

PERFIL SOCIAL, DE SALUD, DE CONSUMO Y PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO DE UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS EN PROCESO DE RECUPERACIÓN, MEDELLÍN, COLOMBIA

*Matilde Álvarez-Gómez¹
German Valencia-Prieto²*

El alcohol causa anualmente 2.5 millones de muertes, es factor de riesgo para sufrir alguna enfermedad trasmisible, su consumo trae consecuencias negativas en todos los ámbitos. En este estudio descriptivo, el objetivo fue determinar las características sociales, de salud, de consumo y la percepción sobre el tratamiento de rehabilitación en personas alcohólicas. La información se recolecto a través de una encuesta para conocer variables sociales y de salud y una entrevista semiestructurada para determinar la percepción del tratamiento. La mayoría de las personas fueron hombres, de clase media que iniciaron el consumo a los 11 años de edad y cuya comorbilidad psiquiátrica más frecuente fue la depresión. Percibían el tratamiento como un bienestar.

Descriptores: Alcoholismo; Rehabilitación; Factores Socioeconómicos; Factores Epidemiológicos.

¹ Especialista en farmacodependencia, Profesor Investigador, Facultad de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

² Especialista en Salud Ocupacional, Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Correspondencia:

Matilde Álvarez Gomez
Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de Ciencias de la Salud
Facultad de Enfermería
Calle 78B numero 72A-109
Medellín, Colombia
E-mail: matilde.alvarez@upb.edu.co

PERFIL SOCIAL, DE SAÚDE, DE CONSUMO E PERCEPÇÃO DO TRATAMENTO DE UM GRUPO DE ALCOÓLICOS EM PROCESSO DE RECUPERAÇÃO, MEDELLÍN, COLÔMBIA

O álcool causa 2,5 milhões de mortes anualmente, é fator de risco para quem sofre alguma enfermidade transmissível, seu consumo traz consequências negativas em todos os âmbitos. O objetivo deste estudo descritivo foi determinar as características sociais, de saúde, de consumo e a percepção sobre o tratamento de reabilitação em pessoas alcoólicas. A informação foi coletada através de um questionário para conhecer variáveis sociais e de saúde, e uma entrevista semiestruturada para determinar a percepção do tratamento. O perfil da maioria das pessoas era homens de classe média que começaram a consumir aos 11 anos de idade e que apresentavam a depressão como comorbidade psiquiátrica mais frequente. Viam o tratamento como uma questão de bem-estar.

Descritores: Alcoolismo; Reabilitação; Fatores Socioeconômicos; Fatores Epidemiológicos.

SOCIAL, HEALTH AND CONSUMPTION PROFILES AND PERCEPTIONS OF TREATMENT IN A GROUP RECOVERING ALCOHOLICS, MEDELLÍN, COLOMBIA

Alcohol is responsible for 2.5 million deaths annually and is a risk factor in certain communicable diseases. The negative of its consumption can be felt in all areas of life. The object of this descriptive study was to determine the social, health and consumption characteristics and the perceptions of rehabilitation treatment in alcoholics. The information was collected using a questionnaire for the social and health variables and a semi-structured interview to determine perceptions of treatment. The majority were male, middle class and had begun consuming alcohol at 11 years of age, with depression being the most common psychological comorbidity. They perceived treatment as welfare.

Descriptors: Alcoholism; Rehabilitation; Socioeconomic Factors; Epidemiologic Factors.

Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) calcula que el uso crónico de alcohol causa anualmente 2,5 millones de muertes, dicho consumo ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de mala salud en el mundo y es uno de los cuatro factores de riesgo para sufrir alguna enfermedad no transmisible, las cuales son susceptibles de prevención; hay indicios de que dicho uso contribuye a aumentar la carga de morbilidad relacionada con enfermedades transmisibles (tuberculosis, HIV) ⁽¹⁾.

El consumo crónico de alcohol es un problema de salud pública que tiene consecuencias

perjudiciales para la salud. Según la OMS el abuso de alcohol es una de las principales causas de muerte por accidentes en el mundo, está relacionado con enfermedades como la cirrosis hepática, los trastornos mentales, las enfermedades neurológicas, varios tipos de cáncer y con infecciones ⁽²⁾.

