

**Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del  
Plata**

Trastorno por Uso de Alcohol en Pacientes Hospitalarios: características socio-  
demográficas y barreras para la atención.

*Informe Final Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme  
O.C.S 553/2009.*

Alumno: Salomón Tomás (Mat. 11285/13). DNI 38684666

Supervisora: Dra. Cremonte, Mariana.

Co-Supervisora: Mg. Peltzer, Raquel Inés.

Grupo de Investigación: Sustancias Psicoactivas y Lesiones por Causa Externa

Fecha de presentación: 10/06/2019

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del alumno Tomás Salomón, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del autor.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por el alumno Tomás Salomón, matrícula N.º 11285/13, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los ... días del mes de .... del año 2019.

Firma, aclaración y sello del Supervisor:

Firma, aclaración y sello del Co – Supervisor:

Informe de evaluación del Supervisor y/o Co-Supervisor:

El estudiante Tomás Salomón, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata realizó este trabajo con compromiso y dedicación, cumpliendo con creces con los objetivos propuestos en el Plan de Trabajo. Llevó a cabo este trabajo de investigación con responsabilidad y cuidado por los aspectos éticos, y con la actitud crítica pertinente para la realización de un estudio de estas características.

Este trabajo reviste importancia para el estudio de las características de quienes presentan un Trastorno por Uso de Alcohol a nivel local, profundiza en una línea de investigación en la cual el grupo Sustancias Psicoactivas y Lesiones por Causa Externa se encontraba trabajando, y aporta información valiosa para el abordaje de esta problemática.

La valoración final del trabajo realizado es, de esta forma, ampliamente satisfactoria.

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por el alumno Tomás Salomón, matrícula N.º 11285/13.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la comisión asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:

## **Plan de Trabajo original**

<b>Índice General:</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen:</b>	<b>1</b>
<b>Palabras Claves:</b>	<b>1</b>
<b>Introducción:</b>	<b>1</b>
<b>Metodología</b>	<b>6</b>
Diseño	6
Muestra	6
Instrumentos	7
Procedimiento	8
<b>Análisis de datos</b>	<b>9</b>
<b>Resultados</b>	<b>10</b>
<b>Discusión</b>	<b>20</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>24</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>26</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>29</b>
<b>Anexo</b>	<b>30</b>

## *Resumen*

El consumo de alcohol es una gran problemática a nivel mundial ya que se encuentra asociado a más de 60 condiciones físicas de salud, así como a diversas consecuencias negativas a nivel psíquico y social. Una de las problemáticas de mayor gravedad asociada al consumo, es el Trastorno por Uso de Alcohol (TUA). Esta patología presenta múltiples consecuencias negativas, que se ven profundizadas por la dificultad para iniciar y llevar a cabo un tratamiento. El objetivo del presente trabajo es describir las características socio – demográficas de aquellos que, teniendo un TUA, se recuperaron espontáneamente y aquellos que no lo hicieron, las barreras que refieren los pacientes para la demora en la búsqueda de atención especializada, y el grado de deterioro funcional y malestar subjetivo que presentaron al momento de consultar. Se realizaron entrevistas a 53 pacientes ingresados a la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Hepatologías y Alcoholismo del HIGA Oscar E. Allende de la ciudad de Mar del Plata que presentaron este trastorno. Se discute acerca de los resultados hallados, considerando la necesidad de contar con abordajes de la problemática a nivel social, apuntando a la implementación de políticas públicas para reducir el consumo, y a la detección temprana del TUA en los centros de atención.

## *Palabras Clave*

Trastorno por Uso de Alcohol – Variables socio-demográficas – Barreras para la atención – Deterioro funcional – Malestar subjetivo

## *Introducción*

El consumo de alcohol es una gran problemática a nivel nacional y mundial ya que se encuentra asociado de manera directa a más de 60 condiciones de salud física, tales como hepatologías, o amnesias producidas por alcohol, y a más de 200 enfermedades de manera indirecta, tales como pancreatitis, enfermedades en el estómago, diversos tipos de cáncer, intoxicaciones, y lesiones, sumado a diversas consecuencias negativas a nivel psíquico y social. A dicha sustancia se le atribuyen el 5,3% de las muertes a nivel mundial durante el año 2016 (Organización Mundial de la Salud, 2018). Este mismo informe elaborado por la

Organización Mundial de la Salud refiere que el consumo per cápita de quienes consumen en nuestro país alcanza los 14,6 (20,1 en hombres, y 7,2 en mujeres) litros de alcohol puro, ubicándose dentro de los niveles más altos de la región.

En nuestro país, según el Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (SEDRONAR, 2017), el 81% de la población ha consumido alcohol por lo menos una vez en su vida, y el consumo actual alcanza al 53% de la población. Dicha encuesta muestra también un crecimiento en la prevalencia de consumo a lo largo de la vida, en comparación con el año 2010. El mencionado crecimiento se da tanto en hombres como en mujeres, y en todos los grupos etarios.

Una de las problemáticas más graves relacionadas con el consumo de esta sustancia psicoactiva es el desarrollo de un Trastorno por Uso de alcohol (TUA). Este es definido en el DSM 5 como una condición asociada a la ingesta frecuente de dicha sustancia en cantidades excesivas o durante períodos prolongados de la vida del individuo, y que presenta características psíquicas, conductuales y físicas tales como la tolerancia, el síndrome de abstinencia, y problemáticas a nivel familiar y social (American Psychiatric Association, 2013). En nuestro país, la prevalencia de Trastornos por Uso de Alcohol en el año 2016 fue de un 6,8 % (10,8 % en hombres, y 3 % en mujeres), ubicándose ligeramente por debajo de la media de la región (8,2%) (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Numerosas investigaciones realizadas en otros contextos evidencian una relación entre el desarrollo de un Trastorno por Uso de Alcohol y ciertas variables socio-demográficas. Según datos de la OMS, existen importantes diferencias de género en relación al consumo, así como a las muertes atribuibles al mismo (7,7% del total en hombres, y 2,6% del total en mujeres) (Organización Mundial de la Salud, 2018). Esto se explica, según el mismo informe, a partir del menor porcentaje de mujeres que consumen alcohol, y porque aquellas mujeres que consumen lo hacen en menores cantidades que los hombres. Por otra parte, dentro de la población que presenta un TUA, las mujeres suelen consultar más rápido que los hombres, en relación al tiempo que pasó desde el inicio del consumo, por problemas asociados al uso de alcohol (McHugh, Votaw, Sugarman, & Greenfield, 2017). Esta misma revisión plantea que existen ciertas barreras específicas para las mujeres a la hora de buscar tratamiento, entre las cuales se encuentran un mayor estigma social, la necesidad de dedicarse al cuidado de los niños, y la falta de apoyo familiar. Estos motivos por los cuales las personas no consultan ante la presencia de un TUA complejizan la patología en sí misma y su tratamiento, ya que conducen a un mayor deterioro en las distintas áreas vitales.

También los motivos que llevan a una persona a no consultar por su problema con el consumo de alcohol presentarían variaciones sociodemográficas. En un estudio realizado en los Estados Unidos con población general, se encontró que un 82,7 % de los entrevistados que manifestaron tener o haber tenido problemas con el alcohol no buscó ayuda por barreras de tipo actitudinal (no pensaban que tenían un problema; no pensaban que el problema era tan serio; les daba vergüenza hablarlo con alguien; tenían miedo a las reacciones de sus jefes y/o familiares; etc.), mientras que un 31,8 % no buscó ayuda por motivos asociados a la disposición hacia el cambio (dejar de beber con ayuda de familiares o amigos; no tener intenciones de dejar de beber), y un 28,7 % manifestó no haber buscado ayuda por motivos estructurales (su obra social no cubría el tratamiento, no sabían dónde consultar, etc.) (Verissimo & Grella, 2017).

Otro estudio con población rural estadounidense encontró que los factores que se enunciaban como barreras para la atención podían dividirse en cuatro grupos: falta de disponibilidad de servicios de tratamiento, problemas con el acceso a las últimas tecnologías (por ejemplo, utilización de videos informativos sobre el tema grabados en VHS con mala calidad por parte de organizaciones rurales, falta de acceso a internet, etc.), el alto costo del tratamiento y el estigma asociado a la búsqueda de ayuda por problemas con el consumo (Browne, et al., 2016).

