) presentó recaídas. **CONCLUSIONES:** La edad promedio está comprendida entre 18-29 años, son solteras, procedentes del departamento de Guatemala, residentes del municipio de Guatemala, con nivel de estudio universitario, trabajan como profesionales científicos, iniciaron a consumir alcohol entre 10-14 años con antecedente familiar de alcoholismo. El factor de inicio de consumo de alcohol más frecuente fue el sociocultural y para el abandono fue relaciones interpersonales; tres de cada diez mujeres presentaron recaídas.

Palabras clave: Mujeres alcohólicas, Alcohólicos Anónimos, factores de inicio y abandono, recaídas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
2.1 General.....	3
2.2 Específicos	3
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 Alcohol.....	5
3.1.1 Concepto	5
3.1.2 Fermentación, destilación y tipos de bebidas alcohólicas	6
3.1.3 Alcohol en el torrente sanguíneo y concentraciones de alcohol en sangre	7
3.1.4 Efectos del etanol sobre órganos y sistemas	10
3.2 Alcoholismo.....	12
3.2.1 Tetrahydroisoquinolina (THIQ) el bioquímico culpable	14
3.2.2 Evolución clínica	15
3.2.3 Identificación del alcohólico.....	17
3.2.4 Test diagnósticos	18
3.2.5 La tabla de la alcoholomanía del Dr. Jellinek	19
3.3 Alcoholismo en mujeres	23
3.3.1 Epidemiología	23
3.3.2 Factores de riesgo	24
3.3.2.1 Factores que desencadenan el inicio del consumo de alcohol	25
3.3.2.2 Factores que motivan el abandono de consumo de alcohol	29
3.3.2.3 Recaídas durante el proceso de recuperación	31
3.4 Alcohólicos anónimos	33
3.4.1 Inicios	33
3.4.2 Finalidad del programa	33
3.4.3 Doce pasos, Doce tradiciones y Doce promesas	35
3.4.4 Alcohólicos Anónimos en Guatemala.....	38
3.4.5 Primer grupo de mujeres alcohólicas en Guatemala	39
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	43
4.1 Tipo, enfoque y diseño de la investigación.....	43

4.2 Unidad de análisis	43
4.2.1 Unidad primaria de muestreo	43
4.2.2 Unidad de análisis	43
4.2.3 Unidad de información.....	43
4.3 Población y muestra	43
4.3.1 Población	43
4.3.2 Muestra	43
4.4 Selección de los sujetos a estudio	44
4.4.1 Criterios de inclusión.....	44
4.4.2 Criterios de exclusión	44
4.5 Definición y medición de las variables	45
4.6 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.....	55
4.6.1 Técnicas de recolección de datos.....	55
4.6.2 Proceso.....	55
4.6.3 Instrumento.....	56
4.7 Procesamiento y análisis de datos	56
4.7.1 Procesamiento de datos.....	56
4.7.2 Análisis de datos.....	59
4.8 Límites de la investigación	60
4.8.1 Obstáculos.....	60
4.8.2 Alcances.....	60
4.9 Aspectos éticos de la investigación	60
5. RESULTADOS	63
6. DISCUSIÓN	67
7. CONCLUSIONES	73
8. RECOMENDACIONES	75
9. APORTES	77
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
11. ANEXOS	83

1. INTRODUCCIÓN

El alcoholismo se puede definir como un patrón de consumo de alcohol dañino para sí mismo o para otros; es una enfermedad crónica y progresiva que amenaza la vida del enfermo. Se manifiesta por la repetida ingesta de bebidas etílicas por encima de los usos dietéticos y sociales de la comunidad, hasta el punto que daña la salud del bebedor o su función socioeconómica. Dentro de la vida cotidiana, en mayor y menor grado se participa en reuniones de diversa índole, tales como: reuniones familiares, sociales, educativas, deportivas, recreativas, etc. Es así, como a través de esta participación en las actividades sociales se llega a observar como algo normal el alto índice de consumo de bebidas alcohólicas por parte de hombres y mujeres de diferentes rangos de edad.¹

En algunas personas, los efectos del alcohol a largo plazo pueden cambiar la forma en que el cerebro reacciona al alcohol, a tal punto que el impulso por beber puede ser tan poderoso como la necesidad de comer. Tanto la genética como el ambiente que rodea a una persona inciden en el riesgo de desarrollar esta enfermedad.²

Ningún factor en particular predice si una mujer tendrá problemas con el alcohol, o a qué edad ésta corre mayor riesgo. Sin embargo, hay ciertas experiencias de vida que parecieran hacer más factible que las mujeres desarrollen problemas con el consumo de alcohol. Las investigaciones sugieren que la mujer tiende a beber excesivamente cuando tiene padres o hermanos con problemas de alcohol, una pareja que consume bebidas alcohólicas en exceso, mayor tolerancia al licor que otras personas, antecedentes de depresión o de algún otro trastorno psiquiátrico, al igual que antecedentes de abuso físico o sexual en su vida.²

Los escasos estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, demuestran que entre el 10% y 15% de la población adulta presentan signos de alcoholismo. Un informe publicado en el 2014 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que Guatemala es el segundo país que posee el consumo más bajo de alcohol en América, sin embargo, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Guatemala es el segundo país que presenta más muertes atribuibles al consumo del mismo.¹

Un estudio realizado en la Universidad de San Carlos de Guatemala, en mujeres que fueron internadas en un centro de rehabilitación, da a conocer que la recuperación del alcoholismo e inserción a la sociedad puede llevarse a cabo por medio de programas adecuados como lo son Alcohólicos Anónimos y la terapia individual familiar, pero resalta que la misma se lleva a cabo más que todo cuando se tiene voluntad propia para dejar de consumir alcohol. También se menciona que dentro de las entidades del estado no se encuentra un área específica para personas alcohólicas que quieran salir del alcoholismo y que no cuentan con los recursos necesarios para internarse en un centro de rehabilitación.³

Por lo anteriormente mencionado se planteó la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de inicio y abandono del consumo de alcohol de la mujer miembro activo de Alcohólicos Anónimos?, una vez planteada esta pregunta se trazó como objetivo general describir los factores de inicio y abandono del consumo de alcohol de la mujer miembro activo de Alcohólicos Anónimos en los grupos Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán realizando un estudio cuantitativo, prospectivo y transversal durante los meses de junio y julio del año 2016.

Como población se escogió a las mujeres que llevaran más de un mes como miembros activos de Alcohólicos Anónimos, en este caso se utilizó la población total de los grupos a estudio. La información se obtuvo por medio de una entrevista guiada realizada a las mujeres que asistieron a las reuniones de los grupos de Alcohólicos Anónimos a estudio durante los meses de junio y julio del año 2016. La información recabada se tabuló por medio del programa Excel 2013 para Windows y es presentada en forma de tablas con su debido análisis y discusión en esta presentación de informe final.

2. OBJETIVOS

2.1 General

Describir los factores de inicio y de abandono del consumo de alcohol de la mujer que es miembro activo de Alcohólicos Anónimos en los grupos Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán en el municipio de Guatemala durante los meses de junio y julio del año 2016.

2.2 Específicos

2.2.1 Caracterizar epidemiológicamente a la mujer miembro activo de Alcohólicos Anónimos según edad, estado civil, procedencia, residencia, escolaridad, ocupación, edad de inicio del consumo y antecedentes familiares de alcoholismo.

2.2.2 Identificar los factores que desencadenaron el inicio del consumo de alcohol según violencia, trastornos psiquiátricos, problemas personales, factores socioculturales en las mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos que asisten a los grupos a estudio.

2.2.3 Identificar los factores que motivaron el abandono del consumo de alcohol según relaciones interpersonales, embarazo, enfermedades relacionadas con el consumo del mismo, en las mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos que asisten a los grupos a estudio.

2.2.4 Cuantificar la proporción de las mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos que han presentado recaídas durante su proceso de recuperación y el número de las mismas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Alcohol

3.1.1 Concepto

Los alcoholes son una clase de compuestos orgánicos que son volátiles e inflamables, con una gran variedad de usos. En lenguaje común de cada día, *alcohol* se refiere a la bebida alcohólica que es ya sea alcohol etílico o etanol. El etanol tiene la fórmula química C_2H_5OH , demostrando que tiene dos átomos de carbono, seis átomos de hidrógeno y un átomo de oxígeno.⁴

El alcohol o etanol en bebida, se distribuye en todo el organismo, afecta a casi todos los sistemas y modifica prácticamente todo el proceso neuroquímico que tiene lugar en el cerebro. Esta droga posiblemente exagera la mayor parte de los trastornos médicos, afecta casi a cualquier fármaco metabolizado en el hígado y temporalmente simula varios trastornos médicos y psiquiátricos.⁵

El etanol actúa como inhibidor de varias funciones del sistema nervioso central, tales como: juicio, razonamiento, psicomotricidad fina y gruesa, percepción y memoria; y como desinhibidor del comportamiento y las emociones. A dosis muy altas, inhibe funciones vitales del cuerpo como la respiración, lo cual puede llevar a causar la muerte. El etanol es irritante y tóxico para los tejidos y órganos del cuerpo, incluyendo el esófago, estómago, hígado y páncreas; a pesar de que la cerveza contiene un valor nutricional, casi todas las bebidas contienen calorías vacías.⁴

Si bien el alcohol aporta calorías (una bebida contiene +/-300KJ o 70 a 100kcal), éstas carecen de nutrientes como minerales, proteínas y vitaminas. Además, el alcohol también interfiere en la absorción de vitaminas en el intestino delgado y disminuye su almacenamiento en el hígado con efectos moderados sobre el folato (folacina o ácido fólico), la piridoxina (B6), la tiamina (B1), el ácido nicotínico (niacina, B3) y la vitamina A.

En el cerebro, el alcohol afecta a casi todos los sistemas de neurotransmisión y tiene acciones agudas que suelen ser opuestas a las observadas tras desistir después de un periodo de bebida intensa. Las acciones más destacadas se

relacionan con la intensificación de la actividad del ácido gamma-aminobutírico (GABA), sobre todo en los receptores GABA_A. La intensificación de este complejo sistema del conducto del cloro contribuye a los efectos anticonvulsivos, somníferos, ansiolíticos y miorelajantes de todos los fármacos que intensifican la actividad del GABA. La ingestión de alcohol en exceso produce la liberación de GABA; su empleo persistente aumenta la densidad de los receptores de GABA_A, en tanto que los estados de privación alcohólica se caracterizan por reducciones de la actividad relacionada con GABA. El consumo elevado de alcohol aumenta las concentraciones de dopamina en el cerebro, sobre todo en el área tegmentaria ventral y regiones cerebrales relacionadas; este efecto tiene una participación destacada en el consumo continuo de alcohol, el deseo compulsivo de tomarlo y las recaídas.⁵

3.1.2 Fermentación, destilación y tipos de bebidas alcohólicas

El alcohol es creado por la fermentación de carbohidratos como los azúcares y almidones encontrados en los granos. La fermentación alcohólica es un proceso anaeróbico realizado por las levaduras y algunas clases de bacterias. Estos microorganismos transforman el azúcar en alcohol etílico y dióxido de carbono. La fermentación alcohólica, comienza después de que la glucosa entra en la célula. La glucosa se degrada en un ácido pirúvico. Este ácido pirúvico se convierte luego en CO₂ y etanol. El alcohol también se obtiene sintéticamente por medio de procesos industriales.

La cerveza y el vino fueron las únicas bebidas alcohólicas conocidas por muchos años en la antigüedad; las bebidas alcohólicas son aquellas bebidas que contienen etanol (alcohol etílico) en su composición, hasta que se descubrió el proceso de la destilación del alcohol, lo que permitió la creación de bebidas más fuertes y con más concentración de alcohol tales como el ron y la ginebra. La destilación es el proceso de separar las distintas sustancias que componen una mezcla líquida mediante vaporización y condensación selectivas.⁴

Atendiendo a la elaboración de las bebidas alcohólicas se pueden distinguir entre las bebidas producidas simplemente por fermentación alcohólica (vino, cerveza, sidra, hidromiel, sake) en las que el contenido en alcohol no suele

superar los 15 grados, y las producidas por destilación. Entre estas últimas se encuentran los diferentes tipos de aguardientes (como el brandy, el whisky, el tequila, el ron, el vodka, la cachaça, el pisco, la ginebra, etc.) y los licores, entre otras.

La cantidad de alcohol de un licor u otra bebida alcohólica se mide por el volumen de alcohol que contenga o bien por su grado de alcohol.⁴

Una típica bebida alcohólica contiene media onza de etanol puro, como por ejemplo:

- Un vaso de cerveza de 8oz contiene un 6% de alcohol
- Un vaso de vino de 8oz contiene un 8-10% de alcohol
- Un shot de 1oz de licor fuerte tal como el ron, whisky, ginebra y vodka contienen un 40-50% de alcohol

La fermentación no puede dar más del 14% de alcohol ya que el etanol simplemente mataría los organismos responsables de la fermentación a base de levaduras.⁴

3.1.3 Alcohol en el torrente sanguíneo y concentraciones de alcohol en sangre

El etanol es absorbido por los tejidos, como todos los demás nutrientes, del sistema gastrointestinal. El alcohol viaja por la garganta hacia el estómago, el 20% de etanol es absorbido en el estómago y el resto en el duodeno y el yeyuno, la primera y segunda porción del intestino delgado. El etanol entra por los capilares del intestino delgado por difusión pasiva (movimiento de agua de un área de mayor concentración a una de menor concentración). El ritmo al cual el estómago se vacía hacia el intestino delgado juega un papel importante en como el cuerpo absorbe el etanol, ya que la absorción intestinal es más rápida. Además, el etanol irrita y parcialmente paraliza el músculo liso del estómago y la válvula pilórica, lo que desemboca en el intestino delgado, disminuyendo el proceso de absorción. Con altas dosis de alcohol, especialmente con el estómago vacío, la válvula pilórica deja de funcionar. El estómago, con membranas delicadas y fácilmente irritables, regresa su contenido hacia el esófago y es por eso que las personas que

abusan del uso del alcohol vomitan. Una vez el alcohol llega al torrente sanguíneo es llevado hacia el hígado por la vena porta.

La concentración de alcohol en sangre aumenta a medida que la persona bebe más. El alcohol es eliminado del cuerpo en aproximadamente un trago por hora.⁴

Entre 2 y 10% del etanol es excretado directamente por los pulmones, la orina o el sudor, pero la mayor parte es metabolizado para formar acetaldehído, sobre todo en el hígado. La vía más importante ocurre en el citosol celular, donde la alcohol deshidrogenasa (ADH) produce acetaldehído, el cual después es destruido rápidamente por la aldehído deshidrogenasa (ALDH) en el citosol y las mitocondrias. Una segunda vía metabólica en los microsomas del retículo endoplásmico liso es el sistema microsómico oxidante del etanol, (MEOS) interviene en >10% de la oxidación del etanol en caso de altas concentraciones sanguíneas de alcohol.⁵

Cierta dosis de etanol puede resultar, dependiendo de la distribución de grasa y la cantidad de agua en el cuerpo, en diferentes concentraciones de alcohol en sangre. Las mujeres, en general, alcanzan un nivel más alto de concentraciones de alcohol en sangre que los hombres con la misma cantidad de etanol, incluso con el mismo peso, esto debido a que las mujeres tienen mayor cantidad de grasa corporal y un organismo más pequeño en relación a los hombres.

Las concentraciones de alcohol en sangre pueden expresarse en miligramos por decilitro (mg/dL) o como porcentaje de alcohol en sangre. Una persona con 100mg/dL de alcohol tendría un décimo de 1% de etanol en su torrente sanguíneo (este se considera como el límite de concentración de alcohol en sangre para personas que manejan un automóvil, comúnmente establecido como 0.1, o, más exacto, como 1/10 de 1%).

La tabla a continuación muestra los efectos de las diferentes concentraciones de alcohol en sangre en una persona con un peso promedio y que no ha desarrollado tolerancia a los efectos del alcohol.⁴

Tabla 3.1

CONCENTRACIÓN DE ALCOHOL EN SANGRE: EFECTOS SOBRE LOS INDIVIDUOS		
Concentraciones de alcohol en sangre	Conducta	Número estándar de tragos para llegar a este nivel
0.01-0.05%	Disminución de su estado de alerta, se siente bien consigo mismo, desinhibido, juicio alterado,	1-2
0.06-0.10%	Cambios de conducta, percepciones de profundidad, mareos, poco consciente de su entorno, perdida de noción del tiempo	3-4
0.10%	Legalmente ebrio, conductores pueden ser multados por manejar bajo efectos de alcohol	4-5
0.13-0.20%	Capacidad motora afectada, demostraciones ocasionales de emociones como enojo, alegría, excitación	5-8
0.21-0.25%	Problemas motores severos, percepciones sensoriales, vista nublada	8-10
0.30%	Semiestupor, posible intoxicación por alcohol	10-15
0.35%	Mismo nivel de conciencia al ser sometido a anestesia general, mínimo nivel muerte	10-15
0.40%	Comatoso	10-15
0.50%	Posible cese de respiración y de latido cardíaco	10-15

Fuente: Longo D, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 18ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 2012 vol.2 p.3547.

3.1.4 Efectos del etanol sobre órganos y sistemas

Las dosis relativamente bajas de alcohol (una o dos bebidas al día) tienen posibles efectos favorables de incrementar el colesterol de las lipoproteínas de alta densidad y disminuir la agregación plaquetaria, lo cual da por resultado una disminución del riesgo de arteriopatía coronaria obstructiva y accidentes cerebrovasculares embólicos.⁵

- **Sistema nervioso**

Aproximadamente el 35% de los bebedores y una porción mucho más alta de los alcohólicos presenta un desmayo, es decir, un episodio de amnesia anterógrada transitoria, en el cual la persona olvida todo o parte de lo que ocurrió durante una noche de embriaguez.

El consumo intenso de alcohol también se acompaña de cefalea, sed, náusea, vómito y de fatiga al día siguiente, un síndrome de resaca que causa gran parte del ausentismo y de las disfunciones cognitivas transitorias en el trabajo y en la escuela.

El efecto del alcohol sobre el sistema nervioso es aún más acentuado en personas con dependencia al alcohol. Las dosis altas crónicas producen neuropatía periférica en cerca de 10% de los alcohólicos, los pacientes presentan parestesias bilaterales en las extremidades, entumecimiento de las dos extremidades, sensación de hormigueo y parestesias, todos los cuales son más acentuados en la porción distal. Alrededor de 1% de los alcohólicos presenta degeneración o atrofia del cerebro. Los alcohólicos pueden manifestar problemas cognitivos y alteraciones transitorias de la memoria que persisten por semanas a meses después de beber intensamente durante días o semanas.⁵

- **Aparato digestivo**

La ingesta de alcohol puede dar por resultado inflamación del esófago y del estómago y causar dolor epigástrico y hemorragia del tubo digestivo, por lo que el alcohol es una de las causas más frecuentes de gastritis hemorrágica. Los vómitos violentos pueden producir hemorragia grave a consecuencia de una lesión de Mallori-Weiss, es decir, un desgarramiento longitudinal en la mucosa de la unión gatroesofágica.