En Colombia la prevalencia de abuso de alcohol para el año 2008 fue de 6,7% y la de dependencia de 2,3%. La edad de inicio en el consumo de alcohol para ese mismo año fue de 15,1 años con DE 3; el 12,2% de los colombianos realizaron un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol; el grupo etario que tiene mayor riesgo

de consumo perjudicial de alcohol se encuentra comprendido entre 18 y 24 años. Aunque existen informaciones indicando una mayor frecuencia en los estratos económicos 5 y 6 (altos), sin embargo el uso donde existe más riesgo o mayor perjuicio es en los estratos 1 y 2 (bajos) ⁽³⁻⁴⁾.

De acuerdo a las características sociodemográficas de las personas que acuden a grupos de apoyo de alcoholismo, se ha encontrado, que el promedio de edad es de 48,7% años con una DE 10,9 años, el 86,9% eran de sexo masculino; el 42% habían cursado educación básica, el 50,6% estaban casados y el 75,9% estaban empleados ⁽⁵⁻⁷⁾.

Un estudio realizado en un programa de asistencia a alcohólicos de una ciudad de Brasil encontró que el promedio de edad de inicio de esta sustancia fue 15,91 años con DE 5,43, el 67,9% usaba además del alcohol marihuana, 67,1% cocaína y 58,1% tabaco, el 63,7% tuvieron un trastorno mental dual, el tipo de bebida más consumida fue la cachaça (contenido de alcohol de 38% a 51%) ⁽⁸⁾.

Con relación al tratamiento de recuperación del alcoholismo, un estudio que comparó la gravedad de la adicción y la recuperación en grupos de autoayuda con otro grupo que recibió tratamiento de rehabilitación, encontró que el 50% de las personas de autoayuda se mantuvieron en abstinencia, mientras que los que recibieron tratamiento se mantuvieron en abstinencia en el 93,75% ⁽⁹⁾.

Las comorbilidades físicas más frecuentes descritas en un grupo de alcohólicos fueron, la hipertensión arterial con 33,1%, le siguen enfermedades gastrointestinales con 30,6% y diabetes 8,8%. Las comorbilidades mentales más frecuentemente comunicadas en esta investigación fueron el tabaquismo 58,1%, la depresión 8,8% ⁽⁸⁾.

Con relación a la comorbilidad psiquiátrica, investigaciones realizadas en Colombia han revelado la asociación estadística entre alcoholismo y depresión y viceversa; es así, como un estudio realizado en población general de este país se halló que consumir alcohol es factor de riesgo para depresión con un OR de 2,6 ⁽¹⁰⁾.

En estudio sobre alcoholismo en población universitaria encontró asociación positiva OR 3.33 entre CAGE (Cut Annoyed Guilty Eyes) positivo y síntomas severos de depresión ⁽¹¹⁾.

En alcohólicos en proceso de desintoxicación de este mismo país (Colombia) se hallaron una prevalencia total de los síntomas de ansiedad en el 65,5% y depresivos en el 75,9%, siendo mayor los síntomas de ansiedad en mujeres que en hombres ⁽¹²⁾.

Otro estudio comparativo entre alcohólicos que recibían y no recibían tratamiento desvelaron ventajas personales y socio-familiares para los que recibían tratamiento, tales como: mayor escolaridad, estabilidad laboral, más integración familiar y amplio conocimiento de la enfermedad ⁽⁹⁾.

La presente investigación tuvo como objetivo describir las variables sociales, de salud, consumo de 13 personas alcohólicas que asistían a un grupo de recuperación ambulatorio de una clínica privada de la ciudad de Medellín Colombia. Dicho trabajo fue ejecutado por el grupo de investigación en cuidado perteneciente a la Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana. Para la profesión de enfermería es importante el trabajo, ya que son estos profesionales los encargados de planear y ejecutar los cuidados que sean requeridos de acuerdo a las necesidades de estas personas, por otra parte los enfermeros hacen parte fundamental en el grupo interdisciplinario encargado de la rehabilitación y reinserción social del enfermo alcohólico, por su formación en ciencias sociales y humanas están capacitados para liderar grupos educativos, de motivación y de asesoría de alcohólicos y de dependientes de otras sustancias.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, transversal mixto es decir, que se utilizó metodología cuantitativa y cualitativa; esta última con el fin de describir la situación dando significado e interpretaciones a lo expresado por las personas alcohólicas en tratamiento de rehabilitación.

La muestra fue no probabilística a conveniencia, constituida por 13 personas alcohólicas de ambos sexos mayores de 18 años que asistían a un grupo de rehabilitación, que llevaban más de 6 meses de abstinencia y que aceptaron participar en el estudio.

