

Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible



Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina y Cirugía

Trabajo Monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y cirugía

Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo, 2020.

Investigadoras:

Br. Tamara Adelina Espinoza Juárez

Br. Odalys Marybel Romero Argüello

Tutora:

Dra. Gioconda Cajina López

Doctor en medicina y cirugía

Especialista en Psiquiatría

Managua, Nicaragua. Agosto 2020.

**El alcohol te ofrece su mundo a cambio de destruir el
tuyo.**

Anónimo

DEDICATORIA

Primeramente, dedico esta tesis a Dios Padre eterno, fuente inagotable de todo conocimiento y sabiduría por haberme brindado la oportunidad en sus planes divinos de iniciar y concluir con éxito este trabajo; así mismo por haberme permitido culminar la última etapa de mis estudios.

A mis padres por ser pilares fundamentales a través del apoyo incondicional que me han brindado en cada etapa de mi vida a demás por el apoyo moral, psicológico y económico.

A mis hermanas Anielka y Vielka por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias.

A mí tía Nidia por sus oraciones, consejos y palabras de aliento que hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompaña en todos mis sueños y metas

(Tamara Espinoza Juárez)

Esta tesis, mi carrera y mis proyectos venideros siempre se los dedicare y agradeceré primeramente a nuestro Dios quien siempre está presente en mis pensamientos y cada vez que caigo el me levanta y me ayuda a seguir adelante.

A mis Padres que me han formado como la persona que soy en la actualidad y siempre me han apoyado, aconsejado, alentado en los momentos difíciles y amado incondicionalmente, por ayudarme para poder ser un profesional de la patria.

A mis hermanos y familia en general por el apoyo que de una u otra forma me brindaron en el transcurso de mi carrera.

Muchas Gracias!!!

(Odalys Romero Arguello)

AGRADECIMIENTO

Le agradecemos infinitamente a Dios por habernos permitido culminar nuestra tesis e iluminarnos en el camino para poder salir adelante y poder culminar nuestra carrera exitosamente.

A nuestras familias, por su apoyo incondicional durante toda la carrera.

Le damos gracias a los grupos de alcohólicos anónimos por brindarnos información y apoyo para poder culminar nuestra tesis exitosamente.

Agradecemos de forma especial a la Dra. Gioconda Cajina quien es la tutora de esta tesis, que ha estado al tanto del transcurso de ella para instruirnos educativamente en este tiempo de arduo trabajo.

CARTA DE APROBACIÓN DE LA TUTORA

Managua Nicaragua 28 de agosto del 2020

CONSTANCIA

Por medio de la presente hago constar que he revisado el informe final de la tesis monográfica titulada “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”, elaborada por las bachilleres Tamara Adelina Espinoza Juárez y Odalys Maribell Romero Arguello, egresadas de la carrera de medicina de UNIDES.

Considero que contiene los requisitos académicos y científicos y puede ser sometida a revisión ante el comité científico que designen las autoridades competentes de la Universidad, para su aprobación.

Dra. Gioconda Cajina

Especialista en Psiquiatría

Tutora

INDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
CARTA DE APROBACIÓN DE LA TUTORA	IV
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2.1. CARACTERIZACIÓN.....	3
2.2. DELIMITACIÓN.....	3
2.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
2.4. PREGUNTAS DE SISTEMATIZACIÓN	4
III. ANTECEDENTES	5
3.1. ESTUDIO EN EUROPA	5
3.2. ESTUDIO EN LATINO AMÉRICA.....	6
3.3. ESTUDIO EN NICARAGUA	8
IV. JUSTIFICACIÓN	10
RELEVANCIA SOCIAL	10
RELEVANCIA TEÓRICA	10
RELEVANCIA CLÍNICA.....	11
IMPLICACIONES PRÁCTICAS.....	12
V. OBJETIVOS.....	13
5.1. OBJETIVO GENERAL	13
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
VI. MARCO TEÓRICO.....	14
6.1. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (TAB)	14
6.1.1. Definición y clasificación	14

6.1.2. Epidemiología del trastorno bipolar	23
6.2. GENERALIDADES SOBRE ALCOHOLISMO	24
6.2.1. Definición y clasificación	24
6.2.2. Tabla de la alcoholomanía del dr. E. M.jellinek	27
6.2.3. Epidemiología del alcoholismo	42
6.2.4. Programa de alcohólicos anónimos.....	46
6.3. ASOCIACIÓN ENTRE EL ESPECTRO BIPOLAR Y ALCOHOLISMO	52
6.3.1. Prevalencia de comorbilidad.....	54
6.3.2. Posibles explicaciones de la concomitancia TAB y alcoholismo.....	56
6.4. ESCALA DIAGNOSTICA DEL ESPECTRO BIPOLAR.....	57
6.4.1. Componentes	57
6.4.2. Características psicométricas.....	58
6.4.3. Interpretación	58
6.4.4. Componentes	58
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	61
8.1. TIPO DE ESTUDIO Y ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	61
2.2. ÁREA Y PERÍODO DE ESTUDIO.....	61
2.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	61
2.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN.....	64
2.4.1. Instrumento de recolección de la información	64
2.4.2. Fuente de información	65
2.4.3. Trabajo de campo y recolección de la información	65
2.4.5. Variables	65
2.5. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS PARA ANALIZAR LA INFORMACIÓN	65
2.5.1. Creación de la base de datos	65
2.5.2. Análisis estadístico.....	65
2.6. ASPECTOS ÉTICOS	66
RESULTADOS	67
RESULTADOS DEL OBJETIVO #1.....	67

RESULTADOS DEL OBJETIVO #2.....	68
RESULTADOS DEL OBJETIVO #3.....	68
RESULTADOS DEL OBJETIVO #4.....	68
RESULTADOS DEL OBJETIVO #5.....	69
RESULTADOS DEL OBJETIVO #6.....	70
DISCUSIÓN.....	71
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES.....	77
RECOMENDACIONES A LAS INSTITUCIONES QUE ABORDAN LA PROBLEMÁTICA DEL ALCOHOLISMO EN NICARAGUA	77
RECOMENDACIONES A LA UNIDES, AL CUERPO DOCENTE Y ESTUDIANTIL.....	77
RECOMENDACIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	78
RECOMENDACIONES AL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA	78
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	79
IX. ANEXOS	83
9.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	84
9.2. INSTRUMENTO	92
9.3. CUADROS.....	95

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar, antes denominado «depresión maníaca», es una enfermedad mental que causa cambios extremos en el estado de ánimo que comprenden altos emocionales (manía o hipomanía) y bajos emocionales (depresión) ¹

Según la OMS, esta afección mental es la sexta causa de discapacidad a nivel global, con más de 60 millones de personas que la sufren en todo el mundo y El informe de la salud en el mundo del 2013 Y 2019, declaran que, el trastorno bipolar se presenta entre 400 a 600 por cada 100,000 personas ^{2,3}.

Además, las personas con trastorno bipolar tienen un riesgo particular de desarrollar otras enfermedades al mismo tiempo. Dos tercios de las personas que lo sufren también pueden transitar trastornos de ansiedad, y más de un tercio, poseer un trastorno por uso de sustancias ⁴.

Y de acuerdo con la Epidemiologic Catchment Área en estudios llevados a cabo en Estados Unidos, más del 60% de personas con trastorno bipolar presentan abuso comorbido de alcohol, lo que indicaría que hay gran relación entre el desarrollar el trastorno y consumir alcohol. ⁵

El National Comorbidity Survey (NCS) indicó que entre el 41 y 65% de las personas con un cuadro adictivo tienen un trastorno afectivo en algún momento de sus vidas A menudo, el trastorno bipolar coexiste con el alcoholismo. Las fases de manía se asocian con el consumo de alcohol en el 40% de los casos, y es más frecuente que se asocie con la fase maniaca que con la depresiva. Esta asociación es mayor en hombres que en mujeres, y dicho consumo es el factor que con más fuerza influye en la hospitalización.⁶

La presente tesis es una investigación que tiene por objetivo determinar si existe relación entre la ocurrencia de síntomas del espectro bipolar en personas alcohólicas, se pretende obtener los datos de integrantes de los grupos de alcohólicos anónimos, demostrar si hay relación según sexo, edad, escolaridad al desarrollar espectro bipolar.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Caracterización

El trastorno bipolar y el trastorno por consumo de alcohol o alcoholismo, con frecuencia se presentan juntos. Aunque todavía no se entiende claramente la asociación entre el trastorno bipolar y el trastorno por consumo de alcohol. El trastorno bipolar y el trastorno por consumo de alcohol, u otros tipos de abuso de sustancias, pueden ser una combinación peligrosa. Cada uno puede empeorar los síntomas y la gravedad del otro. Presentar ambos trastornos aumenta el riesgo de altibajos emocionales súbitos, depresión, violencia, y suicidio.

2.2. Delimitación

La información internacional sobre la concomitancia del trastorno bipolar y el alcoholismo es escasa y procede principalmente de países desarrollados. En América Latina, incluyendo Nicaragua, se desconoce la frecuencia con que se presenta la combinación de dichos trastornos.

2.3. Formulación del problema

Ante lo expuesto anteriormente nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo?

2.4. Preguntas de sistematización

1. ¿Cuáles son las principales características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico probable del espectro bipolar en estudio?
2. ¿Cuáles fueron los antecedentes patológicos más frecuente reportados en los sujetos en estudio?
3. ¿Cuáles fueron los antecedentes patológicos relacionados con la salud mental más frecuente reportados en los sujetos en estudio?
4. ¿Cuál es la probabilidad de padecer un trastorno bipolar según la escala diagnóstica del espectro bipolar en los sujetos en estudios?
5. ¿Qué factores se asocian a la probabilidad estimada de padecer trastorno bipolar en los sujetos en estudio?
6. ¿Cuál es la proporción de individuos que son miembros de Alcoholismos Anónimos, que refieren estar conscientes de la presencia de un trastorno de la salud mental?

III. ANTECEDENTES

3.1. Estudio en Europa

Sánchez et al (2012) publicaron los resultados de un estudio que tuvo como objetivo investigar la evolución a dos años de tratamiento de una población de pacientes con patología psiquiátrica asociada a alcoholismo en una unidad de salud en Madrid España, comparándola con otra muestra control de pacientes alcohólicos que no padecen trastorno psiquiátrico. Los autores seleccionaron los 100 primeros pacientes que desde 1990 cumplieran los siguientes criterios: a) pacientes nuevos, derivados de Atención Primaria o del Hospital General de referencia, b) con trastorno psiquiátricos previamente diagnosticado según la clasificación CIE-1029, c) con diagnóstico de “Consumo Perjudicial” o “Síndrome de Dependencia” de Alcohol (CIE 10), d) incluidos en el Programa de Alcoholismo del SSM, e) y con Entrevista de Valoración de Alcoholismo³⁰ efectuada. Esta población de 100 pacientes afectados de patología dual (PD) se comparó con una muestra control (MC) de 284 pacientes alcohólicos, de un estudio anterior, que no tenían patología psiquiátrica asociada. Los autores encontraron que los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al alcoholismo son los trastornos de personalidad (30%), trastornos adaptativos (24%), trastornos depresivos (22%) y de ansiedad (18%). En la esquizofrenia la tasa de alcoholismo asociado es de un 11% y en los trastornos bipolares de un 9%. Cuando los trastornos de personalidad se consideran como diagnóstico principal solo alcanzan el 8%, pero cuando se añaden los segundos diagnósticos (22%) alcanzan el 30% mencionado.⁷

Arias francisco et al (2017) publicaron los resultados de un estudio que tuvo el objetivo de investigar las características de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias (TUS). Estudio realizado en Madrid España, La muestra procede de pacientes en tratamiento en las redes públicas de salud mental y de tratamiento para las adicciones de la Comunidad de

Madrid. Los sujetos fueron evaluados con la entrevista Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para el diagnóstico de los trastornos mentales y con la escala Personality Disorder Questionnaire (PDQ) para el diagnóstico de los trastornos de personalidad. De los 837 pacientes incluidos, 174 tenían un diagnóstico a lo largo de la vida de trastorno bipolar, 83 con trastorno bipolar tipo I y 91 del tipo II. La mayoría de ellos tenían algún diagnóstico de TUS. En la red de salud mental, de los 208 participantes, 21 tenían un diagnóstico de trastorno bipolar, de estos el 13 (61.9%) tenían un diagnóstico de TUS y se consideraron duales, mientras que en el resto de los pacientes de salud mental el 33.2% tenían un diagnóstico comórbido de TUS ($p = 0.03$). En los centros de drogas, de los 629 pacientes valorados, un 24.3% ($n = 153$) tenían un diagnóstico de trastorno bipolar.

El subgrupo de pacientes con trastorno bipolar tenía mayor prevalencia de adicción al alcohol y a la cocaína que el resto de los pacientes. Además, la edad de inicio en el consumo de alcohol era más precoz entre los adictos bipolares que entre los adictos no bipolares. Los bipolares duales era un subgrupo con mayor comorbilidad con trastornos de personalidad, otros trastornos mentales como trastornos de ansiedad y mayor riesgo de suicidio. Estos datos apoyan que el alcohol principalmente y la cocaína son las drogas más relacionadas con la presencia de un trastorno bipolar, pero al ser un estudio transversal no se pueden extraer conclusiones etiológicas.⁸

3.2. Estudio en Latino América

Medina Eloy et al (2008) publicaron los resultados de un estudio que tuvo como objetivo evaluar el efecto del consumo de alcohol en la evolución del paciente bipolar. Estudio realizado lima, Perú. Los Materiales y métodos utilizados fue un Diseño observacional de cohortes no concurrente. Se incluyeron 170 registros de pacientes con trastorno bipolar atendidos en la Consulta Externa del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo 2001-2005. Los datos fueron registrados en una ficha y después a una base de datos en SPSS 15. Se usó OR e IC 95% para valorar

la asociación entre el consumo de alcohol y la buena o mala evolución del paciente bipolar.

Se confeccionó una ficha clínica, en la cual se registraron los datos sociodemográficos, el tipo de trastorno bipolar, los diversos episodios y los tratamientos recibidos por cada paciente. Se consideraron en la ficha los factores que influyen en la respuesta al tratamiento, sea la respuesta positiva o negativa. Para determinar y tipificar el consumo de alcohol, se empleó los criterios diagnósticos de la DSM-IV). Se consideró como buena evolución cuando el paciente no presentó recurrencias o episodios durante los cuatro años de seguimiento, mala evolución se consideró cuando presentó recurrencias a pesar del tratamiento continuado.

Como resultado obtuvieron: La población de estudio estuvo conformada por 170 participantes con trastorno bipolar, 50 varones (29,4%) y 120 mujeres (70,6%). La edad promedio fue de 45 años, con un rango que varió entre 13 y 76 años de edad. El 51,2% tenía estudios secundarios, el 61,2% no tenían pareja y solo el 12,4% trabajaban. En cuanto al nivel socioeconómico era bajo o medio en proporciones similares, no existiendo pacientes con estado socioeconómico alto. La edad promedio de inicio del cuadro bipolar fue de 17 años, sin embargo, este rango varió desde 13 hasta los 60 años.

Y concluyeron que el consumo de alcohol afectó la evolución y el tratamiento del trastorno bipolar en comparación con los no consumidores, por lo cual se debería seguir más estrechamente a los pacientes bipolares consumidores de alcohol y así evitar recurrencias y otros malos resultados.

Se recomienda realizar estudios adicionales en pacientes bipolares y consumo de otras sustancias psicoactivas, para identificar riesgos y plantear estrategias de tratamiento; así mismo, se requiere de programas de psicoeducación para mejorar la adherencia al tratamiento de este grupo de pacientes.⁹

Castillo et al (2018) realizaron un análisis secundario en una muestra poblacional de adultos en Colombia, con el objetivo de identificar la presencia de

comorbilidad y los factores relacionados con el uso de alcohol en personas con trastorno afectivo bipolar (TAB). El TAB de los participantes se evaluó a través del Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-CAPI) y el patrón de consumo de alcohol en el último año se determinó con la escala AUDIT C.

Los autores encontraron que todos los pacientes con diagnóstico de TAB tenían algún patrón desadaptativo de consumo de alcohol. Entre las mujeres con TAB de esta muestra, se encontró un mayor riesgo de consumo de tipo dependencia, también mayor riesgo de consumo de nicotina y marihuana; entre quienes viven en centros urbanos, una mayor frecuencia de ideas suicidas y menor riesgo entre aquellos en una relación de pareja estable.

Se identificaron factores asociados novedosos respecto a publicaciones previas y otros ya descritos en estudios similares.

Los autores concluyeron que existe la necesidad de evaluar, en el abordaje de los pacientes con TAB, el tipo de consumo de alcohol y otras sustancias, dada su relevancia en el manejo y el pronóstico de esta población.¹⁰

3.3. Estudio en Nicaragua

Vásquez et al (2012) publicaron un artículo titulado “*Comorbilidad entre el distrés psicológico y el abuso de drogas en pacientes en centros de tratamiento, en la ciudad de León - Nicaragua: implicaciones para políticas y programas*”. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la comorbilidad entre el distrés psicológico y el abuso/dependencia de drogas en pacientes de Centros de tratamiento en León, Nicaragua. La mayoría de participantes del estudio eran hombres y 68.5% eran menor de 40 años, solteros (58.5%), con bajo nivel de educación, trabajo de forma autónoma (51.2%), y 41.5% viven con su madre biológica. El 65.9% de los pacientes llegaron al centro por cuenta propia. Las drogas más consumidas fueron alcohol, marihuana y crack (59.7%, 58.2% y 53.7%). Los trastornos concurrente más comunes fueron, ansiedad (29.3%), depresión (24.1%),

esquizofrenia 9.8% y trastorno bipolar 2,4% y según la escala de Kessler K-10, el 56% de los participantes fueron diagnosticados con distrés psicológico severo. Según la escala de APGAR-familiar, el 26% percibieron familias como disfuncionales. ¹¹

IV. JUSTIFICACIÓN

Relevancia social

El impacto del consumo de alcohol y su asociación con la salud mental, en especial con el trastorno bipolar, se vincula también un deterioro del desarrollo económico y social a nivel de los países de todo el mundo. Cuanto menor es el nivel de desarrollo económico y social de un país o región, mayor es la mortalidad y morbilidad atribuible al alcohol, lo cual se ve agravado por la concomitancia con las alteraciones de la salud mental.

Además de la carga de morbilidad relacionada con el alcohol, encontramos marcadas consecuencias sociales que surgen de su consumo, tales como problemas en las relaciones familiares y personales, violencia, problemas laborales y económicos, maltrato y abandono de niños.

Relevancia teórica

Ya que en Nicaragua el alcoholismo es un problema de salud pública, queremos aportar con este estudio elementos de comprensión del problema que sufre esta enfermedad incurable y dentro de las alternativas que se proponen como tratamiento elegimos a los alcohólicos anónimos para estudiar un aspecto de personalidad que actualmente se está diagnosticando como trastorno bipolar.

A pesar de las alarmantes estimaciones de la OMS y otros estudios regionales sobre la asociación entre el consumo de alcohol y los trastornos de la salud mental, las cuestiones relacionadas con el alcohol siguen teniendo una baja prioridad en los programas de salud de la mayoría de los países de América Latina y no abunda la información epidemiológica sobre el consumo de alcohol y los problemas relacionados, especialmente los problemas relacionados con la salud mental. Por lo que desde la perspectiva teórica este estudio pretende explorar el panorama en Nicaragua y brindar una aproximación sobre la prevalencia de trastornos de la salud mental como el trastorno bipolar, en población alcohólica y a

partir de allí identificar cuáles son las necesidades de información para el diseño de futuras investigaciones.

Relevancia clínica

Los alcohólicos llegan a los distintos consultorios, muchas veces con problemas orgánicos, cognitivos y emocionales y en muchas ocasiones no reciben un diagnóstico de alcoholismo y de sus problemas de salud mental asociados, por la permisibilidad que tiene la sociedad en relación al hábito del consumo de alcohol y es hasta en situaciones extremas que los casos de trastorno mentales avanzados, reciben atención en el hospital psiquiátrico y otros centro de salud mental, luego de haber pasado por distintas unidades de salud tanto públicas como privadas sin abordar esta problemática. Por lo que consideramos que conocer la prevalencia de la presencia del trastorno bipolar en población alcohólica generaría conciencia y sensibilización en los profesionales e instituciones relacionadas con la salud, sobre este problema de gran impacto.