Estas barreras para la atención no resultan un detalle menor cuando se trabaja con TUA, ya que solo un 10% busca ayuda (Cohen, Feinn, Arias & Kranzler, 2007)(Substance Abuse and Mental Health Administration, 2014). Sin embargo, esto no garantiza que ese 10% acceda a, y realice un tratamiento exitoso, ni tampoco implica que el otro 90% no tenga posibilidades de dejar atrás esta patología; de hecho, una parte de quienes poseen un TUA se recupera espontáneamente. Esto implica que, sin mediar un tratamiento específico estos pacientes pueden reducir o abandonar el consumo y lograr alcanzar un patrón de ingesta de alcohol menos dañino que el que sostenían. En relación a esto, existen en la literatura estudios que avalan la existencia de diferencias entre aquellos que padecieron un Trastorno por Uso de Alcohol y se recuperaron naturalmente, y aquellos que no lo hicieron. Estas diferencias son de tal carácter que han derivado en lo que se denomina la tesis de “los dos mundos” en el universo de quienes poseen un TUA (Storbjörk & Room, 2008). En relación a estas diferencias, en población universitaria local, se ha encontrado que aquellos que buscaron tratamiento presentaban un Trastorno por Uso de Alcohol más severo que aquellos que se recuperaron espontáneamente (Conde, Lichtenberger, Santángelo & Cremonte, 2016). A nivel internacional, existen diversos estudios que trabajan acerca de estas diferencias. En cuanto a

las características socio-demográficas, se ha encontrado que aquellos que buscan tratamiento suelen ser personas de mayor edad, con más años de educación formal, y que han trabajado alguna vez en un empleo de tiempo completo (Dawson, Grant, Stinson & Chou, 2006). Mientras que otros investigadores encontraron que aquellos que no buscaron tratamiento tenían un mayor nivel educativo, era más probable que vivieran acompañados, y menos probable que estuvieran desocupados que aquellos que sí buscaron ayuda especializada (Tuithof, ten Have, van den Brink, Vollebergh & de Graaf, 2016). A su vez, en un estudio reciente se encontró que la etapa en que se produce un mayor porcentaje de recuperaciones espontáneas es la primera adultez (25 a 34 años), decreciendo en las posteriores etapas vitales (Lee, Boness, McDowell, Vergés, Steinley, & Sher, 2018).

Una de las consecuencias negativas que tiene la existencia de estas barreras que encuentran los pacientes a la hora de buscar ayuda, es que el Trastorno por Uso de Alcohol suele empeorar con el paso del tiempo. Según estudios, mientras más años pasan entre la edad de inicio de la problemática y la edad en la cual el paciente busca ayuda, mayor es el deterioro en las distintas áreas vitales (Monras, Ortega, Mondon, Balcells & Gual, 2004). En relación a esto, existen dos conceptos que pueden ser evaluados para determinar cuál ha sido el impacto que ha tenido el TUA en el sujeto, y cuáles son las condiciones en que llega a consulta: el grado de deterioro funcional y el malestar subjetivo.

El grado de deterioro funcional se refiere a la severidad del problema que posee el consultante en relación a las dificultades que el alcohol le trae en las diversas áreas de su vida. De esta forma, un nivel alto de deterioro funcional implicará que el sujeto se encuentra más restringido en cuanto a las actividades de la vida diaria (aprender tareas nuevas, bañarse y vestirse, caminar, entablar relaciones con otras personas, etc.) que puede realizar. Un estudio realizado por Johnson et al. (1995) con pacientes de clínicas médicas encontró que aquellos que habían desarrollado un Trastorno por Uso de Alcohol, presentaban un mayor deterioro funcional que aquellos pacientes sin ninguna patología (Johnson et al., 1995). Por otra parte, y en relación a las barreras para la atención previamente mencionadas, según una revisión reciente un deterioro que comprometa mucho a las áreas vitales puede resultar perjudicial para la búsqueda y el éxito en el tratamiento, ya que afectará la posibilidad de la persona de desempeñarse adecuadamente en las relaciones interpersonales, así como la percepción de las situaciones y la toma de decisiones (Le Berre, Fama, & Sullivan, 2017). Puede considerarse que, en el caso del TUA, existe una relación estrecha entre las barreras para la atención y el grado de deterioro. Como se mencionó previamente, un mayor grado de deterioro puede actuar como una barrera, debido a la dificultad en la toma de decisiones y en la percepción de las

situaciones. Al mismo tiempo, la presencia de estas barreras para la atención no hace más que profundizar las consecuencias negativas del TUA a lo largo del tiempo, aumentando el grado de deterioro funcional que sufre la persona. Según un estudio, las personas con TUA que llegan a la consulta poseen niveles de deterioro en distintas áreas vitales tan elevados que dificultan la realización de un tratamiento adecuado, mientras que aquellos que están en fases menos avanzadas no suelen ser detectados y no reciben la atención pertinente (Monras, Ortega, Mondon, & Gual, 2003).

El malestar subjetivo refiere al grado de padecimiento o distrés que presenta el consultante al momento de la consulta. El mismo da cuenta de la percepción de la persona acerca de su propio estado psíquico. La relevancia clínica de evaluar y conocer dicha variable radica en que se encuentra asociada a la posibilidad de cambio terapéutico; un nivel demasiado bajo de malestar subjetivo derivará en una baja motivación para emprender cambios, así como la presentación de un alto nivel de malestar puede conducir a la imposibilidad de focalizarse en el problema en cuestión, o en la búsqueda de soluciones (Beutler, Consoli & Lane, 2005). Ambos estados pueden considerarse como potenciales barreras para la atención.

Como puede observarse, la literatura especializada en esta temática está compuesta principalmente por estudios llevados a cabo con población norteamericana o europea. A partir de esto surge la necesidad de llevar a cabo trabajos de investigación que permitan conocer cómo se presentan estas características en la población local, considerando que hay grandes diferencias tanto en las prácticas de consumo, como en las manifestaciones clínicas del trastorno y con los problemas relacionados con la búsqueda de atención (Monteiro, 2007). Contar con un estudio acerca de esta temática llevado a cabo en nuestro país puede brindar herramientas útiles a la hora de planificar medidas efectivas para facilitar el acceso a tratamiento y mejorar la atención que se brinda a esos pacientes.

En este estudio se buscará describir el grado de deterioro funcional y el nivel de malestar subjetivo de los pacientes con TUA que concurrieron a la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Hepatologías y Alcoholismo del Hospital Interzonal de Graves y Agudos de la ciudad de Mar del Plata, y conocer lo que refieren como barreras para buscar ayuda especializada, así como los motivos por los cuales finalmente acudieron en busca de tratamiento. Además, se buscará caracterizar el perfil socio-demográfico presentado por los participantes, buscando si existen diferencias entre aquellos que tenían un TUA y se recuperaron de forma espontánea, y aquellos que aún presentan dicho trastorno en la actualidad.

*Metodología:*

## **Diseño**

Se realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo-correlacional.

## **Muestra**

El convenio entre el Grupo de Investigación “Sustancias Psicoactivas y Lesiones por Causa Externa” perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y el Hospital Interzonal de Graves y Agudos Oscar E. Allende (HIGA), permitió el acceso a los pacientes que concurrieron en búsqueda de asistencia a la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Hepatologías y Alcoholismo (UDTHA) del HIGA. El HIGA, está ubicado en la ciudad de Mar del Plata, y recibe pacientes de 16 partidos de la provincia de Buenos Aires. La UDTHA fue fundada en el año 1985, y en la actualidad trabajan en ella dos médicas que asisten ambulatoriamente a pacientes con problemas por consumo de alcohol. Aquí los pacientes entran también en contacto con miembros de Alcohólicos Anónimos.

La UDTHA funciona todos los días hábiles, pero existe un día de la semana en particular en el cual concurren aquellos pacientes que buscan asistencia por problemáticas asociadas al consumo de alcohol. Se eligió ese día para realizar la toma de datos, para entrevistar pacientes que tuvieran problemas con el consumo, y no únicamente problemas hepáticos.

Si bien la muestra de este estudio no es probabilística, tiene carácter sistemático, ya que se entrevistó a casi todos los pacientes que asistieron a la UDTHA durante el período de recolección de datos; de este modo, puede pensarse que esta muestra es representativa de todos los pacientes que asisten al mencionado servicio.

Por otra parte, para el objetivo 2, tal como está enunciado en el Plan de Trabajo, se utilizaron datos obtenidos en un trabajo realizado anteriormente por el grupo de investigación que integra el tesista (Cherpitel, Bond, Yu Ye, Borges, MacDonald, Stockwell, Giesbrecht & Cremonte, 2003). Esta muestra fue obtenida en la sala de emergencias del HIGA y fue de tipo probabilístico, obteniendo consentimiento por parte de los participantes voluntarios, e indagando acerca de la frecuencia y la cantidad de consumo, así como sobre las características socio-demográficas de los pacientes, entre otras variables. Se utilizarán, de estos datos, los correspondientes a los 21 pacientes que cumplieron los criterios para afirmar que habían tenido un Trastorno por Uso de Alcohol, y que luego se recuperaron de forma espontánea.