La frecuencia de pancreatitis aguda (+/- 25 por 1000 por año) es casi tres veces mayor en alcohólicos que en la población general, lo que contribuye a un 10% o más de todos los casos. El alcohol altera la gluconeogénesis hepática y propicia un descenso de la cantidad de glucosa que se produce a partir del glucógeno, un aumento de la producción de lactato y una menor oxidación de ácidos grasos. Esto contribuye a un incremento de la acumulación de tejido adiposo en las células hepáticas. En personas sanas estos cambios son reversibles, pero ante la exposición crónica al etanol, sobre todo el consumo intenso diario, tienen lugar cambios más graves en el hígado, como hepatitis, esclerosis perivenular y cirrosis, esta última se observa en un 15% de los alcohólicos.⁵

- **Cáncer**

Un consumo mínimo de 1.5 bebidas estándar al día incrementa 1.4 tantos el riesgo en una mujer de padecer cáncer de mama. En personas de uno u otro género, cuatro bebidas al día aumentan alrededor de tres tantos el riesgo de sufrir neoplasias malignas en boca y esófago y carcinomas rectales en un factor de 1.5; siete u ocho o más bebidas al día intensifica cerca de cinco tantos los riesgos de muchas neoplasias malignas.⁵

- **Sistema cardiovascular**

En las etapas agudas el etanol disminuye la contractilidad miocárdica y produce vasodilatación periférica, lo que resulta en una leve disminución de la tensión arterial y un incremento compensador del gasto cardíaco. El consumo de tres o más bebidas al día da por resultado un incremento de la tensión arterial dependiente de la dosis, la cual se normaliza al cabo de semanas de abstinencia. Por consiguiente el consumo intenso de bebidas alcohólicas es un factor importante en la hipertensión leve a moderada.⁵

- **Cambios en el sistema genitourinario, el funcionamiento sexual y el desarrollo fetal**

El consumo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia puede afectar al desarrollo sexual normal y el inicio de la capacidad de la reproducción. La ingestión repetida de dosis altas de etanol por las mujeres puede dar por resultado amenorrea, disminución del tamaño de los ovarios, la abolición de cuerpos lúteos

con esterilidad concomitante y un incremento del riesgo de aborto espontáneo. El consumo intenso de bebidas durante el embarazo conlleva el transporte rápido de etanol y acetaldehído a través de la placenta, lo que puede tener consecuencias graves en el desarrollo fetal. Un resultado grave es el síndrome de alcoholismo fetal, que se presenta en alrededor de 5% de los niños que nacen de madres muy bebedoras y que comprende cualesquiera de los siguientes: cambios faciales con pliegues en los epicantos oculares; formación deficiente del pabellón auricular; microdoncia con esmalte defectuoso; comunicaciones interauriculares o interventriculares; un pliegue palmar anómalo y limitación del movimiento articular, y microcefalia con retraso mental. No se ha definido la cantidad de etanol necesaria ni el tiempo de vulnerabilidad durante el embarazo, por lo que es recomendable aconsejar a las mujeres embarazadas que se abstengan por completo de consumir bebidas alcohólicas.⁵

3.2 Alcoholismo

Para la mayoría de las personas, el alcohol es un acompañamiento placentero para las actividades sociales. El uso moderado del alcohol (hasta dos tragos por día para los hombres y hasta un trago por día para las mujeres y personas mayores) no es dañino para la mayoría de los adultos. (La medida normal de un trago es una botella de 12 onzas de cerveza, un vaso de 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor). Sin embargo, un gran número de personas tienen problemas serios con sus hábitos de consumo de alcohol.

Las consecuencias del abuso del alcohol son serias, en muchos casos de amenaza o peligro a la vida. Las personas que beben mucho alcohol pueden aumentar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, especialmente del hígado, el esófago, la garganta, y la laringe.

El abuso del alcohol también puede causar cirrosis del hígado, problemas en el sistema de inmunidad, daño cerebral, y hasta puede dañar el feto durante el embarazo. El beber alcohol aumenta los riesgos de muertes por accidentes automovilísticos, accidentes durante actividades recreativas, accidentes en el trabajo y la probabilidad de que ocurran homicidios y suicidios.⁶

El alcoholismo se define como el conjunto de problemas iterativos con el alcohol y en alguno de cuatro dominios vitales: social, interpersonal, legal y laboral o el consumo en situaciones peligrosas.⁵

El alcoholismo, también llamado síndrome de dependencia al alcohol, es una enfermedad que se caracteriza por los siguientes elementos:

- Deseo insaciable: el deseo o necesidad fuerte y compulsiva de beber alcohol.
- Pérdida de control: la inhabilidad frecuente de parar de beber alcohol una vez la persona ha comenzado.
- Dependencia física: la ocurrencia de síntomas después de abstinencia tales como vómitos, sudor, temblores, y ansiedad cuando se deja de beber después de un período de consumo de alcohol en grandes cantidades. Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante.
- Tolerancia: la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse bien o intoxicado.

El alcoholismo es un problema que tiene poco que ver con el tipo de alcohol que se consume, cuánto tiempo se ha estado bebiendo, o la cantidad exacta de alcohol que se consume. Sin embargo, el alcoholismo tiene mucho que ver con la necesidad incontrolable de beber de la persona.

Esta definición de alcoholismo nos ayuda a entender porque para la mayoría de los alcohólicos un "poco de fuerza de voluntad" no es suficiente para dejar de beber. El alcohólico se encuentra frecuentemente bajo el control de un deseo poderoso o necesidad de ingerir alcohol, una necesidad que puede sentirse tan fuerte como la necesidad de agua o comida. A pesar de que algunas personas se pueden recuperar sin ayuda, la mayoría de las personas alcohólicas necesita ayuda externa para recuperarse de esta enfermedad.⁷ Alrededor de 50% de los individuos con abuso de alcohol siguen teniendo problemas con el alcohol dos a cinco años más tarde, pero solo cerca del 10% de estos pacientes, incluidos los adolescentes, evoluciona a la dependencia alcohólica.⁵

3.2.1 Tetrahydroisoquinolina (THIQ) el bioquímico culpable

Todo comenzó en Houston Texas, con una científica médica llamada Virginia Davis, quien estaba haciendo una investigación del cáncer. Por sus estudios necesitaba cerebros humanos frescos, así que ella recorría la ciudad con la policía de Houston todas las mañanas, para recoger los cuerpos de los borrachos que morían durante la noche. Los cuerpos calientes, los conducía apresuradamente a su hospital, para quitar el cerebro para su investigación del cáncer.

Un día Virginia estaba hablando con algunos médicos en la cafetería del hospital, donde les manifestaba algunas de las conclusiones de los estudios de su laboratorio, y comentó: "Saben que nunca imaginé que todos los borrachos utilizaran la heroína, así como la bebida". Los médicos de la sala de emergencia, se rieron de ella. "Vamos, Virginia", le dijeron. "Estos tipos no usan heroína. Ellos ni siquiera pueden pagar una botella de moscatel barato."⁸

Virginia guardó silencio y volvió a su laboratorio. Pero ella estaba intrigada por su hallazgo. Había descubierto en el cerebro de los alcohólicos crónicos una sustancia que de hecho solo es estrechamente relacionada con la heroína. Esta sustancia, conocida por los científicos fue llamada Tetrahydroisoquinolina o THIQ. Cuando una persona consume la heroína, algunos de los compuestos se convierten en este THIQ. Pero entonces, estas personas no habían estado usando heroína, solo son alcohólicos simples. Entonces, ¿cómo la THIQ se formó? Ahí es donde la investigación de Virginia fue importante para los próximos años.⁸

Cuando el bebedor adulto normal consume alcohol, este es eliminado rápidamente, a razón de un trago por hora. En primer lugar el cuerpo convierte el alcohol en algo llamado acetaldehído. Este producto es muy tóxico, y si fuera acumulado dentro del cuerpo podría causar la muerte, pero el acetaldehído se transforma en ácido acético, que conocemos como el vinagre, y luego cambia hasta convertirse en dióxido de carbono y agua, y así es eliminado por los riñones y los pulmones. Eso es lo que ocurre con los bebedores normales.

Lo que Virginia descubrió en Houston, ha sido ampliamente confirmado, y es que algo más sucede en el alcohólico. En ellos, una cantidad muy pequeña de

acetaldehído tóxico no se elimina, sino que va al cerebro, donde, a través de un proceso bioquímico muy complicado, este termina transformándose a THIQ. Los investigadores han descubierto cosas fascinantes sobre THIQ.

Primero: THIQ se fabrica en el mismo cerebro, y sólo se produce en el cerebro del bebedor alcohólico, no sucede en el cerebro del bebedor social normal de alcohol.

Segundo: se ha encontrado que el THIQ es altamente adictivo. Se intentó su uso experimental en animales durante la Segunda Guerra Mundial, cuando se estaba buscando un analgésico menos adictivo que la morfina. El THIQ resultó ser un analgésico muy bueno, pero no puede ser utilizado en seres humanos, pues resultó ser mucho más adictivo que la morfina. Así que los científicos tuvieron que olvidarse de él.

Tercero: El tercer elemento fascinante de THIQ también tiene que ver con la adicción. Como se sabe, hay ciertos tipos de ratas que no pueden ser obligadas a beber alcohol.

Si se ponen en una jaula con una solución muy débil de vodka y agua, estas se niegan a tomarla, hasta que literalmente la sed las lleve a la muerte, antes de que acepten beber alcohol. Pero si se toma el mismo tipo de rata y se pone una pequeña cantidad de THIQ en el cerebro de la rata en una inyección rápida, el animal inmediatamente desarrolla una preferencia por el alcohol sobre el agua. De hecho, será más feliz si se mezcla su bebida con menos agua. Así que hemos tomado una rata abstemia y se convirtió en una rata alcohólica.⁸

3.2.2 Evolución clínica

Las manifestaciones de los trastornos por consumo de alcohol (TCA) son tan predecibles como los trastornos médicos o psiquiátricos, con diferencias entre subgrupos que reflejan más las características generales de cada grupo social. Sin embargo, la mayoría de los estudios no halló que se acompañe por trastornos psiquiátricos comórbidos mayores. Por lo tanto, estos temas no son bien conocidos en personas con trastornos de ansiedad, humor o psicóticos graves.⁹

Las mujeres experimentan un poco antes los trastornos y solicitan atención antes que los hombres y participan menos en actos de violencia o detenciones policiales. Comparados con los jóvenes, los sujetos de más edad tienen menos problemas médicos, menos violencia y menos posibilidad de conseguir empleo. En general, los niños con trastornos persistentes de conducta y los adultos con personalidades antisociales tienen problemas por alcohol similares a los otros problemas derivados del consumo de alcohol, y muestran más dependencia a las drogas y criminalidad. En ocasiones a la combinación de problemas se la conoce como alcoholismo de tipo 2 o B.⁹

La edad más común a la que se comienza a beber, en forma independiente de la familia, es 15 años (aunque varía según el grupo cultural). El período de alcoholismo más grave es entre los 18 y 22 años. Más del 60% de los adolescentes, aún sin TCA, experimentan embriaguez hacia los 18 años y cerca del 30% ha tenido problemas por el alcohol en la escuela o el trabajo o han conducido vehículos bajo el efecto del alcohol. El abuso y la dependencia del alcohol suelen comenzar hacia los 20 años, edad en que la mayoría de las personas comienza a moderar su bebida y aumentar sus responsabilidades.

Los trastornos por consumo elevado de alcohol se asocian con un 40% de riesgo de episodios depresivos temporarios, ideas e intentos de suicidio y ansiedad e insomnio graves. Sin embargo, muchas de esas formas de psicopatología son inducidas por la sustancia y pueden mejorar a las 2-4 semanas de abstinencia.⁹

Otras comorbilidades son el uso, el abuso y la dependencia de drogas ilícitas, en especial en pacientes con TCA de comienzo muy temprano y personalidades antisociales. Aproximadamente el 80% de las personas con dependencia alcohólica son fumadores, y pueden tener otras manifestaciones que podrían reflejar el consumo de otras drogas usadas para contrarrestar los efectos o las predisposiciones genéticas. Estas comorbilidades pueden hacer más difícil el tratamiento.

La evolución de los TCA es fluctuante. Luego de una crisis suele sobrevenir la abstinencia, y los días y meses siguientes de sobriedad suelen ser seguidos por

una etapa temporaria de bebida controlada, lo que luego favorece el aumento del consumo y los problemas. Esto hace dudar acerca de la persistencia del sujeto en un estado de bebedor sin problemas.

Otro elemento en el curso de los TCA es que el 20-30% de las remisiones prolongadas de los TCA se producen sin mediar tratamiento o programas de autoayuda formales. La remisión suele asociarse con problemas de salud, nuevas relaciones sociales, paternidad, nuevos trabajos o maduración en el tiempo. Una vez alcanzada, es posible que permanezca estable. Los problemas continuos por el alcohol aumentan 3-4 veces la tasa de muerte precoz. Las causas más comunes son el comienzo temprano de las enfermedades cardíacas, el accidente cerebrovascular y el cáncer como así el mayor riesgo de accidentes, suicidios y cirrosis hepática (aunque el 80% de las personas con TCA no sufren esta enfermedad). La mortalidad relacionada con el alcohol da cuenta del 2-4% de todas las muertes en adultos, siendo la tasa más elevada en la primera década después del tratamiento.⁹

3.2.3 Identificación del alcohólico

Es posible identificar a estos hombres y mujeres haciéndoles preguntas sobre problemas del alcohol y observando los resultados de los análisis de laboratorio que posiblemente sean anormales en un contexto de consumo periódico de seis a ocho o más bebidas al día. Los dos análisis de sangre con sensibilidad y especificidad > 60% para el consumo intenso de alcohol son GGT, gama-glutamilttransferasa (>35 U) y CDT, transferrina con deficiencia de carbohidratos (>20U/L o 2.6%), su combinación posiblemente es más exacta que cualquiera de las dos por separado. Los valores de estos biomarcadores serológicos posiblemente se normalizan al cabo de varias semanas de abstinencia. Otros análisis de sangre útiles son el MCV normal elevado (> 91 μm^3) y el ácido úrico en suero (>416mol/L o 7mg/100ml).⁵

El abuso o dependencia del alcohol en última instancia se basa en documentar una pauta de dificultades repetidas relacionadas con el consumo. Por consiguiente, en la detección sistemática es importante investigar problemas conyugales o laborales, dificultades legales, antecedentes de accidentes,

problemas médicos, signos de tolerabilidad, etc., y luego tratar de vincular el consumo de alcohol o de algún otra sustancia. Algunos cuestionarios normalizados son útiles, como la *Alcohol Use Disorders Identification* (AUDIT) de 10 apartados, pero estas son solo herramientas de detección y de todas maneras es necesaria una entrevista personal para un diagnóstico significativo.⁵

3.2.4 Test diagnósticos

3.2.4.1 Test de Audit

El AUDIT es fácil de puntuar, cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). Debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, al reducir el corte en un punto, a una puntuación de 7 para todas las mujeres y a los varones mayores de 65, se incrementa la sensibilidad para estos grupos poblacionales. La selección de los valores de corte debería estar en función de los estándares culturales y nacionales, así como del juicio clínico que también determinara el consumo máximo recomendado. Las puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. Sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, así como de una mayor necesidad de un tratamiento más intensivo. En la mayoría de casos, la puntuación total del AUDIT refleja el nivel de riesgo relacionado con el alcohol del paciente (Ver anexo 11.2). A partir de la experiencia adquirida en la utilización del AUDIT, se ha sugerido que se da la siguiente interpretación a las puntuaciones del AUDIT:

- Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo.
- Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado.

- Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol. ⁵

3.2.4.2 Test de Cage

Aunque no hay un sustituto de la consulta clínica, la práctica clínica cuenta con varios cuestionarios autoadministrados que pueden utilizarse para pesquisar a los bebedores importantes y los TCA. Los instrumentos más cortos y más usados son: el cuestionario CAGE, cuyo acrónimo alude a si el paciente alguna vez sintió la necesidad de dejar de beber.

Los resultados varían en diferentes subgrupos. Un puntaje de corte de 2 de 4 respuestas positivas posibles posee una sensibilidad del 53% (grandes bebedores) al 77% en pacientes dependientes, con una especificidad $\geq 80\%$. La sensibilidad mide la proporción de positivos reales correctamente identificados y la especificidad mide la proporción de negativos correctamente identificados. Este test corto podría ser más útil en consultorios de clínica o cirugía, especialmente cuando se combinan con pruebas sanguíneas en los grandes bebedores. (Ver anexo 11.3)

3.2.4.3 Test de autodiagnóstico de A.A.

Los miembros de A.A. llegan al programa porque reconocen finalmente que no pueden controlar su forma de beber. Al principio están poco dispuestos a admitir que nunca podrán beber sin peligro, pero deben entender que sufren de una enfermedad. Según los miembros de A.A. existen doce preguntas que toda persona que tiene problemas con el alcohol debe de contestar con sinceridad, para reconocer que tiene un problema con la bebida, estas preguntas están agrupadas en el test para el auto diagnóstico elaborado por A.A. (Ver anexo 11.4) estas son preguntas simples que se responden con un sí o un no. El test se puede interpretar de la siguiente manera; si se obtiene cuatro o más respuestas positivas es probable que la persona tenga un problema con el alcohol por lo que se recomienda entonces buscar ayuda en un grupo de A.A. ⁸

3.2.5 La tabla de la alcoholomanía del Dr. Jellinek

Cuando el individuo inicia su carrera alcohólica no sabe ni el mismo, que ya es alcohólico. El primer contacto del futuro enfermo con el alcohol es el “consumo ocasional de alivio”, o sea una afición en que indirectamente se considera a las

bebidas embriagantes como una droga tranquilizadora, el aficionado bebe regular cantidad y va a su hogar a descansar tranquilamente sin causar molestias; es un camino cómodo descubierto por él para vivir feliz. Sin embargo, el uso constante del alcohol va modificando el metabolismo químico del organismo y sube la tolerancia para el mismo, o sea, que el bebedor cada día acepta mayores cantidades de licor y siente el mismo efecto que tiempo atrás le hacia una sola copita; en este estado cuando ve a un “borracho” débil, se extraña que el necesite mayor cantidad de licor para llegar a la embriaguez, está convencido que cada día aprende más a beber. Es por ello que el Dr. Jellinek recomienda la lectura de la tabla de la alcoholomanía a personas que se encuentran preocupadas por su forma de beber, se considera que este es el mejor autodiagnóstico para la persona bebedora y una lectura importante para cualquier persona que se encuentre interesada en el grave problema del alcoholismo.¹⁰

Según la tabla del Dr. Jellinek el alcoholismo puede dividirse para su estudio en cuadro grandes fases:

- I Fase pre-alcohólica
- II Fase prodrómica
- III Fase critica
- IV Fase crónica

Cada una de estas fases está dividida en sub-fases que totalizan 45 barras, cada una de las cuales describe el comportamiento que el enfermo alcohólico tiene a lo largo del desarrollo de su enfermedad, las actitudes y dificultades que va atravesando, el Dr. Jellinek hace referencia a que ninguna persona que haya pasado la barra 8 podrá volver a beber con “normalidad”.¹⁰

A continuación se mencionan las cuatros grandes fases de la tabla del Dr. Jellinek y las 45 sub-fases que representa cada una de las barras.