Una de las situaciones más evidentes es que los pacientes alcohólicos suelen presentar trastornos psiquiátricos asociados sobre todo a ansiedad, depresión, paranoia y bipolaridad, pero debido a la gran estigmatización que se le da a esta problemática las personas temen buscar ayuda para salir de su problema.

Por lo que nuestro tema de investigación resulta de especial interés ya que demostrando la relación que existe entre estas dos enfermedades podemos proponer soluciones efectivas como la psicoterapia y no el consumo de fármacos que crean más dependencia al cuerpo, empeorando así la enfermedad. Esta es una situación de gran importancia para todo el personal de salud mental, pero no se le da la prioridad que se debe. Hay poca información que contribuya a una atención más óptima a personas que sufren de este trastorno y sobre todo al adecuado tratamiento. Es necesario contribuir a la reducción de conductas adictivas que empeoren los cuadros de los trastornos mentales en dichos pacientes.

Implicaciones prácticas

A pesar que en Nicaragua se crea el 29 de noviembre del año 2000 el instituto nacional de alcohol y las drogas, que entre otros elementos claves, establece el compromiso del gobierno de promocionar estilos de vida saludables y crear espacios de publicidad en todos los medios con propaganda pero lamentablemente, existe la percepción de que el funcionamiento de este instituto es muy limitado, a pesar de gozar con presupuesto nacional. Por otro lado es importante discutir y reflexionar sobre el rol que ha venido jugando el instituto nicaragüense para la promoción del consumo responsable (INPROCRES) con respecto a la educación sobre el consumo de alcohol, instituto que fue fundado por la compañía cervecera y licorera, en 2012 y que por ende es vulnerable a los conflictos de intereses.

Por lo tanto, esperamos que este estudio sea de gran relevancia ya que en nuestro país no se cuenta con datos actualizados, y así se puedan llevar a cabo otras investigaciones que puedan proporcionar más ayuda para los profesionales de la salud mental. Aunque aquí no sabemos si fue el consumir licor el que llevo a causar problemas psiquiátricos o viceversa, pretendemos demostrar la gran relación que hay entre ambas y por lo tanto dar un abordaje adecuado en este caso modificable como sería el dejar de consumir licor e ir a terapias grupales.

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo

5.2. Objetivos específicos

1. Identificar las principales características sociodemográficas de los casos en estudio.
2. Caracterizar los antecedentes patológicos más frecuente reportados en los sujetos en estudio.
3. Establecer cuáles fueron los antecedentes patológicos relacionados con la salud mental más frecuente reportados en los sujetos en estudio.
4. Estimar la probabilidad de padecer un trastorno bipolar según la escala diagnóstica del espectro bipolar en los sujetos en estudios.
5. Explorar los factores que se asocian a la probabilidad estimada de padecer trastorno bipolar en los sujetos en estudio.
6. Describir la proporción de individuos que son miembros de Alcoholismos Anónimos, que refieren estar conscientes de la presencia de un trastorno de la salud mental.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. Generalidades sobre el trastorno afectivo bipolar (TAB)

6.1.1. Definición y clasificación

6.1.1.1. Definición y clasificación de acuerdo al DSM V

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), es el diagnóstico psiquiátrico que describe un Trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o en casos más leves, hipomanía junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre alegría y la tristeza de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología. ¹²⁻¹⁴

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor. ^{12,15,16}

Trastorno bipolar I

➤ Episodio maníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o

la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).¹²

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual¹²:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica. Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente

sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar 1.

Nota: Los Criterios A—D constituyen un episodio maníaco. Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

➤ **Episodio hipomaníaco**

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. ^{16,17}

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo ^{16,17}:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.

7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

E El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).

➤ **Episodio de depresión mayor**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. ^{13,16,18}

Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento). 6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

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

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

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

Trastorno bipolar II

➤ **Episodio hipomaníaco**

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. ^{13,16,18}

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo ^{13,16,18}:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juegas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

➤ **Episodio de depresión mayor**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. ^{13,16,18}

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento del peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

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

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

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

6.1.1.2. Definición y clasificación de acuerdo al CIE 11

Los trastornos bipolares y relacionados son trastornos del estado de ánimo episódicos definidos por la aparición de episodios o síntomas maníacos, mixtos o hipo maníacos. Estos episodios generalmente se alternan en el transcurso de estos trastornos con episodios depresivos o períodos de síntomas depresivos. A continuación, se describe su clasificación de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 11.^{14,16}

Trastorno bipolar tipo I

El trastorno bipolar tipo I es un trastorno del estado de ánimo episódico definido por la aparición de uno o más episodios maníacos o mixtos. Un episodio maníaco es un estado de ánimo extremo que dura al menos una semana, a menos que se acorte por una intervención de tratamiento caracterizada por euforia, irritabilidad o expansividad, y por una mayor actividad o una experiencia subjetiva de mayor energía, acompañada de otros síntomas característicos tales como, discurso rápido o presionado, fuga de ideas, mayor autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, distracción, conducta impulsiva o imprudente y cambios rápidos entre diferentes estados de ánimo (es decir, labilidad del estado de ánimo).^{14,16}

Un episodio mixto se caracteriza por una mezcla o una alternancia muy rápida entre síntomas maníacos y depresivos prominentes en la mayoría de los días durante un período de al menos 2 semanas. Aunque el diagnóstico se puede hacer en base a la evidencia de un solo episodio maníaco o mixto, los episodios típicamente maníacos o mixtos se alternan con episodios depresivos durante el curso del trastorno. ^{14,16}

Trastorno bipolar tipo II

El trastorno bipolar tipo II es un trastorno del estado de ánimo episódico definido por la aparición de uno o más episodios hipomaníacos y al menos un episodio depresivo. Un episodio hipomaníaco es un estado de ánimo persistente caracterizado por euforia, irritabilidad o expansividad, y una activación psicomotora excesiva o aumento de energía, acompañado de otros síntomas característicos como grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, discurso presionado, fuga de ideas, distracción e impulsividad o un comportamiento imprudente que dure al menos varios días. ^{14,16}

Los síntomas representan un cambio del comportamiento típico del individuo y no son lo suficientemente graves como para causar un deterioro notable en el funcionamiento. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de depresión casi a diario o disminución del interés en actividades que duren al menos 2 semanas acompañado de otros síntomas como cambios en el apetito o el sueño, agitación psicomotora o retraso, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa inapropiada y excesiva, desesperanza, dificultad para concentrarse y tendencias suicidas. No hay antecedentes de episodios maníacos o mixtos. ^{12,14,16,19}

Trastorno ciclotímico

El trastorno ciclotímico se caracteriza por una inestabilidad persistente del estado de ánimo durante un período de al menos 2 años, que involucra numerosos

períodos de hipomanía (p. Ej., Euforia, irritabilidad o expansividad, activación psicomotora) y depresivos (p. Ej., Desánimo, disminución del interés en las actividades, fatiga) son síntomas que están presentes durante la mayor parte del tiempo. ^{12,14,16,19}

La sintomatología hipomaniáca puede o no ser lo suficientemente grave o prolongada para cumplir con los requisitos de definición completa de un episodio hipomaniáca (ver trastorno bipolar tipo II), si no hay antecedentes de episodios maníacos o mixtos (ver trastorno bipolar tipo I). ^{12,14,16,19}

La sintomatología depresiva nunca ha sido lo suficientemente grave o prolongada como para cumplir con los requisitos de diagnóstico para un episodio depresivo (ver trastorno bipolar tipo II). Los síntomas provocan una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento. ¹²⁻¹⁹

6.1.2. Epidemiología del trastorno bipolar

6.1.2.1. Prevalencia

La estimación de la prevalencia durante 12 meses en la zona continental de Estados Unidos fue del 0,6 % para el trastorno bipolar I según lo define el DSM-IV. La prevalencia durante 12 meses del trastorno bipolar I en 11 países fue del 0 al 0,6 %. La tasa de prevalencia a lo largo de la vida de los hombres respecto a las mujeres es de aproximadamente 1,1:1. ^{13,15,17,18}

6.1.2.2. Factores de riesgo

Ambientales. El trastorno bipolar es más frecuente en los países ricos que en los países pobres (1,4 vs. 0,7 %). ^{13,15,17,18}

Existen mayores tasas de trastorno bipolar I entre los separados, divorciados y viudos que entre las personas casadas y las que nunca lo han estado, aunque no está clara la tendencia de la asociación. ^{13,15,17,18}

Genéticos y fisiológicos. Una historia familiar de trastorno bipolar es uno de los factores de riesgo más sólidos y sistemáticos del trastorno bipolar. ^{13,15,17,18}

Existe un riesgo promedio 10 veces superior entre los familiares adultos de los pacientes con trastorno bipolar I y II. La magnitud del riesgo aumenta con el grado de parentesco. La esquizofrenia y el trastorno bipolar probablemente comparten un origen genético, que se refleja en la agregación familiar de la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Modificadores del curso. Si un individuo ha tenido un episodio maníaco con rasgos psicóticos, es más probable que los siguientes episodios incluyan rasgos psicóticos. La recuperación interepisódica incompleta es más frecuente si el episodio actual se acompaña de rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo. ^{13,15,17,18}

6.2. Generalidades sobre alcoholismo

6.2.1. Definición y clasificación

El término alcoholismo fue acuñado originalmente en 1849 por Magnus Huss. Hasta la década de 1940 hacía referencia principalmente a las consecuencias físicas del consumo masivo y prolongado (alcoholismo beta en la tipología de Jellinek). ²⁰

Más adelante, Jellinek y otros autores emplearon el término para designar el consumo de alcohol que provoca cualquier tipo de daño (físico, psicológico, individual o social). ²⁰

Pese a su significado ambiguo, el término todavía se utiliza de forma generalizada con fines diagnósticos y descriptivos. Por ejemplo, en 1990 la

American Society of Addiction Medicine definió el alcoholismo como una “enfermedad crónica primaria en cuya evolución y manifestaciones intervienen factores genéticos, psicosociales y ambientales.”²⁰

La enfermedad es progresiva y fatal. Se caracteriza por los siguientes rasgos, que pueden ser continuos o periódicos: deterioro del control sobre la bebida, obsesión por el alcohol, consumo de alcohol pese a sus consecuencias adversas y perturbación del pensamiento, sobre todo, negación.²⁰

La Organización mundial de la salud, concede al término Alcoholismo (alcoholism): Término de significado variable y usado durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado; o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida; episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas.

A continuación, se describe su clasificación de acuerdo a la OMS.

Trastorno por consumo de alcohol

El trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo.²¹⁻²³

Criterios diagnósticos

A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses²¹⁻²³:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.

5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

Abstinencia de alcohol

La abstinencia de alcohol se caracteriza por síntomas que se desarrollan entre 4 y 12 horas después de la reducción del consumo, tras la ingesta de alcohol

de forma prolongada e intensa. Como la abstinencia de alcohol puede ser muy desagradable, las personas pueden seguir consumiendo a pesar de las consecuencias adversas, sobre todo para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Algunos de estos síntomas (p. ej., las alteraciones del sueño) pueden perdurar durante meses a baja intensidad y conllevar una recaída. Una vez que se desarrolla un patrón repetitivo e intenso de consumo, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden emplear gran cantidad de tiempo en obtener y consumir bebidas alcohólicas. El deseo intenso de consumo de alcohol se evidencia por una gran urgencia o necesidad de beber que dificulta el pensamiento de cualquier otra cosa y que suele desembocar en el comienzo de la ingesta. Los rendimientos académico y laboral pueden deteriorarse por los efectos tras el consumo o por las intoxicaciones tanto en los lugares de trabajo como de estudio, puede descuidarse tanto el cuidado de los hijos como las responsabilidades domésticas, y suele ser habitual el absentismo académico y laboral. La persona podría consumir alcohol incluso en circunstancias peligrosas (p. ej., al conducir un coche, nadar y operar con maquinaria). ²⁴⁻²⁶

Otros trastornos inducidos por el alcohol

Las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden continuar con el consumo a pesar de que saben que dicho comportamiento les ocasiona problemas físicos significativos (p. ej., amnesia, afección hepática), psicológicos (p. ej., depresión), sociales o interpersonales (p. ej., discusiones violentas con la pareja, abuso infantil). ^{22,24,25,27,28}

6.2.2. Tabla de la alcoholomanía del dr. E. M. Jellinek

Elvin Morton Jellinek (1890-1963), fisiólogo, e investigador en alcoholismo. Nació en Nueva York el 15 de agosto de 1890. Murió en el escritorio de su estudio en la Universidad de Stanford el 22 de octubre de

1963. Hablaba nueve idiomas y podría comunicarse en cuatro más. Formo parte de la OMS, (Organización Mundial de la Salud), he aquí las fases del alcoholismo que él propuso. ²⁹⁻³¹

El alcoholismo puede dividirse para su estudio en cuatro grandes etapas:

I. ETAPA PRE-ALCOHOLICA

Cuando un individuo se inicia en la ingestión del alcohol, ni él mismo sabe si llegará a convertirse en alcohólico. Se calcula, según estudios estadísticos, que casi el 5% de la población está en alguna etapa del alcoholismo. Siguiendo el curso de las observaciones estadísticas sabemos que de cada 100 bebedores corrientes, 5 se tornarán alcohólicos crónicos. ²⁹⁻³¹

El primer contacto del futuro enfermo con el alcohol es el consumo ocasional de alivio, o sea una afición en la que se considera a las bebidas embriagantes como una droga tranquilizadora. El aficionado bebe unas cuantas copas y se va a su hogar a descansar tranquilamente sin causar molestias. ²⁹⁻³¹

II. ETAPA AGRAVANTE

Esta etapa es puramente sintomática y es el inicio de la carrera alcohólica

FASE 1: LAGUNAS MENTALES

Recuerdos borrosos o nulos después de una borrachera; el individuo no puede reconstruir exactamente lo que ha sucedido en un periodo de borrachera. Las lagunas mentales son el primer indicio de los graves problemas que se le avecinan al bebedor que la padece. ²⁹⁻³¹

En muchas ocasiones, el individuo puede cometer actos antisociales e incluso matar a alguien durante estas lagunas mentales, sin darse cuenta; aquello queda olvidado en la más completa amnesia. Incluso puede aparentar en el

momento de sufrir estas lagunas, la más completa lucidez y control de sus movimientos y ademanes. ²⁹⁻³¹

FASE 2: CONSUMO A ESCONDIDAS

Al principio de su carrera el alcohólico trata de ocultar ante las demás personas que él bebe más de lo normal. Pero ante el irresistible deseo de beber tiene que hacerlo a escondidas cuando va a una fiesta, reunión social, etc. Se da cuenta el alcohólico que si bebiera descaradamente las otras personas no comprendería que él se siente diferente a los otros debido a que el alcohol empieza a serle un artículo de primera necesidad. En su fuero interno sabe que todavía no es un borracho descarado, pero se alarma ante la demanda alcohólica que le hace su organismo. ²⁹⁻³¹

FASE 3: PREOCUPACIÓN POREL ALCOHOL

Se preocupa por las fiestas a las que está invitado dentro de quince días; piensa en lo alegre que estará rodeado de sus amigos ingiriendo licor. Se preocupa, por ejemplo, del bautismo de su hijo y de que probablemente no tenga el dinero suficiente para comprar grandes cantidades de licor y celebrarlo dignamente. ²⁹⁻³¹

FASE 4: EL CONSUMO ÁVIDO

La sed por el alcohol va aumentando y se le hace imperativo tomarse de un solo impulso la primera copa, que empieza con frecuencia a ser un trago doble para despertar el calor físico y estimular el termómetro emocional de la alegría. Después de este consumo ávido puede disminuir el tamaño de los tragos pero no su deseo de ingerir más. ²⁹⁻³¹

FASE 5: SENSACIÓN DE CULPABILIDAD POR SU COMPORTAMIENTO DE BEBEDOR

Se comienza a dar cuenta vagamente de que bebe más de lo corriente y que su vida moral, ante sus propios ojos, está bajando de precio. Surgen los primeros desarreglos en el hogar y el resultado problemático de las primeras faltas cometidas; todo ello se ahonda en su sique y empieza a sentirse culpable y con pena y molestia interna. Pronto descubre que todos estos conflictos internos los silencian y ahoga, aunque temporalmente, el alcohol. ²⁹⁻³¹

FASE 6: EVITAR TODA REFERENCIA AL ALCOHOL

No le gusta que le llamen alcohólico o borracho, porque lo toma como insulto. Si los familiares y amigos en sus pláticas cotidianas se refieren a la conducta desordenada de los alcohólicos en general, prefiere no oírlos porque piensa que lo hacen por referirse a él de una manera indirecta. Si se le ataca directamente, responde en forma evasiva, que él no tiene problemas con la bebida y que se comporta como lo haría cualquier bebedor social con la única finalidad de disfrutar de un momento de alegría. ²⁹⁻³¹

FASE 7 FRECUENCIA DE LAS LAGUNAS MENTALES

Ya al final de la etapa agravante, se advierte una frecuencia mayor de esas lagunas mentales, pues el alcohol empieza a deteriorar de manera apreciable el sistema nervioso. El modo de beber es fuerte, pero no es alarmante, el alcohólico disimula bien su afición y la encubre hasta donde le es posible pues la compulsión aún no se ha desarrollado mucho y es factible que el enfermo pueda ser encauzado a través de una campaña preventiva contra el alcoholismo. ²⁹⁻³¹

III. Etapa Crítica

En esta etapa se desarrolla la enfermedad propiamente dicha, una vez cae el alcohólico en su curso y no hace nada por liberarse no se detiene hasta llegar a la destrucción. Se inicia con la necesidad de beber más de una copa. ²⁹⁻³¹

FASE 8: PERDIDA DE CONTROL

Una vez que el alcohólico bebe una pequeña cantidad de alcohol, por ejemplo un trago mixto o un vaso de cerveza o de vino, se despierta en él una apremiante necesidad de beber, la cual lo lleva a embriagarse completamente, contrario a lo que sería la conducta de un bebedor social que solamente busca una copa para sentirse alegre con sus amigos o para disfrutar de un aperitivo. ²⁹⁻³¹

La pérdida de control puede despertarse no por iniciativa del bebedor sino, incluso, por una invitación inesperada que reciba de un amigo u otra oportunidad para bebidas no programada por él mismo. ²⁹⁻³¹

FASE 9: RACIONALIZAR EL COMPORTAMIENTO BEBEDOR

Racionalizar quiere decir convertir los pretextos en razones lógicas para justificar cada una de sus recaídas en el alcohol; al principio le es fácil porque las bebetorias no son frecuentes e incluso él mismo llega a creer las razones que tiene, pero al transcurrir del tiempo tiene que inventar mentiras para justificar su conducta de bebedor ante los demás y él se da cuenta de que está mintiendo. Las personas de su medio social se desconciertan y le creen muchas veces; esto le da seguridad para seguir mintiendo y creerse él mismo sus propias mentiras. ²⁹⁻³¹

FASE 10: PRESIONES SOCIALES

Es evidente que su conducta ya es objeto de recriminaciones en el hogar, comentarios y reproches de parte de los amigos y llamadas de atención de los jefes y patrones en el trabajo.