## **Instrumentos**

Se administró un cuestionario estructurado para recabar información sobre:

1. *Criterios Diagnósticos*: Se evaluaron con la Sección de Alcohol de la Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta (CIDI), que identifica diagnósticos de trastornos por el uso de alcohol compatibles con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Tacchini, Coppola, Musazzi, Altamura & Invernizzi, 1994)(Kessler & Üstün, 2004). A continuación, se indagó acerca de cuál de las consecuencias del consumo fue la primera que experimentaron, y cuál derivó en la búsqueda de ayuda.
2. *Motivos para buscar tratamiento*: Se leyó a los participantes el listado de criterios diagnósticos, consultando cuál de los mismos era el que los había incitado a buscar ayuda especializada. También se permitió agregar otras respuestas que no estuvieran contempladas en dichos motivos. Los criterios diagnósticos leídos a los participantes fueron los siguientes: 1) *Haberse lastimado accidentalmente mientras bebía (y estaba bajo los efectos del alcohol)*; 2) *Notar que empezaba a necesitar tomar mucho más para obtener el mismo efecto que antes*; 3) *Sentir un deseo o una urgencia tan fuerte de beber que no pudo resistirlo o necesitar tanto un trago que no podía pensar en otra cosa*; 4) *Tomar a menudo mucho más alcohol de lo que esperaba consumir una vez que empezaba a beber, o por mucho más tiempo de lo que se proponía*; 5) *Comenzar a beber y darse cuenta de que le era difícil dejarlo*

*antes de estar ebrio; 6) Haber querido dejar de tomar o disminuir la bebida pero no poder; 7) Haber tenido un período de tiempo en el que pasaba mucho tiempo bebiendo recuperándose de los efectos del alcohol; 8) Dejar o disminuir considerablemente actividades importantes, como un deporte, trabajo, o tiempo con amigos o familiares, para poder beber; 9) Que el suspender o disminuir el consumo de alcohol le causara problemas (temblores, no poder dormir, sudores, etc.) y tomar una copa para hacerlos desaparecer; 10) Tener un problema de salud provocado por la bebida y continuar bebiendo a pesar de ello; 11) Continuar bebiendo aun sabiendo que tenía alguna otra enfermedad física seria que podía empeorarse por la bebida o mientras tomaba algún medicamento que era peligroso mezclar con alcohol; 12) Tener problemas emocionales o psicológicos provocados por la bebida y continuar bebiendo a pesar de ello; 13) Tener problemas considerables con su familia, amistades, en el trabajo, en el estudio o con la policía; 14) Que lo sancionaran o despidieran de su lugar de trabajo/estudio; 15) Estar frecuentemente bajo los efectos del alcohol o sufriendo efectos de una resaca mientras estaba en el lugar de trabajo o lugar de estudios o al cuidado de los niños.*

3. *Motivos que llevaron a demorar la búsqueda de ayuda especializada:* Después de consultar acerca de los motivos que llevaron a la búsqueda de ayuda especializada, se realizó una pregunta abierta acerca de por qué no habían buscado tratamiento hasta tener ese problema en particular. Posteriormente, las respuestas dadas a la misma fueron codificadas en las 3 categorías propuestas por Verissimo & Grella (2017): *1) Barreras asociadas a factores estructurales, 2) barreras asociadas a factores actitudinales, y 3) barreras asociadas a la disposición hacia el cambio.* Las respuestas dadas por los entrevistados fueron clasificadas por dos investigadores con conocimientos en el área, obteniendo un muy bajo valor de kappa ( $kappa = .07$ , IC95% 0-0.27). Por este motivo se decidió elaborar nuevas categorías clasificatorias en base a las respuestas dadas por los participantes, conformándose la siguiente clasificación: *1) Falta de información acerca del problema o acerca de dónde conseguir ayuda especializada; 2) Falta de conciencia acerca del problema o acerca de su severidad; 3) No quería dejarlo; 4) Falta de apoyo; 5) Desconfianza; 6) Sentir que podía manejarlo por su propia cuenta; 7) Estar acostumbrado a eso.* Para estas categorías se obtuvo un valor aceptable de kappa ( $kappa=.74$ , IC95% .57-.90).

4. *Variables socio-demográficas:* Se preguntó acerca de las siguientes variables: edad, sexo, nivel educativo alcanzado, situación laboral y estado civil.
5. *Deterioro de las distintas áreas vitales:* Se aplicó el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0) en su versión abreviada de 12 preguntas. Este cuestionario fue desarrollado por la OMS para evaluar las dificultades que le trae alguna condición de salud (enfermedades físicas, patologías psíquicas, problemas con el consumo, etc.) a una persona en su vida cotidiana, para realizar actividades en 6 dominios (cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades de la vida diaria, y participación) (World Health Organization, 2015). Las respuestas se basan en los últimos 30 días, y se codifican en base a una escala de Likert de 5 valores. Ante la pregunta: *En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para hacer X?* el participante puede responder “ninguna”, “leve”, “moderada”, “severa” o “extrema”. La interpretación del WHODAS 2.0 fue realizada a partir de los puntajes simples, tal como se plantea en el manual para el uso de la escala, que consisten en la suma de los puntajes de cada ítem (con valores de 0 a 4), obteniendo un índice general del deterioro. De esta forma, el puntaje máximo es de 48, implicando un deterioro severo, y el puntaje mínimo es de 0, representando la ausencia de deterioro.
6. *Malestar subjetivo:* Se evaluó con la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10), validada en Argentina (Brenlla & Aranguren, 2010). Esta escala de 10 ítems consulta acerca de que tan seguido se ha sentido la persona de cierta forma (inquieto, nervioso, desesperanzado, etc.) en los últimos 30 días. Las respuestas son codificadas en base a una escala de Likert de 5 valores, que van desde *Siempre* hasta *Nunca*. Puntajes cercanos al 50 darán cuenta de un malestar subjetivo elevado, mientras que puntajes cercanos al 10 implicarán la levedad del mismo.

## **Procedimiento**

Los pacientes fueron entrevistados en el servicio de la UDTHA, fueron invitados a participar de la investigación por el médico y en caso de acceder, fueron derivados a otro consultorio donde se les solicitó el consentimiento informado, leyendo la hoja de información al paciente y en caso de que se consintiera, solicitando posteriormente la firma del consentimiento informado. Se garantizó el anonimato y confidencialidad de los datos

brindados, así como la utilización de los mismos solo con fines de investigación. Se brindó a los participantes una hoja con información acerca del proyecto, así como teléfonos y un correo electrónico de contacto por cualquier duda o inquietud que tuvieran. En dicha hoja también se incluyeron los datos de contacto de instituciones adicionales donde podían consultar por problemas con el consumo.

Se realizaron entrevistas personales estructuradas de una duración de alrededor de 40 minutos, en las que se administraron en forma oral los instrumentos. De las 53 entrevistas administradas, 19 fueron realizadas durante el transcurso del año 2014, mientras que otras 34 tuvieron lugar durante el año 2018, en base a la continuidad de este proyecto por parte del grupo de investigación del cual el tesista es miembro. Las entrevistas tuvieron los mismos ejes de análisis, con la única salvedad de que a los primeros 19 pacientes no se les consultó acerca de las variables Deterioro Funcional y Malestar Subjetivo, por no formar parte en ese momento del objetivo del proyecto.

Este proyecto contó con la aprobación y el aval ético del Comité de Bioética HIEMI-HIGA.

### *Análisis de datos*

Los datos fueron gestionados y analizados por medio del sistema operativo SPSS 19. Se llevaron a cabo análisis descriptivos para examinar las características socio-demográficas, y se realizó un análisis de kappa de Cohen para la categorización de las Barreras para la Atención.

Se llevaron a cabo análisis de frecuencias para la variables deterioro funcional y malestar subjetivo; para conocer la relación entre las mismas se utilizó el estadístico r de Pearson.

Estadísticos descriptivos fueron utilizados, a su vez, para examinar la edad de inicio de consumo, la edad de las primeras manifestaciones clínicas, y la edad en que se produjo la búsqueda de ayuda.

Para comparar los perfiles socio-demográficos de los pacientes con un TUA actual, y aquellos que se recuperaron espontáneamente, se llevaron a cabo análisis descriptivos y de frecuencias.

## Resultados

Objetivo 1: Conocer las características sociodemográficas (edad, sexo, condición laboral, estado civil, y situación laboral) de la población clínica que padece un Trastorno por Uso de Alcohol.

La mayor parte de los participantes fueron varones (88,7 %) con una edad media de 53 años ( $ds = 9,80$ ) y con estudios primarios completos (años de escolaridad:  $M = 7,82 / ds = 4,63$ ).

Menos de la mitad de los pacientes convivían con una pareja, (23,5% de participantes casados y 7,8% conviviendo); del resto, la mayoría se encontraban separados/divorciados (41,1% separados/divorciados, 17,6 % solteros, 9,8% viudos) (Figura 1).