- Fase pre-alcohólica
 - Aumento de la tolerancia al alcohol
 - Consumo ocasional
 - Consumo constante

- Fase prodrómica sintomática o etapa agravante
 1. Lagunas mentales
 2. Consumo a escondidas
 3. Preocupación por el alcohol
 4. Consumo ávido
 5. Sensación de culpabilidad por su comportamiento de bebedor
 6. Evitar toda referencia al alcohol
 7. Aumento en la frecuencia de las lagunas mentales

- Fase crucial o crítica
- 8. Pérdida de control
- 9. Racionalización del comportamiento de bebedor
- 10. Neutraliza las presiones sociales
- 11. Ilusiones de grandeza
- 12. Conducta marcadamente hostil
- 13. Remordimientos persistentes
- 14. Períodos de abstinencia total
- 15. Modifica sus hábitos de beber
- 16. Abandono de amistades
- 17. Pérdida del empleo
- 18. Subordinación completa al alcohol
- 19. Apatía hacia otros intereses exteriores
- 20. Nueva interpretación de sus relaciones interpersonales
- 21. Marcada conmiseración de sí mismo
- 22. Proyectos o realizaciones de fuga geográfica
- 23. Cambio en las costumbres familiares
- 24. Resentimientos irracionales
- 25. Protección de su abastecimiento de alcohol
- 26. Descuido de la alimentación
- 27. Primera hospitalización
- 28. Disminución del impulso sexual
- 29. Celotipia alcohólica
- 30. Bebida regular matutina

- Fase crónica
31. Período de embriaguez prolongada
 32. Deterioro ético marcado
 33. Disminución de las capacidades mentales
 34. Psicosis alcohólicas
 35. Beber con personas socialmente inferiores
 36. Consumo de productos industriales
 37. Disminución de la tolerancia al alcohol
 38. Temores indefinibles
 39. Temblores persistentes
 40. Inhibición psicomotora
 41. La ingestión del alcohol toma un carácter obsesivo
 42. Vagos sentimientos religiosos
 43. Todo el sistema racionalista se quebranta
 44. Hospitalización definitiva
 45. Pérdida de la vida

Imagen 3.1



Fuente: Jellinek E. La tabla de la alcoholomanía. Grupo de A.A. Alfa y Omega el Reencuentro; 2010.

3.3 Alcoholismo en mujeres

3.3.1 Epidemiología

En Estados Unidos un sesenta por ciento de las mujeres bebe por lo menos una bebida al año y dentro de las mujeres que beben un trece por ciento bebe más de siete bebidas por semana. Se estima que 5.3 millones de mujeres en Estados Unidos consume bebidas alcohólicas de una manera que amenaza su salud, su seguridad y su bienestar, en general.¹¹

En la adolescencia un 39 por ciento de las niñas que cursan el noveno grado informa haber consumido alcohol durante el transcurso del mes. Poco más del 21 por ciento de estas mismas jóvenes informa haber tomado cinco o más bebidas en una sola ocasión, durante el transcurso del mes. Las jóvenes que comienzan a beber antes de los 15 años aumentan un 40 por ciento las probabilidades de abusar del alcohol o de padecer alcoholismo en algún momento de su vida, comparada con aquellos que esperan hasta los 21 años para comenzar a beber. Las mujeres jóvenes de veinte años y ya cerca de los treinta son más propensas a consumir bebidas alcohólicas que las mujeres mayores.¹¹

El primer estudio realizado en España sobre el consumo de drogas en el colectivo femenino, con una muestra representativa a nivel de todo el país, en el año 2000 por el Instituto de la Mujer, presentó datos que corroboran la existencia de un nivel de consumo de drogas por parte de las mujeres que debe preocupar a todos los estratos sociales, sobre todo porque las más jóvenes, en edad escolar, presentaban unas prevalencias de consumo más altas que el conjunto de la población femenina. Un total de 850,000 mujeres a partir de los 14 años (el 4.9% de las mujeres españolas) consumen alcohol de forma abusiva (EDIS 2000). El tramo de edad de mayor consumo de alcohol está entre las jóvenes de 19 a 24 años, mientras que las que menos lo consumen son las mujeres de más de 55 años. El citado estudio muestra también que el comportamiento en la ingesta de alcohol es diferente según la edad, siendo las adolescentes quienes concentran un consumo absolutamente exagerado durante los fines de semana.¹²

Otras investigaciones sugieren que las mujeres que tienen problemas con sus relaciones más cercanas tienden a beber más que otras mujeres. El consumo

excesivo de alcohol es más común entre las mujeres que nunca se han casado, o que viven con alguien, pero no están casadas, o que están divorciadas o separadas (El efecto del divorcio en el futuro consumo de bebidas alcohólicas por parte de una mujer podría depender de si ésta ya bebía en exceso durante su matrimonio). Una mujer cuyo esposo bebe en exceso tiene más probabilidades que otras mujeres de beber demasiado. Muchos estudios han hallado que las mujeres que sufrieron abuso sexual en la niñez tienen más probabilidades de desarrollar problemas con el consumo de bebidas. La depresión en las mujeres tiene un estrecho vínculo con el consumo excesivo de alcohol; y las mujeres que beben solas en el hogar tienen más probabilidades que otras de desarrollar posteriores problemas con la bebida.¹¹

Las mujeres alcohólicas presentan una mortalidad entre el 50 y 100 por ciento más alta que la de los hombres alcohólicos, incluyendo muertes por suicidios, accidentes, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y cirrosis hepática.¹¹

Respecto al perfil de las bebedoras abusivas, se puede afirmar que se trata de un segmento de mujeres jóvenes, principalmente del medio urbano, de buen nivel educativo, estudiantes y activas económicamente. De actitudes religiosas no convencionales y de ideología política de centro o de izquierda. O dicho de otro modo, una cierta parte de las mujeres emancipadas y poco convencionales que, entre las pautas de normalización o igualdad de géneros, reproducen determinadas conductas socioculturales aparentemente facilitadoras de su integración en un nuevo rol, como lo es el consumo de alcohol, y en este caso de forma abusiva y no funcional.¹²

3.3.2 Factores de riesgo

Según estudios indican que las mujeres tienden a beber excesivamente cuando presentan principalmente historia familiar de alcoholismo entre las cuales podemos observar padres, hermanos, abuelos e incluso conyugue alcohólico. Ésta relación en la cual el marido es alcohólico y luego es transmitido a la esposa es muy frecuentemente observado. Otros factores desencadenantes del alcoholismo son los trastornos de la vida familiar en la infancia y los roles sociales, antecedente de

depresión por la muerte de un progenitor o el divorcio de los mismos y antecedente de abuso sexual o físico en la infancia.³

El estilo de vida de la mujer tiene mucha influencia sobre la bebida. Muchas mujeres son propensas a iniciar la bebida si presentan una doble jornada de trabajo, tanto en el ámbito laboral como en el hogar. Así mismo mujeres con un alto grado de aislamiento y sentimientos de soledad, lo cual les impide tener una adecuada relación social. Lo cual se transforma en desasosiego, infelicidad y estrés lo cual hace que su vía de escape sea el alcohol.

El rol de ama de casa puede desencadenar el inicio en la vida de una alcohólica, pues es a veces un rol muy tradicional al cual muchas mujeres se sacrifican de la vida profesional para dedicarse enteramente al hogar lo cual produce ansiedad. Por el otro lado está el síndrome del nido vacío por la partida de los hijos lo cual puede hacer que se desencadene el alcoholismo. El no alcanzar las metas, intereses y objetivos reales en la vida producen frustración en las mujeres lo cual conduce al alcoholismo.

Debido a todo lo anterior la mujer empieza a depender más en el alcohol lo cual hace que se sienta mejor. Al tiempo toma una cantidad regularmente para poder pasar el día y lo cual finaliza en una mujer alcohólica.¹³

3.3.2.1 Factores que desencadenan el inicio del consumo de alcohol

- **Violencia:** Se define violencia al proceso o condición por el cual un individuo o grupo viola la integridad física, social y/o psicológica de otra persona o grupo.¹⁴
 - **Violencia física:** se define como una invasión del espacio físico de la una persona y puede hacerse de dos maneras: una es el contacto directo con el cuerpo de la persona afecta mediante golpes, empujones y jalones. La otra manera es limitar sus movimientos encerrándola, provocándole lesiones con armas y en casos extremos produciendo la muerte de la persona afectada. Según la organización mundial de la salud la relación de violencia y alcoholismo en la mujer es similar en muchos países europeos en Islandia el 22% de las víctimas femeninas de violencia doméstica dijeron haber bebido alcohol tras el incidente como mecanismo de afrontamiento.¹⁵

- Violencia sexual: se define a la imposición a la mujer ideas y actos sexuales. Las ideas se imponen generalmente por medio de la violencia verbal para conseguir su fin último, menospreciar a su pareja y hacerla sentir que no vale y que no es capaz. Otra forma de violencia sexual se realiza mediante la fuerza física, violando a la mujer. El hombre piensa que por tener una relación tiene derecho a hacer sexualmente lo que quiera y cuando quiera con ella, y para efectuar esta violación el hombre usa diferentes métodos, desde "convencer" con dinero hasta valerse de amenazas y golpes para llevar a cabo su propósito.¹⁶
- Violencia psicológica o emocional: toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional. Se incluye en esta categoría toda forma de abandono emocional (negligencia emocional).¹⁷
- Trastornos psiquiátricos: se define como un síndrome clínicamente significativo asociados a un deterioro en una o más áreas del funcionamiento.¹⁸
 - Alteraciones del estado del ánimo: las depresiones clínicas de la adolescencia, tienden a organizarse a partir de las fases del desarrollo de la infancia, se observan más adelante relaciones de objeto tipo narcisista, conflictos de ambivalencia, disminución de la autoestima. Dichos conflictos generan angustia y más adelante aunado a los problemas de la infancia desencadenan el alcoholismo en una edad adulta.
 - Depresión: se define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.¹⁸
 - Trastorno bipolar: El trastorno bipolar es una patología psiquiátrica muy frecuente, en la que el paciente alterna episodios depresivos con otros de euforia (manía). Dicho trastorno suele volverse crónico. Existen dos tipos, bipolaridad tipo I y bipolaridad tipo II.
 - Ansiedad social: condición común, crónica y debilitante que ocasiona invalidez social y laboral y con frecuencia conduce al alcoholismo y la drogadicción. La APA en el DSM-IV (1994) define al trastorno de ansiedad social como un

miedo intenso y persistente, a situaciones de relación interpersonal, donde el individuo se siente sometido al escrutinio de los demás, percibiendo la sensación de ser humillado o rechazado.¹⁹

- Esquizofrenia: La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son:
 - ❖ Alucinaciones: oír, ver o percibir algo que no existe.
 - ❖ Delirios: ideas persistentes erróneas de las que el paciente está firmemente convencido incluso cuando hay pruebas de lo contrario.
 - ❖ Conducta extravagante: aspecto estafalario, abandono del aseo personal, discurso desorganizado, vagabundeo, habla balbuceante.¹⁸
- Trastornos de personalidad por dependencia: las mujeres alcohólicas en su mayoría también sufren pues no tienen una adecuada inteligencia emocional, de la cual se privan para desarrollarla pues sienten vergüenza o pena y es por ello que se acostumbran a estar en soledad y alivian dicha soledad con el alcohol.
- Problemas personales: se definen como elementos que obstaculizan el correcto o normal desempeño de los procesos, situaciones y fenómenos que rodean a la persona, pueden ser:²⁰
 - Problemas familiares: si la familia no es estable, no crean un ambiente adecuado en el hogar y no brindan las necesidades mínimas para que los miembros de la misma se desarrollen de una manera adecuada hace que el mismo sea un desencadenante para el alcoholismo.
 - Divorcio: El Divorcio es la ruptura del vínculo conyugal, pronunciado por tribunales, a solicitud de uno de los esposos (Divorcio por causa determinada) o de ambos (Divorcio por mutuo consentimiento), con una sanción resultante de una acción encaminada a obtener la disolución del matrimonio".
 - Muerte: según la real academia española, RAE, se define como la cesación o término de la vida. Sin embargo si es de un ser querido la misma tiene un impacto muy fuerte en la persona la cual no siempre se supera y puede desencadenar en el afecto el inicio de una vida ligada a alcohol.²¹
 - Trastornos paterno-filiales: la mayoría de mujeres alcohólicas presentan sentimientos de culpa presentando de dicha manera problemas dentro del núcleo familiar. Sin embargo cabe mencionar que la mayoría sufrió violencia

familiar, y psicológica así como abuso de alcohol. La mayoría de las madres de dichas mujeres son bastante distantes y los padres carecen de carácter o bien se encuentran ausentes; teniendo esto en cuenta las mujeres ven el alcohol como una forma de cubrir una crisis o problema. Según la organización mundial de la salud la relación de violencia y alcoholismo en la mujer es similar en muchos países europeos en Islandia el 22% de las víctimas femeninas de violencia doméstica dijeron haber bebido alcohol tras el incidente como mecanismo de afrontamiento.²²

- Baja autoestima: antes de definir baja autoestima es necesario tener en claro que es la autoestima, la misma se define como un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos. Por lo que la baja autoestima se define como la percepción evaluativa de nosotros mismos con rasgos negativos que tiene a la crítica exhaustiva de nuestras características.²⁰
- Problemas económicos: Cuando en el hogar uno de los miembros ya no aporta un monto suficiente para el mantenimiento del hogar puede que la bebida se vea involucrada como una vía de escape ya que no se cumplen sus necesidades básicas. Así mismo si uno de los padres aporta el dinero y el mismo lo gasta en bebida ocasionando a la familia pasar por necesidades económicas más adelante el adolescente, adoptarán ese patrón para sus hogares.
- Factores sociales y culturales: es cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad, pueden ser:
 - Disponibilidad de la sustancia: es la facilidad o la dificultad que se tiene para conseguir la sustancia o droga, en éste caso el alcohol.
 - Fomento del consumo y abuso: Son todos los factores que conllevan al consumo de la sustancia, por lo que pueden ser anuncios, vallas publicitarias y al momento de ingerirse dicha sustancia si no se tiene control sobre la misma se crea dependencia y lleva al abuso de la misma.

- Presión social: se define como la necesidad de pertenencia a un grupo o aceptación dentro de la sociedad. Es por ello que si dentro de un grupo social se bebe alcohol y para poder pertenecer al mismo y no sentirse desligado tienden a hacer lo que la sociedad les propone induciendo el alcoholismo. Y en su mayoría como lo dice el estudio realizado en la facultad de psicología del país es la presión social es factor sociocultural que tiene más frecuencia en el inicio del consumo de alcohol.²³
- Factores culturales: El pertenecer a una raza o etnia, población de origen, población de residencia, costumbres y tradiciones determinan el actuar de un individuo.

3.3.2.2 Factores que motivan el abandono de consumo de alcohol

Entre las principales causas del abandono de la bebida es que los enfermos alcohólicos desarrollan comorbilidades como lo son las hepatopatías y daños en el páncreas, depresión, problemas digestivos, aumento del cáncer de estómago, hígado y/o mama, problemas sexuales, daños en el feto en desarrollo, daños en el sistema nervioso y problemas alimenticios. Todos los cuales desencadenan otro sin fin de enfermedades en los consumidores crónicos que pueden atentar con la vida misma.

- Relaciones interpersonales: es una asociación entre dos o más personas. Estas asociaciones pueden basarse en emociones, sentimientos y actividades sociales, por ejemplo:
 - Relación de pareja: resulta de un nexo de amor que surge entre dos personas. Una relación de pareja tiene distintas etapas cuando evoluciona en positivo. El enamoramiento, la etapa del noviazgo y el matrimonio. Es por ello que una relación de pareja la cual es sana, conlleva a la mujer se sienta segura y pueda encontrar apoyo para salir de su situación de bebedora.³
 - Relación Familiar: Una buena relación familiar conlleva a un mejor desarrollo del individuo en el ámbito social. Es por ello que entre las causas del cese de la bebida se encuentran el apoyo de la familia como principal factor.
 - Amistad: es una relación afectiva que se puede establecer entre dos o más individuos, a la cual están asociados valores como la lealtad, la solidaridad, la incondicionalidad, el amor, la sinceridad, el compromiso, entre otros, y que se cultiva con el trato asiduo y el interés recíproco a lo largo del tiempo. Los

amigos aunados a la familia fomentan al abandono de la bebida, si se estimula de manera positiva al bebedor para lograr ese fin.

- Embarazo: El embarazo o período de gestación se define como el periodo comprendido desde la fecundación hasta el nacimiento del feto. La mayoría de mujeres en estado de gestación, al momento de enterarse del mismo en el primer trimestre, tienden a dejar el alcohol pues saben que daña al feto en crecimiento y desarrollo, pudiendo así presentar enfermedades congénitas.¹³
- Enfermedades asociadas al consumo de alcohol: se define como una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo relacionadas con el consumo de alcohol. Algunas pueden ser:
 - Hepatopatías: son un conjunto de enfermedades que impiden que el hígado funcione adecuadamente. El dolor abdominal, ictericia o los resultados anormales de las pruebas de la función hepática sugieren que se padece una hepatopatía. Siendo los mismos:²⁴
 - ❖ Hepatitis autoinmunitaria
 - ❖ Cirrosis
 - ❖ Agente delta (hepatitis D)
 - ❖ Colestasis inducida por medicamentos
 - ❖ Hepatitis B
 - ❖ Carcinoma hepatocelular
 - ❖ Hepatopatía alcohólica
 - ❖ Cirrosis biliar primaria
 - Pancreatitis: es una enfermedad del páncreas q compromete diversos grados de inflamación aguda hasta la necrosis glandular y periglandular de magnitud variable que se asocia a diferentes etiologías
 - Cáncer: nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor. Muchos cánceres forman tumores sólidos, los cuales son masas de tejido. Otros como la leucemia no forman masa alguna.
 - Enfermedades digestivas: Las enfermedades digestivas son trastornos del aparato digestivo, las cuales se manifiestan con síntomas:²⁴
 - ❖ Sangrado
 - ❖ Distensión

- ❖ Estreñimiento
- ❖ Diarrea
- ❖ Acidez gástrica
- ❖ Incontinencia
- ❖ Náuseas y vómitos
- ❖ Dolor en el abdomen
- ❖ Problemas para deglutir
- ❖ Aumento o pérdida de peso

3.3.2.3 Recaídas durante el proceso de recuperación

Según la revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, la tasa de recaída es sumamente alta y se presenta frecuentemente durante el primer año luego del abandono de la bebida. La recaída comienza antes de ingerir alcohol y existen diferentes señales de aviso que indican el reinicio del consumo. Existen diferentes factores inmediatos que favorecen la recaída, entre los cuales están: la presión de amigos alcohólicos, la existencia de conflictos, de estados psíquicos negativos y la propia dependencia fisiológica y psicológica al tóxico. Es importante considerar así mismo el estilo de vida de la mujer bebedora crónica como un elemento que interactúa con los otros factores precipitantes previamente mencionados.²⁵

La recaída es un aspecto esencial a ser entendido cuando se habla de cambio de hábito en las dependencias. En términos médicos, la recaída sería la recurrencia de los síntomas de la enfermedad, después de un período de mejoría. Adaptando este concepto a las dependencias, la recaída sería entonces un retorno a niveles de consumo, después de una tentativa de parar o disminuir el mismo, o bien el fracaso al intentar alcanzar objetivos establecidos por el individuo después de un período definido de tiempo.²⁵

La recaída es un regreso al uso de alcohol u otra droga, de la misma manera que la persona usaba antes de iniciar un programa de tratamiento o recuperación. Esto es, la persona que se había convertido en dependiente y había eliminado el uso de alcohol, retorna a él.²⁶

La recaída tiene como definición vuelta a patrones de consumo compulsivo, similares a la etapa anterior al tratamiento, con el consiguiente deterioro social, físico, psíquico y espiritual. La recaída se da luego de que una persona haya pasado por un proceso de rehabilitación comprometido con el logro de la abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas. Otra definición muy acertada ve a la recaída como una interrupción del proceso de recuperación, causado por una nueva ingesta de la droga. Se debe entender que las recaídas con entonces un proceso multifactorial; en donde el craving o la ansiedad tiende a ser automático y se convierte en algo autónomo. Siempre existe una compulsión por la bebida, aunque se desee reprimir a la misma. Las recaídas se producen ante situaciones emocionales perturbadoras, factores internos aunados a estímulos externos.