Ante este acosamiento o presión social, el enfermo acentúa sus racionalizaciones poniéndose a sí mismo toda clase de excusas con las cuales trata de sacar a flote su personalidad. ²⁹⁻³¹

FASE 11 ILUSIONES DE GRANDEZA

Se empieza a dar cuenta de que ya es menos apreciado, y que sus familiares no le creen cuando él dice o promete algo. En el trabajo no lo ascienden ni lo suben de categoría; más bien consideran un favor el dejarlo donde está y no correrlo a la calle. Sus amigos empiezan a hablar mal de su comportamiento desviado, etc. Todas estas actitudes negativas de los demás lo hacen adoptar un mecanismo compensatorio defensivo que consiste en una actitud fanfarrona respecto a sus posibilidades sociales y económicas, así como de su capacidad para desempeñar su profesión u oficio. ²⁹⁻³¹

FASE 12; CONDUCTA MARCADAMENTE HOSTIL

Sus razonamientos lo inducen a pensar que el resultado de su conducta no es culpa de él sino de los demás y ello lo hace alejarse paulatinamente del medio social donde se desenvolvía y a presentar como defensa a su personalidad en peligro una conducta agresiva como uno de sus últimos cartuchos; conducta parecida a la de un tigre acorralado cuando ve que es impotente ante sus enemigos. Esta conducta puede ser de desprecio o de agresión directa, según sea el tipo temperamental del alcohólico. ²⁹⁻³¹

FASE 13: REMORDIMIENTOS PERSISTENTES

Se da cuenta el alcohólico que su conducta ha cambiado ostensiblemente comparándola con el pasado y que su potencial energético, físico y mental va en bancarrota hacia la disipación y el desprecio, esto, naturalmente, son secretos internos que le producen remordimientos persistentes que lo hacen reflexionar positivamente, haciendo probablemente un postrer examen de conciencia. Más tarde, esa conciencia, aunque la tenga, no le servirá de nada. ²⁹⁻³¹

FASE 14: PERIODOS DE ABSTINENCIA TOTAL

El remordimiento y las presiones sociales lo hacen reaccionar diciendo que va demostrar que tiene fuerza de voluntad y entonces deja de beber durante cortos o largos períodos, pero tarde o temprano vuelve a caer en manos de su amo, el alcohol. ²⁹⁻³¹

FASE 15: MODIFICA SUS HÁBITOS DE BEBER

Se da cuenta de que es imposible prescindir del alcohol y empieza a formarse la idea de que su fracaso en la bebida se debe a que ha usado las marcas de licor equivocadas y empieza de nuevo a experimentar; que cerveza nacional o que cerveza extranjera; que tequila amarillo, que tequila blanco. ²⁹⁻³¹

FASE 16: ABANDONO DE AMISTADES

Su esfuerzo por dominar el hábito del alcohol aumenta su agresividad y no es él quien toma la iniciativa para abandonar a sus amigos, sino que son ellos los que casi siempre rehúyen su presencia. El enfermo empieza a hacerse la pregunta de si el trago estará interfiriendo con sus amigos y sus actividades. ²⁹⁻³¹

FASE 17: PÉRDIDA DEL EMPLEO

El alcohólico ve con evidencia que su manera de beber afecta sus actividades cuando sus jefes o patrones lo obligan a presentar su renuncia por irresponsabilidades en el trabajo y en los casos extremos el enfermo es despedido de su cargo sin consideración alguna. ²⁹⁻³¹

FASE 18: SUBORDINACIÓN COMPLETA AL ALCOHOL

Llega el momento en que es imposible concebir la vida sin alcohol. Se establece entonces una completa y enfermiza dependencia emocional hacia el alcohol. Ya el enfermo no se pregunta ¿cómo afecta la bebida mis actividades diarias? Sino ¿cómo afectan mis actividades diarias la bebida?

Es decir lo contrario de lo que significa responsabilidad, al pronunciar cuando se encuentra en la mesa de una cantina: lástima que tengo que ir a trabajar. Lo que quisiera es pasarme toda la vida bebiendo. ²⁹⁻³¹

FASE 19: APATÍA HACIA OTROS INTERESES EXTERIORES

Pierde interés por lo que antes le causaba distracción como practicar un deporte o ir al estadio a ver jugar su equipo favorito. Renuncia a las actividades filantrópicas, culturales, literarias o científicas a que pertenece por considerar que absorben mucho de su tiempo, para dedicarse a su diversión principal, el alcohol.

²⁹⁻³¹

Se dice que la enfermedad alcohólica es incurable, progresiva e insidiosa, por las siguientes razones:

ES INCURABLE, porque hasta la fecha no conocemos ningún alcohólico que pueda volver a beber normalmente; se entiende que se considera alcohólico a quien haya alcanzado por lo menos la fase 8 de la tabla, pérdida de control. ²⁹⁻³¹

ES PROGRESIVA, porque hasta la fecha no sabemos de ningún alcohólico que habiendo alcanzado cierta fase de la tabla, se estacione en ella y diga de aquí no paso y lo cumpla bebiendo.

ES INSIDIOSA, porque teniendo el enfermo una atracción orgánica y física por el alcohol, en el momento más inoportuno puede volver a beber aun cuando se haya hecho el propósito firme de no hacerlo. Está demostrado que casi la totalidad de los alcohólicos necesitan ayuda externa para obtener resultados en sus buenos propósitos. ²⁹⁻³¹

FASE 20: NUEVA INTERPRETACIÓN DE SUS RELACIONES INTERPERSONALES

Antes de ser problema alcohólico conservaba relaciones cordiales y amistosas con toda clase de personas, pero llegado este punto comienza a discriminar y establece casi un divorcio con la sociedad de personas que no beben, y comienza a rodearse de amigos que comparten su afición por el alcohol, en su afán inconsciente de aislarse va considerando la gente normal como elemento de choque a la satisfacción de sus tendencias alcohólicas, se siente criticado y amonestado aunque no sea así, hasta tornarse en un individuo hosco y huraño en sus relaciones sociales y laborales. Esta fase es el síntoma inicial de lo que más tarde será un total divorcio con la sociedad. ²⁹⁻³¹

FASE 21: MARCADA CONMISERACIÓN DE SÍ MISMO

Conmiseración significa sentir lástima de sí mismo, y eso le sucede a nuestro enfermo de tanto sufrir frustraciones y hostilidades del medio ambiente. Llega a tanto su estado que empieza a considerarse un desgraciado, sufre humillaciones en su trabajo, dentro de su círculo social y familiar, y en parte de sus amigos que él aún considera sinceros; su estado de salud en la mayoría de los casos es precario,

todo ello viene a sumarse de golpe y por ello siente lástima de sí mismo y vive en un constante lamento que indudablemente lo hace desembocar en el alcohol. ²⁹⁻³¹

FASE 22: FUGAS GEOGRÁFICAS

Llega el momento en que se siente acosado dentro de su círculo social y hace suyo aquel refrán que dice que nadie es perfecto en su tierra. Planea una fuga geográfica y cree que con cambiar de ambiente en otra ciudad o país donde no le conozcan, su vida será distinta y podrá dejar de beber recuperando el prestigio perdido. ²⁹⁻³¹

FASE 23: CAMBIO EN LAS COSTUMBRES FAMILIARES

La familia del alcohólico que, probablemente antes de ser un problema el enfermo, llevaba una vida social activa, empieza ahora a aislarse debido al bochorno y la vergüenza de tener un familiar que, según ellos, es un vicioso degenerado que por voluntad propia y por gusto particular se está conduciendo al abismo.

Otros casos, por el contrario, son de familias que antes preferían llevar una vida retraída, pero evadiendo los momentos dolorosos que se producen en el seno de un hogar alcohólico, prefieren iniciar una vida social activa. ²⁹⁻³¹

FASE 24: RESENTIMIENTOS IRRAZONABLES

La conmiseración de sí mismo, avanza hasta convertirse en resentimiento, o sea un estado que se designa como la cúspide de la enfermedad moral.

Resentir, como su significado lo indica, es volver a vivir las injurias recibidas y, en general, desencadena una infección espiritual donde los microbios son las emociones reprimidas. ²⁹⁻³¹

FASE 25: PROTECCIÓN DE SU ABASTECIMIENTO

Su constante preocupación por no encontrarse desprovisto de su dosis necesaria, lo hace esconder provisiones de licor en los lugares menos esperados, lugares apartados de su casa, jardín, empleo, etc. Y así en el momento en que le apremie la compulsión por beber no sufre las consecuencias de la cruda. ²⁹⁻³¹

FASE 26: DESCUIDO DE LA ALIMENTACIÓN

El consumo constante de alcohol va produciendo una irritación de las paredes gástricas lo que a la larga trae la falta de apetito. Ahora va a necesitar un aperitivo para comer bien, y con el tiempo con sus continuas bebetorias va a olvidar sus horas reglamentarias de alimentación o va a establecer un desorden en las mismas. ²⁹⁻³¹

FASE 27: PRIMERA HOSPITALIZACIÓN

Debido al constante consumo de alcohol, el enfermo puede llegar a requerir los auxilios médicos. No es necesario que el alcohólico sea internado en un hospital o casa de salud, para que se cumpla esta fase de la tabla.

La reclusión hospitalaria puede llevarse a cabo en su propia casa de habitación. El motivo de esta hospitalización puede incluir desde la simple intoxicación hasta la más grave de las enfermedades físicas o mentales desencadenadas por el alcohol. ²⁹⁻³¹

FASE 28: DISMINUCIÓN DEL IMPULSO SEXUAL

Uno de los primeros síntomas de debilidad orgánica es la disminución del impulso sexual, la cual se da en una forma completa, en alrededor de la mitad de los casos. ²⁹⁻³¹

FASE 29: CELOTIPIA ALCOHÓLICA

Ya sea la impotencia sexual, o la constante desavenencia en el hogar, predispone al enfermo a creer que su compañero de vida le está siendo infiel, desencadenando así celos infundados la mayor parte de las veces, en ocasiones originando serias tragedias pasionales, siendo estas de mayores proporciones si ya el alcohólico padece de crisis alucinantes. ²⁹⁻³¹

FASE 30 BEBIDA REGULAR MATUTINA

El terrible estado de ansiedad, el malestar físico, las crudas, los temblores y la inseguridad síquica, hacen imposible que el alcohólico empiece el día sin el auxilio de la primera copa al levantarse. ²⁹⁻³¹

Esta fase señala el final de la etapa crítica y es el preludio de la etapa crónica.

IV. Etapa Crónica

Con la bebida regular matutina va adquiriendo la necesidad cada vez más apremiante por el alcohol para calmar sus tensiones emocionales y va necesitando constantemente su auxilio como droga. Lo que ahora empieza a ser más necesidad que hábito se vuelve constante y entramos ya en la etapa crónica o sea la bebedera continua en una carrera desembocada al desastre que se mantiene en marcha inercia. ²⁹⁻³¹

FASE 31: PERIODO DE EMBRIAGUEZ PROLONGADA

La ingestión constante de alcohol debilita su capacidad física y de una vez por todas se encuentra bebiendo sin interrupción; se le ve por las calles a todas horas; con ese sistema de beber es difícil que pueda sostener su empleo por mucho tiempo. ²⁹⁻³¹

FASE 32 DETERIORO ETICO MARCADO

Estas experiencias han derrumbado su moral de tal forma que lo hacen olvidarse de todo y andar por el mundo exhibiendo su miseria, se niega a sí mismo, ni él cree lo que es ahora: un real bagazo humano, que en sus pocos momentos de lucidez se remonta al pasado de lo que fue, de lo que pudo haber sido y de lo que nunca ya será, acosado por el estupor alcohólico en que vive. ²⁹⁻³¹

FASE 33 DISMINUCIÓN DE LAS CAPACIDADES MENTALES

El excesivo uso del alcohol durante largos años ha producido estados constantes de intoxicación en el cerebro. Las neuronas son las únicas células del organismo que no se reproducen. A causa de la intoxicación del alcohol, mueren por millares, lo que explica entonces como el cerebro del alcohólico se va deteriorando. ²⁹⁻³¹

FASE 34: SICOSIS ALCOHÓLICAS

SICOSIS: Significa desorden mental en grado extremo o patológico; prácticamente es un divorcio completo con la realidad ambiental, el pensamiento y la acción pierden su hilo normal y se amoldan a un cuadro clínico patológico de acuerdo con el tipo de sicosis. ²⁹⁻³¹

DEMENCIA: Es la total ruina síquica. Todas las sicosis llevan a la demencia.

LAS SICOSIS ALCOHÓLICAS

Son aquellas que se originan debido al uso excesivo del alcohol.

FASE 35: BEBER CON PERSONAS SOCIALMENTE INFERIORES

Con el afán de sentirse siempre superior busca la compañía de personas que han caído totalmente en el fango moral y material, con ellas hace recuerdos de sus buenos tiempos y se transporta al pasado; se relaciona decididamente con drogadictos, delincuentes y alcohólicos que han caído más bajo que él. Esta fase puede complicar su alcoholismo contrayendo hábitos peores que el del alcohol y llegando a generaciones y perversiones inigualables. ²⁹⁻³¹

FASE 36: CONSUMO DE PRODUCTOS INDUSTRIALES

Esas mismas compañías de que hablamos lo inducen a ingerir sustancias que no son preparadas especialmente para beber, sino que son alcohol impotables y para usos industriales.

Estas sustancias son más fuertes que los licores autorizados por la ley y, desde luego, de un grado de toxicidad a veces mortal. ²⁹⁻³¹

FASE 37: DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA AL ALCOHOL

El organismo se va minando y ahora el enfermo se embriaga y llega a la impotencia física y mental con poco alcohol que consuma. ²⁹⁻³¹

Pasan el día con dos o tres traguitos de alcohol, cuando antes necesitaban botellas enteras.

FASE 38 TEMORES INDEFINIBLES

Su vida síquica está totalmente enferma y destruida, ahora aparecen las fobias o miedos indefinidos, a veces por motivos irreales casi siempre alucinatorios

originados en las ideas delirantes propias de su delirio de persecución social. Sufre sobresaltos y dudas. Pierde la noción del tiempo. ²⁹⁻³¹

FASE 39: TEMBLORES PERSISTENTES

En su camino hacia la muerte, meta de su autodestrucción total, el sistema nervioso del alcohólico depende del veneno que bebe, así es que cuando le falta, lo pide en medio de gritos y temblores persistentes, pues anatómicamente los nervios han perdido su capacidad de estar en reposo, aparecen calambres que no son otra cosa que corto-circuitos nerviosos y todo este infierno personal no se calma sin el auxilio del alcohol, que una vez ingerido, tiende a empeorar las cosas. ²⁹⁻³¹

FASE 40 INHIBICIÓN SICO-MOTORA

El funcionamiento del sistema nervioso va decayendo, pues, según algunos estudios, se van creando centros de irradiación inhibidora en la corteza cerebral, ya sea por causas emocionales o físicas. ²⁹⁻³¹

FASE 41: LA INGESTIÓN DEL ALCOHOL TOMA UN CARÁCTER OBSESIVO

Llegado a este punto el alcohol se ha apoderado definitivamente de la mente del enfermo de modo que su ingestión debe de ser constante e ininterrumpida, como una gota perenne. ²⁹⁻³¹

FASE 42: VAGOS SENTIMIENTOS RELIGIOSOS

Gran porcentaje de los casos desarrolla un vago sentimiento religioso, cambia la religión o visita una iglesia o capilla con el propósito de encontrar un oasis espiritual para su alma enferma. ²⁹⁻³¹

FASE 43: TODO EL SISTEMA RACIONALISTA SE QUEBRANTA

Llega el momento en que sus razonamientos o pretextos son objetos de pruebas tan duras ante la realidad, que el mismo enfermo comprende su triste estado y se encuentra en un callejón sin salida. Algunos podrían aceptar su enfermedad alcohólica, pero otros muchos todavía no lo aceptan. ²⁹⁻³¹

FASE 44: HOSPITALIZACIÓN DEFINITIVA

Si tiene la fortuna de ser aceptado en un hospital, allí pasará sus últimos días. Según las estadísticas médicas un alto porcentaje de alcohólicos fallecen de cirrosis hepática complicada con otras enfermedades que han ido desarrollando y a las que están predispuestos. ²⁹⁻³¹

FASE 45: PÉRDIDA DE LA VIDA

La última FASE: al alcohólico lo espera la muerte en un hospital, en un manicomio o en la calle por un accidente o muerte violenta debido a los peligros a que se expone. Algunos terminan sus días en una cárcel por delitos cometidos bajo los efectos de la embriaguez. ²⁹⁻³¹

6.2.3. Epidemiología del alcoholismo

6.2.3.1. Prevalencia

El trastorno por consumo de alcohol es frecuente. En Estados Unidos, la prevalencia a los 12 meses para el trastorno por consumo de alcohol se estima en un 4,6 % en los adolescentes de entre 12 y 17 años y en un 8,5 % en los adultos mayores de 18 años. Las tasas del trastorno son mayores en los hombres adultos

(12,4 %) que en las mujeres (4,9 %). La prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de alcohol en los adultos disminuye en la madurez, y alcanza la tasa más elevada entre los 18 y los 29 años (16,2 %), y la mínima en las personas con más de 65 años (1,5 %).^{21,22,27,32}

La prevalencia a los 12 meses difiere notablemente en cada subgrupo racial/étnico de la población norteamericana. De los 12 a los 17 años, las tasas son superiores en los hispanos (6,0 %) y en los americanos nativos y de Alaska (5,7 %), en comparación con los blancos (5,0 %), los afroamericanos (1,8 %) y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (1,6 %). Por el contrario, en la edad adulta, esta prevalencia es claramente mayor entre los americanos nativos y de Alaska (12,1 %) que entre los blancos (8,9 %), los hispanos (7,9 %), los afroamericanos (6,9 %), y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (4,5 %).^{21,22,27,32}

En todo el mundo, más de la cuarta parte (26,5%) de todos los jóvenes de 15 a 19 años son bebedores, lo que representa 155 millones de adolescentes. Las tasas de prevalencia del consumo de alcohol son más altas en los jóvenes de 15 a 19 años en la Región de Europa de la OMS (43,8%), seguidas por las de la Región de las Américas (38,2%) y la Región del Pacífico Occidental (37,9%).^{21,22,27,32}

- Los resultados de las encuestas escolares indican que en muchos países de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental el consumo de alcohol comienza antes de los 15 años y la prevalencia de este consumo en los estudiantes de 15 años puede oscilar entre 50 y 70%, con diferencias sorprendentemente pequeñas entre muchachos y muchachas.^{21,22,27,32}

- En todo el mundo y en todas las regiones de la OMS, la prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es inferior en los adolescentes (de 15 a 19 años) que, en la población total, pero alcanza su punto máximo a la edad de 20 a 24 años, momento en el que es mayor que en la población total. Salvo en la Región del Mediterráneo Oriental, todas las tasas de prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol en los bebedores de 15 a 24 años son más altas que en la población total. Los jóvenes de 15 a 24 años, cuando son bebedores, a

menudo beben en sesiones de consumo excesivo. La prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es particularmente elevada en los hombres. 21,22,27,32

- En todas las regiones de la OMS, hay menos mujeres que sean consumidoras actuales que hombres; y cuando lo son, beben menos que los hombres. En todo el mundo, la prevalencia del consumo de alcohol en las mujeres disminuyó en la mayoría de las regiones del mundo, excepto en las de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, pero el número absoluto de mujeres que beben actualmente ha aumentado en el mundo. 21,22,27,32

6.2.3.2. Factores de riesgo

Ambientales. Comprenden las actitudes culturales hacia la bebida y la intoxicación, la disponibilidad del alcohol (incluido el precio), las experiencias personales adquiridas con el alcohol y los niveles de estrés. Entre los mediadores potenciales para el desarrollo de problemas con el alcohol en las personas predispuestas se encuentran el consumo grave de sustancias entre los compañeros, las expectativas positivas exageradas sobre los efectos del alcohol y las habilidades inadecuadas para el afrontamiento del estrés. 21,22,27,32

Tanto en el plano individual como en el social, se han identificado diversos factores que influyen en los niveles y hábitos de consumo de alcohol, así como en la magnitud de los problemas relacionados con el alcohol en las comunidades. 21,22,27,32

Los factores ambientales incluyen el desarrollo económico, la cultura y la disponibilidad de alcohol, así como la globalidad y los niveles de aplicación y cumplimiento de las políticas pertinentes. Para un nivel o hábito de consumo dado las vulnerabilidades de una sociedad podrían tener efectos diferenciales similares a los producidos en diferentes sociedades. Si bien no existe un único factor de riesgo dominante, cuantos más factores vulnerables converjan en una persona, más

probable será que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia del consumo de alcohol. ^{21,22,27,32}

20,24-26,28

6.2.3.3. Factores que influyen en el consumo de alcohol y sus daños relacionados

Los efectos del consumo de alcohol sobre los resultados sanitarios crónicos y graves de las poblaciones están determinados, en gran medida, por dos dimensiones del consumo de alcohol separadas, aunque relacionadas, a saber ^{20,24-26,28}:

- el volumen total de alcohol consumido, y
- las características de la forma de beber.