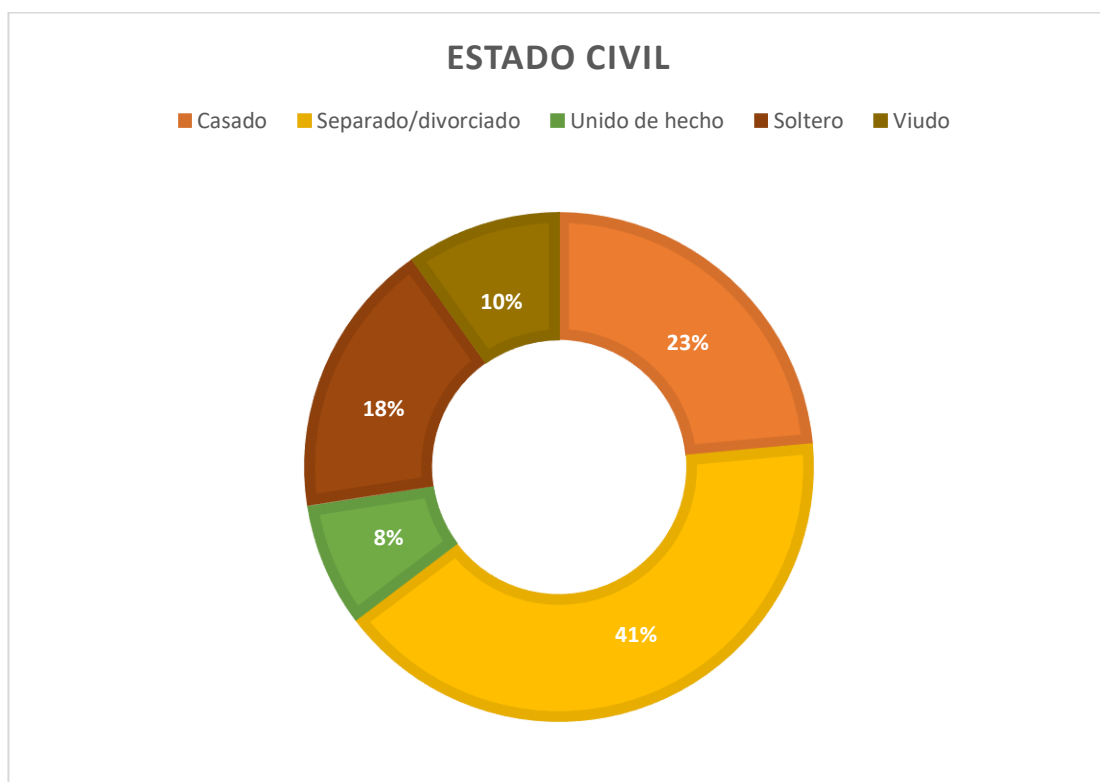


Figura 1: Estado civil de quienes poseen un TUA.

En cuanto a la situación laboral de los pacientes, casi la mitad manifestaron trabajar por cuenta propia (41,7 %). Es pertinente aclarar que dentro de la categoría de trabajadores cuentapropistas fueron incluidos aquellos que realizaban actividades de carácter precario como cuidacoches, cartoneros, etc. De los restantes, la mayoría se encontraban desempleados (35,4 %); un 22,9 % por motivos de salud, y el restante 12,5 % por otros motivos. Finalmente, un 16,7% de los entrevistados refirió estar jubilado, y solo un 6,3 % ser asalariados (Figura 2).



Figura 2: Situación laboral presentada por los pacientes con un TUA.

Objetivo 2: Comparar el perfil sociodemográfico de aquellos que habiendo tenido un trastorno por uso de alcohol a) se recuperaron naturalmente, b) no se recuperaron y continúan presentando un trastorno por uso de alcohol actual.

Al igual que en los pacientes con un Trastorno por Uso de Alcohol actual, quienes se recuperaron en forma espontánea fueron en su mayoría varones (66,7 %), aunque este segundo grupo contó con una edad media considerablemente menor ( $M = 35/ds = 17$ ). (Tabla 1).

Tabla 1

*Edad de quienes presentan un TUA en la actualidad y quienes se recuperaron de forma espontánea.*

Grupo	TUA actual		Recuperación espontánea	
	M	DS	M	DS
Edad	53	9,80	35	17

En relación a la situación laboral, quienes se recuperaron espontáneamente se encontraban en su mayoría trabajando (62 %), mientras que casi un tercio de los integrantes de este grupo se encontraba en situación de desempleo (29%). Finalmente, únicamente un 5% se clasificó como responsable del hogar, y otro 5% se clasificó como “otro”.

Estos datos presentan similitudes y diferencias en relación al grupo de pacientes con un Trastorno por Uso de Alcohol actual quienes, como se detalló más arriba, contaban con un porcentaje similar, aunque ligeramente mayor de desempleados. Sin embargo, los casos restantes se distribuyen en forma desigual entre ambos grupos, pudiendo esto explicarse por la diferencia detectada en cuanto a la edad media de cada uno; el grupo de pacientes con un TUA, de mayor edad, contó con un porcentaje de jubilados ausente en el grupo de recuperación espontánea (Tabla 2).

Tabla 2

*Situación laboral de quienes presentan un TUA actual y quienes se recuperaron de forma espontánea.*

Grupo	TUA actual		Recuperación espontánea	
	N	%	N	%
Trabajadores	23	48%	13	61,9%
Desempleados	17	35,4%	6	28,6%
Jubilados	8	16,7%	-	-
Responsable del hogar	-	-	1	4,8%
Otros	-	-	1	4,8%

Por último, en relación al estado civil de aquellos que tenían un TUA y se recuperaron sin necesidad de buscar tratamiento, cerca de la mitad manifestó estar casado o unido de hecho (48%), mientras que un 43 % de los participantes eran solteros. Únicamente un 10 % de los entrevistados refirió estar separado o divorciado.

En comparación con quienes poseen un TUA actual, quienes se recuperaron espontáneamente presentaron un porcentaje levemente más alto de convivientes, y diferencias contundentes en cuanto a los porcentajes de solteros y separados o divorciados (considerablemente mayores y ampliamente menores en este segundo grupo, respectivamente) (Tabla 3).

Tabla 3

*Estado civil de quienes presentan un TUA actual y quienes se recuperaron de forma espontánea.*

Grupo	TUA actual		Recuperación espontánea	
	N	%	N	%
Convivientes	16	31,3%	10	47,6%
Separados o divorciados	21	41,1%	2	9,5%
Solteros	9	17,6%	9	42,9%
Viudos	5	9,8%	-	-

Objetivo 3: Examinar cuánto tardaron estas personas en consultar a partir de la edad de inicio del consumo y de las primeras manifestaciones clínicas y cuáles motivos refieren para dilatar la búsqueda de ayuda.

La media de edad de inicio del consumo fue de 14.44 (IC95% 13.09-15.91), ds = 4.16, oscilando entre los 5 y los 25 años. Las primeras manifestaciones clínicas, tal como fueron reportadas, aparecieron a una media de 40,90 años (IC 95% 36.22-45.58), ds=15.03, yendo desde los 13 hasta los 66 años de edad. Por su parte, la búsqueda de ayuda se produjo a los M= 51.53 (IC 95% 48.39-54.89), ds=8.98, variando desde los 34 hasta los 66 años. (Figura 3).

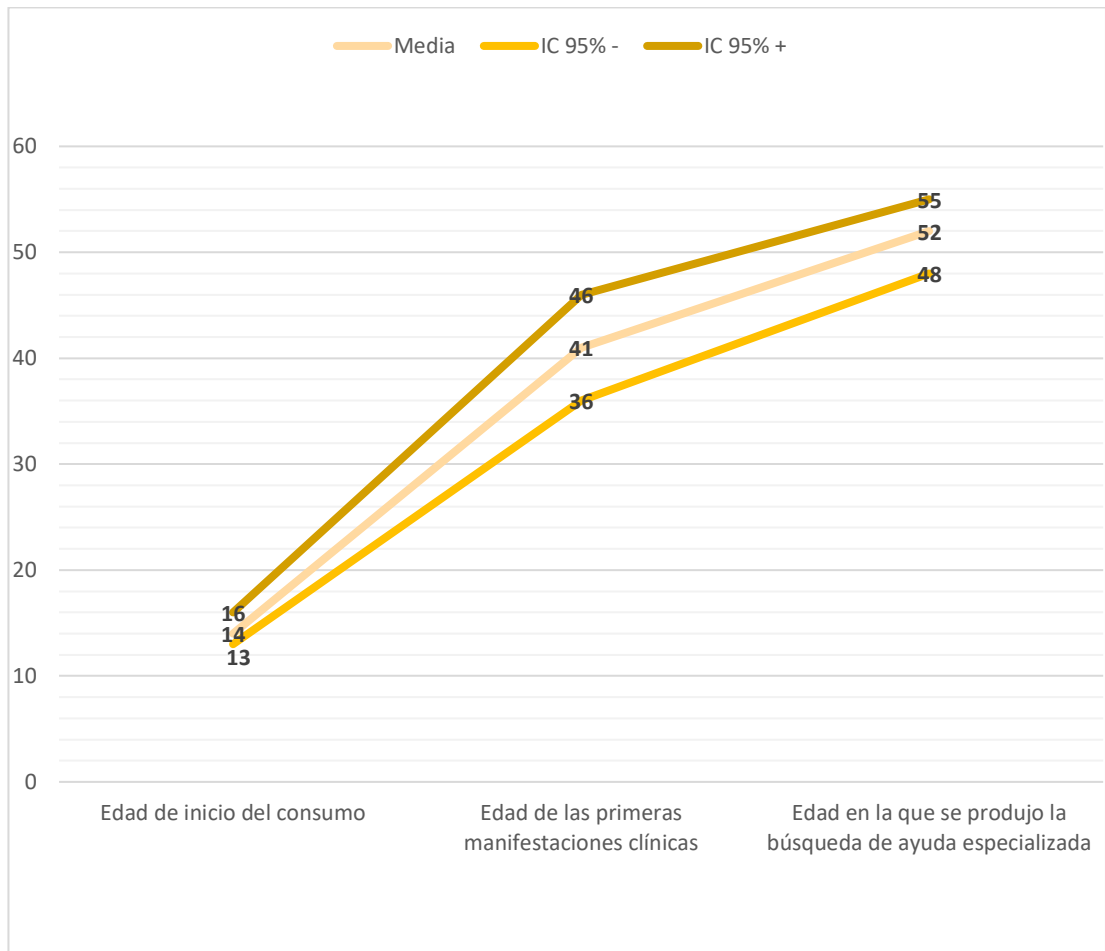


Figura 3: Edad de inicio, de las primeras manifestaciones clínicas, y de la búsqueda de ayuda.