Para recolectar la información cuantitativa se utilizó un instrumento construido por los

investigadores basado en los objetivos y la operacionalización de las variables; a través de ella se conocieron las características sociodemográficas, de consumo de alcohol, de salud y comorbilidad psiquiátrica, dicho instrumento se aplicó a las historias clínicas de cada uno de las personas que participaron en el estudio, algunos datos no registrados se consultaron directamente a los pacientes.

El componente cualitativo, se averiguó a través de una entrevista semiestructurada, que tuvo un guión previo elaborado por los investigadores de acuerdo a los objetivos y de la revisión de la literatura. Las preguntas orientadoras fueron: ¿Cómo percibe que el grupo terapéutico le ha ayudado en su recuperación?; ¿Cómo percibe que los compañeros (grupo de pares) le han aportado para su recuperación?; ¿Cómo le ha ayudado la familia en su recuperación? y ¿Cómo percibe el tratamiento con disulfiram (antabuse)?

Los datos de la encuesta se tomaron de la historia clínica de la última consulta; posteriormente se citó a cada una de las personas a un sitio privado con el fin de realizar la entrevista.

Con el total de las encuestas se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 14 y en este mismo programa se calcularon las frecuencias absolutas y relativas para las variables nominales y medidas de tendencia central para las cuantitativas.

Las entrevistas se grabaron en formato MP3; previo consentimiento de los entrevistados, fueron transcritas y leídas en forma individual, analizadas a nivel semántico, fragmentadas en tablas y matrices de texto y categorizadas. Durante todo el proceso de investigación se preservaron los principios éticos de beneficencia, respeto y justicia, se consideró el proyecto de riesgo mínimo para la salud según la resolución número 008430 del 4 de octubre de 1993, emanada por el Ministerio de Salud de la República de Colombia⁽¹³⁾.

Resultados

El grupo terapéutico investigado estuvo integrado por una trabajadora social, un médico psiquiatra, un médico toxicólogo y varios estudiantes y docentes del área de la salud (medicina y enfermería).

Según las características sociodemográficas se encontró que: la mayoría eran hombres 84,6%, el promedio de edad fue de 56 años, la persona menor tenía 43 años y la mayor 72 años; la mayoría vivían en estrato medio (76%); 23,1 % habían cursado estudios en educación primaria incompleta, 7% primaria completa, 23,1% secundaria incompleta y 7,7% secundaria completa. El 30,8% habían cursado educación universitaria completa; el 30,8% estaban jubilados por vejez y 15,4% estaban trabajando en el momento de realizar la encuesta, más de la mitad 53,9% vivían en una familia nuclear.

La edad promedio de inicio de consumo de bebidas alcohólicas fue de 11,1 años con una desviación estándar de 3,8 años. La edad promedio de la primera embriaguez fue de 12,3 años con una desviación 3,9; una persona se embriago la primera vez a los 7 años.

La bebida alcohólica más frecuentemente consumida es el aguardiente (bebida destilada) con 92,3%; le sigue la cerveza (bebida fermentada) con 61,5%, la menos consumida es el alcohol etílico con 46,2%.

El consumo más frecuente fue diario con 38%, seguida de varias veces a la semana y por rachas con 23,1% para ambas. El promedio en años de abstinencia del grupo fue de 6,1 años, los que más llevan en abstinencia son dos pacientes con 15,4 años.

Otras drogas no excluyentes consumidas por estas personas fueron: tabaco 76,9%; seguidos por derivados de la coca 30,8%, otros datos se encuentran en la tabla 1.

Al indagar sobre antecedentes de alcoholismo familiar, se encontró que casi todos 92,3% tenían hermanos que bebían alcohol en exceso, 76,9% tenían tíos, 69,2% tenían un padre en esta misma situación.

Con relación a los antecedentes psiquiátricos familiares excluyendo el alcoholismo se encontró que los que más antecedentes familiares tenían fueron los hermanos con 30,8%, seguidos por los padres y tíos con 14,4% para ambos.

En la historia clínica se encontró que 79,6% tenían comorbilidad psiquiátrica y 61,5 % comorbilidad física; su distribución se puede consultar en la Tabla 1.