El contexto de consumo desempeña un papel importante en la aparición de daños relacionados con el alcohol, en particular los asociados con los efectos sanitarios de la intoxicación alcohólica y también, en muy raras ocasiones, la calidad del alcohol consumido. El consumo de alcohol puede tener repercusiones no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados. ^{20,24-26,28}:

En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol, existen diferencias entre los sexos. El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,7% de todas las defunciones, comparado con el 2,6% entre las mujeres. El consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo en 2010 registró un promedio de 19,4 litros de alcohol puro entre los hombres, y 7 litros entre las mujeres. ^{20,24-26,28}:

6.2.4. Programa de alcohólicos anónimos

6.2.4.1. Historia

Alcohólicos Anónimos tuvo su comienzo en Akron, en Estados Unidos, en 1935, cuando un hombre de negocios de Nueva York, - Bill W. - que había conseguido permanecer sin beber por primera vez tras haberlo intentado en varias ocasiones durante varios años, buscó a otro alcohólico para compartir con él sus experiencias en un esfuerzo por superar un mal momento que estaba atravesando y que temía que lo llevase a una recaída.³³⁻³⁵

Durante los escasos meses de su recién adquirida sobriedad, este alcohólico de Nueva York había observado que sus deseos de beber disminuían cuando trataba de ayudar a otros "borrachos" a permanecer sobrios.³³⁻³⁵

En Akron le pusieron en contacto con un médico de esta localidad, el Doctor Bob S. que tenía problemas con la bebida. Trabajando juntos, el hombre de negocios y el médico descubrieron que su capacidad para permanecer sobrios estaba muy relacionada con la ayuda y estímulo que ellos pudieran dar a otros alcohólicos. Así como compartir entre ellos su experiencia, que a partir de entonces llevaron otros.³³⁻³⁵

En 1939, con la publicación del libro -Alcohólicos Anónimos- del que la Comunidad tomó su nombre, y con la ayuda de amigos no alcohólicos, A.A. empezó a llamar la atención con su programa, extendiéndose rápidamente, tanto en Estados Unidos como en el extranjero.³³⁻³⁵

En la actualidad la Comunidad funciona a través de más de 115.000 Grupos locales en la mayoría de países del mundo.³³⁻³⁵

6.2.4.2. Llegada del Mensaje de A.A. a Nicaragua

En el año 1950, bajó a tierra nicaragüense en el puerto de Corinto, en el pacífico de Nicaragua, un ciudadano norteamericano que lleva por nombre Jack Murphy de profesión Contador. Sr. Mc.Guire dedicado al comercio quien le ofreció un empleo en la ciudad de León, el que asumió el 31 de enero de 1951. ³⁶

En 1953 se le descubre un cáncer y viaja a Nueva York, el 15 de septiembre, en compañía de su esposa. Una tarde paseando por la ciudad en el sector del Bowery se encontró con un letrero que se leía Grupo A.A. San Agustín, quiso informarse, alguien lo invitó a pasar, la sesión estaba en sus inicios leyeron la Tercera Tradición, hicieron la tradicional pregunta dirigida a los recién llegados, Jack se puso de pie y así dio inicio su recuperación en A.A. ³⁶

El 5 de octubre del año 53, regresó a Nicaragua trayendo consigo información del programa de recuperación de los A.A. y se inicia la cadena en la ciudad de León, habla con Alejandro J. (Alejandro Jarquín Alonzo) y le comunicó lo sucedido en Nueva York, este a su vez se comunica con José H. G. (Henríquez Galiano) y luego con Guillermo P. (Pentzke) las primeras conversaciones se dieron en casa de Jack. Doña María su esposa conociendo muy de cerca el problema alcohólico de su marido decide ayudar y como es muy católica habla con los padres Dominicos y estos accedieron en prestar un pequeño local de la biblioteca viritas de la Parroquia La Merced. ³⁶

El 12 de octubre de 1953, como era de esperarse Jack M. da por iniciada la primera sesión de A.A. a las 9:05 de la mañana, con el Enunciado de A.A. y dejando establecido la apertura del primer grupo de A.A. en Nicaragua, Grupo de A.A. La Merced y su inscripción aparecen en el Directorio Mundial publicado en 1958. ³⁶

En agosto de 1964 aparece publicada en el Diario Novedades una invitación para asistir a una reunión de A.A. en el auditorio del (INSS) el sábado 14 a las 2:00 p.m. a esta reunión asistieron representantes de diferentes grupos A.A. Grupo Central La Merced de León, Nicaragua, Grupo Central Dinamismo de San José,

Costa Rica y Grupo Central de Honduras. De Comayagüela, Honduras asistieron varios compañeros que narraron sus propias experiencias. Al siguiente día 15 de agosto de 1964 a las 10:00 a.m. en el Hotel Primavera de Managua, se reunieron seis compañeros alcohólicos nicaragüenses: Juan G., Guillermo B., Ramón Z., Isidro M. y cuatro del grupo Central de Honduras, estos últimos se dieron a la tarea de explicar la formación y funcionamiento de un grupo de A.A. Todos estuvieron de acuerdo que el grupo debía llamarse, grupo Central de Nicaragua. También estuvieron presente dos compañeros del grupo Nicaráo de la ciudad de Rivas que fue fundado el 13 de junio de 1964, y que ya hablaremos por tratarse de la otra fuente que hizo posible la llegada del mensaje a Nicaragua. ³⁶

6.2.4.3 Funcionamiento del programa

Alcohólico anónimo es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. ³⁶

El único requisito para ser miembro de A.A es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de AA. No se paga derecho ni cuotas., se mantiene por sus propias contribuciones. ³⁶

AA no es afiliada a ni una sexta religiosa, partido político, organización o institución alguna. No desea intervenir en controversias no respalda ni se opone a ni una otras causas. ³⁶

El objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otro alcohólico alcanzar el estado de sobriedad. ³⁶

"si no se toma la primera copa, no se puede uno emborrachar", o a no proponerse metas a largo plazo y sustituirlas por otras de plazos más cortos, como por ejemplo 24 horas. ³⁶

"Cualquier alcohólico puede pasar 24 horas sin tomar esa primera copa".

Al no ingerir alcohol, los alcohólicos se recuperan físicamente de su enfermedad. Pero, el alcoholismo es una enfermedad que no sólo afecta al cuerpo, si un alcohólico en recuperación quiere alcanzar una sobriedad duradera necesita también una mente sana y unas emociones equilibradas. ³⁶

El programa de Recuperación de A.A. ayuda al alcohólico a poner en orden sus pensamientos confusos y a deshacerse de la carga de negatividad de sus sentimientos. ³⁶

Los miembros asisten a reuniones de A.A. con regularidad, para estar en contacto con otros miembros y para aprender cómo aplicar mejor el Programa de recuperación en sus vidas. ³⁶

Rara vez se ha visto fracasar a una persona que haya seguido cuidadosamente el Programa de Recuperación de Alcohólicos Anónimos. Los que no se recuperan son aquellas personas que no pueden o no quieren entregarse totalmente a este sencillo Programa. ³⁶

Las experiencias de los miembros de A.A., explican de modo general, cómo eran, lo que les ocurrió y cómo son ahora, tras haber dado ciertos pasos en la aplicación del Programa de Recuperación. ³⁶

6.2.4.4. Los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos

A continuación se describen los doce pasos de AA ^{33,35}

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

6.2.4.5. Las doce tradiciones de alcohólicos anónimos

Los “Doce Puntos de la Tradición de A.A.” que aparecen a continuación representan nuestro primer intento de poner de manifiesto principios bien fundados para la conducta de los grupos y las relaciones públicas. ^{33,35}

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.
2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso tal como se exprese en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de A.A. es querer dejar de beber.

4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos, considerado como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7. Todo grupo de A.A. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones ajenas.
8. A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. A.A. como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

6.2.4.6. Datos del programa a nivel nacional

Fundado	Área
12/10/1953	León
13/06/1964	Rivas
15/08/1964	Managua
16/11/1964	Chinandega
01/12/1964	Rio San Juan
23/05/1965	Carazo
10/09/1965	Nueva Segovia
01/11/1965	Jinotega
20/12/1965	Boaco
01/06/1966	Estelí
23/07/1966	Granada
01/10/1966	Masaya
17/04/1967	Atlántico sur
01/05/1967	Matagalpa
11/11/1967	Madriz
13/04/1970	Chontales

6.3. Asociación entre el espectro bipolar y alcoholismo

El trastorno bipolar y el alcoholismo suelen coexistir. Se han propuesto múltiples explicaciones para la relación entre estas condiciones, pero esta relación sigue siendo poco conocida. Alguna evidencia sugiere un vínculo genético. Esta comorbilidad también tiene implicaciones para el diagnóstico y el tratamiento. El consumo de alcohol puede empeorar el curso clínico del trastorno bipolar, haciendo que sea más difícil de tratar. Ha habido poca investigación sobre el tratamiento apropiado para pacientes con comorbilidad. Algunos estudios han evaluado los efectos del valproato, el litio y la naltrexona, así como las intervenciones psicosociales, en el tratamiento de pacientes bipolares alcohólicos, pero se necesita más investigación.^{33,35}

El trastorno bipolar y el alcoholismo coexisten a tasas más altas de lo esperado. Es decir, se producen con mayor frecuencia de lo esperado por casualidad y con mayor frecuencia que el alcoholismo y la depresión unipolar. Este artículo explorará la

relación entre estos trastornos, centrándose en la prevalencia de esta comorbilidad, posibles explicaciones teóricas sobre las altas tasas de comorbilidad, los efectos del alcoholismo comórbido en el curso y las características del trastorno bipolar, los problemas de diagnóstico y el tratamiento de pacientes con comorbilidad. ^{33,35}

El trastorno bipolar, a menudo llamado depresión maníaca, es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por fluctuaciones extremas en el estado de ánimo desde euforia hasta depresión severa, intercalados con períodos de estado de ánimo normal (es decir, eutimia). El trastorno bipolar representa un importante problema de salud pública, que a menudo no se diagnostica ni se trata durante largos períodos. En una encuesta de 500 pacientes bipolares, el 48 por ciento consultó a 5 o más profesionales de la salud antes de finalmente recibir un diagnóstico de trastorno bipolar, y el 35 por ciento pasó un promedio de 10 años entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico y el tratamiento (Lish et al. 1994) El trastorno bipolar afecta aproximadamente al 1 o 2 por ciento de la población y a menudo comienza en la edad adulta temprana. ^{33,35}

Existen varios trastornos en el espectro bipolar, incluidos el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II y la ciclotimia. El trastorno bipolar I es el más grave; Se caracteriza por episodios maníacos que duran al menos una semana y episodios depresivos que duran al menos 2 semanas. Los pacientes que están completamente maníacos a menudo requieren hospitalización para disminuir el riesgo de hacerse daño a sí mismos oa otros. Las personas también pueden tener síntomas de depresión y manía al mismo tiempo. Esta manía mixta, como se la llama, parece estar acompañada de un mayor riesgo de suicidio y es más difícil de tratar. Se considera que los pacientes con 4 o más episodios de estado de ánimo en los mismos 12 meses tienen un trastorno bipolar de ciclo rápido, que es un predictor de una respuesta deficiente a algunos medicamentos. El trastorno bipolar II se caracteriza por episodios de hipomanía, una forma menos grave de manía, que dura al menos 4 días seguidos y no es lo suficientemente grave como para requerir hospitalización. La hipomanía se intercala con episodios depresivos que duran al menos 14 días. Las personas con trastorno bipolar II a menudo disfrutan de la

hipomanía (debido al estado de ánimo elevado y la autoestima inflada) y tienen más probabilidades de buscar tratamiento durante un episodio depresivo que durante un episodio maníaco. La ciclotimia es un trastorno en el espectro bipolar que se caracteriza por frecuentes fluctuaciones del estado de ánimo de bajo nivel que van desde la hipomanía hasta la depresión de bajo nivel, con síntomas existentes durante al menos 2 años ^{33,35}

La dependencia del alcohol, también conocida como alcoholismo, se caracteriza por un ansia de alcohol, una posible dependencia física del alcohol, una incapacidad para controlar el consumo de alcohol en cualquier ocasión y una tolerancia creciente a los efectos del alcohol. Aproximadamente el 14 por ciento de las personas experimentan dependencia del alcohol en algún momento de sus vidas. A menudo comienza en la edad adulta temprana. Los criterios para un diagnóstico de abuso de alcohol, por otro lado, no incluyen el deseo y la falta de control sobre el consumo de alcohol, que son característicos del alcoholismo. Más bien, el abuso de alcohol se define como un patrón de bebida que resulta en el incumplimiento de las responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar; beber en situaciones peligrosas; y tener problemas legales recurrentes relacionados con el alcohol y problemas de relación causados o empeorados por el consumo de alcohol. La prevalencia de abuso de alcohol durante toda la vida es aproximadamente del 10 por ciento. El abuso de alcohol a menudo ocurre en la edad adulta temprana y generalmente es un precursor de la dependencia del alcohol ^{33,35}

6.3.1. Prevalencia de comorbilidad

Varios estudios han informado una asociación entre el alcoholismo y los trastornos del estado de ánimo. Hasta la fecha, se han realizado dos grandes estudios epidemiológicos de trastornos psiquiátricos: el estudio del Área de Captación Epidemiológica (ECA) del Instituto Nacional de Salud Mental y la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS). El estudio ECA reveló que el 60.7 por

ciento de las personas con trastorno bipolar I tenían un diagnóstico de por vida de un trastorno por uso de sustancias (es decir, un trastorno por consumo de alcohol u otras drogas); 46.2 por ciento de aquellos con trastorno bipolar I tenían un trastorno por consumo de alcohol; y el 40.7 por ciento tenía un diagnóstico de abuso o dependencia de drogas (los porcentajes de personas con trastornos por consumo de alcohol y trastornos por abuso de drogas no suman 100 debido a la superposición). Cuarenta y ocho por ciento de las personas con trastorno bipolar II tenían un trastorno por consumo de sustancias, 39.2 por ciento tenían un trastorno por consumo de alcohol y 21 por ciento tenían un diagnóstico de abuso de drogas o dependencia (estas cifras reflejan superposición, como se muestra arriba). la dependencia del alcohol tenía el doble de probabilidades de coexistir en personas con trastornos del espectro bipolar que en aquellas con depresión unipolar (es decir, depresión sin manía).

También es digno de mención que el trastorno bipolar era más probable que ocurriera con la dependencia del alcohol que con el abuso del alcohol (ver tabla). Como parte del estudio ECA, Helzer y Przybeck (1988) encontraron que la manía (es decir, el trastorno bipolar I) y los trastornos por consumo de alcohol tienen muchas más probabilidades de ocurrir juntos (es decir, 6.2 veces más probabilidades) de lo que se esperaría por casualidad.

De todos los otros diagnósticos psiquiátricos investigados en este estudio, solo el trastorno de personalidad antisocial tenía más probabilidades de estar relacionado con el alcoholismo que la manía. Los resultados de la NCS con respecto a la comorbilidad de los trastornos del estado de ánimo y el alcoholismo fueron muy similares. ³⁷⁻³⁹

Trastornos del estado de ánimo comórbidos * y abuso de sustancias			
	Cualquier tipo de dependencia o abuso de sustancia (%)	Dependencia a alcohol (%)	Abuso de alcohol (%)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	32.0	4.9	6.9
Cualquier trastorno bipolar	56.1	27.6	16.1
Bipolar I	60.7	31.5	14.7
Bipolar II	48.1	20.8	18.4
Depresión unipolar	27.2	11.6	5.0

NOTAS: * Los trastornos del estado de ánimo incluyen depresión y trastorno bipolar.

El trastorno bipolar, o depresión maníaca, se caracteriza por cambios de humor extremos.

El trastorno bipolar I es el trastorno bipolar más grave.

El trastorno bipolar II es menos grave.

La depresión unipolar es depresión sin episodios maníacos.

FUENTE: Los datos reportados en la tabla se basan en los hallazgos del estudio del Área de Captación Epidemiológica (Regier et al. 1990).

6.3.2. Posibles explicaciones de la concomitancia TAB y alcoholismo

Aunque los investigadores han propuesto explicaciones para la fuerte asociación entre el alcoholismo y el trastorno bipolar, la relación exacta entre estos trastornos no se conoce bien. Una explicación propuesta es que ciertos trastornos psiquiátricos (como el trastorno bipolar) pueden ser factores de riesgo para el uso de sustancias. Alternativamente, los síntomas del trastorno bipolar pueden surgir durante el curso de la intoxicación o abstinencia crónica de alcohol. Por ejemplo, la abstinencia de alcohol puede desencadenar síntomas bipolares. Aún otros estudios han sugerido que las personas con trastorno bipolar pueden usar alcohol durante los episodios maníacos en un intento de automedicarse, ya sea para prolongar su estado placentero o para sedar la agitación de la manía. Finalmente, otros investigadores han sugerido que el consumo y la abstinencia de alcohol pueden afectar los mismos químicos cerebrales (es decir, neurotransmisores) involucrados en la enfermedad bipolar, permitiendo así que un trastorno cambie el curso clínico del otro. En otras palabras, el consumo de alcohol o la abstinencia pueden "provocar" síntomas del trastorno bipolar (Tohen et al. 1998). No está claro cuál de

estos mecanismos potenciales es responsable de la fuerte asociación entre el alcoholismo y el trastorno bipolar. Es muy probable que esta relación no sea simplemente un reflejo de causa y efecto, sino que sea compleja y bidireccional. Los factores genéticos también pueden desempeñar un papel, como se describe a continuación. ³⁷⁻³⁹

6.3.2.1. Riesgo familiar de trastorno bipolar y alcoholismo

El papel de los factores ambientales en los trastornos psiquiátricos ha recibido mucha atención recientemente. Se dispone de cierta evidencia para respaldar la posibilidad de transmisión familiar tanto del trastorno bipolar como del alcoholismo (Merikangas y Gelernter 1990; Berrettini et al. 1997). Los factores genéticos no se han demostrado. El carácter, la personalidad y los hábitos se inician en la familia, el modelo familiar es influyente. ⁴⁰⁻⁴⁵

6.4. Escala diagnóstica del espectro bipolar

La Escala de diagnóstico del espectro bipolar (EDEB) es una escala de evaluación de detección psiquiátrica para el trastorno bipolar. Fue desarrollado por Ronald Pies, y luego fue refinado y probado por S. Nassir Ghaemi y sus colegas. El BSDS surgió de la experiencia de Pies como consultor de psicofarmacología, donde fue llamado frecuentemente para manejar casos de "depresión resistente al tratamiento". ⁴⁶⁻⁴⁸

6.4.1. Componentes

La escala consta de 19 preguntas y dos secciones. Se diferencia de la mayoría de las escalas en que no enumera elementos separados, sino que presenta un breve párrafo que habla sobre las experiencias que las personas con trastornos

del espectro bipolar a menudo tienen. La persona marca qué frases o experiencias les quedan. El trastorno del espectro bipolar incluye bipolar I y II, y otros casos que no cumplen con los criterios para esos trastornos. ⁴⁶⁻⁴⁸

6.4.2. Características psicométricas

La escala fue validada en su versión original y demostró una alta sensibilidad diagnóstica, lo que significa que la mayoría de las personas con diagnósticos bipolares confirmados obtuvieron puntajes altos en el BSDS. El BSDS puede funcionar mejor que otras escalas para detectar tipos de trastorno bipolar que no implican un episodio maníaco completo, como el trastorno bipolar II o el trastorno ciclotímico. ⁴⁶⁻⁴⁸

6.4.3. Interpretación

La escala presenta un umbral óptimo para el diagnóstico positivo: puntuación de 13 o más. ⁴⁶⁻⁴⁸

Rango de puntuación:

0-6 Alta Improbabilidad

7-12 Probabilidad Baja

13-19 Probabilidad Moderada

20-25 Alta probabilidad.

6.4.4. Componentes

LA ESCALA DE DIAGNÓSTICO DEL ESPECTRO BIPOLAR (BSDS)

Instrucciones: Lea todas las instrucciones a continuación antes de completar cualquier espacio en blanco.