Las barreras para la atención percibidas por los participantes se distribuyeron de la siguiente manera: la mitad de los entrevistados manifestó falta de conciencia acerca del problema o acerca de la severidad del mismo (IC95% 36-65); un 20% adujo no querer dejarlo (IC95% 9-33); un 17% sintió que podía manejar el problema por su propia cuenta (IC95% 6-28); un 6% refirió falta de información acerca del problema o acerca de dónde buscar ayuda (IC95% 0-15); un 2% expresó falta de apoyo (IC95% 0-6); un 2% manifestó desconfianza hacia la búsqueda de ayuda (IC95% 0-6); y un 2% refirió haberse acostumbrado a estar así (IC95% 0-6) (Figura 4).

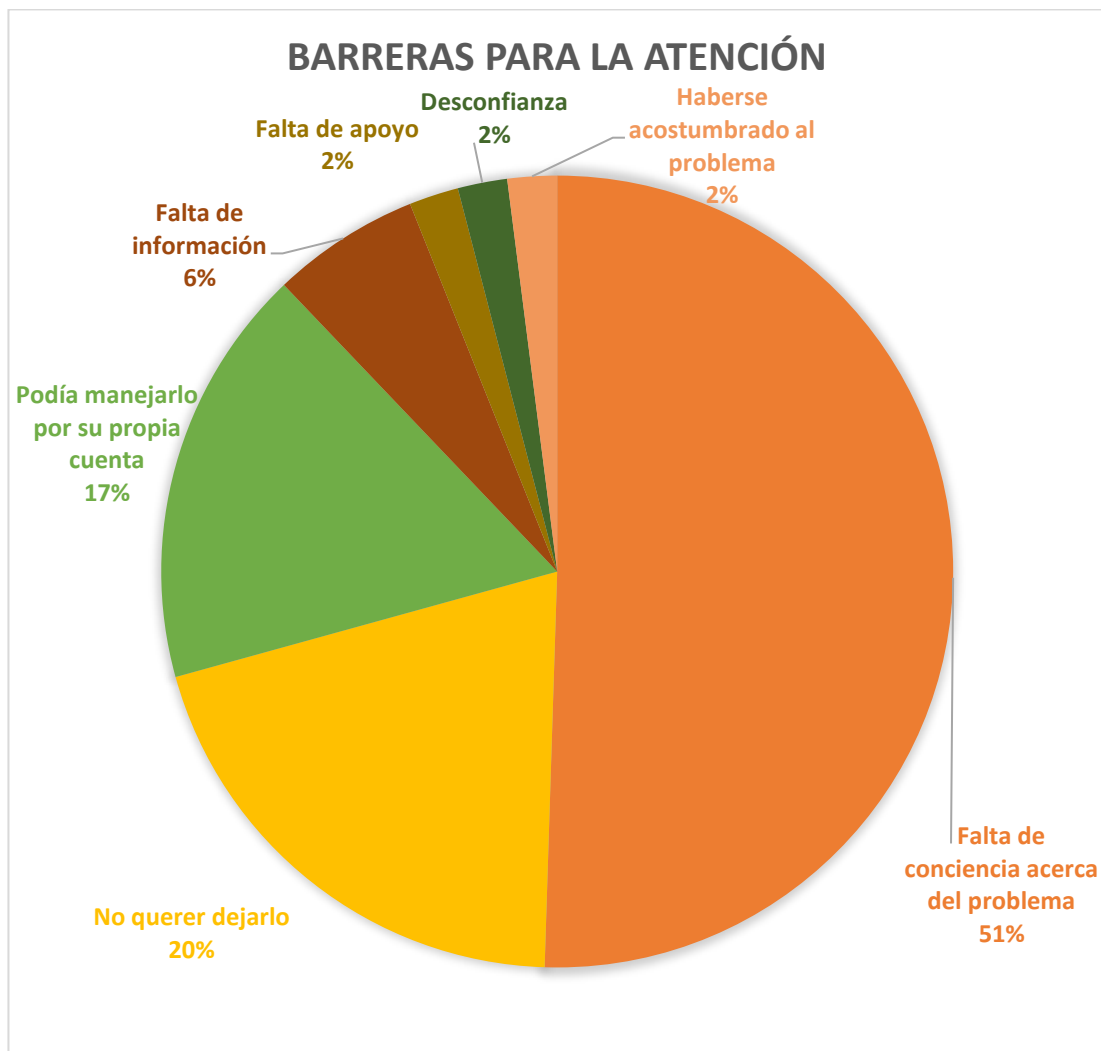


Figura 4: Barreras para la atención.

Por otra parte, los pacientes también respondieron acerca del principal motivo que los llevó finalmente a buscar ayuda, distribuyéndose de la siguiente manera: continuar bebiendo a pesar de tener una enfermedad física asociada al consumo (p. ej.: cirrosis, hepatitis, etc.) (39% IC95% 25-53); problemas con la familia (23%, IC95% 14-35); continuar bebiendo a pesar de tener alguna otra enfermedad (12%, IC95% 4-22); dejar de lado actividades con familia o amigos para consumir o por encontrarse con resaca (4%, IC95% 0-10); tolerancia (2%, IC95% 0-6), beber más cantidad que la deseada, o hacerlo durante más tiempo de lo que se había planeado (2%, IC95% 0-6), intentar dejar por sus propios medios pero no conseguirlo (2%, IC95% 0-6), síndrome de abstinencia (2%, IC95% 0-6), y recibir una sanción en su lugar de trabajo o estudios a causa del consumo (2%, IC95% 0-6). Otros (12%, IC95% 4-22) dijeron

que el motivo de la búsqueda de ayuda estuvo asociado a la religión, tocar fondo, lesionar a un tercero, consejos de amigos y/o familia, y un único participante respondió que ningún motivo lo había impulsado, ya que se mantuvo firme en su postura de “no tener un problema” (Figura 5).

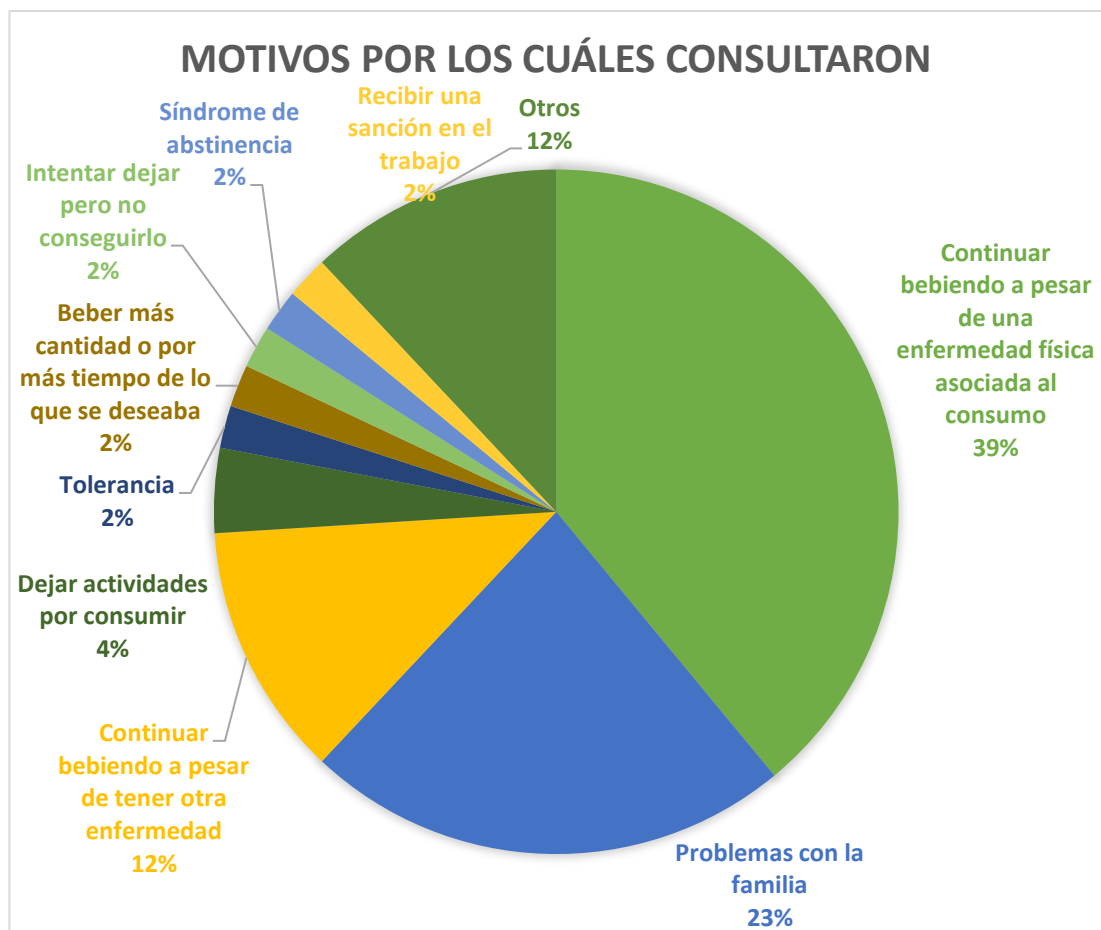


Figura 5: Motivos que finalmente llevaron a buscar ayuda especializada.