Entre la literatura de A.A. se encuentra en el librito de Alcohólicos Anónimos para la mujer los relatos de mujeres que han vivido en carne propia lo que significa ser una alcohólica y los problemas que se desencadenan en su diario vivir así como sus recaídas y la manera en que A.A. las ha ayudado.

“Lo puedo hacer sola. Soy más inteligente”

Éste es el relato de una doctora la cual obtiene un trabajo como interna de cirugía y como motivo de celebración es llevada a una fiesta en donde proceden a beber vino, sin embargo ella hace el ridículo y una amiga la incita a que debe mejorar con la cantidad de la bebida para poder aguantar. Para ello practica todas las noches en casa donde su madre le dice que una dama no bebe mucho. Sin embargo se da cuenta de que el vino aumenta su eficiencia y repentinamente era mejor en todo lo que realizaba. Un paciente se dio cuenta de que se encontraba en estado etílico agudizado y dio la queja a los superiores, dentro de los cuales alguien le dio un libro de A.A. para lo cual ella sintió la necesidad de avocarse a ellos y luego de un período de 19 meses se encontraba mejor, pero la ansiedad se había empoderado de ella que la misma recae y aunado a ello consumía píldoras en cantidades exorbitantes, toca fondo y luego de un intento de suicidio, despertó en casa y llamó de nuevo a A.A. Dos días después conoció dentro de A.A. al que ahora es su esposo y lleva una vida plena controlando su adicción.²⁷

3.4 Alcohólicos anónimos

3.4.1 Inicios

Alcohólicos Anónimos tuvo su comienzo en Akron, en el estado de Ohio en Estados Unidos, en 1935, cuando un hombre de negocios de Nueva York, - Bill Wilson. - que había conseguido permanecer sin beber por primera vez tras haberlo intentado en varias ocasiones durante varios años, buscó a otro alcohólico, para compartir con él sus experiencias en un esfuerzo por superar un mal momento que estaba atravesando y que temía que lo llevase a una recaída.²⁸

Durante los escasos meses de su recién adquirida sobriedad, este alcohólico de Nueva York había observado que sus deseos de beber disminuían cuando trataba de ayudar a otros "borrachos" a permanecer sobrios. En Akron le pusieron en contacto con un médico de esta localidad, el Doctor Bob Smith que tenía problemas con la bebida. Trabajando juntos, el hombre de negocios y el médico descubrieron que su capacidad para permanecer sobrios estaba muy relacionada con la ayuda y estímulo que ellos pudieran dar a otros alcohólicos. Así como compartir entre ellos su experiencia, que a partir de entonces llevaron otros.

En 1939, con la publicación del libro -Alcohólicos Anónimos-, del que la Comunidad tomó su nombre, y con la ayuda de amigos no alcohólicos, A.A. empezó a llamar la atención con su programa, extendiéndose rápidamente, tanto en Estados Unidos como en el extranjero.

A la fecha, hay 115.326 grupos afiliados a A.A. en 175 países, según las más recientes estimaciones de la entidad.²⁸

3.4.2 Finalidad del programa

3.4.2.1 ¿Cómo funciona el programa?

El ejemplo y la amistad de los alcohólicos en recuperación ayudan al recién llegado en su esfuerzo por dejar de beber. Comparten sus experiencias y le transmiten cosas tan sencillas como que "si no se toma la primera copa, no se puede uno emborrachar", o a no proponerse metas a largo plazo y sustituirlas por otras de plazos más cortos, como por ejemplo 24 horas.²⁸

"Cualquier alcohólico puede pasar 24 horas sin tomar esa primera copa". Encuentran más conveniente concentrar su energía en evitar esa copa en el día de hoy, porque si hoy no la beben, hoy no se van a emborrachar. "De mañana ya nos ocuparemos cuando llegue, e intentaremos hacer lo mismo".

Al no ingerir alcohol, los alcohólicos se recuperan físicamente de su enfermedad. Pero, el alcoholismo es una enfermedad que no sólo afecta al cuerpo, si un alcohólico en recuperación quiere alcanzar una sobriedad duradera necesita también una mente sana y unas emociones equilibradas. El programa de Recuperación de A.A. ayuda al alcohólico a poner en orden sus pensamientos confusos y a deshacerse de la carga de negatividad de sus sentimientos.²⁸

Los miembros asisten a reuniones de A.A. con regularidad, para estar en contacto con otros miembros y para aprender cómo aplicar mejor el Programa de Recuperación en sus vidas. Rara vez se ha visto fracasar a una persona que haya seguido cuidadosamente el Programa de Recuperación de Alcohólicos Anónimos. Los que no se recuperan son aquellas personas que no pueden o no quieren entregarse totalmente a este sencillo Programa.

Las experiencias de los miembros de A.A., explican de modo general, cómo eran, lo que les ocurrió y cómo son ahora, tras haber dado ciertos pasos en la aplicación del Programa de Recuperación.²⁸

3.4.2.2 ¿Qué se necesita para querer dejar de beber?

Para ser miembro de los A.A. no es necesario hacer gastos de ninguna clase. El programa de recuperación de los alcohólicos está a la disposición de cualquiera que desee dejar de beber. En todos los grupos locales "se pasa el sombrero" en las reuniones para sufragar los gastos de alquiler y pagar los artículos que se consuman durante las reuniones, tales como café, pasteles o cualquier otra cosa que se sirva. En la gran mayoría de los grupos, parte del dinero que se obtiene por contribuciones voluntarias, pasa a la Oficina de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos y se destina a ayudar al sostenimiento de los servicios nacionales e internacionales de la sociedad. Este

dinero se emplea exclusivamente para los servicios destinados a la ayuda de los grupos nuevos o ya establecidos y para difundir el programa de recuperación entre “los millones de alcohólicos que aún no lo conocen”.

Lo importante es que la calidad de miembros de Alcohólicos Anónimos no depende en ninguna manera de que se contribuya a su sostenimiento. Muchos de los grupos, en realidad, han puesto un límite definitivo a la cantidad con que puede contribuir cualquiera de sus miembros. La sociedad de Alcohólicos Anónimos se sostiene sola y no acepta contribuciones de fuentes extrañas.²⁸

3.4.2.3 ¿Cómo hace una persona para unirse a Alcohólicos Anónimos?

Nadie “se une” a A.A. en el sentido usual de la expresión. No es necesario llenar una solicitud. No hay que pagar cuota de matrícula ni contribuciones de ninguna clase. La mayoría de las personas se asocian a A.A., con sólo asistir a las reuniones de un grupo local. Su introducción puede ocurrir de varias maneras. Habiendo llegado al estado en que desean dejar la bebida, pueden dirigirse voluntariamente a alguno de los grupos locales.

Otros pueden haber sido guiados a un grupo local de A.A. por un amigo, un pariente, un médico o un guía espiritual, y el único requisito para ser miembro es tener el deseo de dejar la bebida.

A.A. no hace cruzadas para conseguir nuevos miembros. En caso que después de asistir a varias reuniones, el recién llegado resuelve que no le conviene seguir, nadie lo instará a que continúe en la sociedad. Puede que se le diga que considere imparcialmente lo que debe hacer, pero nadie tratará de convencerlo de nada. Sólo el alcohólico mismo y por sí mismo, decide dejar la bebida.²⁹

3.4.3 Doce pasos, Doce tradiciones y Doce promesas

El programa de los doce pasos es la estrategia central de A.A. Originalmente, los doce pasos fueron escritos por los miembros fundadores de A.A. y en pocas palabras, son un plan de recuperación para lograr superar la adicción.

Ese plan incluye la sumisión ante un poder espiritual superior, el reconocimiento del alcoholismo como un problema que no tiene final, la reparación de los daños

causados a las personas afectadas por la adicción y un despertar espiritual a través de la oración o la meditación.

Estos doce pasos están basados en los seis pasos del llamado "Grupo de Oxford", los grupos de Oxford practicaban lo que ellos llamaban los cuatro absolutos: Pureza; Honestidad; Amor; Falta de egocentrismo.

Los "Doce Pasos" pronto fueron acompañados de las Doce Tradiciones, un conjunto de orientaciones para el desarrollo y organización de A.A.³⁰

3.4.3.1 Doce pasos

Los doce pasos de A.A. son la base del programa de recuperación y a ellos se debe el éxito del mismo.

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 ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase 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 equivocábamos lo admitíamos 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 la 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.²⁹

3.4.3.2 Doce tradiciones

Las doce tradiciones son las normas por las que se rigen los grupos de A.A. para su adecuado funcionamiento.

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.
2. Para el propósito de nuestro grupo sólo 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 A.A. es querer dejar de beber.
4. Cada grupo de A.A. debería de ser autónomo excepto en los asuntos que perjudiquen a otros grupos de A.A. o a A.A. considerado como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. 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 A.A. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8. A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. A.A. 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, la radio y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.²⁹

3.4.3.3 Doce promesas

Estas promesas son las que se hacen los miembros de A.A. y que poco a poco van cumpliendo a veces rápida, a veces lentamente, pero siempre se convertirán en realidad si llevan a cabo las acciones correspondientes.³¹

1. Vamos a conocer una libertad y una felicidad nuevas.
2. No nos lamentaremos del pasado ni desearemos cerrar la puerta que nos conduce a él.
3. Comprenderemos el significado de la palabra serenidad y conoceremos la paz.
4. Independientemente de lo bajo que hayamos llegado, veremos cómo nuestra experiencia puede beneficiar a otros.
5. Desaparecerá el sentimiento de inutilidad y lástima por nosotros mismos.
6. Perderemos el interés en las cosas egoístas y nos interesaremos por nuestros semejantes.
7. Se desvanecerá la ambición personal.
8. Nuestra actitud y nuestra visión de la vida cambiarán.
9. Perderemos el miedo a la gente.
10. Perderemos el miedo a la inseguridad económica.
11. Intuitivamente sabremos cómo comportarnos en situaciones en las que antes nos sentíamos desorientados.
12. Repentinamente, nos daremos cuenta que Dios está haciendo por nosotros lo que no éramos capaces de hacer por nosotros mismos.

3.4.4 Alcohólicos Anónimos en Guatemala

El primer grupo de Alcohólicos Anónimos en Guatemala surgió en la medianía de los años 1950, en el municipio de San Pedro Necta, departamento de Huehuetenango. Este grupo fue fundado por los padres de la orden de Maryknoll que llegaron a este pueblo a finales de los años 40. El padre Edmundo Mickler fue quien introdujo la idea de A.A. a Guatemala, él estuvo en el país entre 1950 y 1953 hasta que llegó el padre Joseph Ricket en 1953 quien formó un grupo de A.A. para ayudar a un empleado de la parroquia quien tenía problemas con la bebida, el grupo de A.A. se reunía en la casa parroquial y solo se llamaba grupo de Alcohólicos Anónimos. Los primeros miembros fueron Arturo Ramírez, Santos Larios, Juan Domingo Jiménez, y Macario Ruiz.³²

En el año 1960 esta idea fue trasladada a la ciudad capital en donde se fundó el primer grupo el 6 de enero de 1960 por Miguel Ángel Rodas, el grupo MAR funcionó durante los años 1960-1961 y el primer mes de 1962, inicio en la casa de Miguel Ángel, pasando por los locales de Radio Ciro's, la casa del Cerrito del Carmen hasta el local de la 13 calle 3-40 de la zona 3 (El Gallito).

El 2 de junio de 1962 se formó en la ciudad de Quetzaltenango el grupo Xelajú, este mismo mes formaron un grupo en la zona 5, otros decidieron formar un grupo en la zona 1, al que le denominaron Grupo Concordia. El grupo MAR que venía funcionando como grupo pionero, paso a denominarse Grupo Central desde el 2 de febrero de 1962, nombre que mantiene hasta la fecha. En un principio en la capital funcionaban tres grupos, cada uno trabajaba de acuerdo con la cuarta tradición, su autonomía propia. Los tres grupos existentes en la capital el Central, Concordia y Zona 5 se unieron y en septiembre de 1962 se realiza la primera reunión pública de A.A., la cual se llevó a cabo en el auditorium del Instituto Normal para Señoritas "Belén".

A tres años de su fundación en la ciudad capital es importante resaltar que en Guatemala estaban funcionando el Grupo Central el cual contaba con 75 miembros, Grupo Concordia con 14, Grupo Santa Cecilia con 9, Grupo Zona 5 con 12, el Grupo San Pedro Necta con 12 y el Grupo Xelajú, Quetzaltenango con 12, dando un total de 134 miembros hasta el 22 de enero de 1963; posteriormente surgirían nuevos grupos. Hasta 2008 funcionaban aproximadamente 1,080 grupos A.A., con una membresía estimada de 42,000 alcohólicos en recuperación diseminados en ciudades, municipios, aldeas y caseríos de toda la república. Existe una oficina de servicios generales en la ciudad capital que informa al público y sirve de fuente de información con los otros grupos a nivel nacional e internacional.³²

3.4.5 Primer grupo de mujeres alcohólicas en Guatemala

A medida que el movimiento de A.A. se iba cimentando en Guatemala y teniendo más comprensión que el alcoholismo es una enfermedad que afecta tanto al hombre como a la mujer, no era entonces de extrañar que aparecieran las primeras mujeres en los grupos de A.A. así comenzaron a presentarse en forma

muy esporádica algunas mujeres que tenían problemas con el alcoholismo a los grupos Central, Concordia y Zona 5. Sin embargo, a pesar de que las mujeres alcohólicas fueron siempre bien recibidas y respetadas cuando asistían a las reuniones de sus respectivos grupos, decidieron formar su propio grupo y por ende reunirse solas, así nació el grupo “Revelación Femenino”, su punto de reunión fue la 3ª avenida y 13 calle zona 1 en un negocio de fotografía en donde se reunían los sábados por la tarde. Luego se trasladaron a la 16 calle 11-16, zona 1, en donde funcionaron durante algún tiempo, hasta que un día todas recayeron por lo que el local fue ocupado por la junta inter grupal.³²

Las mujeres que iniciaron el grupo Revelación Femenino se entregaron con verdadero entusiasmo a servir en A.A. posiblemente porque tenían la imperiosa necesidad de dejar de beber y reconstruir sus propias vidas a través de esta nueva perspectiva que ofrecía A.A. compartían sus experiencias con los compañeros de una manera libre y sin prejuicios y esto le vino a dar un toque extraordinario a A.A., se complementaba así el principio de este movimiento que es para hombres y mujeres, porque así no podían haber distinciones de ninguna clase, a las mujeres se les trataba como lo que realmente eran, enfermas alcohólicas y que debían ser ayudadas, tal como se hacía con los compañeros varones, siempre se decía en las reuniones de grupo que a las mujeres alcohólicas se les debía tratar como compañeras del mismo dolor y tragedia, debían tener cuidado cuando se tratara de encaminarlas por los doce pasos de recuperación de A.A. la mujer por su condición tan especial y por el papel que juega dentro de la familia. Al inicio se cometieron algunos errores en el tratamiento de las mujeres, pero estos errores fueron la base de la experiencia para lograr que A.A. se mantuviera firme y continuara con su labor de recuperar tanto a alcohólicos y alcohólicas.³²

De 1962 a la fecha las mujeres A.A. se han dedicado con tenacidad y con gran espíritu de servicio en sus años de sobriedad lograda, a llevar el mensaje de A.A. a otras personas que lo han necesitado. La mujer alcohólica ha sido reintegrada al seno de su hogar y de sus hijos en la mayoría de los casos en otros la mujer se ha rehabilitado de manera firme, ha logrado hacer su propia vida, para emprender tal vez algún día la unidad matrimonial que le compense los años de soledad por la vida descontrolada de beber alcohol.

En la actualidad existen unos cuatro grupos de mujeres A.A. que funcionan con alcohólicas y no se permite el ingreso a las reuniones de terapia a varones, ellas piensan que estando solas reunidas pueden expresarse de manera libre y que pueden tener mejores resultados, lo que no sucedería si estuvieran varones en sus reuniones.

Para el 2008 se calculaba que 1.117 integrantes de A.A. son mujeres alcohólicas en recuperación, tres por cada 100 hombres.³²

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo, enfoque y diseño de la investigación

Cuantitativo no experimental, descriptivo, prospectivo, transversal

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad de análisis

Datos epidemiológicos, factores que desencadenaron el inicio del consumo de alcohol, factores que motivaron el abandono del mismo, así como la proporción de mujeres que han presentado recaídas durante el proceso de recuperación registrados en el instrumento de recolección diseñado para el estudio durante los meses de junio y julio del 2016.

4.2.2 Unidad de información

Mujeres que llevaban más de un mes asistiendo regularmente a las sesiones de Alcohólicos Anónimos de los grupos Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán, así como la información recabada del instrumento de recolección de datos durante los meses de junio y julio del 2016.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

Total de mujeres que llevaban más de un mes asistiendo regularmente a las sesiones de Alcohólicos Anónimos de los grupos Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán durante los meses de junio y julio del año 2016 en el municipio de Guatemala.

4.3.2 Muestra

En el presente trabajo no se tomó muestra ya que se utilizó el total de la población objetivo que cumpliera con los criterios de inclusión y exclusión.

4.4 Selección de los sujetos a estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

Mujeres mayores de edad miembros activos de Alcohólicos Anónimos que llevaran más de un mes asistiendo regularmente a las sesiones de los grupos Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Uatlán que aceptaran participar voluntariamente en el estudio.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos que tuvieran limitaciones auditivas o del habla.
- Mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos que no hablaran castellano.
- Mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos que se encontraran bajo el efecto del alcohol o de alguna droga.
- Mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos que presentaran síntomas de síndrome de abstinencia al momento de la entrevista.