1. Algunas personas notan que su estado de ánimo y / o sus niveles de energía cambian drásticamente de vez en cuando_____
2. Estas personas notan que, a veces, su estado de ánimo y / o niveles de energía son muy bajos y, en otras ocasiones, muy altos_____
3. Durante sus fases "bajas", estos individuos a menudo sienten una falta de energía; la necesidad de quedarse en la cama o dormir más; y poca o ninguna motivación para hacer las cosas que necesitan hacer. _____
4. A menudo suben de peso durante estos periodos. _____
5. Durante sus fases bajas, estas personas a menudo se sienten tristes todo el tiempo o deprimidas_____
6. A veces, durante estas fases bajas, se sienten desesperanzados o incluso suicidas. _____
7. Su capacidad para funcionar en el trabajo o socialmente se ve afectada_____
8. Por lo general, estas fases bajas duran unas pocas semanas, pero a veces duran solo unos pocos días. _____
9. Las personas con este tipo de patrón pueden experimentar un período de "estado de ánimo" normal entre los cambios de humor, durante el cual su estado de ánimo y nivel de energía se sienten "bien" y su capacidad de funcionamiento no se ve afectada. _____
10. Luego pueden notar un cambio marcado en la forma en que se sienten_____
11. Su energía aumenta por encima de lo que es normal para ellos, y con frecuencia hacen muchas cosas que normalmente no podrían hacer. _____
12. A veces, durante estos períodos "altos", estos individuos sienten que tienen demasiada energía o se sienten hiperactivos. _____

13. Algunas personas, durante estos períodos altos, pueden sentirse irritables o agresivas_____.
14. Algunas personas, durante estos períodos altos, realizan demasiadas actividades a la vez_____
15. Durante estos períodos altos, algunas personas pueden gastar dinero de manera que les cause problemas_____
16. Pueden ser más habladores, extrovertidos o sexuales durante estos períodos_____
17. A veces, su comportamiento durante estos períodos altos parece extraño o molesto para otros_____
18. A veces, estos individuos tienen dificultades con sus compañeros de trabajo o con la policía, durante estos períodos altos_____
19. A veces, aumentan su consumo de alcohol o drogas sin receta durante estos períodos altos_____

Ahora que ha leído estas instrucciones, marque una de las siguientes cuatro casillas:

- Esta historia me queda muy bien, o casi perfectamente.
 - Esta historia me queda bastante bien.
 - Esta historia me encaja hasta cierto punto, pero no en la mayoría de los aspectos
 - Esta historia realmente no me describe para nada.
- Ahora, por favor, regrese y ponga un check después de cada oración que

definitivamente lo describa. Puntuación: cada frase marcada vale un punto.

- Agregue 6 puntos por " Esta historia me queda muy bien, o casi perfectamente"
 - 4 puntos por "Esta historia me queda bastante bien." y
 - 2 puntos por "Esta historia me encaja en cierta medida"
- Puntuación total = _____

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. Tipo de estudio y enfoque de investigación

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2014, el tipo de estudio es no correlacional. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia del estudio es transversal.

De acuerdo al enfoque de la presente investigación, por el uso de los datos cuantitativos y análisis de dicha información cuantitativa, así como su integración holística-sistémica, esta tesis monográfica se realizó mediante la aplicación de un enfoque cuantitativo de investigación.

2.2. Área y período de estudio

El estudio se llevó a cabo en los programas de Alcohólicos Anónimos (AA) del municipio de Managua que pertenece al Departamento de Managua., Por sus características los adultos miembros que acuden a los AA, son de características urbanas, con acceso a transporte público, agua y luz eléctrica y acceso al sistema de salud. El estudio se realizó entre los meses de febrero y mayo del 2020.

2.3. Población de estudio y muestra

Población Universo

Según estimaciones del Programa de Alcohólicos Anónimos de Managua, actualmente se encuentran activos entre 2,500 y 3,000 adultos. Lo que correspondería a nuestro universo de estudio.

Muestra

La definición de la muestra implicó la determinación de sus dos componentes principales:

- a. Estimación del tamaño de la muestra necesaria para cumplir el objetivo o contestar la pregunta de investigación.
- b. Establecimiento del procedimiento de selección de las unidades de análisis (técnica de muestro).

a. Determinación del tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra fue estimado a través de la aplicación de la fórmula muestral dirigida a dar respuesta al objetivo general (y a la pregunta de investigación). La aplicación de la fórmula seleccionada y la determinación de la muestra se llevó a cabo con el programa: PS Power and SampleSizeCalculation, versión 2.1-2007 (Copyright © 1997 by William D. Dupont and Walton D. Plummer). Se aplicó una fórmula muestral para la determinación de parámetros (proporción) en un solo grupo (población).

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde,

N= Universo / Población (3,000)

n= Tamaño de la muestra estimada,

Z= estadístico para un nivel de confianza del 95% (0.1) = 1.64

B= Precisión o error admitido: 0.10

p= frecuencia esperada de la respuesta en el grupo de estudio (20%)

q= 1-p

La prevalencia esperada se obtuvo a partir de los datos reportados en estudio previos.

Total de la población (N)	3000
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	90%
Precisión (d)	10%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	20%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	55
EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS	
Proporción esperada de pérdidas (R)	10%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	60

Luego de haber estimado los diversos tamaños de muestra requeridos, se seleccionó la muestra mayor con el objetivo de incluir al resto de muestras estimadas: 60

- b. Descripción del procedimiento de selección de los individuos (procedimiento de muestreo)

Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerado, multietápico, seleccionándose los programas o los individuos a ser invitados con la ayuda del personal de las oficinas centrales. Se preparó un cuestionario digital en línea y se suministró el link a los coordinadores de los programas quienes a su vez lo compartieron con los individuos seleccionados, para conservar el anonimato.

Criterios de selección

- Criterios de inclusión
 - o Edad >18 años
 - o Miembro activo de alcohólicos anónimos durante los últimos 3 meses
 - o Que aceptó participar en el estudio

- Criterios de exclusión
 - Personas que rechazaron formar parte del estudio.
 - Que no haya completado el cuestionario en línea
 - Que no estaba en condiciones de salud para responder al cuestionario al momento del estudio.
 - Que no contase con los medios tecnológicos al momento del llenado de la encuesta.

2.4. Técnicas y procedimientos para recolectar la información

2.4.1. Instrumento de recolección de la información

Para la elaboración del instrumento de recolección se hizo una revisión de la literatura y se consultaron especialistas con experiencia en el tema, se elaboró una ficha preliminar (piloto) y esta fue validada con 5 miembros de alcohólicos anónimos. Una vez revisada e integrados los hallazgos de la validación se diseñó una versión final.

El instrumento estructurado se basó en la escala de diagnóstico del espectro bipolar (EDEB) es una escala de evaluación de detección psiquiátrica para el trastorno bipolar. Fue desarrollado por Ronald Pies, y luego fue refinado y probado por S. Nassir Ghaemi y sus colegas ⁴⁷. Incluyó las siguientes variables.

Las secciones del instrumento fueron

- I. Características sociodemográficas
- II. Morbilidad crónica
- III. Antecedentes de morbilidad de salud mental
- IV. Escala EDEB (Ver anexos)

2.4.2. Fuente de información

La fuente información fue de tipo directa y correspondió a persona seleccionada para llenar el cuestionario en línea

2.4.3. Trabajo de campo y recolección de la información

La recolección de la información se realizó a través de una encuesta en línea disponible entre los meses de febrero y mayo del 2020.

2.4.5. Variables

El listado y descripción de las variables por objetivos se pueden ver en el anexo #2 correspondiente a la Operacionalización de las variables.

2.5. Técnica y procedimientos para analizar la información

2.5.1. Creación de la base de datos

Basados en el instrumento de recolección se creó una plantilla para captura de datos y cada ficha fue digitalizada en una base de datos creada en el programa SPSS versión 24 (IMB Statistic 2016)

2.5.2. Análisis estadístico

2.5.2.1. Estadística descriptiva

Las variables y resultados se describieron dependiendo de la naturaleza de las variables: Cualitativa (conocida también como categórica) fueron descritas en términos de frecuencias absolutas (número de casos) y frecuencias relativas (porcentajes).

2.5.2.2. Estadística inferencial

Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado (X^2) y se estimaron los intervalos de confianza del 95% para proporciones.

2.6. Aspectos éticos

La información será usada únicamente con carácter académico, y la identidad de los entrevistados es confidencial, ni siquiera los autores tienen acceso a dicha información, ya que esta solo fue del conocimiento de los coordinadores del Programa de Alcohólicos Anónimos.

Se solicitó consentimiento verbal (según lo recomendado por el MINSA Nicaragua y la OMS para investigaciones por encuesta) a todas las autoridades participantes en el estudio: UNIDES y Programa de AA de Nicaragua.

RESULTADOS

Resultados del objetivo #1

En el presente estudio se investigaron 60 miembros de alcohólicos anónimos que de forma voluntaria y anónima aceptaron participar en el estudio a través del llenado de un cuestionario auto aplicado en línea. Del total de participantes 11 (18.3%) eran menores de 30 años, 24 (40%) estaban entre 30 y 50 años y 25 (41.7%) eran mayores de 50 años. (Ver cuadro 1)

Por otro lado de los 60 participantes, 53 (88.3%) eran del sexo masculino y solo 7 (11.7%) eran del sexo femenino. (Ver cuadro 2)

En cuanto a la distribución de la escolaridad en los individuos investigados, se observó el siguiente patrón: Primaria 8 casos (13.3%), secundaria 28 casos (46.7%) y universidad 24 casos (40.0%). (Ver cuadro 3).

Del total de individuos estudiados, 13 (21.7%) eran casados, 21 (35%) estaba en una unión de hecho estable y 26 (43.3%) estaban solteros al momento del estudio, (Ver cuadro 3).

Por otro lado de las 60 personas encuestadas, 42 (70%) trabajaban y 18 (30%) no trabajaban. (Ver cuadro 5)

En cuanto a la ocupación de los encuestados se observó la siguiente distribución:

Profesional por cuenta propia 11 (18.3%), profesional empleado 9 (15.0%), atención al cliente / ventas 7 (11.7%), docencia / Educación / formación 5 (8.3%), sector servicios / restaurantes 10 (16.7%) y otras ocupaciones 18 (30%). (Ver cuadro 6)

Resultados del objetivo #2

En cuanto a la caracterización de los antecedentes patológicos más frecuentemente reportados en los sujetos en estudio, se reportó diabetes en 21 (35%) casos, HTA en 32 (53%), cáncer en 11 (18.3%) y otras patologías en 29 (48.3%). (Ver cuadro 7)

Resultados del objetivo #3

Respecto a los antecedentes patológicos relacionados con la salud mental más frecuentemente reportados en los sujetos en estudio, se observó que el más frecuente fue la depresión mayor en 14 (23.3%) de los casos, seguido por el trastorno bipolar (13.3%) y la esquizofrenia en 4 (6.7%) casos. Del total de casos estudiados en 9 (15%) reportaron otros tipos de alteraciones de la salud mental. Es decir 35 de los 60 casos (58.4%) reportaron algún tipo de antecedentes de salud mental. (Ver cuadro 8)

En el presente estudio todos tenían como antecedente el alcoholismo (ya que así fue diseñado el presente estudio) sin embargo los encuestados variaron en el tiempo de pertenecer a alcohólicos anónimos, observándose la siguiente distribución de frecuencia: ≤ 1 año 6 (10.0%), 2 a 5 años 8 (13.3%), 6 a 10 años (18.3%), de 11 a 15 años 16 (26.7%), 15 a 20 años 12 (20.0%) y >20 años 7 (11.7%). (Ver cuadro 9).

Resultados del objetivo #4

En cuanto a la probabilidad de padecer un trastorno bipolar de los casos en estudio, determinado a través de la encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre

1 de febrero y 31 de mayo”, se obtuvo como resultado que en 22 casos (36.7%) era altamente improbable (0 a 6 puntos de la escala de diagnóstico del espectro bipolar), poco probable (7 a 12 puntos) en 17 casos (28.3%), moderadamente probable (13 a 19 puntos) en 11 casos (18.3%) y altamente probable (20 a 25 puntos) en 10 casos (16.7%). (Ver cuadro 10)

De forma global la tasa de diagnóstico positivo (> 13 puntos de la escala de diagnóstico del espectro bipolar) de trastorno bipolar o prevalencia del trastorno bipolar fue 35% (que corresponde a 21 casos de 60 personas estudiadas). (ver cuadro 11)

Resultados del objetivo #5

No se observaron diferencias por sexo, ya que la prevalencia del sexo masculino y femenino fue similar entre las personas con y sin trastornos bipolar (0.111) (ver cuadro 12)

Al comparar la frecuencia de los grupos de edad entre los pacientes con y sin sospecha de trastorno bipolar, no se observaron diferencias significativas ($p=0.721$) (ver cuadro 13)

Al explorar algunos factores que se asocian a la probabilidad estimada de padecer trastorno bipolar en los sujetos en estudio se observó que la prevalencia de trastorno bipolar fue mayor en las personas con escolaridad secundaria o primaria (es decir baja escolaridad). El 81% de los casos con trastorno bipolar tenía escolaridad secundaria o primaria. Este resultado fue significativo ($p<0.05$). (Cuadro 14)

No se observó asociación entre el diagnóstico de trastorno bipolar y el estado civil ($p=0.432$). (Ver cuadro 15)

Sin embargo si se observaron diferencias significativas entre los casos con sospecha de trastorno bipolar y los pacientes sin sospecha en cuanto al estatus de trabajo. Entre los que presentan sospecha solo un 38% trabaja, mientras en que en los casos sin sospecha hasta un 87% si trabaja ($p=0.001$) (ver cuadro 16).

Al explorar la asociación con respecto a la presencia de morbilidad crónica, no se observaron diferencias significativas para ninguna patología ($p>0.05$). (Ver cuadro 17)

La prevalencia de depresión, esquizofrenia y otros trastornos fue similar en los grupos de estudios ($p>0.05$), con excepción del antecedente de trastorno bipolar que fue del 23% en los pacientes con escala sugestiva y del 8% en aquellos que la escala fue negativa ($p=0.001$). Es importante señalar que casi 8 de cada 10 personas con trastorno bipolar no lo sabía, y que solo 1 caso de 10 que tenía el antecedente de diagnóstico la escala resulto ser negativa. (Ver cuadro 18)

Resultados del objetivo #6

Con respecto la proporción de individuos que son miembros de Alcoholismos Anónimos, que refieren estar conscientes de la presencia de un trastorno de la personalidad se observó el siguiente comportamiento:

Del total de casos, 18 (30%) referían que al aplican la encuesta “Esta historia realmente no me describe para nada”, 24 (40%) referían que “Esta historia me queda bastante bien” y 8 casos (13.3%) refería que esta historia me queda muy bien, o casi perfectamente”. (Ver cuadro 19)

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio apoya el argumento de que el trastorno bipolar y el trastorno por consumo de alcohol, a veces llamado alcoholismo, con frecuencia se presentan juntos. Nuestra investigación revela que entre un 30 y un 40% de los casos la presencia de estos dos trastornos es concomitante.

El trastorno bipolar y el trastorno por consumo de alcohol, u otros tipos de abuso de sustancias, pueden ser una combinación peligrosa. Cada uno puede empeorar los síntomas y la gravedad del otro. Presentar ambos trastornos aumenta el riesgo de altibajos emocionales súbitos, depresión, violencia, y suicidio.

Se dice que la persona que presenta trastorno bipolar y trastorno por consumo de alcohol u otra adicción tiene un diagnóstico dual. El tratamiento puede requerir la experiencia de profesionales en salud mental que se especialicen en el tratamiento de ambos trastornos ^{40,45}.

A como se ha descrito anteriormente, en la sección de antecedentes y marco teórico, el Estudio ECA (Epidemiologic Catchment Área) halló una prevalencia de abuso o dependencia de alcohol del 46.2% entre pacientes con trastorno bipolar tipo I significativamente superior al 13% estimado para la población general ⁵.

Además, la prevalencia a lo largo de la vida del consumo o dependencia de sustancias hallada entre las personas con trastorno bipolar tipo I fue del 40.7%, en comparación al 6.2% de la población general. ⁵Los trastornos por consumo o dependencia de sustancias eran más prevalentes entre las personas con trastorno bipolar que entre aquellas con otro trastorno del estado de ánimo, como depresión unipolar (27.2%).

Varios estudios basados en poblaciones han puesto de manifiesto que entre todos los pacientes con trastornos psiquiátricos mayores, aquellos con trastorno bipolar son los que tienen la mayor prevalencia de trastorno comórbido por abuso y dependencia de sustancias. ^{39,44}

Por otro lado, diversos estudios han destacado la morbilidad adicional de la depresión bipolar. En un seguimiento de 12,8 años de pacientes con depresión bipolar que participaron en el Estudio Colaborativo Nacional de Depresión, los pacientes bipolares presentaron síntomas de su enfermedad durante casi la mitad de este período de tiempo; la depresión fue 3,5 veces más prevalente que la manía y fue predictiva de una mayor carga de enfermedad futura ⁴⁹.

Por tanto, la morbilidad duradera de la enfermedad bipolar es sustancial, y esto fue remarcado en las personas que además sufren de abuso de alcohol.

Se ha estimado que la tasa de prevalencia de la enfermedad bipolar y los trastornos por consumo de sustancias concurrentes es del 21 al 58%. La encuesta epidemiológica más reciente y más grande de los Estados Unidos sobre trastornos relacionados con el alcohol ha confirmado que la manía / hipomanía tiene una de las asociaciones más altas con el alcoholismo en comparación con otros trastornos psiquiátricos primarios ⁵⁰.

Se sigue investigando hasta qué punto la enfermedad bipolar y los trastornos por consumo de sustancias son comórbidos (es decir, dos procesos patológicos distintos, cada uno con un curso independiente de la enfermedad) o diferentes expresiones fenotípicas vinculadas genéticamente de la propia enfermedad bipolar. Por lo tanto, solo por los datos de prevalencia, esta comorbilidad representa un enorme problema de salud pública.

La literatura revisada mostró varios factores de riesgo asociados a la comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias en los pacientes con trastorno bipolar ^{37,40}: edad temprana de inicio del trastorno, sexo, antecedentes familiares de trastornos por consumo de sustancias y presencia de manía mixta.

En nuestro estudio exploramos los siguientes elementos: el sexo, la edad, la escolaridad, el estado civil, la ocupación y los antecedentes de morbilidad crónica y relacionada con la salud mental. Entre esto solo hubo asociación para la escolaridad, el estatus de trabajo y el antecedente de diagnóstico de trastorno bipolar. Las personas con datos sugestivos de trastorno bipolar tenían menor tasa

de empleo y más baja escolaridad y mayor frecuencia de antecedentes de diagnóstico de trastorno bipolar. La prevalencia de depresión, esquizofrenia y otros trastornos fue similar en los grupos de estudios, con excepción del antecedente de trastorno bipolar que fue del 23% en los pacientes con escala sugestiva y del 8% en aquellos que la escala fue negativa. Es importante señalar que casi 8 de cada 10 personas con trastorno bipolar no lo sabía, y que solo 1 caso de 10 que tenía el antecedente de diagnóstico la escala resultó ser negativa.

Aunque no se entiende claramente la asociación entre el trastorno bipolar y el trastorno por consumo de alcohol, la herencia parece jugar un rol importante. Las diferencias genéticas parecen afectar las sustancias químicas del cerebro asociadas con el trastorno bipolar. Estos mismos atributos también pueden afectar la manera en que el cerebro responde al alcohol y a otras drogas, aumentando el riesgo del trastorno por consumo de alcohol y la adicción a otras drogas. En nuestro estudio esto no fue posible de ser visualizado ya que por el tipo de instrumento (encuesta en línea) este tipo de influencia no es verificable.

Por otro lado, la relación depresión y ansiedad parece ser un factor agravante en personas que abusan del alcohol y presentan sintomatología sugestiva de trastorno bipolar. . Algunas personas toman alcohol para aliviar la depresión, la ansiedad, y otros síntomas del trastorno bipolar. Mientras que tomar alcohol parece ayudar, a largo plazo hace que los síntomas empeoren. Esto puede llevar a tomar más — un círculo vicioso que es difícil de superar. En el presente trabajo hasta un 35% de los casos presenta este tipo de antecedente y una parte considerable de los casos tiene antecedentes depresivos que en su mayoría pueden estar asociados a trastornos ansiosos.

Por otro lado, es importante, además discutir algunas limitaciones. Para determinar la secuencia temporal de aparición, es necesario realizar estudios longitudinales iniciados en el momento de aparición de la enfermedad.