Tabla 1 - Comorbilidad de personas alcohólicas en un tratamiento de rehabilitación ambulatorio de una clínica de Medellín, Colombia, 2012

	Numero	Porcentaje
Comorbilidad Psiquiátrica		
Depresión	8	61,5
Trastorno Afectivo Bipolar	2	15,4
Trastorno de ansiedad generalizada	1	7,7
Juego patológico	1	7,7
Comorbilidad física		
Enfermedades respiratorias	4	30,8
Hipertensión arterial	3	23,1
Hepatitis	1	7,7
Diabetes	1	7,7
Otras drogas consumida		
Tabaco	10	76,9
Cocaína	2	15,4
Pasta básica de coca	2	15,4
Marihuana (THC)	2	15,4

Todos los pacientes, el 100% tuvieron problemas familiares ocasionados por el alcoholismo, otros problemas sociales frecuentes fueron: económicos 84%, seguidos de laborales 76,9 %, escolares 38,5 % y 30,8 % legales.

Frente a la percepción del tratamiento, llama la atención la concepción que tiene cinco personas de las entrevistadas al conceptuar que el alcoholismo es una enfermedad; es de destacar, que en las preguntas orientadoras no se consideró este aspecto y surgió espontáneamente por parte de ellos. Algunas frases ilustrativas son las siguientes: *(Ya entendí que tenía una enfermedad y no un vicio)* E-5; *(si me tomo uno me entierran, antes me tomaba uno y volvía otra vez al hueco)* E-3; *(Es una enfermedad incurable se debe estar en guardia todos los días para no recaer)* E-10. *(Al principio tenía depresión muchos problemas físicos psicológico, mentales de vida, no recuerdo porque llegue...)* E-6

Algunos entrevistados concebían la vida antes del tratamiento como un caos. *(Yo acepto que no les gustaba salir conmigo porque era un borracho, me dormía)* E-3; *(la gente no me percibía tan vuelto una porquería más, yo sí)* E-7. *(Yo tomaba a cualquier; a toda hora sentía una depresión horrible, uno piensa quitarse la vida; tenía pensamiento de que bueno uno morirse, me encerraba, yo sé que si me tomo me voy para el hospital)* E-10; *(Ya entendí que tenía una enfermedad y no un vicio, en la casa teníamos reuniones auspiciada por una de mis hijas y decía que iba a cambiar dándome golpes de pecho; a los 3 días, la misma cosa. Fue un infierno, tomando solo de cantina en cantina)* E-9. *(Es una enfermedad incurable, se debe estar en guardia todos los días para no recaer uno puede recaer, uno puede recaer pero se puede parar y seguir adelante pero con la ayuda tenemos una fortaleza)* E-9

Con relación al tratamiento de rehabilitación, nueve pacientes lo relacionaron con bienestar y una nueva vida que les permitió recuperarse como personas. Algunas frases son: *(Es un pedacito de cielo para descansar, la lucha es muy dura)* E-1; *(Es lo mejor que me ha pasado en la vida, el haber encontrado a mi Dios y al grupo porque pude volver a vivir)* E-4; *(Es un cambio de vida completa)* E-6. *(Este grupo tiene más fortalezas que AA. Somos una familia y como familia seguimos adelante).* *(Lo mejor que me ha pasado en la vida, el haber encontrado a mi Dios y al grupo porque pude volver a vivir, he vuelto a vivir a ser otra persona, todo positivo; pude volver a vivir, me siento privilegiado; lo ayudan a uno a salir de este infierno, vivo enamorado del grupo)* E-13. *(El grupo bien conformado, muy profesional cada uno en su área, lo trabajan a uno a nivel, personal, como profesional como físicamente mentalmente, problemas salud mentales, culpabilidad; el grupo lo trabaja a uno, a nivel interdisciplinario; que me ayude en todo, el grupo lo trabaja a uno)* E-13.

Al hacer alusión a la ayuda en el tratamiento, siete de los pacientes vieron el equipo de profesionales como, bien cualificados académicamente, empáticos; las siguientes frases son ilustrativas: *(Ella le ayudan a liberar los estados de ánimo y en la vida personal)* E-2; *(Me invitó al grupo, con su ayuda he podido mantenerme sin alcohol ni drogas)* E-11; *La trabajadora social fue lo más importante* E-1; *(Si no fuera por ella yo estaría en el cementerio)* E-2. *(Sí, porque es que nosotros tenemos que entender que somos enfermos, al nosotros entender que somos enfermos, necesitamos la ayuda de un médico psiquiatra con las capacidades del doctor)* E-5. *(Ah... la trabajadora social, es la que más quiero, me abrió la puertas de su consultorio por un año completo es más, creo, que fue más de un año cada 8 días; me recuperó como persona, hijo y padre, hizo que yo recuperara a mi hija, la veo como una virgencita)* E-6.