4.5 Definición y medición de las variables

Macrovariable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Características epidemiológicas	Edad	Cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha. ¹¹	Dato proporcionado por la persona entrevistada al momento de la misma acerca de la cantidad de años cumplidos a la fecha.	Cuantitativa discreta	De razón	*Años
	Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. ¹⁹	Dato proporcionado por la persona entrevistada de su condición según el registro civil si esta tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto al momento de la entrevista. La clasificación de soltera incluirá a las mujeres divorciadas y viudas, en la de unidas a las que viven con su pareja sin un respaldo legal.	Cualitativa politémica	Nominal	*Soltera *Casada *Unida
	Procedencia	Lugar de donde procede una	Dato proporcionado por la persona	Cualitativa politémica	Nominal	° Departamento de la República

		persona. ¹¹	entrevistada respecto al lugar en donde nació.			de Guatemala: <ul style="list-style-type: none"> *Alta Verapaz *Baja Verapaz *Chimaltenango *Chiquimula *Petén *El Progreso *Quiché *Escuintla *Guatemala *Huehuetenango *Izabal *Jalapa *Jutiapa *Quetzaltenango *Retalhuleu *Sacatepéquez *San Marcos *Santa Rosa *Sololá *Suchitepéquez *Totonicapán *Zacapa <p>° Otro</p>
	Residencia	Casa o edificio donde una persona reside. ¹¹	Dato proporcionado por la persona entrevistada acerca del municipio del departamento de Guatemala en donde reside actualmente.	Cualitativa politómica	Nominal	° Municipios del departamento de Guatemala: <ul style="list-style-type: none"> *San Juan Sacatepéquez *San Raymundo

						*Churranchero *San José del Golfo *San Pedro Ayampuc *Chinautla *San Pedro Sacatepéquez *Mixco *Guatemala *Palencia *San José Pinula *Santa Catarina Pinula *Villa Nueva *San Miguel Petapa *Frijanes *Villa Canales *Amatitlán °Otros
	Escolaridad	Periodo de asistencia a un centro escolar. ¹¹	Dato referido por la persona entrevistada sobre el último nivel de educación formal aprobado por el Ministerio de Educación.	Cualitativa politómica	Ordinal	*Primaria *Básicos *Diversificado *Universitario *Ninguno
	Ocupación	Trabajo o quehacer en que se emplea el tiempo. ¹³	Dato proporcionado por la persona entrevistada sobre el	Cualitativa	Nominal	*Directores o gerentes de empresas

			trabajo u oficio al que se dedica según la clasificación de la CIU0-08 modificada.(Ver anexo 11.5)			<p>*Profesionales científicos e intelectuales</p> <p>*Técnicos y profesionales de nivel medio</p> <p>*Personal de apoyo administrativo</p> <p>*Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados</p> <p>*Agricultores, agropecuarios, forestales y pesqueros</p> <p>*Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios</p> <p>*Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores</p> <p>*Ocupaciones elementales</p>
--	--	--	--	--	--	---

						*Ocupaciones militares *Estudiantes *Ama de casa
	Edad de inicio de consumo de alcohol	Cantidad de años cumplidos a la fecha que inició el consumo de alcohol. ¹¹	Dato proporcionado por la persona entrevistada al momento de la misma acerca de la cantidad de años cumplidos a la fecha que inició el consumo de alcohol.	Cuantitativa discreta	De razón	*Años
	Antecedentes familiares de alcoholismo	Padres, abuelos o algún otro miembro cercano de la familia que sea alcohólico. ¹²	Dato proporcionado por la persona entrevistada acerca de algún familiar cercano que padezca o haya padecido de alcoholismo.	Cualitativa dicotómica	Nominal	*Si *No
			Dato proporcionado por la persona entrevistada acerca del grado de parentesco con el familiar alcohólico.	Cualitativa politómica	Nominal	*Padres *Hermanos *Tíos *Abuelos *Otros

Principales factores que predisponen el inicio del consumo de alcohol	Violencia	El proceso o condición por el cual un individuo o grupo viola la integridad física, social y/o psicológica de otra persona o grupo. ¹⁴	Dato proporcionado por la persona entrevistada acerca de algún tipo de violencia que haya desencadenado el inicio de consumo de alcohol.	Cualitativa dicotómica	Nominal	*Si *No
			Dato proporcionado por la persona entrevistada del tipo de violencia de la cual fue víctima.	Cualitativa politómica	Nominal	*Física *Sexual *Psicológica *Otra
	Trastornos psiquiátricos	Síndromes clínicamente significativos asociados a un deterioro en una o más áreas de funcionamiento. ¹⁸	Dato proporcionado por la persona entrevistada acerca de algún trastorno psiquiátrico diagnosticado por un profesional de la salud.	Cualitativa dicotómica	Nominal	*Si *No
			Dato proporcionado por la persona entrevistada sobre el trastorno psiquiátrico que padece.	Cualitativa politómica	Nominal	*Depresión *Trastorno bipolar *Ansiedad *Esquizofrenia *Otro

	Problemas personales	Elementos que obstaculizan el correcto o normal desempeño de los procesos, situaciones y fenómenos que rodean a la persona. ²⁰	Conflicto propio referido por la persona entrevistada que desencadenó el inicio del consumo de alcohol.	Cualitativa dicotómica	Nominal	*Si *No
			Tipo de conflicto referido por la persona entrevistada que desencadenó el inicio del consumo de alcohol.	Cualitativa politómica	Nominal	*Divorcio *Pérdida de un ser querido *Trastorno paterno-filial *Baja autoestima *Problemas económicos *Otro
	Factores socioculturales	Cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos socioculturales de una comunidad o sociedad. ²¹	Dato proporcionado por la persona entrevistada, acerca de algún proceso o fenómeno de su entorno sociocultural que desencadenó el inicio del consumo de alcohol.	Cualitativa dicotómica	Nominal	*Si *No
			Dato proporcionado por la persona entrevistada del proceso o fenómeno de su entorno	Cualitativa politómica	Nominal	*Disponibilidad de la sustancia *Fomento del consumo y del abuso

			sociocultural que desencadenó el inicio del consumo de alcohol.			*Presión social *Otro
Principales factores que motivan el abandono del consumo de alcohol	Relaciones interpersonales	Asociaciones entre dos o más personas. Estas asociaciones pueden basarse en emociones, sentimientos y actividades sociales. ¹²	Dato proporcionado por la persona entrevistada de alguna relación interpersonal que motivó la busca de ayuda para dejar el consumo de alcohol.	Cualitativa dicotómica	Nominal	*Si *No
			Dato proporcionado por la persona entrevistada del tipo de relación interpersonal que motivó el abandono del consumo de alcohol.	Cualitativa politómica	Nominal	*Sentimental *Familiar *Amistosa *Otra
	Embarazo	Periodo de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. ¹³	Dato referido por la persona entrevistada acerca de algún embarazo que motivó el abandono del consumo de alcohol.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	*Si *No

	Enfermedades relacionadas al consumo de alcohol	Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo relacionadas con el consumo de alcohol. ²⁴	Dato proporcionado por la persona entrevistada de alguna enfermedad relacionada al alcohol que motivó el abandono del consumo del mismo.	Cualitativa dicotómica	Nominal	*Si *No
			Dato proporcionado por la persona entrevistada acerca de la enfermedad relacionada con el consumo de alcohol que fue diagnosticada por un médico.	Cualitativa politómica	Nominal	*Hepatopatías *Pancreatitis *Cáncer (estómago, hígado y/o mama) *Problemas digestivos *Otra
Recaídas durante el proceso de recuperación	Recaídas durante el proceso de recuperación	Proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que	Dato referido por la persona entrevistada sobre si presentó alguna recaída durante su proceso de recuperación.	Cualitativa dicotómica	Nominal	*Si *No

		finalmente llevan de vuelta al uso, hasta llegar al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación. ²⁵	Dato referido por la persona entrevistada sobre el número de recaídas que ha presentado durante su proceso de recuperación.	Cuantitativa	Razón	Número de recaídas
--	--	--	---	--------------	-------	--------------------

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

4.6.1 Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista guiada. La entrevista fue realizada a las mujeres que asistieron a los grupos de Alcohólicos Anónimos y que querían participar en el estudio.

4.6.2 Proceso

- Se elaboraron cartas dirigidas a las autoridades correspondientes solicitando autorización para realizar el trabajo de campo en los Grupos de Alcohólicos Anónimos Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Uatlán.
- Se presentaron las cartas autorizadas junto con el protocolo de investigación para que fueran revisados y aprobados por la Unidad de Trabajos de Graduación.
- Se realizó una prueba piloto en el grupo de Alcohólicos Anónimos “1ro de Julio” ubicado en la zona 5 de Mixco, para la validación del instrumento de recolección de datos y así proceder a la elaboración del instrumento final.
- Debido a que el grupo de tesis consta de seis integrantes y eran doce los grupos de Alcohólicos Anónimos a estudio; al obtener la autorización correspondiente para iniciar el trabajo de campo se asignó a cada integrante dos grupos.
- Cada integrante fue responsable de acudir a las reuniones de los grupos que les fueron asignados; asistiendo a varias de las mismas para captar el total de mujeres. Durante la primera reunión se dio a conocer el estudio y el objetivo del mismo a las asistentes, y se les explicó el consentimiento informado (ver anexo 11.6), y el instrumento de recolección de datos (ver anexo 11.7).
- Durante las reuniones llevadas a cabo en los meses de junio y julio del año 2016 se procedió a entrevistar a las mujeres que voluntariamente aceptaran participar en el estudio, se tomó en cuenta a todas las asistentes y enseguida se realizó la entrevista guiada.

- Posteriormente, cada integrante del grupo de tesis elaboró un listado de cada uno de sus grupos de Alcohólicos Anónimos con el número total de mujeres que contestaron el instrumento de recolección de datos y a la vez se le asignó a cada instrumento un número de correlativo y un número de boleta para luego tabularlos e interpretarlos.
- Los datos obtenidos en el instrumento de recolección de datos se procesaron y tabularon haciendo uso del programa Excel Office 2013.
- Al tener listo el procesamiento de datos se realizó el informe final, presentando los datos más relevantes de la investigación, principales conclusiones y recomendaciones en general.

4.6.3 Instrumento

Para cumplir con los objetivos del estudio se creó un instrumento de recolección de datos el cual se dividía en cuatro secciones, las cuales se basaron en cuatro macrovariables: en la primera sección se recolectaron datos acerca de las características epidemiológicas como edad, estado civil, procedencia, residencia, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo de alcohol y antecedentes familiares de alcoholismo; en la segunda sección se procedió a recolectar los datos correspondientes a los factores que predisponen el inicio de consumo de alcohol como violencia, trastornos psiquiátricos, problemas personales o factores socioculturales; en la tercera sección los datos sobre los principales factores que motivaron el abandono de consumo de alcohol como una relación interpersonal, un embarazo o alguna enfermedad que se asocia al consumo de alcohol; en la cuarta y última sección se procedió a recolectar datos acerca de la proporción de mujeres que han sufrido recaídas durante su proceso de recuperación. Toda la información recabada en este instrumento de recolección fue obtenida por medio de la entrevista realizada a las mujeres participantes.

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento de datos

- Una vez recolectada la información se procedió a realizar una tabulación manual en donde cada integrante elaboró un listado de los grupos asignados con el

número total de mujeres que contestaron el instrumento y a la vez se le asignó a cada instrumento un número de correlativo y un número de boleta.

- Al obtener la tabulación manual se creó una base de datos con el programa Excel Office 2013 para su análisis con estadística descriptiva.
- La base de datos presentó las macrovariables a estudio de la siguiente manera:
 - Características epidemiológicas: dentro de las características epidemiológicas se tuvieron variables cuantitativas las cuales fueron edad y edad de inicio de consumo de alcohol. Ambas variables se clasificaron en grupos etarios los cuales están establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); toda mujer entrevistada debía tener 18 años o más por lo que se inició desde el grupo de 18-19 años, seguido del grupo de 20-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35-39 años, 40-44 años, 45-49 años, 50-54 años, 55-59 años, 60-64 años, 65-69 años y 70 o ≥ años; la edad de inicio de consumo de alcohol se agrupó desde los 7 años hasta los 44 años según los grupos etarios del MSPAS ya que las mujeres entrevistadas refirieron haber iniciado su consumo de alcohol dentro de este rango de edades, y quedaron agrupadas de la siguiente manera: 7-9 años, 10-14 años, 15-19 años, 20-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35-39 años y de 40-44 años; se obtuvo la frecuencia de edades entre las mujeres entrevistadas y luego se determinó el porcentaje de mujeres por cada grupo etario. Las variables cualitativas, las cuales eran estado civil, procedencia, residencia, escolaridad, ocupación y antecedentes familiares de alcoholismo, se clasificaron y agruparon de la manera descrita en la tabla de variables (ver inciso 4.5).
 - Principales factores que predispusieron el inicio de consumo de alcohol; estos factores se presentaron como variables cualitativas, las cuales se clasificaron y agruparon de la siguiente manera: Violencia (física, sexual, psicológica u otra), trastornos psiquiátricos (depresión, trastorno bipolar, ansiedad, esquizofrenia u otro), problemas personales (divorcio, pérdida de un ser querido, trastorno paterno filial, baja autoestima, problemas

económicos u otro) y factores socioculturales (disponibilidad de la sustancia, fomento del consumo y abuso, presión social u otro).

- Principales factores que motivaron el abandono del consumo de alcohol; estos factores se presentaron como variables cualitativas, las cuales fueron clasificadas y agrupadas de la siguiente manera: Relaciones interpersonales (sentimental, familiar, amistosa u otra), embarazo y enfermedades relacionadas al consumo de alcohol (hepatopatías, pancreatitis, cáncer, problemas digestivos u otra). Se dejó dentro del instrumento de recolección de datos una pregunta abierta la cual se respondería si ninguno de los factores anteriores fue el motivo principal para abandonar el consumo de alcohol; para su tabulación se agrupó de la siguiente manera: decisión o voluntad propia, necesidad de cambio de vida, deseo de no seguir sufriendo, deseo de no seguir siendo golpeada, deseo de no perder a familiares o el trabajo u otro.
- Recaídas durante el proceso de recuperación; dentro de esta macrovariable se presentó una variable cuantitativa la cual investigo la proporción de mujeres que presentaron recaídas durante su proceso de recuperación. Se agrupó y clasificó en una recaída, dos recaídas o tres o \geq recaídas, se obtuvo la frecuencia de recaídas entre las mujeres entrevistadas para luego determinar la proporción de mujeres que ha sufrido 1, 2 o 3 o \geq recaídas.
- Posteriormente, se analizaron los datos por medio de tablas las cuales se crearon con el programa Excel Office 2013 para obtener resultados.
- Finalmente, se utilizó el programa Microsoft Office Word 2013 para la interpretación y análisis de los resultados los cuales formaron parte del informe final y ayudaron a formular las conclusiones y recomendaciones del estudio.

4.7.2 Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de cada variable haciendo uso de cuadros, así como un análisis de datos cuantitativos los cuales se expresaron mediante medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y porcentajes.

Las variables identificadas son:

- Datos epidemiológicos: se presentaron datos identificando la media de edad y la edad en la que se inició el consumo de alcohol en las mujeres encuestadas según grupos etarios establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el estado civil más frecuente, así como también se identificó el lugar de procedencia y de residencia, la media de escolaridad, la ocupación más frecuente y que porcentaje de mujeres presentaban antecedentes familiares de alcoholismo.
- Factores que predispusieron el inicio de consumo de alcohol: se obtuvieron datos acerca del porcentaje de mujeres que sufrieron algún tipo de violencia y qué tipo de esta fue la más frecuente, así como también si presentaban algún trastorno psiquiátrico diagnosticado por un profesional de la salud y cuál fue el más frecuente. Al igual se logro identificar si es frecuente que un problema personal o presión social predispongan el inicio de consumo de alcohol.
- Factores que motivaron el abandono de consumo de alcohol: se presentaron datos en porcentajes de cuál fue el factor que motivo el abandono de consumo de alcohol, entre ellos se encuentran una relación interpersonal, un embarazo o una enfermedad sistémica; si ninguna de las anteriores era el caso se identificó el factor más frecuente que motivo el abandono del mismo.
- Recaídas durante el proceso de recuperación: se presentaron datos de la proporción de las mujeres encuestadas que han sufrido alguna recaída durante su proceso de recuperación en los grupos de Alcohólicos Anónimos.

4.8 Límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos

En algunos de los grupos en los cuales se llevó a cabo el estudio se encontraron mujeres que se apegaron al anonimato, por lo que no quisieron colaborar con la entrevista y ellas influyeron en otras de las asistentes para que no participaran de la misma.

En algunos grupos los miembros hombres no estuvieron de acuerdo con que se llevara a cabo el trabajo de campo en los mismos, ya que según ellos este estudio estaba faltando a la doceava tradición la cual dice que el anonimato es la base espiritual de todas sus tradiciones, por lo que en estos grupos fue difícil realizar las entrevistas a las mujeres que asistían.

Debido a que las sesiones en algunos grupos terminaban a las 22:00 horas algunas mujeres no quisieron participar pues si lo hacían ya no encontraban transporte para retornar a sus hogares.

Vale la pena mencionar que para los investigadores realizar el trabajo de campo representó un riesgo debido a que se asistió a las reuniones por las noches y varios de los grupos de A.A. se encontraban en áreas rojas.

4.8.2 Alcances

Los alcances que brindó el estudio fueron los siguientes:

- Obtener información actualizada sobre el perfil de la mujer que pertenece a A.A. en Guatemala.
- Describir los factores de riesgo que desencadenaron el inicio de esta enfermedad, así como los factores que contribuyeron a la rehabilitación de las mujeres en A.A.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

Después de realizar una revisión acerca de los aspectos éticos que están involucrados en esta investigación, se veló por respetar los principios de la

agrupación de Alcohólicos Anónimos así como los inherentes a cada persona miembro de la misma, especialmente, por el respeto al anonimato de las participantes de la investigación, puesto que dicha agrupación ofrece el resguardo de la identidad como parte de su tradición; a pesar de que se hicieron preguntas en relación a la vida personal de las mujeres miembros de A.A. en el informe final solo se incluyeron los resultados, sin hacer mención de nombres o algún otro dato personal que identifique a las participantes.

Es importante destacar además que se respetaron los valores que son considerados como fundamentales por el Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Universidad de San Carlos, los que están inspirados en los derechos humanos y entre ellos se mencionan el respeto a la vida, la dignidad y la libertad del ser humano, en la investigación realizada a las miembros de A.A. ellas se encontraban en plena libertad de participar si así lo deseaban y en ningún momento se irrespetó o se puso en riesgo su dignidad ni su vida; otro valor importante es la justicia la cual también se respetó pues cada miembro de A.A. tuvo las mismas oportunidades pues se incluyó en el estudio a todas las mujeres que quisieran participar sin discriminar a nadie y fueron tratadas con equidad que es otro de los valores importantes, además se respetó la autonomía de cada persona así como de cada uno de los grupos de A.A. participantes en el estudio, pues como se mencionó anteriormente cada persona decidía si participar o no en el mismo.

Con el presente estudio se pretendió dar un aporte buscando el bien común en donde se brindó plan educacional a las mujeres que lo ameritaban y en ningún momento se perjudicó a las mismas, respetando así el principio ético de la beneficencia y no maleficencia, además se sugirió a los grupos participantes la implementación de programas que brinden especial atención a la mujer alcohólica.

Este estudio por lo tanto no representó ningún riesgo para sus participantes, por lo que se clasificó en la categoría I, en la que se encuentran las investigaciones con riesgo mínimo y comprende los estudios que utilizan técnicas observacionales con las que no se realiza ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan en el estudio;

por ejemplo, encuestas, cuestionarios, entrevistas, revisión de historias clínicas u otros documentos, que no invadan la intimidad de las personas.