Objetivo 4: Conocer el grado de deterioro de las distintas áreas vitales de cada sujeto en el momento en que decidió buscar tratamiento.

En esta variable se obtuvo un puntaje medio de 10,82 (DS = 9,83), con valores oscilando entre 39 y 0. Las modas de esta variable fueron los puntajes 0 y 16.

Objetivo 5: Conocer el grado de malestar subjetivo que experimentan quienes buscaron tratamiento por trastorno por uso de alcohol.

El puntaje medio en esta escala de Malestar subjetivo fue de 24, 09 (DS = 9,97), con valores oscilando entre el 46 y el 10. La moda para esta variable fue de 19.

En cuanto al deterioro funcional y el malestar subjetivo presentado por los pacientes, se detectó una correlación positiva moderada/alta ( $r = 0,84$ ;  $p = 0,01$ ) (Figura 6).

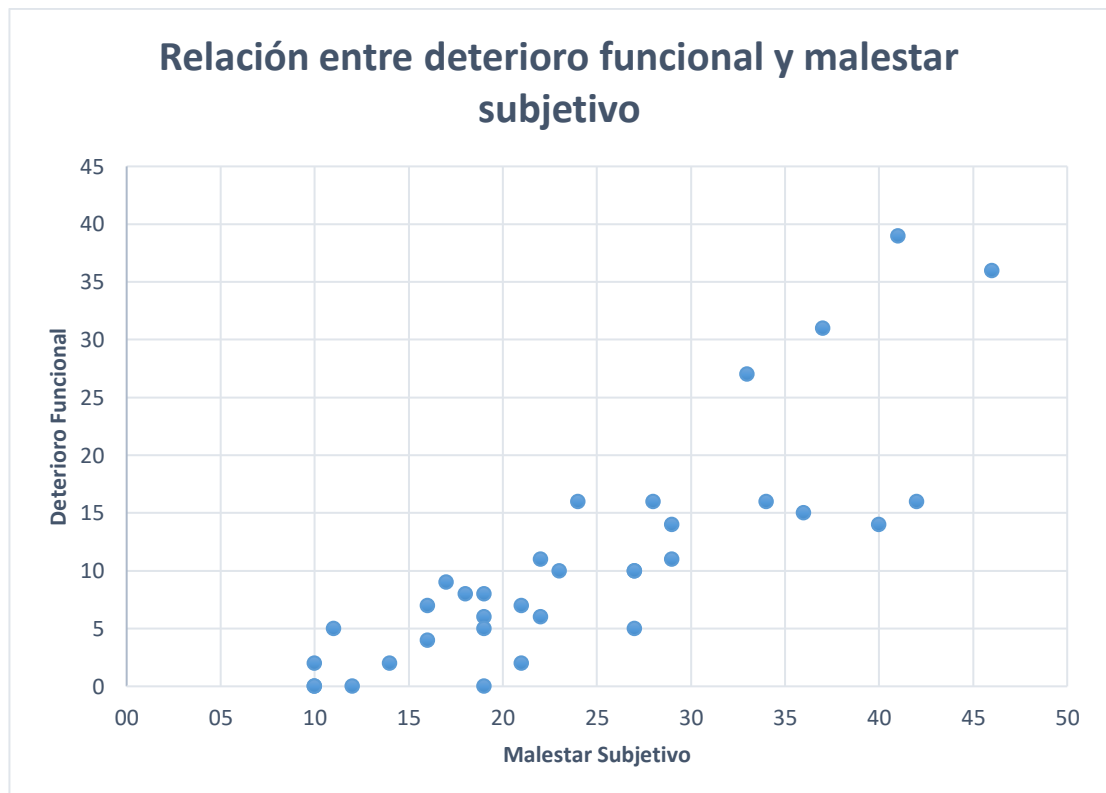


Figura 6: Correlación entre Deterioro Funcional y Malestar Subjetivo ( $r = 0,84$ ;  $p = 0,01$ ).

## *Discusión*

Los resultados de la presente investigación resultan valiosos como una guía acerca de las características presentadas por los pacientes con un Trastorno por Uso de Alcohol, con la ventaja de contar con datos recabados en población argentina, en comparación con los estudios de la literatura especializada que se realizan, en amplia mayoría, en población norteamericana o europea. Otra de las ventajas que posee el presente estudio, es que si bien no se contó con una muestra probabilística, la sistematización de la misma (fueron entrevistados prácticamente todos los pacientes que se presentaron a la UDTHA durante el período de recolección de datos) permite considerar que los resultados obtenidos pueden ser generalizados a toda la población que se atiende en este dispositivo.

Es pertinente considerar la relación entre el grado de deterioro presentado por los pacientes entrevistados, la baja edad media del primer consumo de alcohol, y los años transcurridos entre la primera percepción del consumo como un problema y la búsqueda de atención especializada. En cuanto a la edad del primer consumo, los estudios indican que mientras menor sea la misma, más se incrementa el riesgo de padecer problemas con el consumo de sustancias en la adultez (Newton-Howes & Boden, 2016), riesgo que se ve disminuido cuando el individuo comienza a consumir con posterioridad. En este caso, tal como se describió previamente, la edad del primer consumo tuvo una  $M= 14,44$  años, con lo cual podemos pensar que esto pudo haber influido en el desarrollo de un TUA por parte de los participantes de este estudio. En este sentido, debe pensarse en la necesidad de implementar políticas públicas que hayan mostrado efectividad a la hora de reducir el consumo adolescente y de aumentar la edad del primer consumo, tales como el aumento del precio de las bebidas alcohólicas y las restricciones para conseguir la sustancia (puntos de venta separados, horarios específicos en que se puede comprar, etc.) (Babor, Caetano, Casswell, Edwards, Giesbrecht, Graham, ... & Rossow, I, 2010). También es necesario considerar el rol que juega el contexto familiar y social en el consumo adolescente. En población local se ha encontrado que existe una asociación entre una mayor aceptación por parte de los padres y grupo de pares hacia el consumo y el consumo excesivo episódico en estudiantes mujeres (Peltzer, Conde, Bizcarra, Lichtenberger & Cremonte, 2017).

Otro tópico que debe considerarse para el análisis, es el que refiere a que la principal barrera que llevó a no haber consultado antes por un problema con el alcohol fue la argumentación por parte de los pacientes de que no pensaban que tenían un problema. Al

mismo tiempo, los pacientes referían haber experimentado los primeros problemas asociados a la bebida, unos 15 años antes de la búsqueda de ayuda especializada. Esta contradicción quizás pueda ser explicada por la complejidad de la problemática del TUA. Ya ha sido mencionada la variedad de consecuencias negativas que trae este trastorno en la vida del sujeto, en los niveles físico, psíquico y social, y podemos considerar que esto forma parte de las dificultades en el pensamiento y la toma de decisiones que acarrea el consumo a lo largo del tiempo. En este sentido, debe considerarse la posibilidad de que los pacientes tengan conciencia acerca de su propio consumo, por un lado, y conciencia acerca de ciertos problemas que se presentan en su vida, por otro, pero que no puedan establecer una asociación entre estos dos hechos. Los motivos por los cuales esta asociación no se produce podrían ser diversos, y escapan al alcance de este trabajo de investigación; podría pensarse, sin embargo, en el rol que juegan factores tales como la negación, y la imagen positiva que tienen las bebidas alcohólicas a partir del bombardeo de publicidades en los medios de comunicación masiva.