Dios, según manifestaron seis las personas fue de gran apoyo y ayuda en el tratamiento, las siguientes frases surgieron espontáneamente. *(Sin ti nada soy Señor, respeto la forma de pensar de cada quien, con la mano de Dios, me tomo la medicación. Puedo actuar, hay que creer en un Dios.)* E-3. *(Encontré al Señor asisto a una iglesia cristiana, encontré al señor, Él me dio la oportunidad de seguir viviendo. Me bauticé en una iglesia, mi Dios me dio la oportunidad de seguir viviendo)* E-10.

El 61% de las personas estuvieron medicados con disulfiran (aversivo), de este medicamento, ellos manifestaron:

(El antabuse es una especie de talanquera, es una prevención, te puedes morir si tomas licor, hay que tomarla) E-4. *(Es para mí un arma poderosa)* E-5. *(Al principio yo estaba reacio al antabuse, yo empecé a tomarlo, yo lo tomaba de a uno, escaseó,*

entonces tomé medio, es una vitamina de vida, no es para no beber es una vitamina que da vida, no represivo, es algo positivo, debo compartir eso con el grupo) E-13. (Es el mejor regalo, tengo para 200 días, a una muchacha le regalé 30, pero no más, es mi salud, es una vitamina de vida que me ha hecho mucho bien en todo este tiempo, yo he sido fanático de las lociones, una vez me eche más de la cuenta y sentía la boca pesada, no volví a untarme loción) E-7.

Más de la mitad de los pacientes percibieron el grupo de compañeros como un apoyo que ayuda a conservar la abstinencia, algunas opiniones son: (Y entonces comencé a recibir de ellos las pautas) E-4. (Un grupo como ese no hay, están dispuestos a dar todo lo que saben, una vez me resultó un trabajo, preferí no ir a cuidar una finca que perder el grupo, si yo no hubiera conocido el grupo, no existiría ya) E-6.

Con relación de la ayuda de la familia para mantener la abstinencia, un paciente dice que no ha tenido ninguna tipo de ayuda (No tengo ayuda. No mi familia no ha hecho nada para ayudarme) E-3. Otros opinan que la familia al inicio del tratamiento no creía que esto fuera a resultar, puesto que habían sufrido mucho, tenían desconfianza, pero ahora los apoyan y se sienten orgullosos de ellos. (La familia es fundamental, las veces que no estuve sufrí demasiado, me acompañan, en las reuniones, las hijas me ayudaron mucho, "papi pa'adelante"). (La familia no me creía, la familia miraba con desconfianza, pensaban que estaba payaciando, ahora la familia ha reconocido que no es así; vieron cambios en el estado físico, en los comportamientos, en la capacidad afectiva; ya me hablan, me saludan, antes no, eso me ayuda a aumentar la autoestima, ellos no creían que yo fuera a salir de ese hueco, ¡mi pobrecita mamá!, es rencorosa pero yo soy el que tengo que lograr lo) E-1.

Discusión

Las personas estudiadas tienen características sociodemográficas que pueden intervenir como coadyuvante en la abstinencia, como son, pertenecer a estrato económico medio, tener escolaridad media, estar casados, tener trabajo o ser jubilado. Se sabe que tener un sitio donde vivir, tener trabajo, puede disminuir la posibilidad de recaídas en personas dependientes de drogas⁽¹⁴⁾; otros estudios han hallado que las personas en proceso de rehabilitación tienen mayor estabilidad laboral, mejor remuneración y mejor conocimiento de la enfermedad⁽⁹⁾. El promedio de edad de inicio en las bebidas alcohólicas de estas

personas, es menor que la indicada en estudios, en población general Colombiana⁽³⁾ y menor si se compara con otro estudio en alcohólicos en otros países, cuya edad de inicio fue en edades comprendidas entre 14 y 19 años⁽⁸⁾.

La droga más consumida por los alcohólicos que nos ocupa es el tabaco, dato similar a los informes de otros estudios, que la presentan como la más consumida hasta en un 93% de las personas alcohólicas⁽⁸⁾.