Es fundamental que se reconozcan las implicaciones prácticas de los resultados del presente estudio. Una mejor comprensión de la asociación entre el trastorno bipolar y el trastorno comórbido por consumo de sustancias, facilitará una

mejora en la detección e intervención, y posibilitará el uso de medidas preventivas más eficaces que podrán mejorar los resultados de los pacientes con trastorno bipolar.

CONCLUSIONES

1. En cuanto a la probabilidad de padecer un trastorno bipolar de los casos en estudio, determinado a través de la escala de diagnóstico del espectro bipolar se observó que el 36.7% era altamente improbable, 28.3% poco probable, 18.3% moderadamente probable y 16.7% altamente probable. De forma global la tasa de diagnóstico positivo o prevalencia del trastorno bipolar fue 35%.
2. Los casos en estudio se caracterizaron por un predominio del sexo masculino, con antecedentes de pareja estable, La mayoría de los encuestados era menor de 50 años (y en este grupo predominaban los casos entre 30 y 50 años), con escolaridad secundaria. Más de dos terceras partes de los investigados refirió estar trabajando, sin embargo no hubo predominio de un tipo de ocupación específica.
3. Entre los principales antecedentes patológicos reportados en los sujetos en estudio se encuentra el padecimiento de comorbilidad crónica, con un énfasis en la diabetes y la hipertensión arterial. Sin embargo casi la mitad de los encuestados reportaron comorbilidades crónicas de distintas naturaleza.
4. El antecedente de enfermedad o trastorno mental referido con mayor frecuencia fue depresión mayor (diagnosticada por un médico) seguido por el trastorno bipolar. Del total de casos estudiados 5% reportaron otros tipos de alteraciones de la salud mental. De forma general el 58.4% reportaron algún tipo de antecedentes de trastorno de la salud mental. Por otro lado más de la mitad de los casos estudiados tenía más de 10 años de asistir a los alcohólicos anónimos.
5. Respecto a los factores asociados a la presencia de trastorno bipolar, solo hubo asociación para la escolaridad, el estatus de trabajo y el antecedente de diagnóstico de trastorno bipolar. Las personas con datos sugestivos de trastorno bipolar tenían menor tasa de empleo y más baja escolaridad y mayor frecuencia

de antecedentes de diagnóstico de trastorno bipolar. La prevalencia de depresión, esquizofrenia y otros trastornos fue similar en los grupos de estudios, con excepción del antecedente de trastorno bipolar que fue del 23% en los pacientes con escala sugestiva y del 8% en aquellos que la escala fue negativa. Es importante señalar que casi 8 de cada 10 personas con trastorno bipolar no lo sabía, y que solo 1 caso de 10 que tenía el antecedente de diagnóstico la escala resulto ser negativa.

6. La proporción de individuos que son miembros de Alcoholismos Anónimos, que refieren estar conscientes de la presencia de un trastorno de la personalidad es cerca del 30%, es decir que por otro lado 7 de cada 10 personas no están conscientes de la presencia de signos y síntomas sugestivos de trastornos bipolares.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones a las instituciones que abordan la problemática del alcoholismo en Nicaragua

Atender con prioridad la problemática del alcoholismo, considerado este problema como impedimento para el desarrollo de la sociedad.

Promover a nivel de la sociedad, las instituciones académicas y las autoridades de salud que se brinde un reconocimiento a la labor que realizan los grupos de autoayuda de alcohólicos anónimos que por medio de la terapia de 12 pasos han logrado una rehabilitación del adicto que se mantiene por largos periodos sin consumir y por ende hay una reducción en el agravamiento de los problemas asociados a la salud mental.

Resaltar la importancia del Instituto nacional del alcohol y las drogas como parte del esfuerzo gubernamental para combatir el alcoholismo, que hace 3 años se encuentra inactivo.

Promover la discusión pública a nivel de la sociedad en general sobre el rol que está jugando INPROCRES, ya que consideramos que no corresponde a las mismas empresas licoreras la tarea de educación para controlar el consumo, debido a la presencia de conflictos de intereses.

Recomendaciones a la UNIDES, al cuerpo docente y estudiantil

Realizar estudios para profundizar las causas psicosociales de trastorno bipolar que cada vez se diagnostica con más frecuencia en la población alcohólica.

Realizar estudios psicosociales que evidencien la dificultad de la convivencia con un enfermo alcohólico bipolar.

Instar a los estudiantes de la carrera de medicina, docentes que realicen más investigaciones en esta área con el propósito de conocer otros factores que inciden en la conducta de beber alcohol y su relación con los trastornos de la salud mental, con énfasis en el espectro del trastorno bipolar.

Romper el tabú y la estigmatización de los grupos de alcohólicos anónimos fomentando e impulsando la instauración de grupos de autoayuda a nivel de universidades, ya que el alcoholismo es un problema real en los jóvenes universitarios que afecta su rendimiento académico, su salud, su economía y vida familiar.

Recomendaciones a los profesionales de la salud

Educar a los pacientes que sufren trastornos de personalidad asociados al consumo de sustancias adictivas sobre los beneficios de los grupos de autoayuda y terapias alternativas no relacionadas con el consumo de fármacos psicoactivos, ya que este tipo de enfoque ha mostrado eficacia y seguridad.

Recomendaciones al Ministerio de salud de Nicaragua

Advocar que el Ministerio de Salud considere el alcoholismo como un problema de salud pública y que se suscriba la resolución de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol según la 63 asamblea mundial de la salud de mayo de 2010 en la pág. 29, ya que bien sabemos que el uso nocivo del alcohol está causando muertes prematuras y mucho dolor en la sociedad.

Recomendamos al Ministerio de Salud por medio de una dirección de salud mental lleve registros y maneje información estadística sobre problemas con la bebida y trastornos mentales, y proporcionen esta información para que los estudiantes podamos realizar más investigaciones.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez, G.H. Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad* **14**, 9-24 (2014).
2. Ferrari, A.J., *et al.* The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar disorders* **18**, 440-450 (2016).
3. Rehm, J. & Shield, K.D. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports* **21**, 10 (2019).
4. García-Blanco, A.C., Sierra, P. & Livianos, L. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría biológica* **21**, 89-94 (2014).
5. Regier, D.A., *et al.* Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama* **264**, 2511-2518 (1990).
6. Sonne, S.C. & Brady, K.T. Substance abuse and bipolar comorbidity. *Psychiatric Clinics of North America* **22**, 609-627 (1999).
7. Sánchez-Peña, J.F., Álvarez-Cotoli, P. & Rodríguez-Solano, J.J. Trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento. *Actas Esp Psiquiatr* **40**, 129-135 (2012).
8. Arias, F., *et al.* Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones* **29**, 186-194 (2017).
9. Medina, E., Molina, H. & Sánchez, S.E. Efecto del consumo de alcohol en la evolución del paciente bipolar. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* **25**, 279-284 (2008).
10. Castillo, A., Rincon, M.C., Serna, V. & Bersh, S. Consumo de alcohol y diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (2018).
11. Vásquez Espinoza, E., Herrera Rodriguez, A., Strike, C., Brands, B. & Khenti, A. Comorbilidad entre el estrés psicológico y el abuso de drogas en

- pacientes en centros de tratamiento, en la ciudad de Leon - Nicaragua: implicaciones para políticas y programas. *Texto & Contexto - Enfermagem* **21**, 150-158 (2012).
12. Bobo, W.V. The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update. *Mayo Clinic proceedings* **92**, 1532-1551 (2017).
 13. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. & Vieta, E. Bipolar disorder. *Lancet (London, England)* **387**, 1561-1572 (2016).
 14. Kaltenboeck, A., Winkler, D. & Kasper, S. Bipolar and related disorders in DSM-5 and ICD-11. *CNS spectrums* **21**, 318-323 (2019).
 15. Müller, J.K. & Leweke, F.M. Bipolar disorder: clinical overview. *Medizinische Monatsschrift fur Pharmazeuten* **39**, 363- 369 (2016).
 16. Vieta, E., *et al.* Bipolar disorders. *Nature reviews. Disease primers* **4**, 18008 (2018).
 17. Miller, T.H. Bipolar Disorder. *Primary care* **43**, 269-284 (2016).
 18. Tondo, L., Vázquez, G.H. & Baldessarini, R.J. Depression and Mania in Bipolar Disorder. *Current neuropsychology* **15**, 353-358 (2017).
 19. Vieta, E., *et al.* Early Intervention in Bipolar Disorder. *The American journal of psychiatry* **175**, 411-426 (2018).
 20. Rundio, A., Jr. Understanding alcoholism. *The Nursing clinics of North America* **48**, 385-390, v (2013).
 21. Peacock, A., *et al.* Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction (Abingdon, England)* **113**, 1905-1926 (2018).
 22. Whiteford, H.A., *et al.* Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)* **382**, 1575-1586 (2013).
 23. Organization, W.H. *Global status report on alcohol and health 2018*, (World Health Organization, 2019).
 24. Carvalho, A.F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C. & Rehm, J. Alcohol use disorders. *Lancet (London, England)* **394**, 781-792 (2019).
 25. Cederbaum, A.I. Alcohol metabolism. *Clinics in liver disease* **16**, 667-685 (2012).

26. Ferrell, D.R. Struggling with alcoholism. *Journal of religion and health* **54**, 1134-1143 (2015).
27. Collaborators, G.B.o.D.A. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)* **392**, 1015-1035 (2018).
28. de la Monte, S.M. & Kril, J.J. Human alcohol-related neuropathology. *Acta neuropathologica* **127**, 71-90 (2014).
29. Jellinek, E.M. The disease concept of alcoholism. (1960).
30. Kelemen, G. & Mark, M.A. Jellinek revalued. *Drugs and Alcohol Today* (2016).
31. Lender, M.E. Jellinek's typology of alcoholism. Some historical antecedents. *Journal of Studies on Alcohol* **40**, 361-375 (1979).
32. Axley, P.D., Richardson, C.T. & Singal, A.K. Epidemiology of Alcohol Consumption and Societal Burden of Alcoholism and Alcoholic Liver Disease. *Clinics in liver disease* **23**, 39-50 (2019).
33. Dermatis, H. & Galanter, M. The Role of Twelve-Step-Related Spirituality in Addiction Recovery. *Journal of religion and health* **55**, 510-521 (2016).
34. Detar, D.T. Alcoholics anonymous and other twelve-step programs in recovery. *Primary care* **38**, 143-148 (2011).
35. Kelly, J.F., Humphreys, K. & Ferri, M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews* **3**, Cd012880 (2020).
36. AA Nicaragua. Programa de Alcoholicos Anónimos de Nicaragua. Vol. 2020 (managua, 2020).
37. Farren, C.K., Hill, K.P. & Weiss, R.D. Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Current psychiatry reports* **14**, 659-666 (2012).
38. Gold, A.K., *et al.* Substance use comorbidity in bipolar disorder: A qualitative review of treatment strategies and outcomes. *The American journal on addictions* **27**, 188-201 (2018).
39. Hunt, G.E., Malhi, G.S., Cleary, M., Lai, H.M. & Sitharthan, T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015:

- Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders* **206**, 331-349 (2016).
40. Messer, T., Lammers, G., Müller-Siecheneder, F., Schmidt, R.F. & Latifi, S. Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research* **253**, 338-350 (2017).
 41. Murthy, P., Mahadevan, J. & Chand, P.K. Treatment of substance use disorders with co-occurring severe mental health disorders. *Current opinion in psychiatry* **32**, 293-299 (2019).
 42. Nasrallah, H.A. Consequences of misdiagnosis: inaccurate treatment and poor patient outcomes in bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry* **76**, e1328 (2015).
 43. Salloum, I.M. & Brown, E.S. Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *The American journal of drug and alcohol abuse* **43**, 366-376 (2017).
 44. Sinha, A., *et al.* Medical Comorbidities in Bipolar Disorder. *Current psychiatry reports* **20**, 36 (2018).
 45. Stephen Rich, J. & Martin, P.R. Co-occurring psychiatric disorders and alcoholism. *Handbook of clinical neurology* **125**, 573-588 (2014).
 46. de la Cruz, J.P.S., *et al.* Validation of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in Mexican Psychiatric Patients. *The Spanish journal of psychology* **21**(2018).
 47. Ghaemi, S.N., *et al.* Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *Journal of affective disorders* **84**, 273-277 (2005).
 48. Zimmerman, M., Galione, J.N., Chelminski, I., Young, D. & Ruggero, C.J. Performance of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in psychiatric outpatients. *Bipolar Disorders* **12**, 528-538 (2010).
 49. Judd, L.L., *et al.* The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of general psychiatry* **59**, 530-537 (2002).
 50. Brady, K.T. & Lydiard, R.B. Bipolar affective disorder and substance abuse. *Journal of Clinical Psychopharmacology* (1992).

IX. ANEXOS

- Operacionalización de las variables
- Instrumentos
- Cuadros
- Gráficos

-

9.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Datos generales

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Valor	Escala	Fuente	Técnica
Edad	Es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo.	NA	Según respuesta	-	Escala cuantitativa discreta	Directa	Cuestionario autoaplicado
Sexo	Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible	NA	Según respuesta	0 Femenino 1 Masculino	Nominal	Directa	Cuestionario autoaplicado

	una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética						
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.		Según respuesta	0 Analfabeta 1 Primaria 2 Secundaria 3 Técnico 4 Universitaria	Ordinal	Directa	Cuestionario autoaplicado
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que	NA	Según respuesta	1 Soltero 2 Casado 3 Unión estable	Nominal	Directa	Cuestionario autoaplicado

	determinan los derechos y obligaciones de las personas.						
Ocupación	Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido.	NA	Según respuesta	-	Nominal	Directa	Cuestionario autoaplicado

Antecedentes patológicos

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Valor	Escala	Fuente	Técnica
Diabetes	La diabetes es un grupo de enfermedades caracterizadas por un alto nivel de glucosa resultado de	NA	Según respuesta	0 No 1 Si	Nominal	Directa	Cuestionario autoaplicado

	defectos en la capacidad del cuerpo para producir o usar insulina.						
HTA	Se define como una PAS mayor o igual 140 mmhg o una PAD mayor o igual 90 mmhg	NA	Según respuesta	0 No 1 Si	Nominal	Directa	Cuestionario autoaplicado
Cáncer	un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo	NA	Según respuesta	0 No 1 Si	Nominal	Directa	Cuestionario autoaplicado
Otros		NA	Según respuesta	0 No 1 Si	Nominal	Directa	Cuestionario autoaplicado

Antecedentes patológicos de salud mental

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Valor	Escala	Fuente	Técnica
Depresión mayor	Es una <u>enfermedad mental</u> que se caracteriza por un <u>estado de ánimo</u> invasivo y persistente acompañado de una baja <u>autoestima</u> y una pérdida de interés o de placer (<u>anhedonia</u>) en actividades que normalmente se considerarían entretenidas.	NA	Según respuesta	0 No 1 Si	Nominal	Directa	Cuestionario autoaplicado
Trastorno bipolar	Es una enfermedad mental caracterizada por la	NA	Según respuesta	0 No 1 Si	Nominal	Directa	Cuestionario autoaplicado

	presencia cíclica y recurrente de un conjunto de trastornos, que presentan fases intensas de alteraciones en el estado de ánimo.						
Esquizofrenia	Es un diagnóstico psiquiátrico que abarca un amplio grupo de <u>trastornos mentales crónicos</u> y graves, caracterizado a menudo por conductas que resultan anómalas para la comunidad y una percepción	NA	Según respuesta	0 No 1 Si	Nominal	Directa	Cuestionario autoaplicado

	alterada de la realidad.						
Otra		NA	Según respuesta	0 No 1 Si	Nominal	Directa	Cuestionario autoaplicado

Trastorno bipolar

BSDS Escala de diagnóstico espectro bipolar	Cuestionario autoaplicado para el tamizaje del trastorno bipolar		Puntaje de la escala Puntuación total Probabilidad de trastorno bipolar 0 - 6 Muy poco probable 7 - 12 Probabilidad baja 13-19 probabilidad moderada 20-25 Alta probabilidad Umbral óptimo para el	6 puntos por "me describe muy bien" 4 puntos por "me describe bastante bien" 2 puntos por "me describe en cierta medida".	Variable cuantitativa discreta	Cuantitativa discreta	Directa (El individuo)
---	--	--	--	---	--------------------------------	-----------------------	------------------------

			diagnóstico positivo: puntuación de 13 o superior.				
--	--	--	---	--	--	--	--

9.2. Instrumento

Cuestionario sobre Alcoholismo asociado a trastorno bipolar

1) Datos generales aprobado

EDAD: _____ **SEXO:** Femenino
Masculino

ESCOLARIDAD: Analfabeta Técnico
Primaria Universitaria
Secundaria

ESTADO CIVIL: Soltero Unión estable
Casado

Trabaja: Si
No

OCUPACIÓN: _____

2) Antecedentes patológicos (Marque con una X)

Diabetes	
HTA	
Cáncer	
Otros (Especifique cual)	

3) Antecedentes patológicos de salud mental (Marque con una x)

	SI	NO
Depresión mayor		
Trastorno bipolar		
Esquizofrenia		
Otra		

LA ESCALA DE DIAGNÓSTICO DEL ESPECTRO BIPOLAR (BSDS)

Instrucciones: Lea todas las instrucciones a continuación antes de completar cualquier espacio en blanco.

(Le pedimos que conteste las pregunta con honestidad. La Información será usada solo con fines académicos)

20. Algunas personas notan que su estado de ánimo y / o sus niveles de energía cambian drásticamente de vez en cuando_____
21. Estas personas notan que, a veces, su estado de ánimo y / o niveles de energía son muy bajos y, en otras ocasiones, muy altos_____
22. Durante sus fases "bajas", estos individuos a menudo sienten una falta de energía; la necesidad de quedarse en la cama o dormir más; y poca o ninguna motivación para hacer las cosas que necesitan hacer. _____
23. A menudo suben de peso durante estos periodos. _____
24. Durante sus fases bajas, estas personas a menudo se sienten tristes todo el tiempo o deprimidas_____
25. A veces, durante estas fases bajas, se sienten desesperanzados o incluso suicidas. _____
26. Su capacidad para funcionar en el trabajo o socialmente se ve afectada_____
27. Por lo general, estas fases bajas duran unas pocas semanas, pero a veces duran solo unos pocos días. _____
28. Las personas con este tipo de patrón pueden experimentar un período de "estado de ánimo" normal entre los cambios de humor, durante el cual su estado de ánimo y nivel de energía se sienten "bien" y su capacidad de funcionamiento no se ve afectada. _____
29. Luego pueden notar un cambio marcado en la forma en que se sienten_____
30. Su energía aumenta por encima de lo que es normal para ellos, y con frecuencia hacen muchas cosas que normalmente no podrían hacer. _____
31. A veces, durante estos períodos "altos", estos individuos sienten que tienen demasiada energía o se sienten hiperactivos. _____

32. Algunas personas, durante estos períodos altos, pueden sentirse irritables o agresivas_____.
33. Algunas personas, durante estos períodos altos, realizan demasiadas actividades a la vez_____
34. Durante estos períodos altos, algunas personas pueden gastar dinero de manera que les cause problemas_____
35. Pueden ser más habladores, extrovertidos o sexuales durante estos períodos_____
36. A veces, su comportamiento durante estos períodos altos parece extraño o molesto para otros_____
37. A veces, estos individuos tienen dificultades con sus compañeros de trabajo o con la policía, durante estos períodos altos_____
38. A veces, aumentan su consumo de alcohol o drogas sin receta durante estos períodos altos_____
39. Cuánto tiempo lleva usted asistiendo a grupo de alcohólicos anónimos

Ahora que ha leído estas instrucciones, marque una de las siguientes cuatro casillas:

- Esta historia me queda muy bien, o casi perfectamente.
 - Esta historia me queda bastante bien.
 - Esta historia me encaja hasta cierto punto, pero no en la mayoría de los aspectos
 - Esta historia realmente no me describe para nada.
- Ahora, por favor, regrese y ponga un check después de cada oración que definitivamente lo describa. Puntuación: cada frase marcada vale un punto.
- Agregue 6 puntos por " Esta historia me queda muy bien, o casi perfectamente"
 - 4 puntos por "Esta historia me queda bastante bien." y
 - 2 puntos por "Esta historia me encaja en cierta medida"
- Puntuación total = _____

9.3. Cuadros

Cuadro 1: Edad de los casos en estudio

		n	%
Edad	<30	11	18.3
	30 - 50	24	40.0
	>50	25	41.7
	Total	60	100

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”

Cuadro 2: Sexo de los casos en estudio

		No.	%
Sexo	Masculino	53	88.3
	Femenino	7	11.7
	Total	60	100

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 3: Escolaridad de los casos en estudio

		n	%
Escolaridad	Primaria	8	13.3
	Secundaria	28	46.7
	Universidad	24	40.0
	Total	60	100

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 4: Estado civil de los casos en estudio

		No.	%
Estado civil	Casado	13	21.7
	Unión estable	21	35.0
	Soltero	26	43.3
	Total	60	100

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 5: Estatus de trabajo de los casos en estudio

		No.	%
Trabaja	Si	42	70.0
	No	18	30.0
	Total	60	100

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 6: categoría de ocupación los casos en estudio

Ocupación	Profesional por cuenta propia	11	18.3
	Profesional empleado	9	15.0
	Atención al cliente / ventas	7	11.7
	Docencia / Educación / formación	5	8.3
	Sector servicios / restaurantes	10	16.7
	Otros	18	30.0
	Total	60	100

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 7: Antecedentes patológicos de los casos en estudio

		No.	%
Antecedentes patológicos	Diabetes	21	35.0
	HTA	32	53.3
	Cáncer	11	18.3
	Otros	29	48.3

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 8: Antecedentes de salud mental de los casos en estudio

Antecedentes de salud mental			
Antecedentes patológicos de salud mental	Depresión mayor	14	23.3
	Trastorno bipolar	8	13.3
	Esquizofrenia	4	6.7
	Otra	9	15.0

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 9: Tiempo de pertenecer a Alcohólicos Anónimos de los casos en estudio.

	n	%
≤1 año	6	10.0
2 a 5 años	8	13.3
6 a 10 años	11	18.3
11 a 15 años	16	26.7
15 a 20 años	12	20.0
>20 años	7	11.7
Total	60	100.0

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 10: Probabilidad de padecer un trastorno bipolar de los casos en estudio.