5. RESULTADOS

Se sometieron a estudio 107 mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos de los grupos Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán en el municipio de Guatemala durante los meses de junio y julio del año 2016. Los resultados obtenidos a través del análisis estadístico descriptivo son presentados en el siguiente orden:

- Características epidemiológicas.
- Factores que desencadenaron el inicio del consumo de alcohol.
- Factores que motivaron el abandono del consumo de alcohol.
- Recaídas durante el proceso de recuperación.

5.1 Características epidemiológicas.

Tabla 5.1

Distribución de la mujer miembro activo de Alcohólicos Anónimos según características epidemiológicas en el municipio de Guatemala durante los meses de junio y julio del año 2016.

Características epidemiológicas		Frecuencia	Porcentaje
Edad	18-29 años	26	25
Estado civil	Soltera	57	53
Procedencia	Guatemala	81	75
Residencia	Ciudad de Guatemala	87	81
Escolaridad	Universitario	52	49
Ocupación	Profesionales científicos e intelectuales	30	28
Edad de inicio de consumo	10-14 años	45	42
Antecedentes familiares de alcoholismo	Si	92	86
	No	15	14
	Padres	52	57

Fuente: Anexo 11.7. Tabla 11.1

5.2 Factores que desencadenaron el inicio del consumo de alcohol

Tabla 5.2

Distribución de las mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos según los factores que desencadenaron el inicio del consumo de alcohol en el municipio de Guatemala durante los meses de junio y julio del año 2016.

Principales factores que predisponen el inicio del consumo de alcohol		Frecuencia	Porcentaje
Violencia	Si	52	49
	No	55	51
	Física	29	56
	Sexual	25	48
	Psicológica	43	83
	Otra	0	0
Trastornos psiquiátricos	Si	15	14
	No	92	86
	Depresión	8	53
	Trastorno bipolar	1	7
	Ansiedad	8	53
	Esquizofrenia	0	0
	Otro	1	7
Problemas personales	Si	82	77
	No	25	23
	Violencia familiar	27	33
	Divorcio	15	18
	Perdida de un ser querido	25	30
	Falta de afecto	32	39
	Baja autoestima	44	54
	Problemas económicos	16	20
Otro	3	4	
Factores socioculturales	Si	88	82
	No	19	18
	Disponibilidad de la sustancia	59	67
	Fomento del consumo y del abuso	25	28
	Presión social	36	41
	Otro	6	9

5.3 Factores que motivaron el abandono del consumo de alcohol

Tabla 5.3

Distribución de las mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos según los factores que motivaron el abandono del consumo de alcohol en el municipio de Guatemala durante los meses de junio y julio del año 2016

Principales factores que predisponen el abandono del alcoholismo		Frecuencia	Porcentaje
Relaciones interpersonales	Si	79	74
	No	28	26
	Sentimental	20	25
	Familiar	39	49
	Amistosa	24	30
	Otra	1	1
Embarazo	Si	14	13
	No	93	87
Enfermedades relacionadas al consumo de alcohol	Si	23	21
	No	84	79
	Hepatopatías	6	26
	Pancreatitis	3	13
	Cáncer (estómago, hígado y/o mama)	2	9
	Problemas digestivos	7	30
	Otra	5	22
Otros motivos de abandono	Decisión y voluntad propia	14	25
	Necesidad de cambio de vida	14	25
	Deseo de no seguir sufriendo	13	24
	Deseo de no seguir golpeada	1	2
	Deseo de no perder familiares o el trabajo	6	11
	Otro	7	13

5.4 Recaídas durante el proceso de recuperación

Tabla 5.4

Recaídas durante el proceso de recuperación en mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos, en el municipio de Guatemala durante los meses de junio y julio 2016

Recaídas durante el proceso de recuperación		Frecuencia	Porcentaje
Recaídas durante el proceso de recuperación	Si	37	35
	No	70	65
Número de recaídas	Una	18	49
	Dos	10	27
	Tres o más	9	24

6. DISCUSIÓN

En el presente estudio se entrevistó a un total de 107 mujeres miembros activos de alcohólicos anónimos de los grupos Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán en el municipio de Guatemala.

De las características epidemiológicas a estudio se obtuvo que las mujeres que asisten a los grupos de A.A. se encuentran comprendidas entre el rango de edad de los 18-29 años representado por un 25%; según la literatura las mujeres jóvenes de 20 años y ya cerca de los 30 años son más propensas a consumir bebidas alcohólicas que las mujeres mayores.¹¹ Un estudio realizado en Guatemala por estudiantes de Psicología de la Universidad de San Carlos encontró que un 41% de la población de mujeres alcohólicas que se encuentran en rehabilitación es población joven, entre los 21 y 30 años de edad.³ Esto podría deberse a que este grupo es especialmente vulnerable al consumo de alcohol ya que se encuentra sometido a la presión social, influencia de los medios de comunicación, amigos, familiares y la presencia de ambientes de riesgo (bares, fiestas y discotecas).

Dentro de las mujeres que asisten a los grupos de A.A. del municipio de Guatemala se encontró que el 53% esta soltera, lo cual se correlaciona con lo encontrado en la literatura consultada; esta evidencia que el consumo de alcohol es más común en mujeres que se encuentran solteras o que viven con otra persona sin estar casadas, que con las mujeres que ya se encuentran dentro de un matrimonio.¹¹ Se podría relacionar esto con que las mujeres casadas poseen mayor estabilidad económica, madurez emocional y responsabilidades familiares, lo que influiría en un patrón de menor consumo de bebidas alcohólicas en comparación con las mujeres solteras.

También se encontró que el 75% refirió haber nacido en el departamento de Guatemala y el 81% residir en el municipio de Guatemala. En la literatura se describe el perfil de la bebedora abusiva como jóvenes del medio urbano.¹² En el presente estudio estos hallazgos podrían deberse a que el mismo fue realizado en 12 grupos de A.A. pertenecientes al casco urbano de la ciudad de Guatemala; otra manera de interpretar estos resultados sería que debido a el medio en el cual se desenvuelven las mujeres del área urbana se tiene un mayor acceso a las bebidas alcohólicas y que por otra parte el

machismo no es tan marcado en esta área como lo es en la rural, lo que les da mayor libertad para consumir bebidas alcohólicas de una manera abusiva.

Un dato relevante que se encontró en el estudio fue que un 8% de las asistentes a los grupos es de origen extranjero, algunas de ellas al indagar en su historia se encontró que fueron traídas al país como parte de una red de tráfico de mujeres en donde eran obligadas a prostituirse y consumir alcohol con los clientes, factores que ellas mencionan influyeron en su consumo de alcohol y a los cuales atribuyen su alcoholismo.

En cuanto a la escolaridad se observa que un 49% pertenece al grupo de mujeres con educación superior universitaria, evidenciado así la semejanza con lo encontrado en la literatura pues describe el perfil de las bebedoras abusivas como mujeres de buen nivel educativo.¹² Dicho resultado fue inesperado pues se pensaba que por haber elegido grupos de varios estratos socioeconómicos se iba a encontrar mujeres que probablemente no contaban con ningún nivel de escolaridad; siendo el caso contrario, dejando en evidencia que las mujeres posiblemente lo ven como un medio de escape después de tanta presión y estrés que genera el estudio. Así mismo se observa que un 3% no cuenta con ningún tipo de escolaridad, siendo el porcentaje más bajo encontrado.

En cuanto a la ocupación de las mujeres que participaron en el estudio, el porcentaje más significativo pertenece al grupo de profesionales científicos con un 28%. Lo anterior concuerda con lo encontrado en la literatura, puesto que describen el perfil de las bebedoras abusivas como mujeres activas económicamente.¹² Esto puede deberse a que en la actualidad tanto la mujer como el hombre trabajan para llevar el sustento al hogar y se correlaciona con las mujeres que tenían educación superior. Por el otro lado se observa que un 24% de las mujeres eran amas de casa, lo cual se puede correlacionar con lo encontrado en la literatura que decía que eran bebedoras de closet, lo cual significa que beben en el hogar.¹¹

Las mujeres bebedoras que participaron en el estudio al momento de ser entrevistadas en cuanto a qué edad iniciaron el consumo de alcohol relataron que en un 42% lo inicio entre los 10 a 14 años. El resultado encontrado concuerda con un estudio realizado en España sobre el consumo de drogas en el colectivo femenino el cual concluyó que la edad promedio en la cual las mujeres españolas inician su consumo de alcohol de forma abusiva es a partir de los 14 años.¹² Las jóvenes que comienzan a beber antes de los 15

años aumentan en un 40% las probabilidades de abusar del alcohol o de padecer alcoholismo en algún momento de su vida, comparada con aquellas que esperan hasta los 21 años para comenzar a beber.¹¹ Lo anterior se puede explicar debido a que es en esas edades que la mayoría de mujeres conoce por primera vez el alcohol en las fiestas de 15 años o bien por presión social para ser aceptadas inician a consumir alcohol.

En el estudio se encontró que el 86% del total de mujeres entrevistadas tenían uno o más familiares cercanos con alcoholismo, y de ellas el 57% refirió que sus padres eran alcohólicos. Según estudios realizados en Guatemala, se indica que las mujeres tienden a beber con mucho más frecuencia si existe historia familiar de alcoholismo, en este caso padres y/o conyugue alcohólico³. Los resultados obtenidos concuerdan con diferentes estudios que indican que las mujeres tienden a beber en exceso cuando presenta historia familiar de alcoholismo.

Del total de mujeres entrevistadas, el 49% refirió que haber sufrido algún tipo de violencia fue factor que predispuso el inicio de consumo de alcohol. Varias mujeres refirieron dos o más tipos de violencia, siendo la más alta la violencia psicológica con un 83%. Según la Organización Mundial de la Salud, la relación de violencia y alcoholismo en la mujer es similar en muchos países europeos; en Islandia el 22% de las víctimas femeninas de violencia doméstica dijeron haber bebido alcohol tras el incidente como mecanismo de afrontamiento.¹⁵ Cabe mencionar que la de mayor frecuencia en este estudio es la violencia psicológica, esto es debido al estilo de vida de la mayoría de mujeres, en donde sufren agresión verbal por parte de sus padres o conyugues, la violencia sexual o física en la actualidad refleja números mucho menores a la psicológica ya que las anteriores se denuncian con más frecuencia. Si se comparan las estadísticas de estudios latinoamericanos, europeos y los de este estudio, se observa que los datos coinciden.

De las 107 mujeres entrevistadas el 14% refirió que un tipo de trastorno psiquiátrico diagnosticado por un médico especialista fue un factor que predispuso el inicio de consumo de alcohol. En varios casos refirieron más de un trastorno psiquiátrico, evidenciándose que la depresión y la ansiedad son los dos trastornos más referidos con un 53% cada uno. En la 43 convención de Alcohólicos Anónimos en Guatemala se dió a conocer que las mujeres alcohólicas con enfermedad psiquiátrica, empezaron a consumir alcohol debido a que se sentían deprimidas ya que como mujeres o amas de casa no le encontraban sentido a la vida y se sentían solas¹³. Un trastorno psiquiátrico puede no ser

la causa más común que predisponga el inicio de consumo de alcohol, es por eso que se observa en este estudio la poca frecuencia de los mismos, sin embargo, el estilo de vida no saludable, los malos hábitos y rutinas contribuyen a que poco a poco estos problemas se encuentren en aumento y que en un futuro sean los más comunes.

Dentro de las mujeres entrevistadas se observa que 77% de ellas indica que fue un problema personal lo que predispuso que se iniciara el consumo de alcohol. Se observó que varias mujeres refirieron hasta más de un problema personal que influyó en que se iniciara el consumo de alcohol, entre los factores que las mujeres refirieron se encuentra la baja autoestima con un 54% siendo este el motivo más común por el cual iniciaron a consumir alcohol lo que se correlaciona con un estudio realizado en Madrid España en el año 2007, donde se indican problemas personales como principales factores del inicio del consumo de alcohol²², se puede ver que la información coincide y es congruente con lo estudiado. Las presiones para beber más de lo que se considera saludable varían según cambian los papeles que marcan las distintas etapas en la vida de las mujeres y se puede decir que las mujeres que tiene problemas personales, pero que aún no dependen del alcohol, pueden ser capaces de detener o reducir el consumo con ayuda mínima.

El 82% de las mujeres entrevistadas indica que lo que predispuso el inicio de consumo de alcohol fue un factor sociocultural, dentro del cual algunas refieren más de un factor sociocultural como determinante para el inicio de alcohol, dentro de este se observa que el de mayor porcentaje con un 67% fue el de la disponibilidad de la bebida como un factor de inicio del consumo de alcohol. Sin embargo, se observa dicha relación y similitud en un estudio realizado en la facultad de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en donde se determinó que el inicio del consumo de alcohol en mujeres estaba dado en un 59% por la presión social.²³ En ambos estudios se puede observar una similitud ya que al haber presión social por parte de compañeros añadido con que haya disponibilidad de adquirir bebidas fácilmente, desencadena que el factor sociocultural sea el de mayor porcentaje dentro de los factores que predisponen el inicio de consumo de alcohol.

Se puede observar en el estudio que de todos los factores mencionados que predisponen el inicio del consumo de alcohol, el factor sociocultural fue el más referido con un 82% y el de menor referencia es el de trastornos psiquiátricos con un 14%. Esto es debido al estilo

de vida de las mujeres entrevistadas ya que son mujeres jóvenes, universitarias; lo cual hace más evidente los resultados con respecto a factores socioculturales.

Dentro de los principales factores que motivaron el abandono del consumo de alcohol se encontró que el más importante con un 74% fue las relaciones interpersonales y dentro de ellas la principal era de tipo familiar con un 49%, la literatura hace referencia a que una buena relación familiar conlleva a un mejor desarrollo del individuo en el ámbito social, y por ello se considera a este tipo de relación como principal factor; esto es importante debido a que la familia es la más afectada por el alcoholismo y todos los problemas que este acarrea, además es quien principalmente colabora y se preocupa por la persona alcohólica, mostrando especial interés en su recuperación y trata de motivarla a abandonar la bebida.³

Se puede observar además que únicamente en el 13% fue motivada a el abandono de la bebida por un embarazo, un porcentaje relativamente bajo con el comportamiento esperado, de acuerdo a lo referido en la literatura que menciona que las mujeres alcohólicas dejan la bebida al enterarse que están embarazadas porque dañan al feto.¹³ El 87% refirió que una vez que descubrieron su embarazo, dejaron temporalmente la bebida, aunque muchas no conseguían la abstinencia completa durante todo el embarazo y una vez resuelto el mismo iniciaban el consumo abusivo nuevamente, por lo que no fue considerado como un factor motivara el abandono de la bebida.

En cuanto a enfermedades que motivaron el abandono del consumo de alcohol, se encontró que estas no fueron significativas debido a que un 79 % contestó que esta no fue motivación para el cese de la bebida y solamente para el 21% de ellas si fue motivo suficiente para dejarlo. Dentro de las principales enfermedades que fueron encontradas están: problema digestivo con un 30%, seguido por hepatopatía con un 26% que son parte de las enfermedades más comunes a causa del consumo excesivo del alcohol y por las cuales el enfermo alcohólico trata de evitar el consumo.⁵ Sin embargo en el caso de las mujeres entrevistadas se encontró que para ellas una patología no fue lo que las llevó nuevamente a la sobriedad, probablemente porque un buen número de ellas son mujeres jóvenes en edades tempranas que no han desarrollado todas las posibles secuelas de esta enfermedad.

Se investigaron otros factores que motivaron el abandono del consumo de alcohol y se encontró que los principales fueron decisión o voluntad propia y la necesidad de un cambio de vida con 25% cada una.

En cuanto a las recaídas durante el proceso de recuperación en las mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos se pudo observar que un 65% no ha presentado recaídas durante su proceso de recuperación y que 35% de las entrevistadas si las han presentado, refiriendo un mayor porcentaje solamente una recaída, equivalente al 49% del total; este dato es contrario a lo que se esperaba encontrar, pues según la revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, la tasa de recaída es sumamente alta y se presenta regularmente durante el primer año.²⁵ Se considera que esto se debe a que el proceso de recuperación es difícil y largo, y si no se sigue a cabalidad el programa que Alcohólicos Anónimos propone, los 12 pasos principalmente, las personas tienden a tener recaídas puesto que no se logra el cambio de vida y de hábitos, todo ello sumado al hecho de no asistir todos los días a las reuniones, pues miembros de Alcohólicos Anónimos aseguran que quien no asiste con regularidad a las terapias tiene asegurada la recaída. Otro factor importante a considerar es que en ocasiones a las personas les falta fuerza de voluntad para dejar la bebida o no han tocado fondo, sumado a esto la presión de amigos alcohólicos, la existencia de conflictos, de estados psíquicos negativos y la propia dependencia fisiológica y psicológica al tóxico, por lo que vuelven a caer. Sin embargo buena parte de las entrevistadas refirió que ha tratado de ser constantes y perseverantes en su asistencia a las reuniones diarias por lo que se considera que hay un bajo porcentaje de recaídas.

7. CONCLUSIONES

- 7.1** La edad promedio de las mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos a estudio está comprendida entre los 18-29 años de edad, son solteras, procedentes del departamento de Guatemala y residentes del municipio de Guatemala. Tienen un nivel máximo de estudios universitarios y desempeñaban un trabajo dentro del grupo de profesionales científicos e intelectuales. La edad de inicio del consumo de alcohol está comprendida entre los 10-14 años y refieren antecedentes familiares de alcoholismo siendo los padres el grupo más frecuente.
- 7.2** De las mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos que fueron entrevistadas varias indicaron más de un factor desencadenante como inicio del consumo de alcohol, observando que de cada diez mujeres ocho refirieron un factor sociocultural como el desencadenante del inicio de consumo de alcohol, siete refirieron un problema personal, cinco fue algún tipo de violencia y solamente una un trastorno psiquiátrico.
- 7.3** De cada diez mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos siete refirieron como factor que motivo el abandono del consumo de alcohol las relaciones interpersonales, solamente una mujer mencionó el embarazo, y dos las enfermedades relacionadas al consumo de alcohol.
- 7.4** Tres de cada diez mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos presentaron recaídas durante su proceso de recuperación, refirieron en promedio solo una recaída durante el mismo.

8. RECOMENDACIONES

8.1 A la población de mujeres alcohólicas

8.1.1 Buscar apoyo emocional y espiritual por medio de grupos de Alcohólicos Anónimos quienes brindan ayuda a quien lo necesita, para una recuperación y reincorporación a la sociedad.

8.1.2 Consultar a todo profesional médico si se tuviera alguna duda acerca de esta enfermedad, del proceso de recuperación y las técnicas de tratamiento adecuado ya que el alcoholismo es una enfermedad crónica incurable pero que tiene tratamiento.

8.2 A los grupos de Alcohólicos Anónimos

8.2.1 Se recomienda crear más espacios para la participación de la mujer, con la implementación de horarios adecuados y flexibles según las necesidades de la misma.

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

8.3.1 Incluir en el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del Ejercicio Profesional Supervisado el tema de alcoholismo como una enfermedad, dirigido principalmente a las mujeres en edad escolar, con el fin de impulsar la prevención del consumo y abuso de alcohol desde etapas tempranas, esto debido a que según datos encontrados en este estudio la edad de inicio del consumo se encuentra comprendida entre los 10-14 años.