Un porcentaje alto de estas personas tuvieron parientes de primer grado de consanguinidad con antecedentes de ser bebedores excesivos, otros investigadores han observado un comportamiento similar, ya sea por actitudes familiares que favorecen el consumo o la influencia de un progenitor alcohólico⁽¹⁵⁾.

Frecuentemente los alcohólicos sufren de otros trastornos mentales duales, los más comunes son los afectivos dentro de los que está la depresión, un estudio ha reportado que existe asociación estadísticamente significativa entre CAGE positivo y síntomas de depresión con OR de 3,3⁽¹¹⁾. En alcohólicos en proceso de desintoxicación se encontraron prevalencia de síntomas depresivos de 75,9⁽¹²⁾. Igual que las dos investigaciones antes citadas, en la presente se halló que los trastornos mentales más frecuentes fueron la depresión con 61,5% y el trastorno afectivo bipolar con 15,4%; frecuencia inferior a los otros dos estudios posiblemente porque en los anteriores se aplicaron pruebas específicas diagnósticas, en cambio en esta, se tomó la información de los reportes clínicos.

Este estudio encontró que todos los pacientes tuvieron problemas familiares, situación similar a otros estudios, que informan de la destrucción del hogar⁽¹⁶⁾ y de sentimientos negativos de los hijos con relación a la figura de autoridad⁽¹⁷⁾; sin embargo, en la entrevista de las personas que nos ocupan algunos de ellos manifestaron que el tratamiento de rehabilitación les ayudó recuperar su rol familiar, esta es una de las ventajas descritas del tratamiento⁽¹⁸⁾.

El antabuse es un fármaco aversivo que se utiliza en persona con buena introspección, debe estar acompañado de tratamiento psicosocial para que sea efectivo. Más de la mitad de las personas investigadas estuvieron medicadas con este fármaco, para ellas era esencial para el

tratamiento, estos la percibían como un ayuda o barrera, todos hicieron buen uso del fármaco; comportamiento diferente a otro estudio que narra que los pacientes simulaban tomárselo pero lo tiraban o se lo tomaban y bebían, por lo cual terminaban hospitalizados⁽¹⁹⁾.

El alcoholismo es una enfermedad crónica⁽¹⁴⁾; nueve de las personas estudiadas percibían como una enfermedad y como un caos que les ocasionó pérdidas familiares y enfermedades mentales y física, está claro que estas personas conocían el concepto de alcoholismo como enfermedad, porque se trabaja en el proceso de rehabilitación. Igual que en esta investigación, otros indican que los alcohólicos perciben el alcoholismo como una enfermedad asociada a la tristeza, es incurable, grave y necesitan ayuda para recuperarse⁽²⁰⁾. Contrario a lo anterior, investigaciones en personas que no están en tratamiento no consideran el alcoholismo como una enfermedad, le atribuyen cualidades beneficiosas; esto indica carencia de introspección que es esencial en el proceso de recuperación de los adictos⁽²¹⁾.

Las personas estudiadas perciben el tratamiento como un bienestar y un cambio; estas descripciones están de acuerdo con la literatura que confirma que el tratamiento para la recuperación tiene muchas ventajas, como son, la mejora de la salud física y mental y la disminución de conflictos personales⁽¹⁸⁾.

El grupo terapéutico que trabaja con estos pacientes, es percibido, como empáticos y dignos de admiración; similar percepción tienen otras personas pertenecientes a un grupo de ayuda que los describen a todos como rosas (flores), le dan mucha importancia al trabajo interdisciplinario, y a la fortaleza del vínculo terapéutico⁽²⁰⁾. Para la mitad del grupo de estas personas la ayuda de Dios fue fundamental para sostener la abstinencia, es importante resaltar que uno de los dominios que se trabajan en la recuperación es la espiritualidad y la creencia en un ser superior⁽¹⁴⁾. Personas diferentes a las de este estudio, conceptúan que la ayuda Divina tiene una jerarquía superior a los grupos terapéuticos, Dios, dicen, es capaz de cambiar la vida; “primero Dios, después el amanecer del sol”⁽¹⁶⁾.

El grupo de compañeros lo describe estas personas, como un apoyo y una ayuda para estar en

abstinencia; este concepto está de acuerdo con los dominios de intervención para las personas alcohólicas que describen los grupos de paciente como indispensables para sostener la abstinencia y evitar recaídas⁽¹⁴⁾; y de otro estudio cualitativo, que opina que el grupo de ayuda es como una casa que protege a su familia, es un espacio libre de tentaciones, es un compartir en grupo, se intercambian experiencias y encuentran un cambio de camino⁽¹⁶⁾.