También debe tomarse en consideración los resultados obtenidos en relación a los motivos por los cuales finalmente quienes presentan un Trastorno por Uso de Alcohol acuden a consulta. Cerca de la mitad de los entrevistados manifestó haber buscado ayuda debido a que seguían bebiendo alcohol a pesar de tener una enfermedad física asociada al consumo (cirrosis, hepatitis, etc.). Considerando que estas enfermedades son crónicas, es decir, que tienen un desarrollo progresivo a lo largo del tiempo, es posible pensar en la posibilidad de que hayan existido indicios que indicaran el comienzo y el avance de estas enfermedades, y que los mismos no hayan sido detectados tempranamente junto con el propio TUA por las instituciones de salud. Esto implicaría que las barreras para la atención de esta patología no son específicas de los pacientes, si no que deben ser analizadas también desde un nivel social y cultural.

Tal como se plantea en la literatura sobre el tema, se encontraron diferencias en el perfil socio-demográfico de quienes presentan un Trastorno por Uso de Alcohol actual y quienes tuvieron un TUA y se recuperaron espontáneamente. Quienes se recuperaron espontáneamente se caracterizaron, en primer lugar, por un menor promedio de edad. Esto coincide con lo hallado en otros estudios, donde se plantea que es en la adultez joven donde se producen la mayor parte de recuperaciones de este tipo (Lee et al, 2018). Esta diferencia en la edad de ambos grupos puede haber influido, a su vez, en las disimilitudes encontradas en relación a la situación laboral de los entrevistados, ya que el grupo de quienes presentan actualmente la patología contó con un porcentaje de jubilados, ausentes en el grupo de recuperación natural. De esta forma, en relación a la situación laboral, este último grupo

presenta un mayor porcentaje de trabajadores y un porcentaje levemente menor de desocupados. Esto coincide con estudios realizados con anterioridad (Tuithof et al, 2016). Por otra parte, también se encontraron diferencias en relación al estado civil de los entrevistados: con niveles similares en el porcentaje de entrevistados que manifestaron estar en pareja o casados en ambos grupos, aquellos pacientes con un TUA actual se encontraban en gran parte divorciados o separados, mientras que eso no fue así para el grupo de recuperación espontánea, donde sí se presentaron muchos más individuos solteros. Esto puede estar asociado con que este último grupo tuvo una edad media menor que el primero. Por otra parte, el mayor número de divorciados y separados en el grupo con TUA también podría estar asociado a la presencia de problemas con la familia a partir del consumo, el segundo factor más mencionado como motivo para la búsqueda de ayuda.

A la hora de analizar los resultados, uno de los aspectos que debe considerarse es que la toma de datos fue realizada en un servicio que, si bien trabaja específicamente con pacientes con consumo problemático de alcohol, no cuenta en la actualidad con psicólogos ni psiquiatras. Esto resulta una variable a considerar ya que las consultas a este servicio pueden tender a producirse cuando existe específicamente comorbilidad con una problemática física. Habiendo aclarado esto, los motivos que finalmente llevaron a los participantes a consultar resultan una variable interesante de análisis, ya que podemos observar que el mayor porcentaje de las respuestas se distribuyó entre: buscar ayuda por continuar bebiendo a pesar de tener una enfermedad física causada por el alcohol, buscar ayuda por los problemas con familiares o amigos que ocasiona el consumo, buscar ayuda por continuar bebiendo a pesar de tener alguna otra enfermedad física que podría empeorar a partir de la bebida. Puede considerarse, a partir de estos motivos enunciados, que la búsqueda de ayuda no se produce a partir de una especie de toma de conciencia acerca del trastorno, sino que el nivel de deterioro comienza a afectar cada vez más las distintas áreas vitales (salud, relaciones interpersonales, etc.) de quienes poseen un TUA, llevando a la necesidad de un tratamiento. Otro aspecto que debe analizarse es el hecho de que solo un 2% de los entrevistados manifestaron buscar ayuda por sanciones o problemas en el ámbito laboral; esto puede considerarse como una muestra de la aceptación que posee este trastorno a nivel social.

Por otra parte, la presencia de una correlación positiva entre el deterioro funcional y el malestar subjetivo da cuenta que los niveles altos del primero no pasan desapercibidos por los pacientes con Trastorno por Uso de Alcohol que se presentaron a consulta. Este dato resulta relevante ya que a nivel teórico no se plantea la existencia de una necesaria correlación entre estas dos variables (podría darse el caso de que un evaluador percibiera un alto deterioro en

las áreas vitales del paciente, pero el mismo no se viera acompañado por la sensación subjetiva de malestar en dicho individuo o, a la inversa, que niveles altos de malestar no se vieran correspondidos con un deterioro elevado) (Beutler, Goodrich, Fisher & Williams, 1999).

Considerando que se detectaron pocos casos de barreras de tipo estructural, debe tenerse en cuenta que este estudio fue realizado con población que acudió a un hospital público de la ciudad, y el servicio que solicitan es gratuito. De esta forma, podría pensarse que será poco probable que los pacientes refieran argumentos de tipo económico o de dificultad para acceder al tratamiento. Lo mismo puede pensarse en relación a la búsqueda de ayuda en grupos de 12 pasos como Alcohólicos Anónimos, también gratuitos. Es por esto que es necesario considerar que no debe descartarse la existencia de barreras de tipo estructural para la atención especializada del Trastorno por Uso de Alcohol, y que el acceso a la atención de la UDTHA tiene sus limitaciones, tales como las previamente mencionadas (no se cuenta en el personal con psicólogos ni psiquiatras, la consulta suele darse a partir de la comorbilidad con patologías físicas, las propias limitaciones del sistema de salud público, etc.). Por los argumentos mencionados, es que podría pensarse que la especificidad del servicio brindado por este dispositivo generará una tendencia a que se presenten barreras de cierto tipo, y que se limite la aparición de otras diferentes.

En este sentido, uno de los aspectos que podría mejorarse en posteriores investigaciones acerca de este tema es el de abarcar una mayor cantidad de instituciones. Esto permitiría comparar las barreras para la atención que manifiestan los pacientes que acuden a diversos dispositivos (hospitales públicos, hospitales privados, comunidades terapéuticas, grupos de autoayuda, consultorios privados, etc.), y permitiría recabar información sobre una cantidad más elevada de pacientes, ya que al tratarse de población clínica la complejidad para conseguir participantes en gran número es mayor.

Otro aspecto a considerar en futuras investigaciones tiene que ver con la posible existencia de barreras para la atención que provengan de las propias instituciones de salud, más allá de las que presentan los pacientes. Se ha encontrado en población local, que muchos pacientes con un posible consumo problemático no fueron debidamente diagnosticados y derivados o tratados cuando buscaron atención clínica por otros motivos (Conde et al., 2016). Sería interesante pensar si la dificultad por parte de quienes padecen un Trastorno por Uso de Alcohol para percibir el consumo como un problema podría verse reducida si esta problemática fuera detectada tempranamente en las instituciones de salud, mediante la

implementación de instrumentos de screening que permitan dar cuenta de la posible existencia de un problema aún antes de que el propio paciente lo note.

### *Conclusiones*

El Trastorno por Uso de Alcohol es una patología compleja, que se desarrolla con el correr de los años, y de la cual permanecen aún muchos aspectos sin comprender. Uno de ellos refiere a la dificultad de quienes lo padecen de buscar tratamiento. Según lo que pudo observarse en este estudio, la principal barrera para la búsqueda de ayuda especializada es la dificultad para considerar que el consumo de alcohol es un problema. Esto puede ayudarnos a considerar que tipo de estrategias deberían tomarse, en términos de salud pública, a la hora de reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo.

Un interrogante que deja este trabajo de campo, por exceder a los objetivos del mismo, es si existe una relación entre dificultad de los sujetos entrevistados para percibir al consumo de alcohol como un problema, y la aceptación del consumo que existe en nuestra sociedad con respecto a esta sustancia, ya que prácticas tales como las publicidades a individuos de todas las franjas etarias, la venta durante la mayor parte del día en múltiples establecimientos, etc., parecen indicar que lo que se busca es un incremento del consumo, más que su reducción.

Por otra parte, considerando las amplias diferencias entre la edad de inicio del consumo, la edad en que comenzaron los problemas, y la edad en que se decidió buscar ayuda especializada, es necesario hacer una reflexión con respecto a la necesidad de promover un cambio en el enfoque que se toma desde la Salud Pública para el abordaje de problemáticas como el TUA. Nos encontramos aquí ante una gran utilización de recursos para brindar atención a pacientes con un deterioro grave, generalmente con comorbilidad con enfermedades físicas, y con una problemática que se ha acrecentado con el correr de los años, afectando sus diversas áreas vitales y dificultando la posibilidad de realizar un tratamiento exitoso. Podría pensarse que, para otro abordaje posible, de una mayor eficacia y con más expectativas de éxito, es necesario tomar medidas que permitan una detección temprana del TUA por parte de los servicios sanitarios, así como medidas que apunten a regular el consumo de alcohol a través de la implementación de políticas públicas que hayan dado muestras de eficacia en contextos similares.