		No.	%
Probabilidad de padecer un TB	Altamente improbable (0 a 6)	22	36.7
	Poco probable (7 a 12)	17	28.3
	Moderadamente probable (13 a 19)	11	18.3
	Altamente probable (20 a 25)	10	16.7
	Total	60	100

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 11: Diagnostico positivo (> 13) de trastorno bipolar

		No.	%
Diagnostico positivo (> 13)	Si	21	35.0
	No	39	65.0
	Total	60	100

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 12: Diagnostico positivo (> 13) de trastorno bipolar según sexo

	SI		NO		TOTAL		Chi 2
	n	%	n	%	n	%	p
Masculino	19	90.5	34	87.2		88.3	0.987
Femenino	2	9.5	5	12.8	7	11.7	
TOTAL	21	100.0	39	100.0	60	100.0	

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 13: Diagnostico positivo (> 13) de trastorno bipolar según grupo de edad

	SI		NO		TOTAL		Chi 2
	n	%	n	%	n	%	p
<30	4	19.0	7	17.9	11	18.3	0.721
30 - 50	8	38.1	16	41.0	24	40	
>50	9	42.9	16	41.0	25	41.7	
TOTAL	21	100.0	39	100.0	60	100	

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 14: Diagnostico positivo (> 13) de trastorno bipolar según escolaridad

	SI		NO		TOTAL		Chi 2
	n	%	n	p	n	%	
PRIMARIA	6	28.6	2	5.1	8	13.3	0.002
SECUNDARIA	11	52.4	17	43.6	28	46.7	
UNIVERSIDAD	4	19.0	20	51.3	24	40.0	
TOTAL	21	100.0	39	100.0	60	100.0	

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 15: Diagnostico positivo (> 13) de trastorno bipolar según estado civil

	SI		NO		TOTAL		Chi 2
	n	%	n	P	n	%	p
Casado	5	23.8	8	20.5	13	21.7	0.432
Unión estable	7	33.3	14	35.9	21	35	
Soltero	9	42.9	17	43.6	26	43.3	
TOTAL	21	100.0	39	100.0	60	100.0	

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 16: Diagnostico positivo (> 13) de trastorno bipolar según estatus de trabajo

	SI		NO		TOTAL		Chi 2
	n	%	n	P	n	%	p
Trabaja	8	38.1	34	87.2	42	70	0.001
No trabaja	13	61.9	5	12.8	18	30	
TOTAL	21	100.0	39	100.0	60	100.0	

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 17: Diagnostico positivo (> 13) de trastorno bipolar según morbilidad crónica

	SI (n=21)		NO (n=39)		TOTAL		Chi 2
	n	%	n	%	n	%	p
Diabetes	8	38.1	13	33.3	21	35.0	0.212
HTA	10	47.6	22	56.4	32	53.3	0.343
Cáncer	4	19.0	7	17.9	11	18.3	0.655
Otros	4	19.0	25	64.1	29	48.3	0.121

Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 18: Diagnostico positivo (> 13) de trastorno bipolar según presencia de antecedes de trastornos mentales

	SI		NO		TOTAL		Chi 2
	n	%	n	%	n	%	p
Depresión mayor	5	23.8	9	23.1	14	23.3	0.114
Trastorno bipolar	5	23.8	3	7.7	8	13.3	0.001
Esquizofrenia	1	4.8	3	7.7	4	6.7	0.543
Otra	3	14.3	6	15.4	9	15.0	0.897
No reporta antecedentes	7	33.3	18	46.2	25	41.7	0.167
Total	21	100.0	39	100.0	60	100.0	

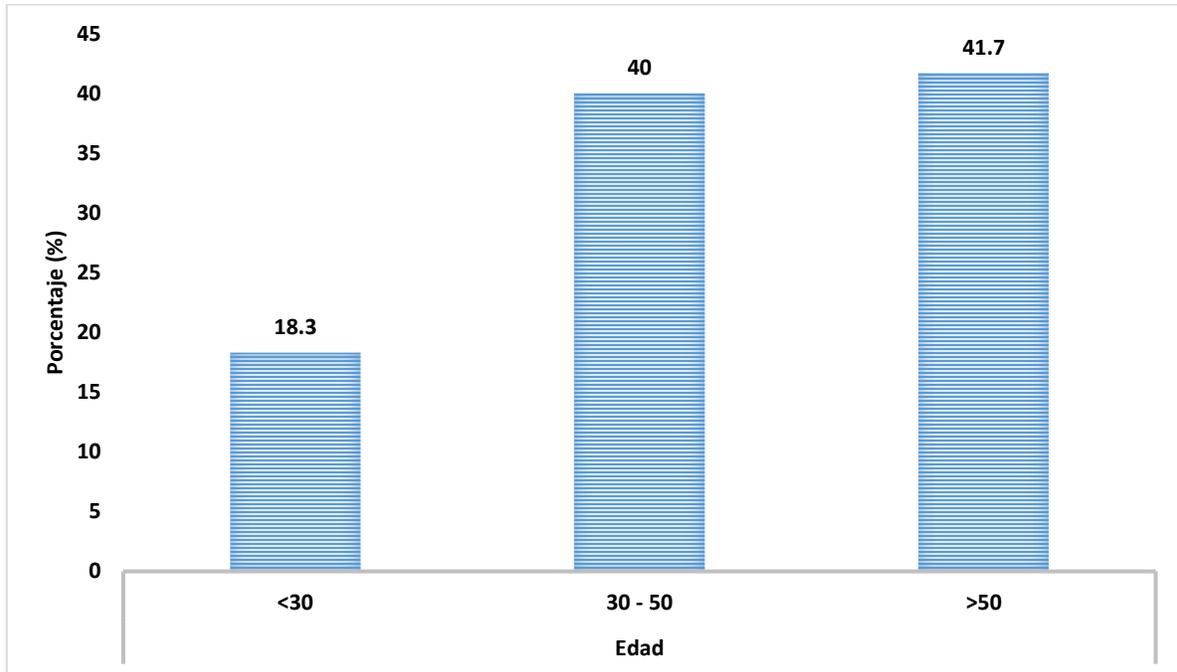
Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Cuadro 19: Proporción de individuos que son miembros de Alcoholismos Anónimos, que refieren estar conscientes de la presencia de un trastorno de la personalidad.

Categoría	n	%
Esta historia realmente no me describe para nada.	18	30
Esta historia me encaja hasta cierto punto, pero no en la mayoría de los aspectos	24	40.0
Esta historia me queda bastante bien	10	16.7
Esta historia me queda muy bien, o casi perfectamente.	8	13.3
Total	60	100

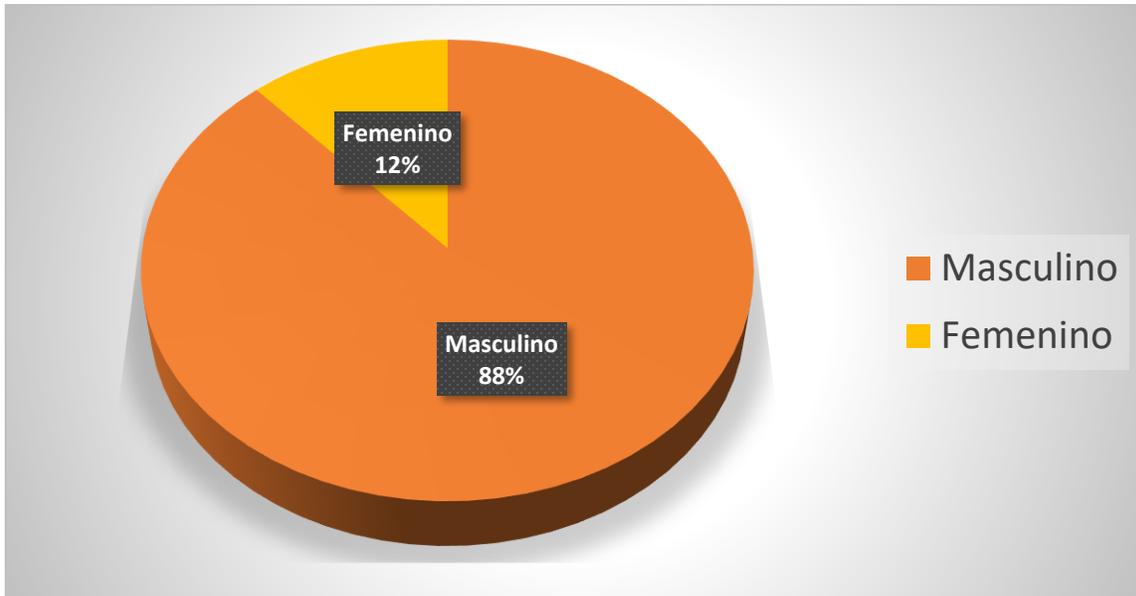
Fuente: Encuesta en línea sobre “Prevalencia de manifestaciones asociadas al espectro bipolar en adultos alcohólicos en recuperación que asisten a programas de alcohólicos anónimos en Managua entre 1 de febrero y 31 de mayo”.