9. APORTES

A Alcohólicos Anónimos: Se les exhorta a los miembros de A.A. que tomen en cuenta este estudio como precedente para dar un mejor acompañamiento a las mujeres alcohólicas que inician el programa o bien a las que se encuentran en búsqueda de ayuda para dejar su estilo de vida ingobernable.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala: Se brinda los datos recabados durante esta investigación para que puedan ser utilizados como precedente para futuros estudios sobre el alcoholismo en la mujer; esto debido a que son ellas los pilares fundamentales de la familia y por ende de la sociedad.

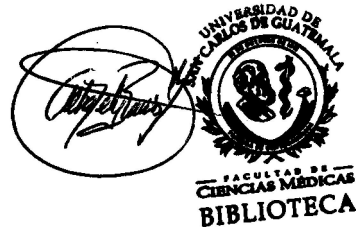
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Juárez J. "Que es el alcoholismo". Revista compartimiento. (Guatemala). 2014; 317: 7-8.
2. Niaaa.nih.gov, [en línea]. Alcohol, un tema de salud de la mujer Maryland: Instituto Nacional de Salud: 2005 [actualizado Mar 16, citado 02 Mayo 2016]. Disponible en: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/WomenSpanish/women.htm>
3. Pastor A, Del Cid M. Causas principales de la ingesta alcohólica en mujeres guatemaltecas recluidas en el centro Adulam mujeres [tesis Psicología]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas; 2011.
4. Alcohol, Health & Medical Issues today [en línea]. Santa Barbara, California; 2011 [citado 6 Mar 2016]. Disponible en: <https://books.google.com.gt/books?id=ccXhzf5F2fcC&lpg=PP1&dq=alcohol&pg=PA9#v=onepage&q=alcohol&f=true>
5. Schuckit M. Alcohol y alcoholismo. En: Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. 18ª ed. México, D.F. McGraw-Hill Interamericana. 2012: vol 2 p. 3546-3552.
6. Jaramillo N. Alcoholismo [en línea]. Miami; Contusalud; 2007. [citado 20 Mar 2016]. Disponible en: <http://contusalud.com/informacion-de-salud/enfermedades/34-alcoholismo>
7. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 11 Feb 2016]. Alcohol; [aprox. 3 pant.]. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
8. Ohlms D. The disease concept of alcoholism [Blog en línea]. Virginia: meanderings edublogs; 2013 [citado 6 Abr 2016]. Disponible en: <http://meanderings.edublogs.org/files/2013/06/THE-DISEASE-CONCEPT-OF-ALCOHOLISM-2cw2ybu.pdf>

9. Schuckit M. Trastornos por consumo de alcohol [en línea]. Buenos Aires, Argentina; IntraMed; 2009. [citado 12 Mar 2016]. Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=58690&pagina=2>
10. Jellinek E. La tabla de la alcoholomania [en línea]. Guanajuato: Grupo de AA Alfa y Omega el Reencuentro; 2010 [citado 20 Mar 2016]. Disponible en:
<http://ayotabladelaalcoholomania.blogspot.com/>
11. Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos. Alcohol un tema de salud de la mujer. [en línea] Maryland: NIAAA; 2005 [citado 22 Mar 2016]. Disponible en:
http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/WomenSpanish/Women_Spanish.pdf
12. Gómez J. Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. Cuadernos de Trabajo Social; España. [en línea] 2004 [citado 5 Mayo 2016]; 17: 83-98. Disponible en: <http://cedro.sld.cu/bibli/a/a2.pdf>
13. Alcohólicos Anónimos de Guatemala. 43 Convención nacional. Revista Compartimiento (Guatemala). 2013; 311: 17-18
14. ConceptoDefinición.de. [en línea] Venezuela: ConceptoDefinición.de; 2011 [citado 2 Mayo 2016]. Disponible en: <http://conceptodefinition.de/violencia/>
15. Organización Mundial de la Salud. Violencia infligida por la pareja y alcohol. [en línea] Ginebra: OMS; 2006 [citado 10 Jul 2016] Disponible en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_intimate_es.pdf
16. Tuotromedico.com. [en línea] España: PulsoMed; 2011 [actualizada Mayo 2016, citado 02 Mayo 2016]. Disponible en:
http://www.tuotromedico.com/temas/violencia_en_pareja.htm

17. Ceibal.edu.uy. Plan Ceibal, Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia, Informe de Gestión 25-04-07 al 25-04-08. Uruguay: ceibal.edu.uy [citado 02 Mayo 2016] Disponible en: http://www.ceibal.edu.uy/UserFiles/P--0001/ODEA/HTML/081124abuso.elp/violencia_psicolgica_o_emocional.html
18. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: depresión y esquizofrenia. [en línea] Ginebra: OMS; 2016 [citado 02 Mayo 2016] Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
19. Bermejo N. Trastorno bipolar. [en línea]. [s.l.]: Webconsultas.com. [actualizado 25 Mar 11, citado 02 Mayo 2016] Disponible en: <http://www.webconsultas.com/trastorno-bipolar/trastorno-3642#>
20. Bonet J. V. Se amigo de ti mismo: manual de la autoestima. [en línea] Maliaño, España: Sal Terrae; 1997. [citado 02 Mayo 2016] Disponible en: <http://www.casadellibro.com/libro-se-amigo-de-ti-mismomanual-de-autoestima/9788429311334/441160>
21. Real Academia Española [en línea]. España: Asociación de Academias de la Lengua Española; 2014 [citado 02 Mayo 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Q0MaZUb>
22. Navarro J, Ruiz M. El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. [en línea] Madrid: MTAS, Instituto de la Mujer; 2007 [citado 22 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/elConsumodeAlcohol.pdf>
23. Rosales O. Factores sociales que propician el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios. [tesis Psicología]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas; 2009.
24. Martin P. Approach to the patient with liver disease. En. Goldman L, Schafer A, editores. Goldman's Cecil Medicine. 24ª ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2011: p. 140 y 148.

25. Jungerman F, Laranjeira R. Entrevista motivacional: bases teóricas y prácticas. J bras Psiquiatr: 1999; 48 (5):197-207.
26. Knapp P, Bertolote J. Prevención de recaída: un manual para personas con problemas por abuso de alcohol y las drogas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
27. Alcoholics Anonymous World Services. Alcohólicos Anónimos para la mujer. Guatemala: LOVELL; 2001.
28. Alcohólicos-Anónimos.org [en línea]. Asturias, España: A.A.; 2016 [citado 4 Mar 2016]; Disponible en: http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp
29. Alcohólicos Anónimos [en línea]. Guatemala: A.A.; 2015 [citado 5 Mar 2016]. Disponible en: <http://aaguatemala.org>
30. Stokel-Walker C. El secreto del éxito de Alcohólicos Anónimos para recuperar adictos en 12 pasos. BBC mundo [en línea]. 14 Jun 2015 [citado 5 Mar 2016]; Noticias [aprox. 1 pant.] Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/06/150610_finde_adiccion_aa_programa_doce_pasos_vp
31. Alcohólicos Anónimos [en línea]. Acapulco, México: A.A.; 2015 [citado 5 Abr 2016]. Doce promesas. Disponible en: http://www.alcoholicsanonymous-acapulco.com/espanol/12_promesas_alcoholicos_anonimos_acapulco.html
32. Alcohólicos Anónimos. La historia de Alcohólicos Anónimos en Guatemala. Guatemala: Oficina de Servicios Generales (O.S.G); 2008.



11. ANEXOS

11.1 Directorio de Grupos A.A. municipio de Guatemala

En el municipio de Guatemala según registros de A.A. [disponible en: <http://www.aaguatemala.org/Templates/grupos.html>] para el año 2013 existían 209 grupos en el municipio de Guatemala, de estos grupos 102 están registrados con miembros del sexo femenino y 50 grupos no tienen registro del número de participantes que asisten a estos grupos. En total repartidas en estos 102 grupos se encuentran 258 mujeres miembros activos de Alcohólicos Anónimos.

- Grupos z.1
 - “LIBERTAD” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: 02
 - “LUZ” Número de Miembros: Hombres: 03 Mujeres: --
 - “REFLEXIÓN” Número de Miembros: Hombres: 28 Mujeres: 03
 - “RECOLECCIÓN” Número de Miembros: Hombres: 24 Mujeres: 02
 - “FERROCARRILERO” Número de Miembros: Hombres: 14 Mujeres: 01
 - “CENTRAL ORTODOXO” Número de Miembros: Hombres: 37 Mujeres: 04
 - “AMIGO” Número de Miembros: Hombres: 35 Mujeres: 05
 - “BUSCANDO LA VERDAD” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres:--
 - “METROPOLITANO” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: 03
 - “RESCATE FEMENINO” Número de Miembros: Mujeres: 15
 - “LUZ Y FE” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: 05
 - “UNIÓN” Número de Miembros: Hombres: 18 Mujeres: --
 - “DOCTOR BOB” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: --
 - “TREINTA Y SEIS” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: --
 - “SANGRE VITAL” Número de Miembros: Hombres: 11 Mujeres: 03
 - “BELÉN 6 DE NOVIEMBRE” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: 02
 - “MILAGRO 97” Número de Miembros: Hombres: 11 Mujeres: --
 - “FINALMENTE LIBRES” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres:--
 - “BUSCANDO SOBRIEDAD” Número de Miembros: Hombres: 10 Mujeres: 02
 - “NUEVA ASUNCIÓN” Número de Miembros: Hombres: 16 Mujeres: 01

- “NUESTRA GUÍA” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: 02
 - “TIPOGRAFÍA NACIONAL” Número de Miembros: Hombres: 80 Mujeres: 15
 - “CENTROAMERICANO” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: 05
 - “GUATEMALA” Número de Miembros: Hombres: 23 Mujeres: 04
 - “VEINTIUNO DE MARZO” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: 04
 - “ALBA” Número de Miembros: Hombres: 25 Mujeres: 05
 - “SOBRIEDAD Y RECUPERACIÓN” Número de Miembros: Hombres: 17 Mujeres: 01
- Grupos z.2, 6, 17 y 18
 - “SED DE VICTORIA” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: --
 - “SANTA LUCIA LOS OCOTES” Número de Miembros: Hombres: 14 Mujeres: --
 - “NUEVA LUMBRE” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: --
 - “HERMANA IGNACIA” Número de Miembros: Hombres: 16 Mujeres: --
 - “PINARES DEL NORTE” Número de Miembros: Hombres: 13 Mujeres: 1
 - “SOBRIEDAD EN EL PARAÍSO” Número de Miembros: Hombres: 10 Mujeres: --
 - “TRIÁNGULO DE SOBRIEDAD” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: --
 - “NOVENTA” Número de Miembros: Hombres: 10 Mujeres: 1
 - “CADENA DE SOBRIEDAD” Número de Miembros: Hombres: 23 Mujeres: 2
 - “SATISFACCIÓN DE VIDA” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: 3
 - “GÉNESIS” Número de Miembros: Hombres: 18 Mujeres: 3
 - “ÉXODO” Número de Miembros: Hombres: 16 Mujeres: 1
 - “DIOS NOS GUÍA” Número de Miembros: Hombres: 25 Mujeres: 4
 - “22 DE OCTUBRE” Número de Miembros: Hombres: 16 Mujeres: --
 - “DIVINO AMANECER EN SANTA FAZ” Número de Miembros: Hombres: 13 Mujeres: --

- “ATLÁNTIDA” Número de Miembros: Hombres: 26 Mujeres: 2
- “20 DE DICIEMBRE” Número de Miembros: Hombres: 6 Mujeres: 2
- “22 DE JUNIO” Número de Miembros: Hombres: 22 Mujeres: 03
- “GRATITUD” Número de Miembros: Hombres: 14 Mujeres: 1
- “NUEVA JUVENTUD” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: 01
- “JUANA DE ARCO” Número de Miembros: Hombres: 10 Mujeres: --
- “2 DE ENERO 2,000” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: --
- “NUEVA FAMILIA” Número de Miembros: Hombres: 25 Mujeres: 3
- “17 DE FEBRERO” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: --
- “SANTA ELENA II” Número de Miembros: Hombres: 18 Mujeres: 1
- “MENSAJEROS DE BILL Y BOB” Número de Miembros: Hombres: 6 Mujeres: 1
- “ILUSIONES” Número de Miembros: Hombres: 6 Mujeres: --
- “CORDIALIDAD” Número de Miembros: Hombres: 13 Mujeres: 01
- “UNIDOS EN ACCIÓN” Número de Miembros: Hombres: 13 Mujeres: --
- “NUEVA VIDA EN LA LAGUNETA” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: 2
- “ROSARIO 2,006” Número de Miembros: Hombres: 14 Mujeres: 1
- “NUEVA FELICIDAD” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: 1
- “MANANTIAL DE VIDA, RIO AZUL” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: 1
- “VIVIR SOLO POR HOY PIE DEL CERRO” Número de Miembros: Hombres: 13 Mujeres: --
- “NUEVO DESPERTAR EN LOS MIXCOS” Número de Miembros: Hombres: 7 Mujeres: --
- “SANTA LUCÍA LOS OCOTES” Número de Miembros: Hombres: 10 Mujeres: --
- “AUN ES TIEMPO” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: --
- “NUEVA ESTRELLA EN LAS PILAS” Número de Miembros: Hombres: 18 Mujeres: --
- “VALLE DE SALVACIÓN” Número de Miembros: Hombres: 5 Mujeres: --
- “MANANTIAL DE VIDA” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: --
- “UNIDAD DE BILL W.” Número de Miembros: Hombres: 22 Mujeres: 1
- “TABLA DE SALVACIÓN” Número de Miembros: Hombres: 10 Mujeres: --

- “19 DE ENERO” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: 1
- “FISCAL” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: 1
- “JÓVENES EN ACCIÓN” Número de Miembros: Hombres: -- Mujeres: --
- “SOBRIEDAD EN LO DE RODRÍGUEZ” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: --
- “PARROQUIA” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: 2
- “DESPERTAR” Número de Miembros: Hombres: 14 Mujeres: 1
- “SAN JUAN DE DIOS” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: 1
- “JOCOTENANGO” Número de Miembros: Hombres: 10 Mujeres: 1
- “25 DE MAYO” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: --
- “SAN ANTONIO” Número de Miembros: Hombres: 30 Mujeres: 5
- “FRATERNIDAD” Número de Miembros: Hombres: 35 Mujeres: 2
- “ENCONTRÉ MI CAMINO” Número de Miembros: Hombres: 9 Mujeres: 1
- “7 DE MAYO” Número de Miembros: Hombres: 24 Mujeres: 3
- “OCCIDENTE” Número de Miembros: Hombres: 25 Mujeres: 4
- “ZONA 2” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: 2
- “PERSEVERANCIA” Número de Miembros: Hombres: 11 Mujeres: 2
- “HORIZONTES DE SOBRIEDAD” Número de Miembros: Hombres: 30 Mujeres: 3
- “FELICIDAD EN LA REINA” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: -
-
- “CIPRESALES” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: 1
- “BID 1-C” Número de Miembros: Hombres: de 7 a 10 Mujeres: --
- “PLENITUD” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: --
- “SANTA LUISA” Número de Miembros: Hombres: 27 Mujeres: 3
- “OASIS DE SAN JULIÁN” Número de Miembros: Hombres: 24 Mujeres: 01
- “7 DE FEBRERO” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: 1
- “UNIDOS CON UN SOLO FIN” Número de Miembros: Hombres: 16 Mujeres: 03
- “SENDERO DE SOBRIEDAD” Número de Miembros: Hombres: 14 Mujeres: 1—
- “UNA LUZ EN TU CAMINO” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: --

- “VIDA Y LUZ EN CHINAUTLA” Número de Miembros: Hombres: 20
Mujeres: --
 - “OBRA DE BILL” Número de Miembros: Hombres: 7 Mujeres: --
 - “SOBRIEDAD EN SANTA FAZ” Número de Miembros: Hombres: 17
Mujeres: 1
 - “NUEVA ESPERANZA EN NACAHÜIL” Número de Miembros: Hombres: 14
Mujeres: --
 - “JOCOTALES” Número de Miembros: Hombres: 24 Mujeres: --
- Grupos z.3 y 8
 - COMITÉ DE ÁREA: “3 Y 8”
 - INTERGRUPO “3 y 8”
 - 15 DE AGOSTO”
 - “13 DE ENERO”
 - “NUEVA VIDA”
 - “BOLÍVAR”
 - “RESURRECCIÓN”
 - “10 de MAYO”
 - “10 DE JUNIO 84”
 - “PRIMER PASO”
 - “HOY SOMOS FELICES”
 - “LA CASTELLANA”
 - “SANTA MÓNICA”
 - “CENTRAL ”
 - “CUENTO CONTIGO 90”
 - “PAZ Y FORTALEZA ”
 - “SOLO POR HOY”
 - “GRUPO DE A.A. ZONA 8”
 - “HUMILDAD Y MEDITACIÓN”
 - “LA SALIDA”
 - “SANTA CECILIA ”
 - “BUEN RETORNO”
 - “12 DE DICIEMBRE”

- Grupos z.5, 15, 16 y 17
 - “COMITÉ DE ÁREA”
 - “INTER GRUPO”
 - “AMISTAD” Número de miembros: Hombres: 25 Mujeres: 2
 - “15 DE NOVIEMBRE” Número de Miembros Hombres: 9 Mujeres: 2
 - “TRANQUILIDAD Y LUZ” Número de Miembros Hombres: 24 Mujeres: 2
 - “VOLUNTAD Y FE” Número de miembros Hombres: 12 Mujeres: --
 - “UN DÍA CADA VEZ” Número de miembros: Hombres: 46 Mujeres:--
 - “BUENA VOLUNTAD” Número de Miembros Hombres: 20 Mujeres: --
 - “RENACER” Número de Miembros Hombres: 23 Mujeres:--
 -
 - “FUENTE DE VIDA” Número de Miembros: Hombres: 5 Mujeres: 1
 - “FE POR 24 HORAS” Número de Miembros Hombres: 20 Mujeres: --
 - “SAN MARTIN” Número de miembros: Hombres: 35 Mujeres: 10
 - “SERENIDAD” Número de Miembros Hombres: 20 Mujeres: 15
 - “6 DE ENERO” Numero de Miembros Hombres: 15 Mujeres: 4
 - “FELICIDAD” Número de Miembros Hombres: 16 Mujeres: --
 - “NUEVOS AMIGOS” Número de Miembros Hombres: 18 Mujeres: --
 - “TERCERA TRADICIÓN” Número de Miembros Hombres: 20 Mujeres: 1
 - “CONCEPCIÓN” Número de Miembros Hombres: 15 Mujeres: --
 - “LOS ELEGIDOS” Número de Miembros Hombres: 20 Mujeres: --
 - “SOLO POR HOY” Número de Miembros Hombres: 11 Mujeres: --
 - “RECUPERACIÓN” Número de Miembros Hombres: 20 Mujeres: --
 - “HOMBRES FELICES”
 - “EDÉN”

- Grupos z.7, 11, 12 y 21
 - “COMITÉ DE ÁREA: 7-11-12-21” Número de Miembros: Hombres: 11 Mujeres: 01
 - “UN DÍA FELIZ” Número de Miembros: Hombres: 16 Mujeres: 01
 - “BONDAD” Número de Miembros: Hombres: 13 Mujeres: 02
 - “UN SOLO CORAZÓN” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: --