Conclusiones

A través de la ejecución de este estudio se puede concluir que estas personas tuvieron un inicio precoz del consumo de alcohol. El promedio de estas personas llevan tiempo largo en abstinencia. Algunos asumieron el rol familiar perdido por la enfermedad. El tratamiento de rehabilitación lo perciben como un cambio de vida total. Ven el alcoholismo como una enfermedad. Para ellos es importante el grupo de compañeros y el grupo terapéutico para sostener la abstinencia.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y salud pública en las Américas. Washington: OMS; 2007.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias para reducir el uso nocivo de alcohol: OMS; 2010.
3. Ministerio de la Protección Social (Colombia). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009.
4. Scoppetta O. Consumo de drogas en Colombia. En: Scoppetta O. Características y tendencias. Bogotá: Editorial Guadalupe; 2010.
5. Sánchez E, Tomas V, Molina N, Del Olmo R, Morales E. Procesos de cambio en conductas adictivas: influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones*. 2002;14(3):337-44.
6. Carballo J, Fernández J, Secades R, García O. Determinantes de la recuperación de los problemas de alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española. *Adicciones*. 2008;20(1):49-58.
7. Calvo P, Pérez A, Sacristan P, Paricio C. Terapia grupal en prevención de recaídas del

alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones*. 2009;21(1): 15-20.

8. Batista F, Machado A, Siqueria M. Alcoholism and comorbidity in an alcohol dependence therapeutic program. *SMAD, Rev Electr Saude Mental Alcool e Drogas*. [Internet]. 2010 [acceso 8 dez 2011];6(1):1-13. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762010000100006&script=sci_arttext

9. Carballo J, Fernández J, Secades R, Garcia O. Determinantes de la recuperación de los problemas de alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española. *Adicciones*. 2008;20(1):49-58.

10. Restrepo Bohórquez A, Pinto D, Sepulveda M. Prevalencia depresión y factores asociados con ella en población Colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16(6):378-86.

11. Rodríguez C, Dallos C, González S, Herrera Z, Martínez L, Rueda Jaimes G, et al. Asociación entre síntomas positivos de depresión y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(5):1402-7.

12. Cadavid J, Escobar F, Chica H. Prevalencia de ansiedad y depresión en alcohólicos hospitalizados para desintoxicación en Bogotá. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 2005;53(4):219-25.

13. Resolución 8430 de 1993 (CO). Título II de la investigación en seres humanos. Bogotá: Ministerio de Salud; octubre 1993.

14. Zapara M. Nueve dominios para la recuperación de la enfermedad por alcohol y drogas: principios y guías. Medellín: CARISMA; 2007.

15. Moral M. Fundamentos biopsicosociales del alcoholismo: complicaciones psiquiátricas del abuso de alcohol. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. *Drogodependencia*. 3ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009. p. 437-65.

16. Dantas dos Santos M, Grisi Veloso T. Alcoholismo representaciones sociales elaboradas por alcoholizados en tratamiento y por sus familiares. *Interface*. (Botucatu). 2008 Sep;12(26):619-34.

17. Cavadas CM, Fonte CA. A construccao narrativa da familia alcoolicos: contributos de um estudo qualitativo. *Psicol USP*. 2009;20(4):517-37.

18. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Principios de tratamientos para la drogadicción:

una guía basada en las investigaciones. Bethesda (MD): NIDA; 2006.

19. Nasi C, Hildebrandi L. Ser un adicto en la voz de sujetos dependientes de alcohol. *SMAD, Rev Electr Saude Mental Alcool e Drogas*. [Internet]. 2007 [acceso 18 dez 2013];3(2):1-17. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762007000200005&script=sci_arttext

20. Álvarez A. Representación social del alcoholismo en personas alcohólicas. *Psicol Estudios*. [Internet]. 2004 [acceso 18 dez 2012]; 9(2):151-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000200002&lng=en&nrm=iso. ISSN 1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000200002>.

21. Jahn A, Medianeira V, Rossato D, Santos de Oliveira S, Melo E. Grupo de ajuda como suporte aos alcoolista. *Esc Anna Nery*. 2007 Dec ;11(4):645-9.