Otro aspecto a considerar cuando se trabaja con la problemática de las barreras para la atención en el campo del consumo problemático de sustancias es el hecho de la relativa eficacia mostrada por los tratamientos disponibles hasta el momento. Tratamientos tales como la Aproximación de Reforzamiento Comunitario, el Entrenamiento en Habilidades Sociales, la Prevención de Recaídas, y la Terapia Conductual Familiar y de Pareja muestran ciertos resultados positivos en la reducción del consumo de alcohol, aunque con la problemática del mantenimiento de los resultados a largo plazo (Secades Villa & Fernández Hermida, 2001). Si bien esto no fue mencionado por los pacientes como una barrera, podemos pensar que una baja eficacia, acompañadas de un gran número de recaídas por parte de los pacientes, pueden contribuir a la falta de confianza en los tratamientos disponibles en la actualidad. Por otra parte, independientemente de la eficacia que tengan estos tratamientos, contamos con escasa información acerca de si los mismos son aplicados en nuestro contexto local, o si quienes consultan por un problema con el consumo son atendidos con otros programas terapéuticos.

En esta misma línea, y considerando lo difícil que parecer ser la entrada al tratamiento por parte de aquellos que lo necesitan, puede pensarse que las instituciones como los hospitales, que reciben frecuentemente en los servicios de emergencias a pacientes que cumplen los criterios para que se diagnostique un Trastorno por Uso de Alcohol, pero que llegan con barreras de tipo actitudinal para la atención especializada, podrían ser un lugar propicio para la implementación de recursos tales como las Intervenciones Breves que apunten a generar esa, hasta el momento, ausente motivación para el cambio (Joseph & Basu, 2016).

A modo de conclusión final, el tesista considera importante plantear que, si bien este trabajo se enfoca en las características individuales de aquellos que padecen un Trastorno por Uso de Alcohol, esta compleja problemática debe abordarse considerándola siempre tanto desde el punto de vista individual, como desde el punto de vista social. Quienes padecen de esta problemática no pueden ser eximidos de sus responsabilidades individuales, pero eso no quita la necesidad de dedicar esfuerzos a nivel social y comunitario, para considerar cuál es el lugar que damos al alcohol en nuestra sociedad; especialmente cuando se considera, como avalan los resultados de este estudio, que parece existir una gran dificultad para percibir al alcohol como la causa de muchos problemas en diferentes áreas vitales.

## Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM V). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... & Rossow, I. (2010). El Alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. url: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2836/El%20Alcohol.pdf?sequence=1>
- Beutler, L. E., Brookman, L., Harwood, T. M., Alimohamed, S., & Malik, M. (2001). Functional impairment and coping style. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 437-442. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.437>
- Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy: An integrative eclectic approach. *Handbook of psychotherapy integration*, 2, 121-143. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.437>
- Beutler, L. E., Goodrich, G., Fisher, D., & Williams, O. B. (1999). Use of psychological tests/instruments for treatment planning. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 81-113). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Brenlla, M., E., & Aranguren, M. (2010) Adaptación Argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología*. 28(2). 311-342. url: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4637549>
- Browne, T., Priester, M. A., Clone, S., Iachini, A., DeHart, D., & Hock, R. (2016). Barriers and Facilitators to Substance Use Treatment in the Rural South: A Qualitative Study. *The Journal of Rural Health*, 32(1), 92-101. <https://doi.org/10.1111/jrh.12129>
- Cherpitel, C. J., Bond, J., Ye, Y., Borges, G., MacDonald, S., Stockwell, T., Giesbrecht, N. & Cremonte, M. (2003). Alcohol-related injury in the ER: a cross-national meta-analysis from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Journal of studies on alcohol*, 64(5), 641-649. <https://doi.org/10.15288/jsa.2003.64.641>
- Cohen, n, E., Feinn, R., Arias, A., Kranzler, H.R. (2007). Alcohol treatment utilization: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend.* 86, 214–221. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.06.008>
- Conde, K., Lichtenberger, A., Santángelo, P. R., & Cremonte, M. (2016). Natural recovery from alcohol use disorders in Argentinean university students. *Journal of substance abuse*, 21(5), 537-542. <https://doi.org/10.3109/14659891.2015.1082160>
- Dawson, DA., Grant, BF., Stinson, FS. & Chou, PS. (2006) Estimating the effect of help-seeking on achieving recovery from alcohol dependence. *Addiction*, 101, 824–834. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01433.x>

- Johnson, J. G., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K., Linzer, M., Brody, D., ... Hahn, S. (1995). Psychiatric comorbidity, health status, and functional impairment associated with alcohol abuse and dependence in primary care patients: Findings of the PRIME MD-1000 study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 133-140. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.1.133>
- Gagliesi, P., Lardani, A. & Salgueiro, MC. (2005) Selección sistemática de tratamiento: un modelo de psicoterapia basada en la evidencia: antecedentes y desarrollo de un programa de validación en Argentina. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 16, 251-259. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex62.pdf#page=12>
- Joseph, J., & Basu, D. (2016). Efficacy of brief interventions in reducing hazardous or harmful alcohol use in middle-income countries: systematic review of randomized controlled trials. *Alcohol and alcoholism*, 52(1), 56-64. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agw054>
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International journal of methods in psychiatric research*, 13(2), 93-121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Le Berre, A.-P., Fama, R., & Sullivan, E. V. (2017). Executive Functions, Memory, and Social Cognitive Deficits and Recovery in Chronic Alcoholism: A Critical Review to Inform Future Research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(8), 1432-1443. <https://doi.org/10.1111/acer.13431>
- Lee, M. R., Boness, C. L., McDowell, Y. E., Vergés, A., Steinley, D. L., & Sher, K. J. (2018). Desistance and severity of alcohol use disorder: A lifespan-developmental investigation. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 90-105. <https://doi.org/10.1177/2167702617736852>
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2017). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- Monras, M., Ortega, L., Mondon, S., Balcells, M. & Gual, A., (2004). Enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol: seguimiento a los dos años de la hospitalización. *Medicina Clínica*, 123(14), 521-526. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74584-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74584-4)
- Monras, M., Ortega, L., Mondon, S. y Gual, A. (2003). Alcoholismo en el hospital general: detección y tratamiento. *Medicina Clínica*, 121(19), 733-735. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)74078-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)74078-0)
- Monteiro, M. (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. url: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/2834>
- Newton-Howes, G., & Boden, J., M., (2016). Relation between age of first drinking and mental health and alcohol and drug disorders in adulthood: evidence from a 35-year cohort study. *Addiction*, 111(4), 637-644. <https://doi.org/10.1111/add.13230>

- Peltzer, R. I., Conde, K., Biscarra, M. A., Lichtenberger, A., & Cremonte, M. (2017). Ampliando la evidencia para la Teoría de la Conducta Planeada: predicción del consumo episódico de alcohol en jóvenes mujeres y varones de Argentina. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 17(2), 159-167. url: <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/323/pdf>
- Secades Villa, R., & Fernández Hermida, J., R., (2001) Tratamientos Psicológicos Eficaces para la drogadicción: Nicotina, Alcohol, Cocaína y Heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380. url: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/26905/1/Psicothema.2001.13.3.365-80.pdf>
- Storbjörk, J., & Room, R. (2008). The two worlds of alcohol problems: Who is in treatment and who is not? *Addiction Research & Theory*, 16(1), 67-84. <https://doi.org/10.1080/16066350701578136>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). Results from the 2013 National Survey On Drug Use And Health: Summary Of National Findings. *NSDUH series H-48. HHS Publication no SMA 14-4863*, Rockville, MD.
- Tacchini, G., Coppola, M., Musazzi, A., Altamura, A. & Invernizzi, G. (1994). Multinational validation of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Minerva Psichiatrica*, 35(2), 63-80 url: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7934738>
- Tuithof, M., ten Have, M., van den Brink, W., Vollebergh, W. & de Graaf, R. (2016). Treatment Seeking for Alcohol Use Disorders: treatment gap or adequate self-selection? *European Addiction Research*, 22, 277-285 <http://doi.org/10.1159/000446822>
- Verissimo, A. D. O., & Grella, C. E. (2017). Influence of gender and race/ethnicity on perceived barriers to help-seeking for alcohol or drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.12.013>
- World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1)
- World Health Organization (2015) *Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## **Agradecimientos**

Este trabajo de investigación es el cierre de muchos años de carrera plagados de aprendizajes. No hubiera sido posible atravesar por esta experiencia sin el apoyo y el cariño de mis seres queridos.

Si bien han sido muchas las personas que han compartido aunque sea un poco de todo este tiempo conmigo, especialmente quiero agradecer a mi compañera Flor, a mis padres Mónica y Ramón, a mis hermanos, y a todos mis amigos.

También quisiera agradecer a mis compañeros del grupo de investigación; en especial a Mariana, Raquel, y Karina. Este trabajo es producto tanto de mi esfuerzo, como de su apoyo, consejos, enseñanzas y dedicación.

Por último, este trabajo no hubiera sido posible de no contar con una educación universitaria pública, gratuita, y de calidad. Por medio de sus distintos tipos de becas, la Universidad Nacional de Mar del Plata es directamente responsable de que yo haya podido llegar a realizar esta tesis de grado.

**Anexo: Consentimiento informado y cuestionario  
utilizado para las entrevistas.**