- “RECUPERACIÓN EN LA CUADRA” Número de Miembros: Hombres: 20
Mujeres: 01
- “AMPARO” Número de Miembros: Hombres: 05 Mujeres: 17
- “LA SUBIDA” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: 02
- “COMENZANDO A VIVIR” Número de Miembros: Hombres: 25 Mujeres: --
- “PRIMERO DE DICIEMBRE” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres:
01
- “PAZ Y ESPERANZA” Número de Miembros: Hombres: 10 Mujeres: --
- “RENACER EN EL GRANIZO II” Número de Miembros: Hombres: 10
Mujeres: --
- “CENTRO AMÉRICA” Número de Miembros: Hombres: 09 a 17 Mujeres:
01 a 2
- “CIUDAD DE PLATA” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: 01
- “12 DE ENERO” Número de Miembros: Hombres: 27 Mujeres: 03
- “BUSCANDO UNA LUZ” Número de Miembros: Hombres: 18 Mujeres: --
- “15 DE SEPTIEMBRE” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: --
- “GRAN PASO” Número de Miembros: Hombres: 45 Mujeres: 05
- “LANDIVAR” Número de Miembros: Hombres: 18 Mujeres: 03
- “DIVINA PROVIDENCIA” Número de Miembros: Hombres: 50 Mujeres: 07
- “SAN JUAN QUINTA TRADICIÓN” Número de Miembros: Hombres: 45
Mujeres: 02
- “SÉPTIMA TRADICIÓN 32” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres:
03
- “UTATLÁN” Número de Miembros: Hombres: 75 Mujeres: 06
- “SOBRIEDAD DIVINO TESORO” Número de Miembros: Hombres: 04
Mujeres: --
- “MARISCAL” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: 07
- “SERENIDAD 13 CALLE” Numero de Miembros: Hombres 20 Mujeres: 07
- “SOBRIEDAD” Número de Miembros: Hombres: 25 Mujeres: 01
- “AÑO NUEVO” Número de Miembros: Hombres: 17 Mujeres: --
- “NUEVO CAMINO” Número de Miembros: Hombres: 50 Mujeres: 01
- “4 DE FEBRERO” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: -- “DIVINA
LUZ” Número de Miembros: Hombres: 14 Mujeres: 04
- “PERIFÉRICO SUR” Número de Miembros: Hombres: 86 Mujeres: 03

- PAZ Y PROGRESO” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: --
 - “LIBERACIÓN” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: 02
 - “07 DE JUNIO 94” Número de Miembros: Hombres: 09 Mujeres: 01
 - “NAVE DE SALVACIÓN” Número de Miembros: Hombres: 10 Mujeres: 03
 - “MI ÚLTIMA OPORTUNIDAD” Número de Miembros: Hombres: 11 Mujeres: --
 - “LUZ Y VIDA MESQUITAL” Número de Miembros: Hombres: 07 Mujeres: -
-
 - “RENACER EN VILLA LOBOS” Número de Miembros: Hombres: 12 Mujeres: 01
 - “GUAJITOS” Número de Miembros: Hombres: 18 Mujeres: 02
 - “CIUDAD REAL” Número de Miembros: Hombres: 40 Mujeres: --
 - “GLORIOSO AMANECER” Número de Miembros: Hombres: 03 Mujeres: --
 - “INDEPENDENCIA EN GUAJITOS” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: --
 - “13 DE OCTUBRE” Número de Miembros: Hombres: 18 Mujeres: 04
 - “UNA LUZ EN EL BUCARO” Número de Miembros: Hombres: 11 Mujeres: 02
 - “TRES LEGADOS” Número de Miembros: Hombres: 26 Mujeres: 02
 - “ALFA Y OMEGA” Número de Miembros: Hombres: 55 Mujeres: 03
 - “PAZ DEL HOGAR” Número de Miembros: Hombres: 10 Mujeres: 01
 - “UNIDAD” Número de Miembros: Hombres: 13 Mujeres: 02
 - “REENCUENTRO” Número de Miembros: Hombres: 37 Mujeres: 03
 - “BELLOS HORIZONTES” Número de Miembros: Hombres: 40 Mujeres:--
 - “LIBERTADOR” Número de Miembros: Hombres: 18 Mujeres: --
 - “880” Número de Miembros: Hombres: 35 Mujeres: --
- Grupos z.9, 10, 13 y 14
 - “COMITÉ DE ÁREA”
 - “Oficina de Servicio local Inter. Grupo”
 - “FÉNIX”
 - “REFORMA”
 - “ESPERANZA

- “CIUDAD VIEJA”
 - “LA SANTA FE”
 - “CAMINOS DE FELICIDAD”
 - “11 DE SEPTIEMBRE”
 - “EXPERIENCIA ESPIRITUAL”
 - “ZONA 14”
 - “GUADALUPANO”
 - “PAZ Y AMOR”
- Grupos z.19
 - “GRAN ESPERANZA” Número de Miembros: Hombres: 28 Mujeres: --
 - “SANTA MARTA” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: 03
 - “FLORIDA” Número de Miembros: Hombres: 17 Mujeres: 01
 - “REGLA DE ORO” Número de Miembros: Hombres: 15 Mujeres: --
 - “MI ÚLTIMA OPORTUNIDAD” Número de Miembros: Hombres: 20 Mujeres: 02
 - “MUJERES EN ACCIÓN” Número de Miembros: Hombres: 4 Mujeres: 04
 - “4 DE ENERO 98” Número de Miembros: Hombres: 5 Mujeres: --

11.2 Test de Audit

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista.	
<p>Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el audit diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.</p>	
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p> <input type="text"/>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(3) 10 o más</p> <input type="text"/>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</p> <input type="text"/>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año</p> <input type="text"/>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año.</p> <input type="text"/>

Fuente: Cuestionario de identificación de los Trastornos debidos al alcohol. OMS

11.3 Test de Cage

Cuestionario de CAGE		
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería de beber menos? (Cut down)	Si	No
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber? (Annoyed)		
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber? (Guilty)		
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca? (Eye-opener)		
Nota: se considera positivo a partir de dos respuestas afirmativas.		

Fuente: De Erwing. Versión en español: Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico de alcoholismo. *Drogalcohol* 1986; 11:132-139.

11.4 Test auto diagnóstico de A.A.

Test para el auto diagnóstico de A. A. ¿Es A.A. para usted?		
1. ¿Ha tratado alguna vez de dejar de beber durante una semana o más, sin haber podido cumplir el plazo? La mayoría de los A.A. hicimos todo tipo de promesas a nosotros mismos y a nuestras familias. No pudimos cumplirlas. Luego llegamos a A.A., y A.A. nos dijo: Trate de no beber hoy. (Si no bebe hoy, hoy no se emborrachará.)	Sí	No

<p>2. ¿Le fastidian los consejos de otras personas en cuanto a su forma de beber, le gustaría que dejaran de entrometerse en sus asuntos? En A.A. no decimos a nadie lo que tiene que hacer. Hablamos simplemente de nuestras experiencias con la bebida, los líos en que nos metíamos, y cómo logramos dejar de beber. Nos agradecería ayudarlo si así lo desea.</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>3. ¿Ha cambiado de una clase de bebida a otra con objeto de evitar emborracharse? Intentamos multitud de trucos. Nos hacíamos bebidas suaves. Tomábamos solamente cerveza. No tomábamos cócteles. Bebíamos solamente los fines de semana. Todo lo que se pueda imaginar, ya lo hemos probado. Pero si tomábamos algo que contuviera alcohol, generalmente acabábamos por emborracharnos.</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>4. ¿Se ha tenido que tomar algún trago al levantarse por la mañana durante el año pasado? ¿Necesita un trago para ponerse en marcha, o para quitarse los temblores? Esta es una indicación bastante segura de que usted no es un bebedor "social".</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>5. ¿Tiene envidia de las personas que pueden beber sin meterse en líos? Casi todos nosotros nos hemos preguntado alguna vez por qué no somos como la mayoría de la gente, que pueden realmente tomarlo o dejarlo.</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>

<p>6. ¿Ha tenido algún problema relacionado con la bebida durante el año pasado?</p> <p>¡Sea sincero! Los médicos dicen que si se tiene un problema con el alcohol y se sigue bebiendo, el problema va a empeorar, nunca mejorar. Al final, morirá, o acabará en una institución para pasar confinado lo que le quede de vida. La única esperanza está en dejar de beber.</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>7. ¿Ha causado su forma de beber dificultades en casa?</p> <p>Antes de llegar a A.A., casi todos solíamos decir que lo que nos impulsaba a beber eran nuestros problemas familiares o las personas con quienes vivíamos. No se nos ocurrió nunca que la bebida lo hacía todo cada vez peor, que nunca solucionó problema alguno.</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>8. ¿Trata usted de conseguir tragos "extras" en las fiestas, por temor de no tener suficiente?</p> <p>La mayoría de nosotros solíamos tomarnos "unos cuantos" tragos antes de ir a una fiesta, si creíamos que no nos iba a bastar la ración. Y si no nos servían con la suficiente rapidez, íbamos a otra parte para conseguir más.</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>9. ¿Persiste usted en decir que puede dejar de beber en el momento que quiera, a pesar de que sigue emborrachándose cuando no quiere?</p> <p>Muchos de nosotros nos engañábamos diciendo que bebíamos porque queríamos beber. Después de unirnos a A.A., llegamos a saber que una vez que empezábamos a beber, no podíamos parar.</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>10. ¿Ha faltado a su trabajo o a la escuela a causa de la bebida?</p> <p>Muchos de nosotros ahora reconocemos que a menudo nos ausentábamos "por estar enfermos" cuando en realidad estábamos</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>

con resaca o borrachos.		
<p>11. ¿Ha tenido "lagunas mentales"?</p> <p>¿Ha pasado horas o días bebiendo sin poder acordarse de lo que hizo o qué le pasó? Al llegar a A.A., descubrimos que esa era una indicación bastante segura del alcoholismo.</p>	Sí	No
<p>12. ¿Ha pensado que llevaría una vida mejor si no bebiera?</p> <p>Muchos de nosotros empezamos a beber porque la bebida hacía que la vida nos pareciera más agradable, al menos por algún tiempo. Luego nos sentimos atrapados. Estábamos bebiendo para vivir y viviendo para beber. Estábamos hartos de estar hartos y recurrimos a A.A.</p>	Sí	No

Fuente: Alcoholics Anonymus World Services, INC.

11.5 Consentimiento informado



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

No. de boleta: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos un grupo de estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala de la Facultad de Ciencias Médicas y nos encontramos realizando un estudio de investigación de Tesis para poder optar al Título de Médico y Cirujano en grado de Licenciatura. El proyecto se titula: “Factores de inicio y abandono del consumo de alcohol en mujeres a realizarse en los grupos de Alcohólicos Anónimos Ciudad Vieja, Ciudad de Plata, Periférico Sur, Fénix, San Martín, Esperanza, Tipografía Nacional, Reflexión, Rescate Femenino, Divina Providencia, Serenidad 13 calle y Utatlán, en el municipio de Guatemala Junio-Julio 2016”.

El objetivo de nuestro estudio es poder llegar a describir las principales características de la mujer Guatemalteca que es miembro activo de algún grupo de Alcohólicos Anónimos y poder dar a conocer un poco más acerca del alcoholismo como una enfermedad. Para desarrollar esta investigación se necesita hacer una recolección de datos previa sobre datos personales de las personas que voluntariamente decidan participar en el estudio.

A continuación se le realizará una entrevista para obtener los datos necesarios para el estudio. Se le pedirá que por favor nos suministre algunos datos personales, los cuales no serán divulgados, ni tampoco serán usados con fines diferentes a los del estudio de nuestro proyecto de investigación, en todo momento se mantendrá el anonimato y se resguardarán los datos para su análisis y futura presentación sin mencionar nombres o información que pueda poner en peligro su integridad física.

La participación en el estudio es voluntaria por lo que se explica que en cualquier momento usted puede decidir no participar sin necesidad de dar explicación alguna del porque se retira del estudio.

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Estoy de acuerdo en colaborar y participar en la investigación, así como de proporcionar los datos que sean preguntados en el documento de recolección de datos.

Mi participación es voluntaria por lo cual, y para que así conste, firmo este consentimiento informado junto al investigador que me proporcione la información.

Firma del participante: _____ Firma del investigador: _____

11.6 Instrumento de recolección de datos



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

No. de Correlativo: _____

No. de boleta: _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrucciones: la siguiente encuesta consiste de cuatro secciones. Cada sección presenta varias preguntas y cada una con múltiples respuestas, marque con una X la respuesta que más le parezca.

Sección 1: Características epidemiológicas

1. ¿Qué edad tiene?	Años
---------------------	------

2. ¿Cuál es su estado civil?	Casada	
	Soltera	
	Unida	

3. ¿Cuál fue su lugar de nacimiento?	Departamento
	Otro

4. ¿Cuál es su lugar de residencia?	Municipio del departamento de Guatemala
	Otro

5. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?	Ninguno	
	Primaria	
	Básico	
	Diversificado	
	Universitario	
	Especifique cual:	

6. ¿A qué se dedica?	
----------------------	--

*Tabla para uso exclusivo del investigador

Directores o gerentes de empresas	
Profesionales científicos	
Técnicos y profesionales a nivel medio	
Personal de apoyo administrativo	
Trabajadores y vendedores de comercios o mercado	
Agricultores, agropecuarios y pesqueros	
Operarios y artesanos de artes mecánicas	
Operadores de máquinas y ensambladores	
Ocupaciones elementales	
Ocupaciones militares	
Estudiantes	
Ama de casa	

7. ¿A qué edad inicio a consumir alcohol?	Años
---	------

8. ¿Tiene algún familiar cercano que padezca o haya padecido de alcoholismo?	No	
	Si	
	¿Quién?	Padres
		Tíos
		Hermanos
	Abuelos	

Sección 2: Factores que predisponen el inicio de consumo de alcohol

9. ¿Ha sufrido usted algún tipo de violencia?	No	
	Si	
	¿Qué tipo?	Física
		Sexual
		Psicológica
	Otro	

10. Si su respuesta anterior fue afirmativa ¿Cree usted que fue un factor determinante para iniciar a consumir alcohol?	No	
	Si	

11. ¿Padece usted de algún trastorno psiquiátrico que haya sido diagnosticado por un médico?	No		
	Si		
	¿Cuál?	Depresión	
		Trastorno bipolar	
		Ansiedad	
	Esquizofrenia		
	Otro		

12. Si su respuesta anterior fue afirmativa ¿Cree usted que fue un factor determinante para iniciar a consumir alcohol?	No	
	Si	

13. ¿Cree usted que alguna de las siguientes situaciones influyo para iniciar a consumir alcohol? (puede escoger más de una si usted así lo considera)	No		
	Si		
	¿Cuáles?	Violencia familiar	
		Divorcio	
		Perdida de un ser querido	
		Falta de afecto	
		Baja autoestima	
	Problemas económicos		
	Otra		

14. ¿Cree usted que alguna de las siguientes situaciones fue factor determinante para iniciar a consumir alcohol? (puede escoger más de una si usted así lo considera)	No		
	Si		
	¿Cuáles?	Disponibilidad de la bebida	
		Fomento del consumo y abuso	
		Presión social	
	Otro		

Sección 3: Factores que motivan al abandono de consumo de alcohol

15. ¿Tuvo usted alguna relación interpersonal que la motivara abandonar el consumo de alcohol?	No	
	Si	
	¿Qué tipo?	Sentimental
		Familiar
		Amistosa
		Otra

16. ¿Fue un embarazo el motivo por el cual usted dejó de consumir alcohol?	No	
	Si	

17. ¿Fue alguna de las siguientes enfermedades lo que hizo que abandonara el consumo de alcohol?	No	
	Si	
	¿Cuáles?	Hepatopatías
		Pancreatitis
		Cáncer (estomago/hígado/mama)
		Problemas digestivos
	Otra	

18. Si ninguna de las opciones anteriores lo motivaron a dejar de consumir alcohol, especifique aquí cual fue su motivación para dejar de consumir alcohol y buscar ayuda:

Sección 4: Recaídas durante el proceso de recuperación

19. ¿Durante su proceso de recuperación en el programa de A.A. ha sufrido alguna recaída?	No	
	Si	

20. Si su respuesta anterior fue afirmativa, ¿Cuántas?	
--	--

11.7 Instrumento de recolección de datos

Tabla 11.1

Distribución de la mujer miembro activo de Alcohólicos Anónimos según características epidemiológicas en el municipio de Guatemala durante los meses de junio y julio del año 2016.

Características epidemiológicas		Frecuencia	Porcentajes
Edad	18-19 años	1	1
	20-24 años	6	6
	25-29 años	19	18
	30-34 años	6	6
	35-39 años	10	9
	40-44 años	9	8
	45-49 años	12	11
	50-54 años	16	15
	55-59 años	10	9
	60- 64 años	13	12
	65-69 años	5	5
	70 o > años	0	0
Estado civil	Soltera	57	53
	Casada	27	25
	Unida	23	22
Procedencia	Alta Verapaz	0	0
	Baja Verapaz	0	0
	Chimaltenango	2	2
	Chiquimula	0	0
	Petén	1	1
	El Progreso	2	2
	Quiché	0	0
	Escuintla	1	1
	Guatemala	81	75
	Huehuetenango	1	1
	Izabal	1	1
	Jalapa	1	1
	Jutiapa	1	1
	Quetzaltenango	0	0
	Retalhuleu	0	0
	Sacatepéquez	0	0
	San Marcos	1	1
	Santa Rosa	1	1
	Sololá	2	2
	Suchitepéquez	1	1
Totonicapán	0	0	
Zacapa	2	2	
Otro	9	8	

Residencia	Amatitlán	0	0
	Chinautla	0	0
	Chuarrancho	0	0
	Ciudad de Guatemala	87	81
	Fraijanes	2	2
	Mixco	5	4
	Palencia	0	0
	San José del Golfo	0	0
	San José Pinula	0	0
	San Juan Sacatepéquez	1	1
	San Miguel Petapa	2	2
	San Pedro Ayampuc	0	0
	San Pedro Sacatepéquez	0	0
	San Raymundo	0	0
	Santa Catarina Pinula	2	2
	Villa Canales	2	2
	Villa Nueva	4	4
Otro	2	2	
Escolaridad	Ninguno	3	3
	Primaria	19	18
	Básicos	10	9
	Diversificado	23	21
	Universitario	52	49
Ocupación	Directores o gerentes de empresas	6	6
	Profesionales científicos e intelectuales	30	28
	Técnicos y profesionales de nivel medio	2	2
	Personal de apoyo administrativo	5	5
	Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	22	20
	Agricultores, agropecuarios, forestales y pesqueros	0	0

	Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	1	1
	Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	0	0
	Ocupaciones elementales	8	7
	Ocupaciones militares	0	0
	Estudiantes	7	7
	Ama de casa	26	24
Edad de inicio de consumo de alcohol	7-9 años	2	2
	10-14 años	45	42
	15-19 años	41	38
	20-24 años	14	13
	25-29 años	2	2
	30-34 años	0	0
	35-39 años	2	2
	40-44 años	1	1
Antecedentes familiares de alcoholismo	Si	92	86
	No	15	14
	Padres	52	57
	Hermanos	45	49
	Tíos	31	34
	Abuelos	43	47
	Otros	0	0

*Dentro de las características epidemiológicas se observa que el rango de edad comprendido entre los 18 a los 29 años representa el 25% del total de mujeres.