Gráficos 1: Edad de los casos en estudio



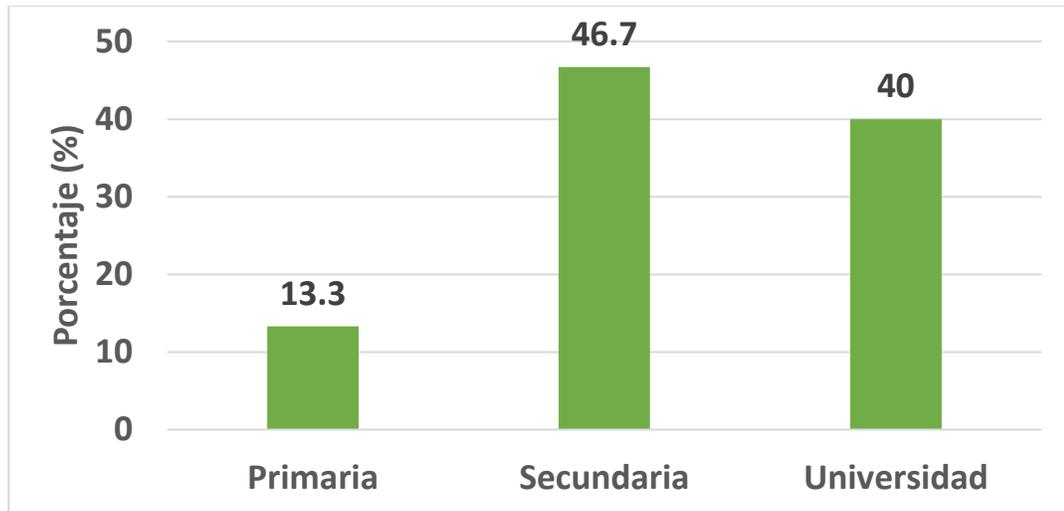
Fuente: Cuadro 1

Gráfico 2: Sexo de los casos en estudio



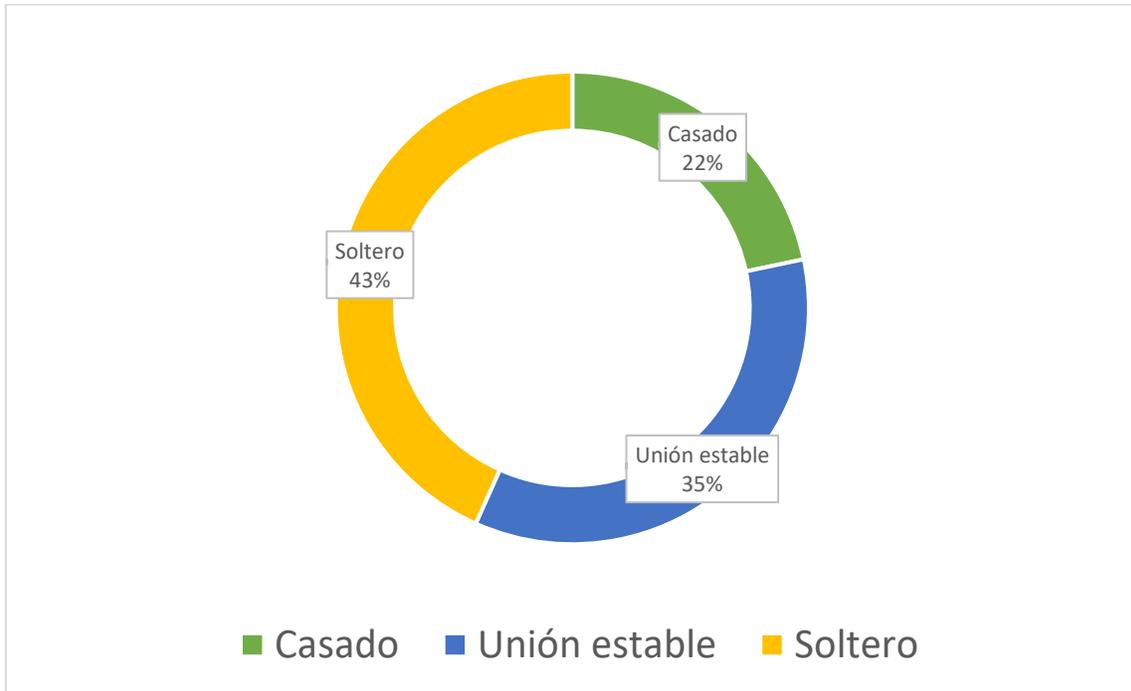
Fuente: Cuadro 2

Gráfico 3: Escolaridad de los casos en estudio



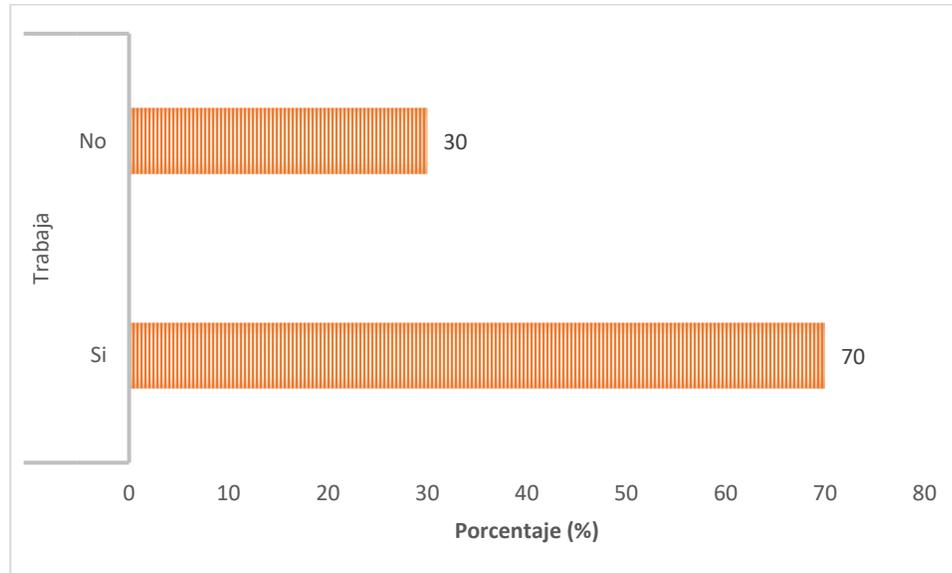
Fuente: Cuadro 3

Gráfico 4: Estado civil de los casos en estudio



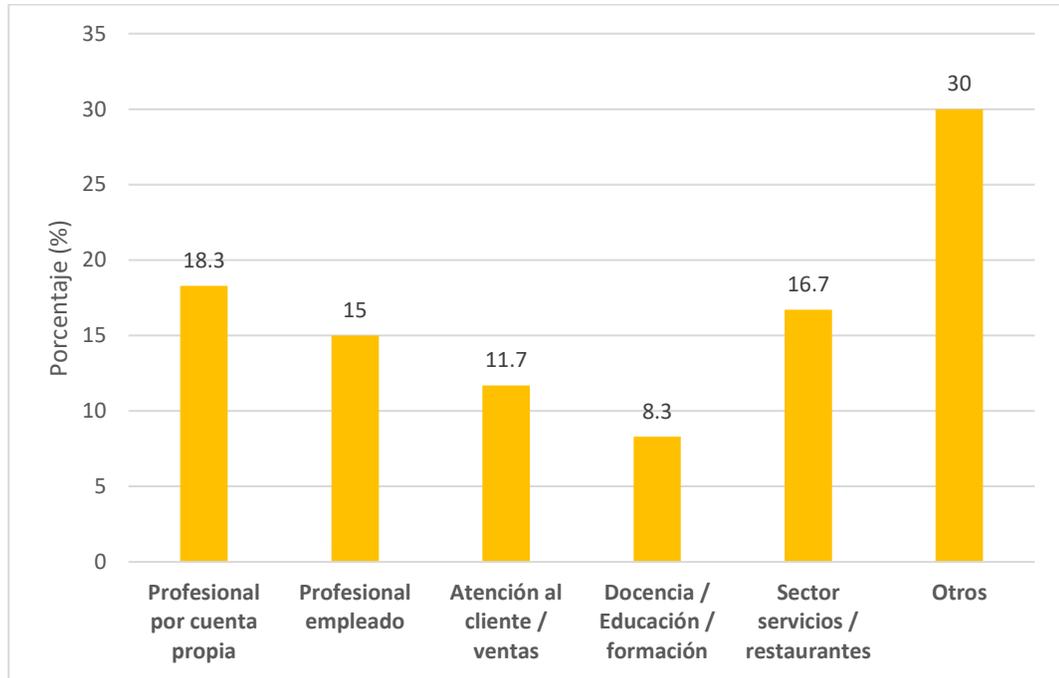
Fuente: Cuadro 4

Gráfico 5: Estatus de trabajo de los casos en estudio



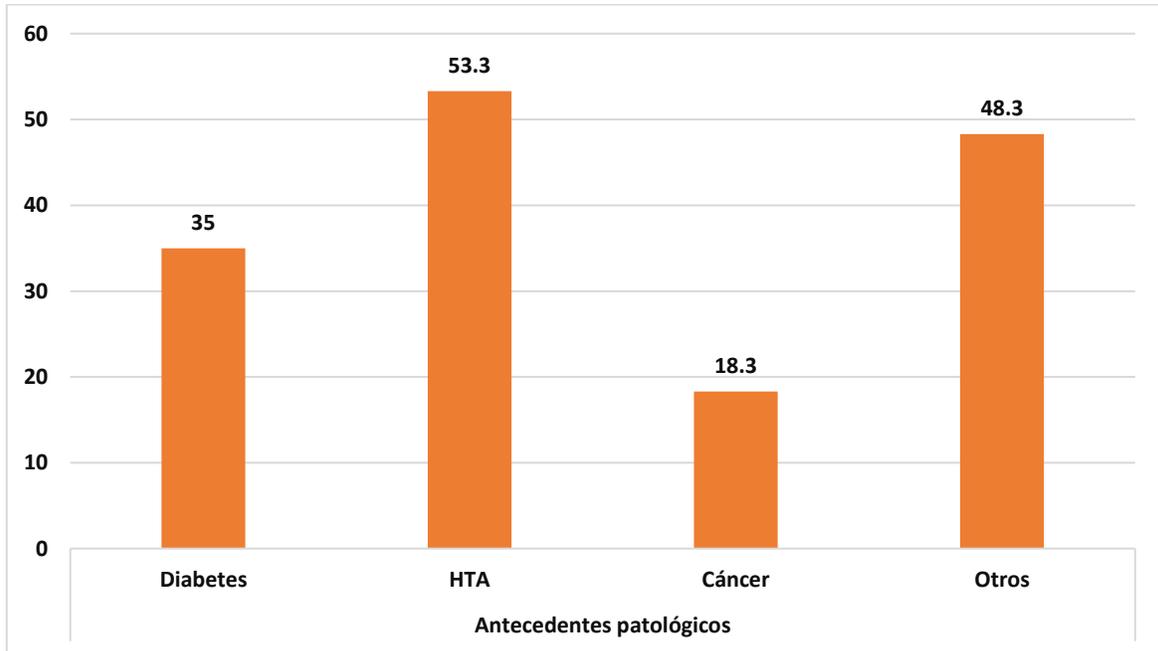
Fuente: Cuadro 5

Gráfico 6: categoría de ocupación los casos en estudio



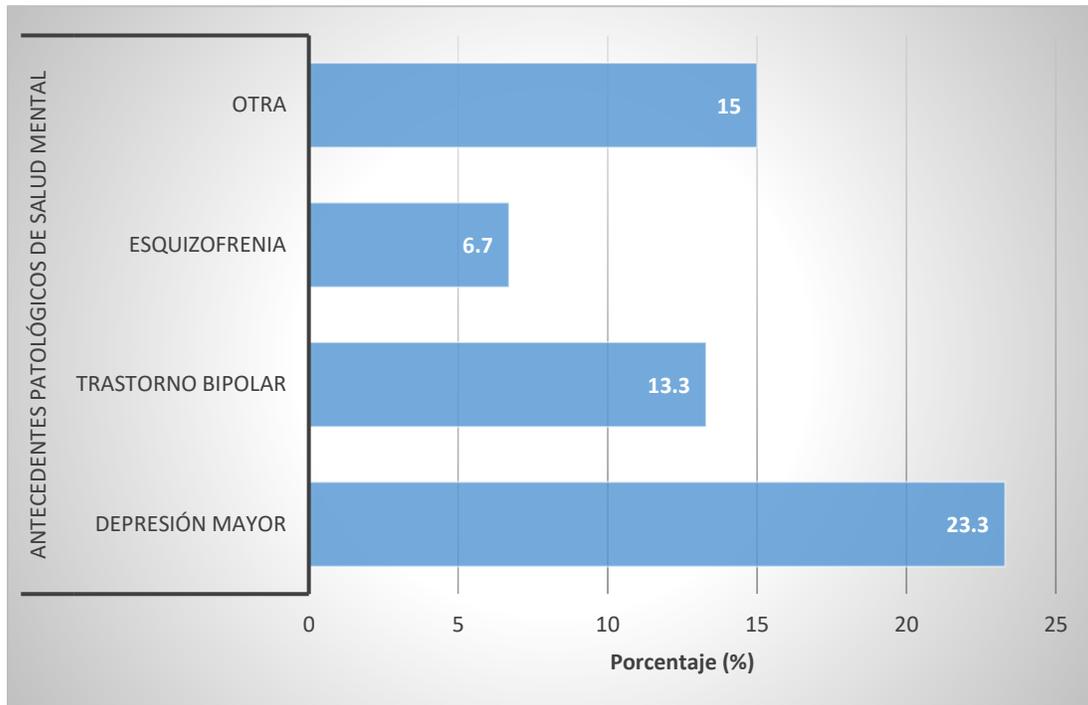
Fuente: Cuadro 6

Gráfico 7: Antecedentes patológicos de los casos en estudio



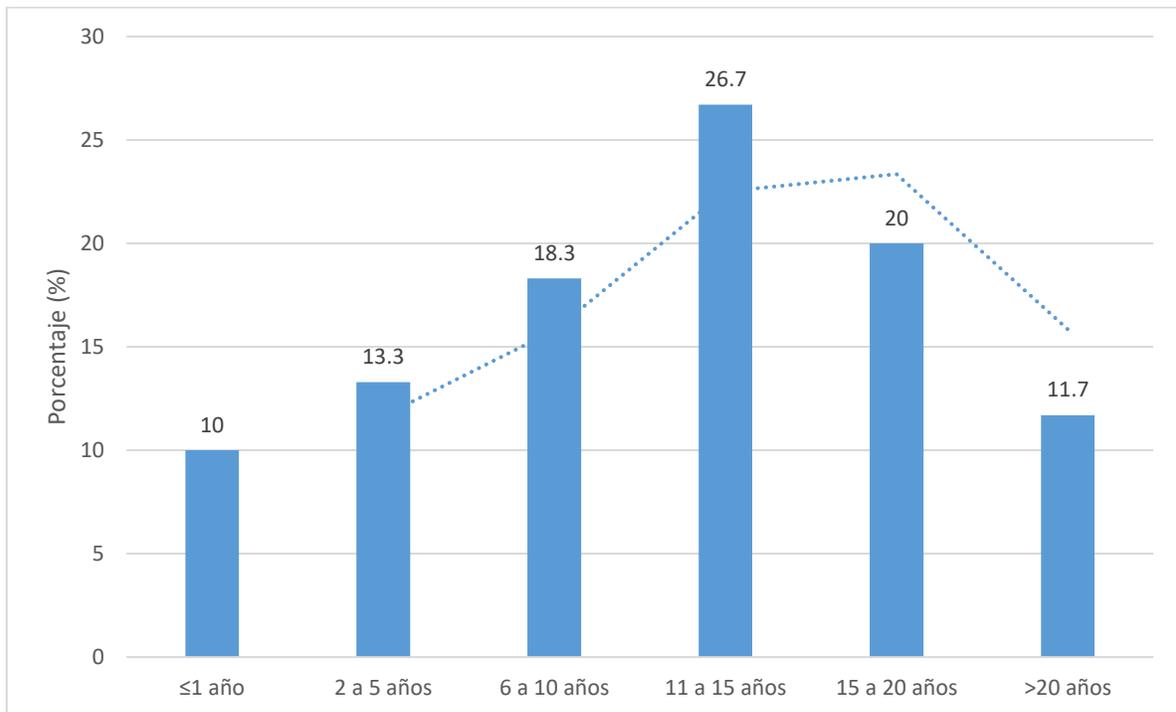
Fuente: Cuadro 7

Gráfico 8: Antecedentes de salud mental de los casos en estudio



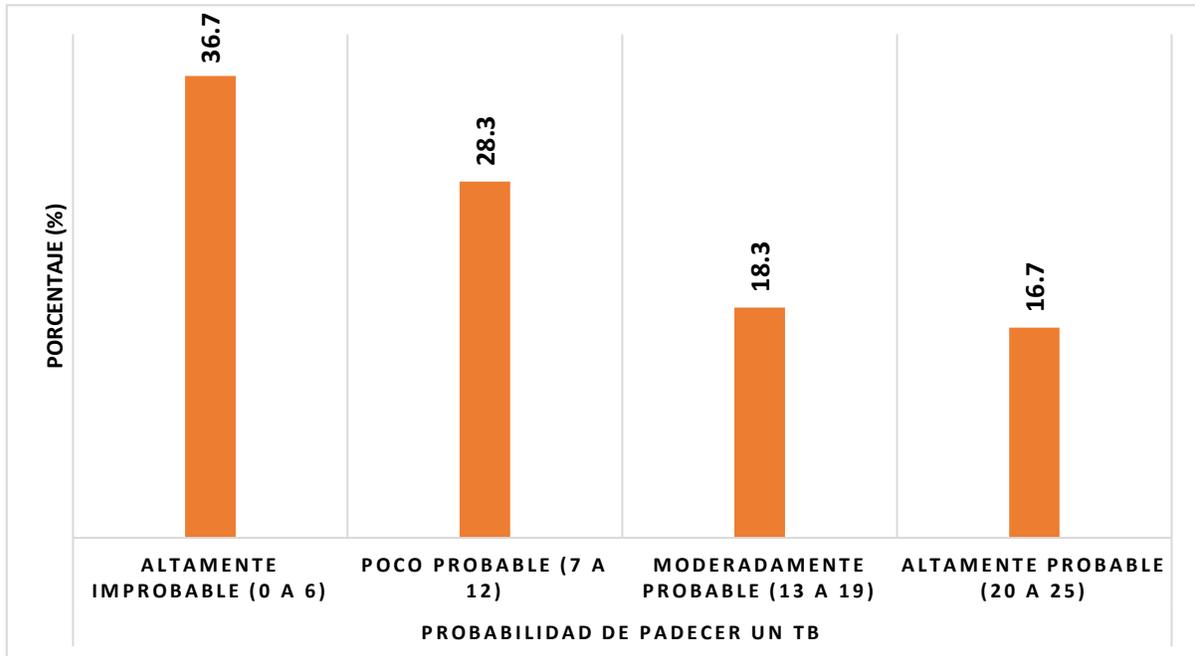
Fuente: Cuadro 8

Gráfico 9: Tiempo de pertenecer a Alcohólicos Anónimos de los casos en estudio.



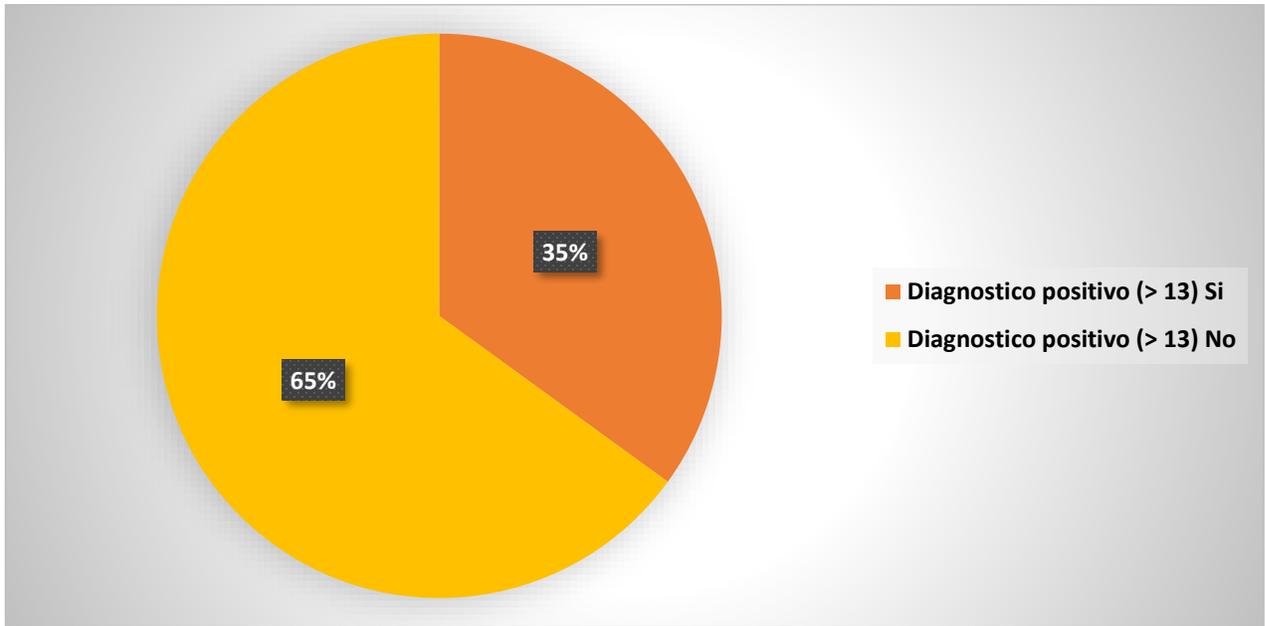
Fuente: Cuadro 9

Gráfico 10: Probabilidad de padecer un trastorno bipolar de los casos en estudio.



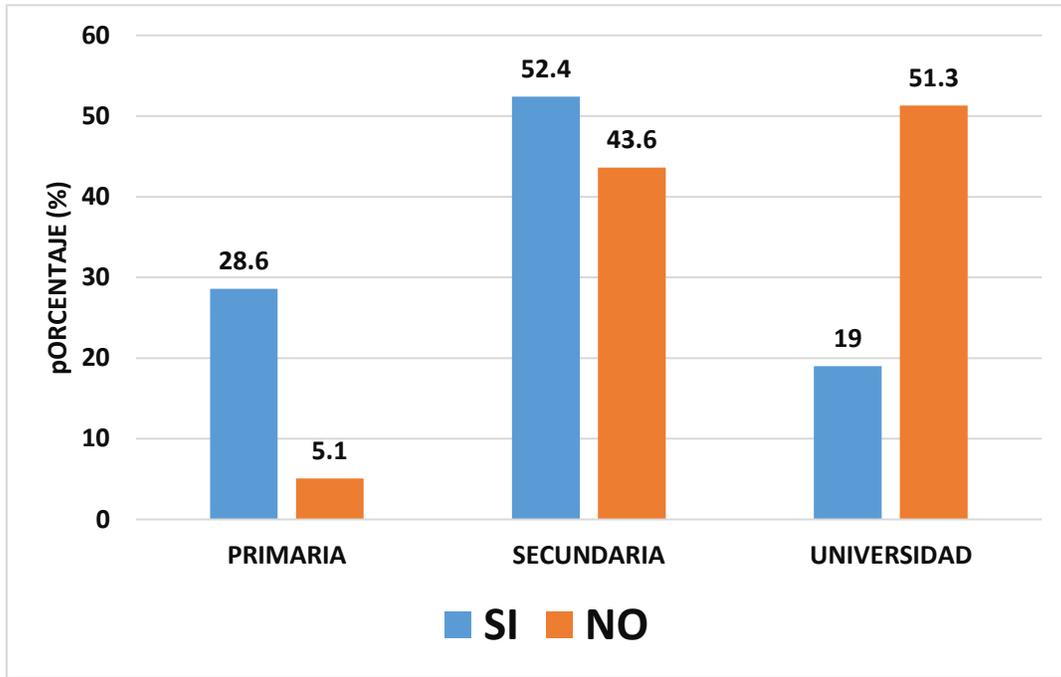
Fuente: Cuadro 10

Gráfico 11: Diagnostico positivo (> 13) de trastorno bipolar



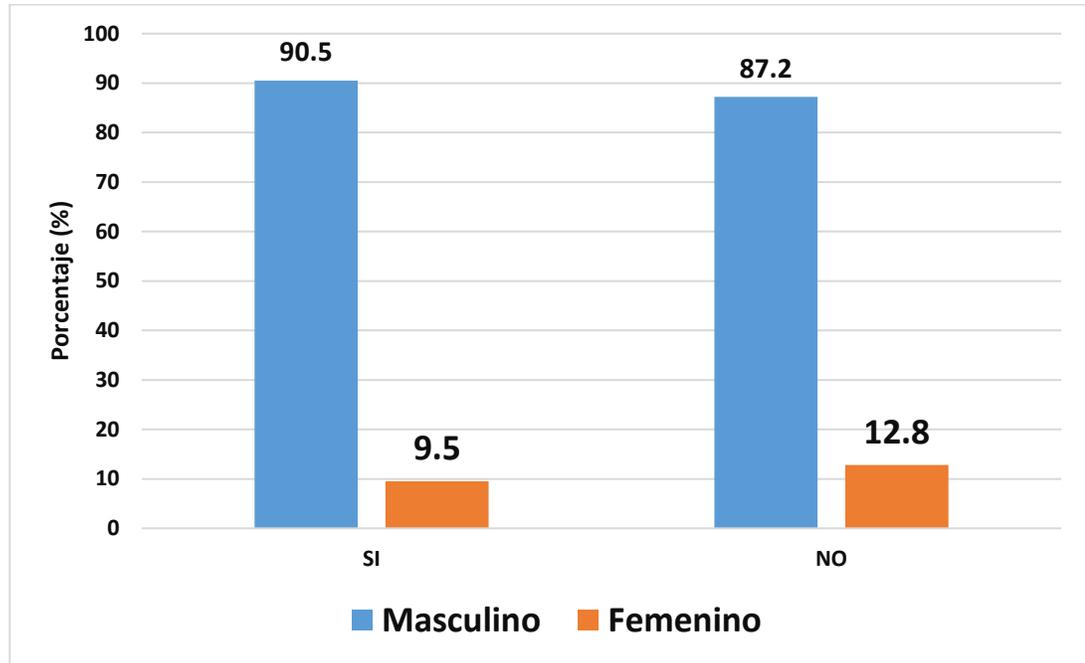
Fuente: Cuadro 11

Gráfico 12: Diagnostico positivo (> 13) de trastorno bipolar según escolaridad



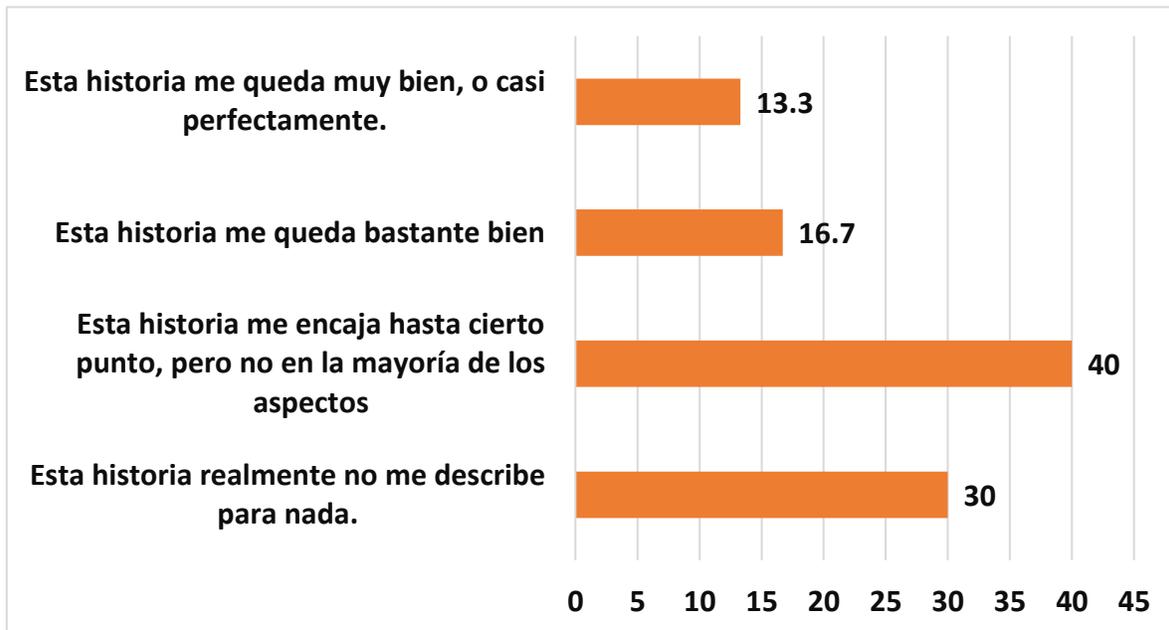
Fuente: Cuadro 12

Gráfico 13: Diagnostico positivo (> 13) de trastorno bipolar según sexo



Fuente: Cuadro 13

Gráfico 14: Proporción de individuos que son miembros de Alcoholismos Anónimos, que refieren estar conscientes de la presencia de un trastorno de la personalidad.



Fuente: Cuadro 14

